



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Önskar mer än vad personalen är beredda att ge

- En litteraturstudie om patienters erfarenheter av information efter en stroke.

Faranak Ahmadi

Ikra Ali

Handledare: Johanna Norén Jonasson

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona januari 2018

Önskar mer än vad personalen är beredda att ge

Faranak Ahmadi
Ikra Ali

Sammanfattning

Bakgrund: Stroke kan yttra sig på många olika sätt och med varierande svårighetsgrad, därför informationen måste anpassas efter individens behov och önskemål. Information, framför allt upprepad och adekvat information från alla vårdpersonalen har stor betydelse för patienten med stroke. Stroke är den näst vanligaste dödsorsaken och en av de vanligaste orsakerna till funktionsnedsättning i hela världen.

Syfte: Syftet med litteraturstudien var att beskriva patienters erfarenheter av information under rehabilitering på sjukhus efter stroke.

Metod: Studien gjordes som litteraturstudie med kvalitativ design som är baserad på 15 vetenskapliga artiklar. Med hjälp av Graneheim och Lundmans beskrivning av innehållsanalys utfördes Analysen på manifest nivå.

Resultat: Analysen resulterade i övergripande temat: **Önskar mer än vad personalen är beredd att ge**, som följs av kategorierna: Att ha behov av att veta mer med underkategorierna: *Att få veta mer om det man redan vet, Förstå vad som orsakade sjukdomen, Att få vara med och bestämma, Att kunna vara delaktig*. Hinder för att få det man behöver, med underkategorin: *Sättet information ges, Inte få tillgång till information, Inte vara till besvär*. Lämnad till att dra egna slutsatser med underkategorierna: *Vet inte vart man skall vända sig, Saknar detaljerad information, Saknar stöd, Osäkerhet kring utskrivning*. Resultatet framkom också att när vårdpersonalen hade ett personcentrerat förhållningssätt fick patienterna hjälp att förstå i kategorin: Att får hjälp att förstå med underkategorin: *Får en känsla av kontroll, Ger en ökad motivation*. Studien visade att patienter till stor del upplever att informationen de erhåller är otillräcklig och det finns ett behov av att veta mer, förstå mer och kunna mer. Men när vårdpersonalen hade ett visst förhållningsätt bidrog till att patienterna erhöll den information de behövde.

Slutsats: Studien visade att patienter till stor del upplevde att informationen de erhöll var bristfällig eller otillräcklig och efterfrågade allmänt större mängd information, och då även att den skulle vara mer tydlig detaljerad och individanpassad. Det fanns även flera hinder för få tillgång till önskad information, såsom sättet som informanten gavs och dålig kommunikation mellan vårdpersonalen. I studien framkom även att när vårdpersonalen hade ett personcentrerat förhållningssätt fick patienterna information som de behövde, vilket resulterade i tillfredställelse med informationen. Därför är det viktigt att patienter med stroke får individanpassad information för att kunna förstå sitt hälsotillstånd.

Nyckelord: Erfarenheter, information, rehabilitering, sjukhus och stroke.

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	3
Inledning	4
Bakgrund	5
Stroke	5
Omvårdnad	6
Upplevelse	6
Rehabilitering	7
Information	7
Personcentrerad vård	8
Syfte	9
Metod	9
Design	9
Urval	9
Datainsamling	10
Kvalitetsgranskning	11
Dataanalys	12
Resultat	13
Att ha behov av att veta mer	14
Att få veta mer om det man redan vet	14
Förstå vad som orsakade sjukdomen	16
Att få vara med att bestämma	16
Att kunna vara delaktig	17
Hinder för att få det man behöver	17
Sättet som informationen ges	17
Inte få tillgång till information	18
Vill inte vara till besvär	19
Lämnade att dra sina egna slutsatser	20
Vet inte vart man skall vända sig	20
Saknar detaljerad information	20
Saknar stöd	21
Osäkerhet kring utskrivning	21
Att få hjälp att förstå	22
Få en känsla av kontroll	22
Ger ökad motivation	23

Diskussion	23
Metoddiskussion	23
Giltighet	23
Tillförlilighet	25
Överförbarhet	27
Resultatdiskusson	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Slutsatser	27
Sjävständighet	31
Referenser	33
Bilaga 1 Databassökningar	38
Sökning I Cinahl	38
Fritextsökning I Cinahl	40
Sökning i Pubmed	41
Bilaga 2 Granskningsprotokoll	44
Bilaga 3 Artikelöversikt	11
Bilaga 4 Exempel på innehållsanalys	13

Inledning

Stroke kan yttra sig på många olika sätt och med varierande svårighetsgrad, därför informationen måste anpassas efter individens, erfarenheter behov och önskemål. Information är väsentlig, framför allt upprepad och adekvat information från alla vårdpersonalen har stor betydelse för patienten med stroke. Med allt kortare vårdtider är det stor risk att det försummas (Löfström & Nilsson, 2013). I en studie av Tooth och Hoffmann, (2004) visar att information vid stroke kan öka patientens kunskap och tillfredsställelse med vården. Det finns dock studie som visar att patienterna upplever ofta brist på eller otillfredsställelse med den givna informationen (Hoffmann McKenna, Worrall & Read, 2004).

Stroke är den näst vanligaste dödsorsaken och en av de vanligaste orsakerna till funktionsnedsättning i hela världen (Go et al., 2013; World Health Organization [WHO], 2010). I Sverige drabbas cirka 34 000 personer av stroke per år och 20% av dessa dör under de första 3 månaderna (Hallström, Jönsson, Nerbrand, Norrving & Lindgren, 2008). Forskning visar att förekomsten av stroke förväntas öka under de närmaste 20 åren på grund av att den åldrande befolkningen ökar (Donnan, Fisher, Macleod & Davis, 2008). Vid stroke påverkas språkliga områden i hjärnan, vilket kan ge problem att prata och uttrycka sina känslor. Det blir även påfrestande för den drabbade att inte kunna förstå andra eller göra sig förstådd (Johansson, 2013). Detta i sin tur kan leda till svårigheter att ta emot och förstå informationen som ges. Patienterna med stroke har varierande informations behov beroende på deras fysiska och psykiska status. Patienter som är stressade eller oroliga har svårare att ta emot informationen (Paul, Cumming, Fleck, 2001). Mot denna bakgrund måste informationen anpassas, upprepas, förtydligas och begränsas till väsentliga saker (Edwards, 2003).

Omvårdnad och tillhandhållen information ska anpassas efter individens egna behov, önskemål och erfarenheter (Löfström & Nilsson, 2013). Denna studie beskriver patientens erfarenheter av information i avsikt att öka sjuksköterskans kunskap och förståelse för vidare förbättring och utveckling av sjuksköterskerollen i omvårdnadssyfte. Det finns tillräckligt forskning kring patienters erfarenheter av omvårdnad, dock finns det begränsad forskning i förhållande till information. Av denna anledning är det betydelsefullt att göra en tydlig och lättbegriplig sammanställning angående patienters erfarenheter av information efter stroke.

Detta för att kunna erbjuda optimal personcentrerad omvårdnad och tillgodose patientens behov av information.

Bakgrund

Stroke

Stroke kan definieras som ett plötsligt fokalt neurologiskt bortfalls symtom på grund av cirkulationsstörning i hjärnans blodkärl (Jönsson 2013). Stroke även kallad slaganfall är ett samlingsnamn som omfattar både hjärninfarkt (blodpropp) och hjärnblödningar i hjärnans kärl (Ericson & Ericson, 2012). Stroke är en av dem största folksjukdomarna i hela världen och den somatiska sjukdomen som orsaker flest vårdagar i Sverige. En del av strokedrabbade patienter har mindre symptom som kan gå över eller förbättras med tiden men vissa har kvarvarande funktionsnedsättning som leder till förändringar i livssituationen. Många människor behöver omvårdnad, rehabilitering och medicinsk behandling efter stroke. Strokedrabbade patienter ska vårdas på en strokeenhet för att kunna ställas en korrekt diagnos och vidare genomföras anpassande behandling. En rätt behandling och rehabilitering efter en stroke har stor betydelse för funktionsförmåga, den kognitiva funktionen och livskvaliteten längre fram (ibid).

Förutom kommunikationssvårigheter och minnesstörningar, kan stroke leda till nedsatt uppmärksamhet och koncentrationssvårighet som gör att patienten har svårare att förstå och följa med i ett samtal eller att lära sig något nytt. Allt kan ta lång tid efter stroke och patienterna blir tröga och långsamma i tänkandet, vilket i sin tur gör att bearbetningen av information går långsammare (Johansson, 2013). Därför är det viktigt att omvårdnaden och information anpassas till den enskilda individens behov och erfarenheter under rehabiliteringen och att den grundas på individens aktiva delaktighet i planeringen av sin vård (Engström, Nilsson & Willman, 2005). Stroke kan också medföra förändrad kroppsuppfattning och förlust av den egna kompetensen. Patienter med stroke har svårt att förstå den nya livssituationen och finna mening i det som inträffat för att kunna se en framtid. Därför är information och undervisning om hur sjukdomen påverkar livet har stor betydelse för att kunna hjälpa strokedrabbade patienter med att ta kontroll över den nya livssituationen. Patienter med stroke behöver olika former av information under lång tid för att uppleva trygghet och kunna hantera sin nya livssituation (ibid).

Omvårdnad

Insatserna i omvårdnaden av personer med stroke ska anpassas individuellt och handlingarna ska vara målriktade. Omvårdnadsåtgärderna syftar till att bevara funktioner, lindra lidande, såsom smärta och ångest, förhindra återfall och komplikationer samt främja hälsan (Ternestedt & Norberg 2009). I omvårdnadsinsatserna ingår att ge information, undervisning och stöd till patienter och närstående (Wergeland, Ryen & Odegaard-Olsen, 2011).

Vid omvårdnaden hos patienter med stroke har sjuksköterskan fyra funktioner enligt Wergeland et al., (2011). I den förklarande funktionen ska sjuksköterskan vägleda patienten och deras närstående, denna funktion består också i att hjälpa patienten att se egna resurser och begränsningar, skapa realistiska förväntningar samt hjälpa patienten och närstående att se rehabiliteringen i en utvecklings perspektiv. I stödjande funktion ska sjuksköterska skapa förtroende och trygghet hos patienten, hjälpa den att behålla hoppet för att förebygga depression. Dessa insatser kan stärka patientens värdighet, integritet och upprätthålla sitt sociala nätverk. Integrerande funktionen handlar om att sjuksköterskan ska hjälpa patienten att förstå syftet med den dagliga behandlingen. Den fjärde och sista funktionen är bevarande funktion, där sjuksköterskan ska tillgodose patientens grundläggande behov och bidra till att denne upprätthåller sin fysiska och psykiska energi. Funktionen innebär också att skapa balans mellan aktivitet och vila, förebygga komplikationer och ge patienten en helhetsbaserad omvårdnad och omsorg (ibid).

Upplevelse av att leva med stroke

Upplevelse är individuell, vilket betyder att den inte helt kan tolkas eller förstås av andra (Eriksson, 1991). Upplevelse kan beskrivas som känslor, vilka uppstår vid möte enligt Izard (1991). Personens känslor kan påverkas av situationer eller möten, vilket i sin tur påverkar upplevelsen (ibid.). En subjektiv uppfattning om verkligheten, såsom känsla, intryck eller handling kan också beskrivas som upplevelse (Bruner & Turner, 1986). Upplevelse kan även vara en personlig syn av en händelse som individen har deltagit i. Vid händelsen kan individen få erfarenhet av det upplevda (Sjögren, Györki & Malmström, 2010). Enligt Engström et al., (2005) upplever patienter med stroke nedstämdhet, oro, sorg och förvirring. De upplever sig själva som överkliga och har en förändrad kroppsuppfattning. Strokedrabbade patienterna kan också uppleva svårt att förstå den nya livssituationen, att finna mening i det som inträffat samt att kunna se en framtid. Livet efter stroke kan även uppfattas som ansträngande (ibid.). En studie av Popovich, Fox och Bandagi (2007) visade att

patienterna kunde uppleva känslor bland annat rädsla, ångest, ilska, och depression. Dessa patienter upplevde även rädsla att återinsjukna i stroke och förlora mer funktioner.

Rehabilitering

Rehabilitering kan beskrivas som pedagogisk process eftersom den handlar om mer än bara fysisk träning. Under rehabiliteringen ska patienten få kunskap och insikt om sjukdomen. Förståelse för sjukdomens konsekvenser kan leda till att patienten kan bättre utnyttja sina resurser och hantera det nya livet på bättre sätt. Under rehabilitering bör patienten också lära sig att utveckla nya sätt att tänka, reagera, uppleva och handla för att uppnå gamla eller nya mål i livet (Brogårdh, Flansbjer & Lexell, 2013)

Enligt Brogårdh et al., (2013) härstammar ordet ”rehabilitering” från latinets ”rehabilitatio” som innebär (re-, åter + habilis, duglig). Rehabilitering är ett samlingsbegrepp för alla åtgärder som kan hjälpa patienten att återfå bästa möjliga funktion och förutsättning för ett normalt liv. Dessa åtgärder kan vara psykologiska, medicinska, sociala och arbetsinriktade (Höök & Grimby, 2001). I en studie av Langhorne, Bernhardt och Kwakkel, (2011) beskriver att rehabilitering efter stroke vanligtvis innebär en cyklisk process som involverar: bedömning, för att identifiera och kvantifiera patientens behov; målinställning, för att definiera realistiska och uppnåeliga mål för förbättring; intervention, för att hjälpa till att uppnå mål; och sist omvärdering, för att bedöma framstegen mot överenskomna mål (ibid). Det är viktigt att vårdpersonalen ska finnas där som assistans, stöd och uppmuntran och ska alltid finnas nära till hands (Ericson & Ericson, 2012).

Information

Patienter som insjuknar i stroke behöver information, samtal, undervisning och rådgivning om sin sjukdom enligt Fagermoen (2002). Patienten bör få information om vad som har hänt, vad som kan förväntas att hända framöver och om den vidare handläggningen och planeringen. Efter utskrivning från sjukhuset är det viktigt att patienten får information om vart de kan vända sig i till exempel medicinska frågor och var man har sin ansvariga läkare i fortsättningen. Dessa åtgärder behöver inte ta mycket tid men påverkar patienten på ett positivt sätt och kan även skapa förtroende och bättre förutsättning för att hantera den nya situationen (Löfström & Nilsson, 2012). Det är viktigt att den initiala informationen som

patienten får omfatta vilken bedömning som gjorts utifrån symtombilden, eventuella orsaker samt undersökningar och övervakningar som kommer att ske (Jönsson & Wallin, 2013).

De fysiska bortfallen uppmärksammas oftast av strokedrabbade patienter, men det finns andra problem bland annat personlighetsförändringar, minnessvårigheter, svår trötthet, emotionella svängningar. Dessa problem upptäcks först efter hemkomsten, därför är det viktigt med information om de olika symptom som kan uppstå efter stroke. Patientens sociala kontakter kan underlättas av en god information och kunskap om de förändringarna som kan tänkas uppstå i det dagliga livet (Löfström & Nilsson, 2013). Det är även viktigt att strokedrabbade patienterna få ett personcentrerat stöd i form av samtal, information och utbildning, för att kunna uppleva den förändring som stroke innebär som överkomliga och möjliga (Engström et al., 2005). Patienten har rätt att få information om sitt hälsotillstånd, förväntat vård, behandling och eftervård. Vårdpersonalen ska även ge patienten information om hur sjukdomen, skada samt risker för komplikationer och biverkningar ska förebyggas enligt patientlagen (SFS 2014:821). En studie visar att sjuksköterskor ses som lämplig vårdpersonal för att informera patienter dels för att de är lättillgängliga och dels för att de uppfattas att ha en tillräcklig kunskap för att tillhandahålla information (Jarrett & Payne 1995).

Personcentrerad vård

Patienten som insjuknar i stroke bör få personcentrerad vård och rehabilitering, där patienten har den viktigaste rollen i arbetet och är delaktig i hela rehabiliteringsprocessen och målsättningen (Jönsson & Wallin, 2013). Patienten bör inte enbart informeras, utan är det lika viktigt att vara lyhörd och lyssna på den. På detta sätt får patienten möjlighet att berätta om sitt tillstånd och hur den upplever sin situation och behandling (Ekman, Norberg och Swedberg, 2014). Patienten förväntar sig oftast inte att själva berätta om sin upplevelse och förståelse av sjukdomen utan förväntar sig att lyssna på vårdpersonalen och bli informerad. Det är viktigt att tillämpa personcentrerad förhållningssätt när information ges. Detta innebär att lyssna på patientens egna berättelser för att identifiera och bli medveten om varje individens behov, vilja, motiv och resurser. Personcentrerad vård utgår ifrån patientens egna berättelse, där patientens upplevelse av situationen beskriver individens förutsättningar, hinder och resurser (ibid).

Vid personcentrerad vård ska patienten sättas i centrum och vårdas med humanistisk syn, stödja dennes upplevelse och uppmuntra patienten till delaktighet. Delaktighet i vården är en

nödvändighet för en personcentrad vård. När patienten är delaktig i sin vård upplever de tillit, och känner sig respekterad (Berg, 2011). När patienten behandlas med respekt byggs det upp trygghet hos dem. Detta bidrar till tillfredställelse och påverkar patientens hälsa och välbefinnande positivt (ibid). Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2016) kan personcentrerad vård beskrivas som en vård som strävar efter att synliggöra hela personen och prioriterar tillgodoseende av andliga, existentiella, sociala, psykiska samt fysiska behov. Personcentrerad vård betyder att respektera och bekräfta personens upplevelse av ohälsa och sjukdom, samt att arbeta utifrån denna tolkning för att stödja hälsa med förutsättning i vad hälsa betyder för individen. Personcentrerad vård syftar till att möta patienter i dennes upplevelse av sjukdom och ohälsa med respekt och etiskt förhållningssätt. När patienten får berätta om sin känsla omkring sin situation och sjukdom ges möjlighet att få syn på hur just den personen ger mening åt sin sjukdom, sin hälsa och ohälsa (ibid.). Utifrån personcentrerad vård ska sjuksköterskan visa tilltro till och stödja patienten att upptäcka sin inneboende förmåga, utveckla sin kapacitet och lära sig hantera sitt hälsoproblem (Enligt Larsson, 2011).

Syfte

Syftet med denna studie var att beskriva patienters erfarenheter av information under rehabilitering på sjukhus efter stroke.

Metod

Design

Denna studie genomfördes som en litteraturstudie med kvalitativ ansats för att kunna svara studiens syfte. Lundman och Graneheim (2012) menar att avsikten med litteraturstudien är att lära sig sammanställa kunskap på ett tillämpligt sätt. Inom litteraturstudier används redan befintliga litteratur som informationskälla enligt Olsson och Sörensen (2012). Denna studie hade för avsikt att studera erfarenheter och känslor, därför kvalitativ ansats tillämpades. Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) menar att en kvalitativ metod används för att beskriva, förklara och fördjupa förståelsen för mänskliga uppfattningar och upplevelser.

Urval

Inklusionskriterierna i denna studie var att artiklarna skulle ha kvalitativ design och utgå ifrån patientens perspektiv under rehabilitering vid stroke. Artiklarna skulle vara skrivna på

engelska som är ett officiellt språk inom all vetenskap samt vara vetenskapliga granskade genom Peer Review. Willman et al., 2011) menar att artiklarnas trovärdighet ökar med hjälp av granskning av sakkunniga. Urvalet i artiklarna skulle utgöra åldersgruppen vuxna män och kvinnor över 18 år. Exklusionskriterierna var artiklar utifrån vårdpersonal, närstående samt patienter i akutfasens perspektiv.

Datansamling

Artikelsökningar börjades med pilotsökning i Cinahl, det vill säga en fritextsökning utan begränsar innan den systematiska sökningen påbörjades, detta för att se om det finns tillräcklig med data för att kunna besvara forskningsfrågan. En pilotsökning är en hjälp för att precisera sökningar men också ger information om det finns vetenskapliga artiklar inom området som avses undersöka enligt Axelsson (2012). Sökningen baserade på att sökorden som var relevanta för syftet. Tidigare nämnda inklusions- och exklusionskriterier kombinerades i både sökningarna Sökorden som användes i denna litteraturstudie var: *stroke, cerebrovascular Disorders, stroke patient, information needs, health information, perception, patient satisfaction, patient education, rehabilitation, rehabilitation process, patients' experience, experience of care interview, information* (bilaga 1).

Cinahl (Cumulative Index to Nursing And Allied Health Litterature) och Pubmed användes som databas för att göra artikelsökningar med sökverktyget MESH och Cinahl headings. Både i Cinahl och Pubmed används engelska som språk. Cinahl är omvårdnadsdatabas som innehåller stora mängder av artiklar i form av referenser från alla engelskspråkiga omvårdnadstidsskrifter som godkänts för indexering. Pubmed är inom hälso- och sjukvården den äldsta och mest kända databasen. Den innehåller framförallt referenser till tidskrifter inom medicin, odontologi och omvårdnad. Cinahl är därmed mer inriktad mot omvårdnadsvetenskapliga artiklar än Pubmed (Willman et al., 2011). Artikelsökningen skedde genom fritextsökning, ämnesordsökning och manuell sökning. Alla ord som finns med i referensposten, även de som finns i abstracten söks vid fritextsökningen i en databas. Detta kan betyda att träfflistan innehåller ett stort antal artiklar, där sökordet som är aktuell endast nämns en gång i ett abstract (Karlsson, 2017). Fritextsökning är expanderande och ökar sensitiviteten i sökningen (Willman et al., 2011). Vid manuell sökning kan nya källor hittas genom att söka litteratur- och referenslistor till redan utvalda artiklar och böcker. Detta för att skaffa sig en inblick i och en överblick över ett ämnesområde (ibid.). I denna studie gjordes ämnesordsökning i Cinahl och Pubmed för att göra preciserad sökning. Ämnesord

kan användas för att söka endast på de ord som anses beskriva innehållet i en artikel eller bok enligt Karlsson (2017). Forsberg och Wengström (2016) menar att de olika databaserna har ofta sitt eget system för ämnesord kallade thesaurus. Cinahl nämner sina ämnesord Cinahl Headings, motsvarigheter i Pubmed kallas MeSH-termer (medical Subject Headings) (ibid.). För att hitta relevanta artiklar används oftast mer än ett ord att söka på, dessa ord läggs ihop med hjälp av booleska operatörer, alltså termerna AND, OR, NOT (Karlsson, 2017). Dessa booleska sökoperatörer är ord som kombinerar söktermer på olika sätt. Sökoperatören OR expanderar och ökar den systematiska sökningens sensitivitet genom att resultatet innehåller referenser antingen till endast ett av orden eller både tillsammans. Däremot fungerar sökoperatören AND som avgränsande och används för att kombinera de olika sökblocken med varandra. Sökningen blir därmed mer specifik. Sökoperatören NOT används också som avgränsande, här kan orden som inte beskriver artikeln exkluderas i sökningen.

Forskargruppen får möjlighet att ringa in så mycket som möjligt av den relevanta litteraturen, samtidigt som sökningen riktas till ett avgränsat område med hjälp av rätt kombinerade booleska sökoperatörer (Willman et al., 2011). I denna studie användes endast sökoperatörerna OR och AND för att skapa blocksökning. Blocksökning ger möjligheten att hitta så många relevanta artiklar som möjligt genom att finna många intelligande söktermer som är ändamålsenliga för forskningsfrågan. I denna studie kombinerades fritextsökning och ämnesordsökning i artikelsökningen. Willman et al., (2011) menar att det är viktigt att fritextsökning och ämnesordsökning kombineras för att beakta sökningen i sin helhet och sträva efter balans mellan sensitivitet och precision. Denna studie användes även fräsökning som enligt Karlsson (2017) används för att söka ord som måste vara nära varandra och för att hålla ihop begrepp används citationstecken. Sammanlagt lästes 800 artiklar på titelnivå av sökningar som gjordes på Cinahl och Pubmed. Därefter valdes bort 603 artiklar som inte uppfyllde studiens inklusionskriterierna. Därpå lästes 197 kvarvarande artiklar på abstractnivå för att finna relevanta artiklar till studiens forskningsfråga. Av de 197 artiklarna föll bort 155 artiklar som inte var relevanta till studiens syfte eftersom de handlade om andra perspektiv än patientens. Vidare lästes 42 artiklar igenom i fulltext eftersom de berörde, stroke, rehabilitering och information. Av dessa föll bort 25 som inte svarade på forskningsfrågan. Totalt gick 17 artiklar vidare till kvalitetsgranskningar.

Kvalitetsgranskning

Artiklarna kvalitetsgranskades gemensamt. Granskningsprotokoll av Willman et al., (2011) för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod användes för att kvalitetsgranska

artiklarna som användes i resultatet i denna studie, (se bilaga 2). Olsson och Sörensens (2011) beskriver att kvalitetsgranskning används för att bedöma och granska artiklarnas trovärdighet. Bedömningsprotokollet innehåller 14 frågor som kan besvaras med JA, NEJ eller VET EJ. Om frågan besvarades med JA betygsattes den med ett poäng, medan NEJ eller VET EJ gav 0 poäng. Kvaliteten på artiklarna bestämdes genom att sätta gränsen för hög kvalitet vid 10 poäng eller högre, vilket tycktes var relevant, mellan sex och tio poäng ansågs medelhög och under sex poäng låg kvalitet. Efter kvalitetsgranskningen valdes ut totalt 15 av 17 artiklar med hög kvalitet som besvarade forskningsfrågan för analys (se bilaga 3). De 2 artiklarna som valdes bort hade inte tydlig och strukturerat resultat för att kunna särskilja vems perspektiv de utgick ifrån. Den andra hade låg kvalitet på grund av att den saknade etisk övervägande och att den inte hade mycket innehåll som svarade på syftet och därmed valdes bort.

Dataanalys

Analysen i denna studie utgick ifrån Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av innehållsanalys. Kvalitativa innehållsanalys fokuserar på att beskriva variationer genom att identifiera textinnehålls skillnaden och likheter (ibid.). Innehållsanalys har två olika ansatser – manifest och latent. Denna studie baserades på manifest innehållsanalys med latent inslag. Manifest beskriver de synliga uppenbara i texten och arbetar med textmaterialet. Medan forskaren inom latent innehållsanalys gör en tolkning av ordens innebörd enligt Olsson och Sörensen (2011). Valda artiklar lästes många gånger för att få en helhetsbild. Sedan genom gemensamt arbete plockades meningsenheterna som besvarade forskningsfrågan ut. Därefter diskuterades hur dessa kan handla om upplevelse av information. Meningsenheter kan vara ord, meningar eller stycken som är relaterade till varandra genom innehåll och sammanhang enligt Graneheim och Lundmans (2004). Därefter kondenserades meningsenheter utan att översätta de till svenska. Kondensering innebär att meningsenheterna förkortas utan att kärnan i innehållet försvinner (ibid.). Sedan kodades de kondenserade meningsenheterna, vilket enligt Graneheim och Lundmans (2004) är en etikett på kondenserade meningsenheter som beskriver kort vad meningsenheterna handlar om. Koderna möjliggör att reflektera över sitt data på nya olika sätt (ibid.). Koderna delades in utifrån sina innehåll och bildade kategorier. Med kategorier menas flera koder med liknande innehåll. Innehållet i olika kategorier ska vara närbesläktade samtidigt som de skiljer sig från varandra. Det innebär att likadana data inte kan finnas i två kategorier eller att den inte få uteslutas på grund av brist på lämpliga kategorier (Graneheim & Lundmans, 2004).

Resultat

Studien visade att patienter till stor del upplever att informationen de erhåller är otillräcklig och det finns ett behov av att veta mer, förstå mer och kunna mer. Det fanns även flera hinder för att de skall få det de behöver. Detta presenteras i det övergripande temat som **Önskar mer än vad personalen är beredd att ge**, som följs av kategorierna: Att ha behov av att veta mer med underkategorierna: *Att få veta mer om det man redan vet, Förstå vad som orsakade sjukdomen, Att få vara med och bestämma, Att kunna vara delaktig*. Nästa kategori presenteras i Hinder för att få det man behöver, med underkategorin: *Sättet information ges, Inte få tillgång till information, Inte vara till besvär*. Sista kategorin under detta tema var: Lämnad till att dra egna slutsatser följt av underkategorierna: *Vet inte vart man skall vända sig, Saknar detaljerad information, Saknar stöd, Osäkerhet kring utskrivning*. När vårdpersonalen valde att ha ett personcentrerat förhållningssätt fick patienterna hjälp att förstå. När patienterna erhöll information som de behövde visade det sig i kategorin: När man får hjälp att förstå med underkategorin: *Får en känsla av kontroll, Ger en ökad motivation*. Det fanns även saker som bidrog till att patienterna erhöll den information de behövde.



Figur 1 – En överblick av tema, kategorierna och underkategorier som beskriver patientens erfarenheter av information efter stroke.

Att ha behov av att veta mer

Att få veta mer om det man redan vet

Patienterna kände sig inte tillfredsställda med informationen de fick och ville ha mer information om stroke angående symtom, behandling och rehabilitering (Olofsson, Andersson & Carlbeg, 2005; Garrett & Cowdell, 2005; Morris, Payne & Lambert, 2007). De önskade mer utbildning och förklaringar om sitt tillstånd från sjuksköterskan. Patienterna tyckte att det skulle underlätta att anpassa sig till några negativa konsekvenser av stroke som de upplevde (Garrett & Cowdell, 2005; Donnellan et al., 2013). Andra upplevde däremot att läkare var lämpligt att ge dessa information eftersom de litade mest på läkarens kunskap (Garrett & Cowdell, 2005).

En del patienter uttryckte en oro över de särskilda effekterna som stroke hade på dem. Information om symtomens betydelse, hur dessa skulle hanteras och hur länge förväntades kvarstå var önskvärda (Wiles, Buckland & McLellan, 1998). Sådana symtom var bland annat trötthet som patienten upplevde att den påverkade hela deras existens. Det gjorde dem oförmögna att arbeta på heltid och påverkade deras familj och det sociala livet negativt. Detta ledde till att patienterna hade ständiga frågor om tröttheten. De ville veta varför tröttheten hade en sådan inverkan på deras liv, och om det fanns någon möjlighet att bota eller hantera den (Röding, Lindström, Malm, & Öhman, 2003). Andra patienter upplevde att de inte har fått tillräcklig information och förklaring från sjukhuspersonalen för att kunna hantera smärtan, vilket resulterade i känslan av övergivenhet (Donnellan et al., 2013).

Patienterna ville veta vilka återhämtningar skulle göras och när detta skulle uppnås. De var medvetna om att tydliga förutsägelser inte kunde göras men ändå ville de ha mer information än vårdpersonalen var beredda att ge. Dessa patienter var även förvirrade över hur länge de skulle fortsätta med övningar och när övningarna upphörde att vara till nytta (Wiles et al., 1998). De kände sig lämnade åt ödet i mörkret när de inte hade fått tillräcklig med information som de behövde. Detta påverkade patienters upplevelse av hur mycket de kände till om sina tillstånd. Brist på information präglade deras tillvaro negativt och gjorde svårt att övervinna begränsningarna och fortsätta med sina liv. För vissa patienter ledde den otillräckliga kunskapen till att de levde ett liv präglat av mycket osäkerhet (Ellis-Hill et al., 2009).

Well I wanted to know, you know, what's my chances of getting well again and all that but when you ask them all you get is 'we can't really say, this is a grey area' you know But I mean you want to be told (Wiles et al., 1998, s.797).

En del patienter började söka mer information om återhämtning efter stroke under rehabiliteringen. De var angelägna om att känna till alla sätt att genom självhjälp återhämta sig helt, särskilt gällande den fysiska funktionen. Dessutom upplevde patienterna att kunskapen skulle bidra till att bekämpa deras känslor av maktlöshet (Lui & Mackenzie, 1999).

Förstå vad som orsakade sjukdomen

En del patienter uttryckte behov av information om vad stroke var, bakomliggande orsaken och hur insjuknande i en ny stroke kunde förebyggas (Wiles et al., 1998).

Majoritet av patienterna hade däremot obesvarade frågor om konsekvenserna av stroke, och livsstilsändringar. Dessa patienter saknade kunskap om riskfaktorer såsom alkoholförbrukning, rökning och matvanor för att minska risken att återinsjukna (Mangset, Erling-Dahl, Forde, & Wyller, 2008). Även brist på information om vad som kan förväntas efter stroke och om varningssignaler upplevdes. Patienternas bristande kunskap ledde till ovisshet om hur situationen skulle hanteras och även rädsla för att insjukna i en ny stroke samt känslor av stigmatisering framkom bland patienterna. Detta begränsade det sociala livet (White, Magin & Pollack, 2009). De upplevde även frustration och känslor av ilska när vårdpersonalen inte kunde uppfylla deras behov för information och kunskap (Lui & Mackenzie, 1999; Röding et al., 2003; Wiles et al., 1998).

“I cannot understand what caused it to happen ... I did not know what a stroke was” (White et al., 2009, s.85).

Att få vara med att bestämma

Största delen av patienterna i denna studie saknade insyn i beslutsprocessen om sina egna behandlingar och planeringen inför vårdperioden. De saknade information om hur och vad besluten baserades på. Det resulterade i att patienterna blev skeptiska till om de fått ta del av alla tillgängliga behandlingsmetoder och de var rädda för att det skulle hindra deras eventuella återhämtning (Wiles et al., 1998). Patienterna kände sig förvirrade när de insåg att de inte fått tillräcklig med förklaring inför behandlingen.

Det bidrog därutöver till minskat förtroende hos patienterna för hela behandlingsprocessen, vilket i sin tur gjorde rehabiliteringen svårare för dem i om de oklara omständigheterna (White et al., 2009). En del patienter önskade ha mer information inför tilltänkta sjukhusvistelsen (Theofanidis, Fountouki, & Pediaditaki, 2012), då de till exempel var helt omedvetna om det planerade datumet för utskrivning (Wiles et al., 1998). I tillägg till det beskrev vissa patienter också att de känt sig övergivna och inte fått tillräckligt med stöd i samband med en plötslig utskrivning eller om det skett tidigare än väntat (Ellis-Hill et al., 2009).

“They never tell you how long you are going to be there (hospital) or might be there”
(Theofanidis et al., 2012, s.304).

Att kunna vara delaktig

Många gånger var patienterna inte delaktiga i planering av sin vård på grund av brist på information (Donnellan, et al., 2013; Olofsson et al., 2005). Detta påverkade negativt patientens deltagande i rehabiliteringen under sjukhusvistelsen eftersom förståelsen av rehabiliteringsprocessen var väldigt svag bland patienterna som inte kände sig välinformerade (Maclean, Pound, Wolfe, & Rudd, 2000; Röding et al., 2003). De beskrev en känsla av de "gick längs med" processen. (Röding et al., 2003). Eftersom dessa patienterna var angelägna att delta i deras återhämtning genom att aktivt delta i rehabiliteringen och individuella träning, som de önskade var inriktade på personliga mål (Andersson & Hansebo, 2009).

Även i en studie av Tholin och Forsberg (2014) framkom upplevelser av att inte vara delaktiga i planeringen av sin kontinuerliga vård på sjukhuset. Vissa patienter uttryckte att de varken hade deltagit i planeringen av den aktuella eller den framtida vården. Detta bidrog till oro inför vad som kommer att hända i framtiden. Å andra sidan upplevde vissa patienter att vårdpersonalen bestämde allting till exempel vilken tid att äta och lägga sig, vilket upplevdes som en förlust av självbestämmande (ibid.).

I was referred to the rehabilitation ward rather quickly after the stroke but I really did not understand what I was supposed to do there (Röding et al., 2003, s.870).

Hinder för att få det man behöver

Sättet som informationen ges

Tillfredställelsen med tidpunkten för erhållen information varierade bland patienterna. Information vid fel tidpunkt upplevdes vara ett hinder för tillgång till relevant information. Vissa patienter tyckte att vårdpersonalen dröjde med att tillhandahålla rätt information. Detta orsakade att patienterna fick vänta länge på besked och upplevde att de inte fick önskad information i tid. Medan andra tyckte att de erhöll informationen för tidigt på sjukhuset, vilket gjorde att de inte kunde ta till sig informationen eller ställa frågor på grund av förvirring. De behövde komma över rädslan i de tidigare dagarna under rehabilitering, och därför ville de inte få informationen i ett tidigt skede. Dessa patienter uttryckte även svårigheter med att komma ihåg informationen som erhöles i ett tidigt skede (Eames, Hoffmann, Worrall, & Read, 2010).

“some of the early days, I can’t remember . . . may just need to allay fears in early days until I’m over the first hurdle” (Eames et al., 2010, s.2.73).

Användningen av medicinskt språk upplevdes också som ett hinder för patienterna att ta till sig och förstå information. De uttryckte otillfredsställelse när vårdpersonalen, framför allt läkaren använde medicinska termer för att tillhandahålla information. Det orsakade missuppfattningar och ovisshet bland patienterna som tyckte att de anade vad läkaren informerade om men att de inte var helt säkra på budskapet (Eames et al., 2010).

Förutom tidpunkten och medicinskt språk upplevdes formen på informationen som hinder. En del patienterna uttryckte behov för skriftlig information som komplement till den verbala informationen (Eames et al., 2010; Tholin & Forsberg, 2014, Theofanidis et al., 2012). Vissa patienter upplevde att det var svårt att förstå eller ta till sig all den verbala informationen. Medan andra uttryckte att de inte kom ihåg den givna informationen och därför behövdes informationen i skriftlig form för att kunna komma ihåg (Tholin & Forsberg, 2014; Garrett & Cowdell, 2005). En annan fördel med den skriftliga informationen var också att den kunde användas i framtiden för att kunna läsa den uppreparande gånger och den fanns lätt till hands (Garrett & Cowdell, 2005). Det fanns även vissa patienter som tyckte att det var svårt att läsa den skriftliga informationen och behövde verbal information först (Eames et al., 2010).

“can’t read all that stuff, I need to be told first with written to follow” (Eames et al., 2010, s.74).

Inte få tillgång till information

Avbrott i vårdens kontinuitet ansågs också förhindra tillgången till information. Till exempel helger eller röda dagar betydde att patienterna inte kunde få tag på svar på undersökningar eller annan information som de behövde (Eames et al., 2010).

“Easter [meant that I have] had all the tests [completed], but can’t get results (Eames et al., 2010, s.73).

Förutom helger och röda dagar som påverkade informationsflödet upplevdes att skiftbyte eller roterande vårdpersonal resulterade i brist på kommunikation mellan vårdpersonalen. Till exempel att ha olika läkare vid uppföljningen upplevdes som besvikelse på grund av att läkaren inte kunde tillhandahålla önskad information (Eames et al., 2010).

[he] wasn't up to speed, didn't know anything" (Eames et al., 2010, s.73).

Dysfunktionell kommunikationslänk mellan vårdpersonalen uppfattades också begränsa tillgången till information (Eames et al., 2010; White et al., 2009; Morris et al., 2007). Patienterna uttryckte, till exempel att det saknades kommunikation mellan sjuksköterskor och arbetsterapeuten, vilket resulterade i att sjuksköterskan inte kunde svara på patientens frågor gällande fysisk träning. Men även att det gick långsammare att erhålla information på grund av brist på kommunikation mellan vårdpersonalen (Eames et al., 2010).

Följaktligen uppfattades brist på tid och resurser i sjukhuset som ett hinder för patienterna att erhålla information. Patienterna uttryckte att deras frågor inte kunde besvaras eftersom vårdpersonalen hade mycket att göra på grund av stor arbetsbelastning. Särskilt brist på tillgång till läkare och sjuksköterskor betonades, vilket de tyckte resulterade i att det var svårt att få tag på rätt vårdpersonal när det behövdes och att de inte alltid var i närheten (Eames et al., 2010; Morris et al., 2007). Vårdpersonalen hade även brist på tid för att kunna ge tillräcklig information till patienterna (ibid.). Patienterna uttryckte otillfredsställelse när deras frågor inte kunde bli besvarade på grund av brist på tid (Olofsson et al., 2005; Mangset et al., 2008). Detta kunde uppfattas som att vårdpersonalen inte lyssnade på deras behov och därmed inte blev respekterade (Mangset, et al., 2008).

Vill inte vara till besvär

Slutligen upplevde patienterna att de själva av olika anledningar kunde vara ett hinder för att få tillgång till information. En del patienter sökte inte upp den önskade informationen eftersom de var i förnekelse eller att de inte behövde mer information. Medan andra inte visste vad de skulle fråga om (Olofsson et al., 2005; Eames et al., 2010). Vissa patienter förlitade sig inte på informationen eftersom de ansåg att vårdpersonalen inte var experter eller inte hade mycket kunskap för att kunna besvara patienters frågor. Andra kände sig obekvämt med att ställa frågor till vårdpersonalen på grund av att vårdpersonalen inte presenterade sig vid mötet med patienterna, och därmed inte kunde skapa en förtroendefull relation med patienterna (Lui & Mackenzie, 1999). Även sjukhusmiljön i sig kunde upplevas som skrämmande, vilket ledde till att patienterna inte vågade ställa sina frågor (Eames et al., 2010).

"You get the feeling that it's not your place to badger them" (Eames et al., 2010, s.74).

Lämnade att dra sina egna slutsatser

Vet inte vart man skall vända sig

Svårigheter upplevdes med att lokalisera vart man kan söka informationen eller hur man kan få tag på den rätta personen att fråga för att kunna erhålla rätt information (Eames et al., 2010). Det var inte tydligt för patienterna vems ansvar det var att tillhandahålla olika delar av informationen till dem och vem skulle se till att patienterna fick all relevant och lämplig information som de behövde. Informationsflödet till patienten uppfattades som oorganiserat, icke-linjärt och ibland motsägelsefullt. (Theofanidis et al., 2012). En del patienter tyckte att informationen och råden som de hade fått av vårdpersonalen kunde tolkas på många olika sätt, vilket gjorde dem oroliga för att göra något fel och förvärra situationen. (Ellis-Hill et al., 2009).

.. "So I've got to try and sort of do things for myself, but the problem with that is, you know, it's like when I was doing the walking and stuff, you don't know if you're doing anything wrong or if you're doing wrong exercises to try and correct what you've got wrong" (Ellis-Hill et al., 2009, s.68).

Saknar detaljerad information

Även om patienterna fick viss information om orsaker till stroke och om förebyggande åtgärder, kunde de fortfarande inte förstå varför de drabbats av stroke och hur de kunde förhindra att det händer igen (Wiles et al., 1998). De önskade att vårdpersonalen skulle vara mer direkt och tydlig om prognosen och sjukdomen. Andra patienterna ville ha tydligare målformuleringar om deras träning och behandlingen som helhet. Även tydligare information om hur mycket de kunde klara av när det gällde fysisk prestation efter stroke var önskvärt (Röding et al., 2003). Vissa patienter beskriver å andra sidan att de fått för mycket information om sin sjukdom och prognosen på sjukhuset vilket ledde till att den givna informationen blev otydlig (Eames, et al., 2010). I avsaknad av detaljerad och individuell information från vårdpersonal, blev patienter lämnade till att dra sina egna slutsatser om återhämtningen. Många patienter hade en alltför optimistisk syn på återhämtningen och förväntade sig att kunna återvända till normallivet direkt. De uttryckte att en mer detaljerad informationsprocess om orsaker, förebyggande åtgärder och återhämtning skulle kunnat hjälpa dem att förstå situationen bättre så att de skulle kunna återta kontrollen över sina liv.

En del patienter uttryckte också att informationen var opersonlig, vilket upplevdes svårt att använda den tillhandahållna informationen till deras specifika problem (Wiles et al., 1998).

Saknar stöd

Bristande information kunde även leda till att patienterna upplevde bristande stöd från vårdpersonalen. Det fanns en del patienter som upplevde brist på emotionellt stöd på sjukhuset (Theofanidis et al., 2012). Vissa patienter saknade stöd i processen att gå tillbaka till jobbet efter stroke och upplevde en känsla av ensamhet i situationen. Andra patienterna saknade information om hur det var att vara en yngre person som drabbats av stroke. De uttryckte att mer information och stöd från vårdpersonen skulle kunna minska deras ångest (Tholin & Forsberg, 2014). Andra patienter upplevde att vårdpersonalen fokuserade mest på den fysiska vården och saknade emotionellt stöd i form av samtal och information. De tyckte att mer stöd var nödvändigt och att brist på stödjande samtal kunde påverka rehabiliteringsprocessen negativt (Morris et al., 2007).

Osäkerhet kring utskrivning

Utskrivning från sjukhus var utmanande för många patienter eftersom det präglades av osäkerhet (White et al., 2009; Ellis-Hill et al., 2009). Patienterna upplevde även begränsningar i information om utskrivning, uppföljning och saknade större delaktighet i planering av dessa. Patienterna ifråga hade blandade känslor vid utskrivningen. De beskrev en känsla av lycka och lättnad men också av ångest och osäkerhet inför utskrivningen, eftersom de hade ett antal obesvarade frågor, särskilt om prognosen (Olofsson et al., 2005).

Vissa patienter kände sig fortfarande osäkra om sin återhämtning efter utskrivningen, vilket visar på att deras behov av information inte blivit tillgodosedda under sjukhusvistelsen (Wiles et al., 1998). Andra upplevde att de inte var välinformerade om sin fortsatta vård efter utskrivning. Detta gjorde det svårt för patienterna att aktivt delta i beslutsfattandet om sin hälsa (White et al., 2009). Vissa patienter var oroliga över försämringar i hälsan efter stroke. De upplevde att information om deras arbetsduglighet och vad som realistiskt sett kunde förväntas av dem i arbetslivet efter stroke inte hade klargjorts på ett lämpligt sätt vid utskrivningen (White et al., 2009).

Många patienter som skulle lämna sjukhuset upplevde ängslighet och osäkerhet inför hur de skulle fungera i hemmet, eftersom de inte fått tillräckligt information om vad som väntade dem väl hemma (Maclean et. Al, 2000; Morris et al., 2007). Andra studier visade på förutom

brister i information om vad som kunde förväntas efter utskrivning också utebliven information om vilka resurser som kunde erbjudas och hur tillgängliga dessa resurser var (Wiles et al., 1998); White et al., 2009). Vissa patienter upplevde till och med ovisshet om vem som skulle kontaktas angående de olika utrustningarna till hemmet, olika förmåner och andra tillgängliga resurser. En del patienter upplevde att de saknade praktisk information angående bilkörning, sexuellt umgänge, socialt samspel och framtida anställning, för att kunna återgå till en normal vardag. Det fanns en farhåga bland patienter att utförandet av vardagliga aktiviteter skulle leda till återinsjuknande och denna rädsla berodde på bristande information (Wiles et al., 1998).

Många patienter beskrev också att de saknade information om medicinerna som de fått av läkaren. Vissa patienter blev utskrivna utan att veta om vad de skulle göra när tablettorna tog slut. I dessa fall var patienterna osäkra om medicineringen var slutförd eller om de skulle kontakta läkaren för ytterligare recept (Wiles et al., 1998). Andra upplevde brist på information om varför det var viktigt att ta just dessa mediciner (Donnellan et Al., 2013).

[Interviewer: Are you taking Warfarin?] Oh yes yes. (...) I couldn't understand why it was so important. I'm glad I did I think it has given me energy somehow. I'll have to ask him that next time when I see him (Donnellan et Al., 2013, s.489).

Att få hjälp att förstå

Få en känsla av kontroll

Vissa patienter upplevde tillfredställelse och känsla av kontroll när de fick information om sjukdomen av vårdpersonalen (Donnellan et Al., 2013). Dessa patienter upplevde att informationen gav en djupare insikt i vad som drabbat dem och vad som kunde förväntas senare (Olofsson et al., 2005). De uppskattade även när de fick trygghet, känsla av säkerhet samt när vårdpersonalen erbjöd dem verbal uppmuntran, lyssnade på deras bekymmer, visade en omtänksam attityd och respekterade dem som individer (Lui & Mackenzie, 1999). Sjuksköterskans bemötande upplevdes mer positivt när patienterna kände sig involverade. Patienterna uttryckte att de hade fått förtroende för sjuksköterskorna. Det var också uppskattat när sjuksköterskorna kunde svara på patienternas frågor och ge de relevanta förklaringar (Theofanidis et al., 2012; Adersson & Hansebo, 2009). De patienter som hade fått känna sig delaktiga i sjukhuset, hade positiva känslor av att ha fått stöd. De hade utvecklat en känsla av

tillit och kände att de blev vägleda av vårdpersonalen. Detta genererade i sin tur ökat självförtroende bland patienterna under deras sjukhusvistelse (Ellis-Hill et al., 2009).

Ger ökad motivation

En del patienter beskrev hur den informationen och stödet de fått av vårdpersonalen hade bidragit till ökad motivation till initiativtagande och en aktivare roll i rehabiliteringsprocessen. De patienterna beskrev att uppmuntran och information om rehabiliteringsplanen hjälpte dem i att bli mer motiverade och beslutsamma i sjukdoms- och återhämningsprocessen (Maclean et al., 2000).

“I’m determined, yes. The physios are very good here, they’re very encouraging and they explain things to you. Cos you don’t know what the plan is, do you, unless they tell you. So then you know all the pain and everything is worth it” (Maclean et al 2000, s.1052).

Andra patienter beskrev hur informationen hjälpt dem att förstå rehabiliteringsmålen och gjort dem uppmärksamma på när framsteg gjordes. Detta var bevis på att rehabiliteringen fungerade (Maclean et al., 2000).

Diskussion

Metoddiskussion

Lincoln och Guba (1985) menar att studiens trovärdighet grundar sig på *tillförlitlighet*, *giltighet* samt *överbarhet*.

Giltighet

En studies *giltighet* beror på om det som är planerat att studeras verkligen studerades enligt Lincoln och Guba (1985). En kvalitativ ansats ansågs vara lämplig att använda i studien eftersom syftet var att beskriva patienters erfarenheter av information. Polit och Beck (2012) menar att forskningsfrågan avgör och styr val av design. Willman et al. (2011) beskriver att en kvalitativ metod används för att beskriva, förklara och fördjupa förståelsen för mänskliga uppfattningar och upplevelser (ibid.). En litteraturstudie valdes som metod i denna studie, vilket enligt Olsson och Sörensen (2012) betyder att sammanställa och granska redan befintliga litteratur. En intervjustudie har kunnat vara ett annat alternativ val av metod för att besvara studiens syfte. Men Olsson och Sörensen (2012) beskriver att en litteraturstudie används för att inte störa verksamheten i hälso-och sjukvården och att tiden kan vara

otillräckligt för examensarbete. Nackdel med litteraturstudier av vetenskapliga artiklar är att andra forskare har redan bearbetat textmaterial för att svara artikelförfattarnas studiefråga. Dock en fördel med att använda en litteraturstudie med olika artiklar kan vara att studiens resultat grundas efter olika aspekter då den baseras på flera observationer eller intervjuer av olika forskare. Men också att det ges tillgång till ett större deltagare (ibid.).

I inklusionskriterierna i denna studie valdes populationen män och kvinnor som drabbats av stroke. Enligt Olsson och Sörensen (2012) måste en population väljas när en studie ska planeras. Graneheim och Lundman (2012) menar att studiens trovärdighet stärks eftersom detta ger möjlighet till att upplevelserna beskrivs utifrån olika erfarenheter. Eftersom stroke drabbar både yngre och äldre personer, inkluderades alla personer över 18 år. Åldrarna som är representerade i artiklarna är därmed 37–92 år. En fördel med att undersöka både män och kvinnor i alla åldrar kan vara att man får en allmän bild av personernas erfarenheter eftersom båda könen i alla åldrar kan insjukna i stroke. Däremot kan studiens resultat bli mindre överförbart på grund av det stora åldersspannet, men en viss generalisering kunde göras, då upplevelser är unika och subjektiva. Det framkom i artiklarna att det inte fanns stora skillnader i hur patienterna upplevde informationen.

Artiklarna som var skrivna från år 2000 till 2017 valdes i början men tidsintervallet ändrades senare på grund av brist på relevanta artiklar. Därför inkluderades två artiklar från 1998 och 1999, då de ansågs svara på studiens forskningsfråga men också artiklarnas innehåll fortfarande kan ses som högst aktuellt. Fördelen med att ändra tidsintervallet var att ett större antal relevanta artiklar kunde hittas. För att få fram den mest relevanta forskningen är det ibland nödvändigt att göra avgränsningar i sina sökningar enligt Friberg (2012). Artiklarnas publiceringsår ansågs inte ha stor relevans för forskningsfrågan och inte heller stor påverkan på resultatet.

Ett annat inklusionskriterium var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska, då det är ett språk som författarna behärskar. Enligt William et al., (2011) bör forskarna begränsa sig till de språken som författarna behärskar eftersom forskningslitteratur är skrivna på många olika språk. Enligt Forsberg och Wengström (2016) publiceras omvårdnadsforskning på engelska i hög utsträckning. Däremot kan feltolkningar ha gjorts, då engelska inte är författarnas förstaspråk. Polit och Beck (2012) menar att feltolkningar kan hota en studiens trovärdighet genom att resultatet blir förträngt, vilket kan ses negativt för studien. Dock för att minska risken för feltolkningar lästes artiklarna ett flertal gånger av både författarna samtidigt som

olika översättningsmetoder som till exempel engelska lektion användas när otydligheter har uppstått. Graneheim och Lundman (2004) menar att när ett lexikon tillämpas minskar risken för tolknings- och översättningsfel.

Tillförlitlighet

Lincoln & Guba (1985) menar att *tillförlitlighet* anses hur tydligt studiens tillvägagångsätt är beskrivet. Databaser Pubmed och Cinahl användes för att göra litteratursökningen, vilket angås vara lämpliga för att genomföra studien. Sökningen som baseras på flera databaser kan stärka studiens trovärdighet menar Henricson (2012). Att använda endast två databaser kan vara en svaghet men enligt Karlsson (2012) är båda Cinahl och Pubmed stora och kända databaser inom omvårdnadsområde. Dessa databaser gav tillräcklig data för att svara studiens syfte. En bibliotekarie togs till hjälp innan sökningarna i databaser utförts, vilket i enlighet med Karlsson (2012) kan vara bra idé att lägga ner tid på att förstå hur en databas fungerar. En pilotsökning gjordes i denna studien vilket enligt Axelsson (2012) är en hjälp för att precisera sökningar men också ger information om det finns vetenskapliga artiklar inom området som avses undersöka. Utifrån relevanta sökorden gjordes fritextsökning, ämnesordsökning och manuell sökning. Med fritextsökning kan träfflistan innehålla ett stort antal artiklar enligt Karlsson (2012), men Willman et al. (2011) menar att fritextsökning är expanderande och ökar sensitiviteten i sökningen. Ämnesordsökning gjordes i Cinahl-Headings i Cinahl och MeSH-term i Pubmed för att göra sökningen mer exakt. Dessutom gjordes manuell sökning från relevanta artiklarnas referenslistor för att kunna hitta nya artiklar och därmed uppnå datamättnad. Den manuella sökningen resulterade i en artikel. I denna studie användes flera synonymer för både upplevelse och stroke som blocksöktes med hjälp av booleska operatörer, alltså termerna AND och OR för att kunna få så många relevanta artiklar som möjligt. Däremot booleska operatören NOT användes inte i studien, då det inte ansågs vara nödvändigt. När sökscheman var klar gjordes likadana sökningar på nytt i databaserna för att försäkra sig att inga relevanta artiklar uteslutits. Det är viktigt att en studie har en hög igenkänningsfaktor, vilket enligt Lincoln & Guba (1985) är frågan om andra forskare skulle kunna upptäcka samma fenomen eller generera identiska strukturer i samma eller liknande sammanhang, som den aktuella studien. Det är däremot omöjligt att olika forskare få samma resultat vid undersökning av samma ämne.

Efter sökningen valdes ut 17 artiklar till kvalitetsgranskning. Granskningsprotokoll av Willman et al. (2011) användes (bilaga 2) för att det ansågs vara lätt att förstå och använda.

Författarna la stor vikt på att förstå frågorna i granskningsmallen samt läste artiklarnas innehåll flera gånger för att undvika missbedömning och därmed kunna bedöma artiklarnas kvalitet. Författarna granskade artiklarna var för sig för att sedan kunna jämföra och diskutera, vilket Willman et al. (2011) menar att det detta är ett sätt att säkerställa att artiklarna håller en vetenskaplig kvalitet samt för att öka studiens trovärdighet. Under kvalitetsgranskningen uppmärksammades att två av de 17 utvalda artiklarna inte hade hög kvalitet på grund av att de saknade etisköverbärande och att resultatet inte var klar och tydlig presenterat samt att de inte hade mycket innehåll som svarade studiens fråga. Av dessa anledningar exkluderades dem. Alla 15 artiklar som valdes till analysen hade hög kvalitet efter kvalitetsgranskningen.

Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av en kvalitativ innehållsanalys användes, där fyra steg i analysmetoden har tillämpats. Analysen genomfördes på manifest nivå med latent inslag. Valda artiklar lästes många gånger för att få en helhetsbild. Sedan valdes ut de meningsenheterna som besvarade forskningsfrågan gemensamt för att få fram så relevanta meningsenheter som möjligt. Meningsenheterna kondenserades utan att översätta de till svenska. Detta eftersom svenska inte är författarnas modersmål och att översatte meningsenheterna till svenska skulle kunna leda till fel vid översättning, vilket skulle även påverka resultatets trovärdighet. Engelska är inte heller författarnas förstaspråk men det ansågs vara lättast att använda vid kondensering och kodning. En annan sak som kunde påverka resultatets trovärdighet är att båda författarna har tidigare erfarenheter och kunskaper kring ämnet som undersöktes, genom att har träffat patienter med stroke i sitt yrkesverksamma liv. Däremot försökte författarna att tydliggöra och diskuterade om sin förförståelse av ämnet innan analysprocessen. Detta för att vara neutral och inte färga data med sin egen förförståelse. Graneheim och Lundman (2004) menar texten alltid påverkas av läsarens förförståelse, vilket gör det omöjligt att inte tolka den. Men författarna ansträngde sig att inte låta sin förförståelse påverka resultatet genom att vara medveten om det. Enligt Graneheim och Lundman (2004) stärks trovärdigheten om läsaren är medveten om sin förståelse. Författarna försökte att vara så textnära som möjligt för att vara sann mot data. All data som svarade studiens fråga inkluderades i resultatet eftersom inga meningsenheter exkluderades till följd av att de inte passade in någon kategori.

Överförbarhet

Resultatet från en studies överförbarhet beror på i vilken utsträckning det kan överföras till andra grupper och kontexter enligt Guba och Lincoln (1985). Analyserade artiklarna var från olika länder för att få bättre överbarhet av studiens resultat. Att inkludera vetenskapliga artiklar från olika länder med olika sjukvårdssystem kan ses som svaghet i studien eftersom det kan förekomma vissa olikheter såsom kulturella skillnader och att företeelser kan ha olika beteckningar i olika delar av världen Detta kan också begränsa resultatets överförbarhet på grund av att olika patienter kan ha fått olika information på olika sjukhus. Ett argument att göra en studie som baseras på artiklar oavsett vilket land de utförts i, kan vara att upplevelser är något som är unikt och som det framkom från artiklarna fanns inte så stora skillnader i hur patienterna upplevde informationen i de olika artiklarna. Patienters upplevelser och känslor skiljer sig alltså inte avsevärt från varandra oavsett vilket land studien är utförd i. Författarna anser därför att studiens resultat kan vara överförbart till vilket sjukhus som helst världen över. Dock menar Lincoln och Guba (1985) att det är läsaren som avgör i vilken utsträckning resultatet är överförbart till andra sammanhang (ibid.). När det gäller kulturella skillnader är något som i vilket fall inte går att undvika med tanke på att det förekommer i hela världen, inte ens om studien begränsas till ett land. Att artiklarna utförts från olika länder kan ses snarare som styrka eftersom flera infallsvinklar ges därigenom. Graneheim och Lundman (2004) beskriver att trovärdigheten ökar genom ett varierat urval då variationen kan föra med sig flera olika perspektiv. Analysen resulterade i att övergripande tema uppstått. Denna koncentration gör att resultatet kan används i andra kontexter.

Resultatdiskussion

I nedanstående diskussion kommer att följande fynder diskuteras och styrkas med andra vetenskapliga artiklar samt kopplas till personcentrerad vård som omvårdnadsteori.

I resultatet framkom att patienterna upplevde att information vid fel tidpunkt kan vara ett hinder för tillgång till relevant information. En del patienter upplevde att information tillhandahölls för tidigt medan andra uttryckte att de erhöll den för sent. Detta bekräftas också av Decker et al. (2007) som menar att en del patienter ansåg att information bör ges tidigt, andra ville ha den sent och vissa tyckte att det bör ges kontinuerligt. Även Kersten et al. (2002) och Wiles, Ashburn, Payne och Murphy (2002) menar att det är viktigt att information ges vid ett lämpligt tillfälle då patienterna inte alltid kan ta emot ny information när de har gått igenom något traumatiskt (ibid). Därför ska patienterna få information när de är mentalt

förbereda inför situationen (Fagermoen, 2002). Enligt Hong-Sheng, Jing-Jian och Mu (2016) har patienterna med stroke olika behov av information beroende på vilket skede de befinner sig, därför är det viktigt att anpassa informationen som ges i olika skeden efter stroke. Patienterna som får information vid lämplig tidpunkt får möjlighet att återhämta sig snabbare och har även lättare att delta i sin vård (ibid).

Fagermoen (2002) beskriver att patienter som drabbades av en kronisk sjukdom har mycket tankar och frågor omkring sin situation. Det kan därför vara viktigt att sjuksköterska tar initiativ till att prata med patienterna om deras situation vid lämpligt tillfälle och med stödjande samtal kunna inverka deras välbefinnande (ibid). Patienten befinner sig i ett beroendeförhållande till vårdpersonalen enligt Socialstyrelsen (2009). Eftersom patienten blir beroende av vårdpersonalens kunskap och kompetens är det viktigt att vårdpersonalen förmedlar kunskap om patientens tillstånd genom individanpassad information. För att kunna göra detta bör personcentrerad vård tillämpas, vilket utgår ifrån personen och dess egen upplevelse (Ekman et al., 2014). Därför ska personens egen upplevelse och berättelse vara utgångspunkt för vårdpersonalen, vilket också kan underlätta att tillhandhålla lämplig information på rätt sätt (Lidén och Svensson, 2014).

I resultatet framkom också att en del patienter saknade skriftlig information som komplement till den verbala informationen. Dessa patienterna uttryckte att muntlig information borde kombineras med skriftlig. En studie av Decker et al. (2007) stödjer detta genom att påvisa vikten av skriftlig information som komplement till den verbala informationen. Decker et al. (2007) menar att den muntliga informationen kan feltolkas eller glömmas bort. Även Bolejko et al. (2008) visar att broschyrer och skriftlig information kunde upplevas positivt. Bolejko et al. (2008) och Funk et al. (2013) påpekar däremot att den skriftliga informationen inte går att anpassa efter individens behov på samma sätt som den verbala och att den inte heller kan ersätta den muntliga informationen. Trots detta ansågs den skriftliga informationen positivt bland patienterna (ibid.). Johnson, Sandford, och Tyndall (2003) lyfter fram att patienterna som erhåller kombination av skriftlig och muntlig information får högre kunskap och bättre tillfredsställelse än de som erhåller endast muntlig information (ibid). Patientlagen (SFS 2014:821) beskriver att vårdpersonalen måste ge skriftlig information om det behövs med hänsyn till patientens individuella förutsättningar eller om patienten ber om det (ibid.).

Utifrån personcentrerad vård ska sjuksköterskan stödja patienten att lära sig hantera sitt hälsoproblem enligt Larsson (2011). Att tillämpa personcentrerad vård på sjukhuset har många fördelar bland annat att patientinformation och delaktighet bland patienterna förbättras. För att kunna tillämpa personcentrerad förhållningssätt är det därför viktigt att sjuksköterskan ser varje patient som unik och ta hänsyn till patientens egenskaper och möjligheter enligt McCormack och McCance (2006). Genom att utgå ifrån personcentrerad vård kan patientens tillfredsställelse med vården ökas samt patientens vårdtid förkortas. Ett personcentrerat synsätt kan medföra att kontinuiteten i omvårdnaden blir bättre och enklare (McGilton et. al., 2011). Det har stor betydelse att sjuksköterskan ser varje patient som individ och att den ska arbeta utifrån deras individuella behov (McCormack & McCance, 2006). Även Struwe, Baernholdt, Noerholm och Lind (2013) menar att för kunna ge en god personcentrerad omvårdnad är det viktigt att respektera patienten som unika individer eftersom alla patienten är olika och har olika behov.

Resultatet i studien visade att användningen av medicinskt språk upplevdes som ett hinder för få tillgång till önskad information. Patienterna uttryckte otillfredsställelse när vårdpersonalen använde sig av medicinska termer för att tillhandahålla information. En annan studie av Attebring, Herlitz och Ekman (2005) påvisar även att en del patienter upplever svårigheter att förstå informationen på grund av att vårdpersonalen använde sig av medicinskt språk. Edwards (2003) och Hong-Sheng et al., (2016) påpekar att vårdpersonal borde använda enkelt och begripligt språk när de tillhandahåller information till patienterna. Även Decker et al., (2007) poängterar att vårdpersonalen inte bör använda invecklat språk och att det är nödvändigt att språket anpassas till den enskilda patienten.

Patientlagen (SFS 2014:821) tydliggör att patienterna ska få individuellt anpassad information, vilket innebär att information ska ges utifrån varje patients förutsättningar och förmåga att ta emot och ta till sig informationen. Vårdpersonalen måste ge information med varierade innehåll och utformning för att kunna anpassa den till enskilda patientens individuella behov. Detta innebär att språk och andra kommunikationsmedel ska anpassas till varje patients mognad, ålder, erfarenheter, bakgrund och andra individuella förutsättningar. Vårdpersonalen måste försäkra sig att patienten har förstått innehållet i och betydelsen av den tillhandahållna informationen så långt som möjligt. Det har även stor betydelse med återkoppling och uppföljning av om hur patienten uppfattat den tillhandahållna information för att sedan kunna komplettera eller förtydliga informationen (ibid.). Genom att utgå ifrån

patienters berättelse kan vårdpersonalen få hjälp att förstå patienters upplevelse och vad den innebär (Berg, 2014). Friberg (2014) menar att det har stor betydelse att vara medveten om att patientens sätt att förstå det som ska läras skiljer sig från vårdpersonalens ofta medicinska synsätt. Därför är det viktigt att sjuksköterskan betraktar patienten som den främsta experten på sig själv, sin hälsa och sin livssituation för att upprätthålla patientens integritet och värdighet i vården (ibid).

Resultatet i föreliggande studien visade att när patienten får hjälp så förstår de. Patienterna upplevde att informationen gav bättre förståelse av den egna sjukdomen, speciellt när de blev tillräckligt informerade om vad som drabbat dem och vad som kunde ske i framtiden. Patienterna upplevde också tillfredställelse och känsla av kontroll när de fick önskad information. Andra studier visar att när patienterna deltar i informationsträffar upplever de stöd, bättre och djupare insikt i sin situation (Astin, Closs, McLenachan, Hunter & Priestley, 2008; Jensen & Petersson, 2003). Även Condon och McCarthy (2006) menar att om vårdpersonalen tillgodoser patientens behov av information leder det till tillfredställelse och trygghet hos patienterna (ibid). Salisbury, Wilkie, Bulley och Shiels (2010) menar att när patienterna får stöd, information och bekräftelse på ett korrekt utförande av rehabiliteringen upplevde dem trygghet. Detta ger även patienterna ökad motivation till rehabiliteringen (ibid).

Genom att ge adekvat information om behandling och prognos till förbättring kan sjuksköterska vägleda och assistera patienten till att få bättre förståelse den nya situationen. När patienten får personcentrerad information ökar deras delaktighet, vilket leder till att patienter får större kontroll över sin situation. Detta bidrar även till mindre stress och rädsla hos patienter (Jahren-Kristoffersen, Nortvedt, Skoug, 2005). Därför ska information som patienten får upprepas, förtydligas och följas upp under vårdtiden enligt socialstyrelsen (2009). Sjuksköterskan ansvarar för att patienten ska få korrekt och tillräcklig information (Fagermoen, 2002). Ekman et al., (2014) tydliggör att det är viktigt att personcentrad förhållningssätt tillämpas för att uppnå god vård och omvårdnad. För att underlätta detta måste vårdpersonalen kunna samtala och ha dialog med patienten om dennes behov och vilja. Det är även viktigt att patientens eget ansvar för sitt liv och sin hälsa ses som en förutsättning i vårdplaneringen. För att kunna bli medveten och identifiera patientens vilja, behov, motiv och resurser ska vårdpersonalen vara lyhörda och lyssna på patientens egen berättelse. Detta

ger även möjlighet till att kunna ge personcentrerad information (ibid.). När patienten bli sedd, bekräftad och får vara delaktig i planeringen av vården underlättas informationsprocessen. När vårdpersonalen tillämpar ett personcentrerat förhållningsätt och utgår från patientens, upplevelse och behov av information, leder till att patienten får den information som de önskar (Berg & Danielsson, 2007).

Slutsatser

Studien visade att patienter till stor del upplevde att informationen de erhöll var bristfällig eller otillräcklig och efterfrågade allmänt större mängd information, och då även att den skulle vara mer tydlig detaljerad och individanpassad. Den bristande informationen ledde till att patienterna saknade stöd och delaktighet i vården. Det fanns även flera hinder för få tillgång till önskad information, såsom sättet som informanten gavs och dålig kommunikation mellan vårdpersonalen. Detta i sin tur ledde till att patienterna lämnades att dra sina egna slutsatser. Resultatet visade att information är jätteviktigt och att det spelar stor roll för patientens upplevelse av vården och följande rehabilitering. Författarna anser att patientens otillfredsställelse av informationen är ett stort problem som bör tas på allvar och förbättras i framtiden eftersom den påverkar patientens hela vårdprocess. I studien framkom även att när vårdpersonalen hade ett personcentrerat förhållningsätt fick patienterna information som de behövde, vilket resulterade i tillfredsställelse med informationen. Därför är det viktigt att patienter med stroke får individanpassad information för att kunna förstå sitt hälsotillstånd. Sjuksköterskan har en viktig uppgift att ge information till patienter på en individuell anpassad nivå för att i sin tur öka patientens välbefinnande. Resultatet i denna skulle kunna öka vårdpersonalens förståelse om hur viktigt det är att patientens behov av information tillgodoses. Det skulle kunna bidra till en djupare förståelse varför vårdpersonalen måste tillämpa ett personcentrerat förhållningssätt när information ges. Försatt forskning som skulle kunna göras vidare är att undersöka hur den bristande informationen vid stroke påverkar patientens återhämtningsprocess.

Sjävständighet

Faranak Ahmadi och Ikra Ali har gemensamt deltagit i och tagit ansvar för studiens samtliga delar. Skrivandet av inledningen, artikelsökningen och analysen har genomförts gemensamt. Faranak och Ikra har fördelat resten av arbetet jämt och både har varit delaktiga under hela

arbetet. Båda Faranak och Ikra är nöjda med hela processen och samarbetet fungerar bra under hela litteraturstudien.

Referenser

*Artiklar i resultatet

* Andersson, Å., & Hansebo, G. (2009). Elderly peoples' experience of nursing care after a stroke: from a gender perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (10), 2038 - 2045. doi: 10.1111/j.1365 - 2648.2009.05060.x

Attebring, M., Herlitz, J., & Ekman, I. (2005). Intrusion and confusion – the impact of medication and health professionals after acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(1), 135-159.

Astin, F., Closs, S.J., McLenachan, J., Hunter, S., & Priestley, C. (2008). The information needs of patients treated with primary angioplasty for heart attack: An exploratory study. *Patient Education and Counseling*, 73(2), 325-332, doi: 10.1016/j.pec.2008.06.013.

Axelsson, Å. (2012). Litteraturstudie. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (Red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Berg, L., (2011). Sjuksköterskans ansvar för vårdrelation med patienten. I E., Dahlborg-Lyckhage (Red.). *Att bli sjuksköterska - en introduktion till yrke och ämne*. (s.150–156). Lund: studentlitteratur:

Berg, L., & Danielsson, E. (2007). Patients' and nurses' experiences of the caring relationship in hospital: an aware striving for trust. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 21, 500-506.

Bolejko, A., Sarvik, C., Hagell, P., & Brinck, A. (2008). Meeting patient information needs before magnetic resonance imaging: Development and evaluation of an information booklet. *Journal of Radiology Nursing*, 27(3), 96-102.

Brogårdh, C., Flansbjerg, U.-B. & Lexell, J. (2013). Rehabilitering och friskvård. I A., Jönsson, (Red.). *Stroke: patienters, närståendes och vårdares perspektiv*. (s.255–266). Lund: Studentlitteratur.

Bruner, E. M., & Turner, V. W. (Red.). (1986). *The anthropology of experience*. Urbana: Univ.of Illinois Press.

Condon, C., & McCarthy, G. (2006). Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patient perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 5, 37-44.

Decker, C., Garavalia, L., Chen, C., Buchanan, D., Nugent, K., Shipman, A. & Spertus, J. (2007). Acute Myocardial Infarction Patients' Information Needs Over the Course of Treatment and Recovery. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 22, 459-465. DOI: 10.1097/01.JCN.0000297391,11324.

Donnan, G., Fisher, M., Macleod, M., & Davis, S. (2008). Stroke. *The Lancet*, 371(9624), 23–1612. Doi: 10,12691/abj-1-4-4

- *Donnellan, c., Martin, A., Colon, A., Coughlan, T., O'Neill, D. & Collins D.R. (2013). Mapping patients' experiences after stroke onto a patient-focused intervention framework. *Disability and Rehabilitation*, 17(6), 483-491. doi: 10.3109/09638288.2012.702844
- * Eames, S., Hoffman, T., Worrall, L., & Read, S. (2010). Stroke Patients' and Carers' Perception of Barriers to Accessing Stroke Information. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 17 (2), 69 - 78. doi: 10.1310/tsr1702 - 69
- Edwards, G. (2003). Good practice for keeping stroke patients and carers informed. *Prof Nurse*, 18(9), 529-32.
- *Ellis-Hill, C., Robison, J., Wiles, R., McPherson, K., Hyndman, D. & Ashbrun, A. (2009). Going home to get on with life: Patients and carers experiences of being discharged from hospital following a stroke. *Disability and Rehabilitation*, 31(2), 61-72. doi: 10.1080/09638280701775289.
- Ekman, I., Norberg, A., & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I: I. Ekman, (Red.). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård – från filosofi till praktik*. (sid. 69-96). Stockholm: Liber.
- Eriksson, K. (1991). *Pausen; En beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt*. Stockholm: Norstedts förlag.
- Ericson, E., & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Engström, B., Nilsson, R. & Willman, A. (2005). *Omvårdnad vid stroke: state of the art*. (1. uppl.) Stockholm: Gothia.jön
- Fagermoen, M., S. (2001). Patientundervisning. I H. Almås. (Red.). *Klinisk omvårdnad 1*. (s.13–35). Stockholm: Liber
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (4. rev. utg.) Stockholm: Natur & kultur.
- Friberg, F. (Red). (2012). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2014). Den patientundervisande uppgiften- att möjliggöra lärande. I E., Dahlborg Lyckhage (red.). *Att bli sjuksköterska: en introduktion till yrke och ämne*. (s.164–169). Lund: Studentlitteratur.
- Funk, E., Thunberg, P., & Anderzen-Carlsson, A. (2014). Patients' experiences in magnetic resonance imaging (MRI) and their experiences of breath holding techniques. *Journal of Advanced Nursing*, 70(8), 1880-1890, DOI 10.1111/jan.12351
- *Garrett, D., & Cowdell, F. (2005). Information needs of patients and cares following stroke. *Nursing older people*, 17 (6), 14-17
- Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Go, A., Mozaffarian, D., Roger, V., Benjamin, E., Berry, J., Borden, W., ... Turner, M. (2013). Heart disease and stroke statistics - 2013 update: *A report from the American Heart Association. Circulation*, 127 (1), 6-245. Doi:10.1161/CIR.000000000000152

Hallström, B., Jönsson, A.-C., Nerbrand, C., Norrving, B. & Lindgren, A. (2008). Stroke Incidence and survival in the beginning of the 21 st Century in Southern Sweden: Comparisons With the Late 20th Century and Projections Into the Future. *American Heart Association*, 39(1), 1–15. Doi: 10,1161/SROKEAHA,107.491779.

Henricson, M. (2012). Diskussion. I: M. Henricson, (Red.) *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 471–478). Lund: Studentlitteratur.

Hoffmann T, McKenna K, Worrall L, Read SJ. (2004). Evaluating current practice in the provision of written information to stroke patients and their carers. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*. 11(7), 303–310.

Hong - Sheng, D., Jing - Jian, M. & Mu, L. (2016). High - quality health information provision for stroke patients. *Chinese Medical Journal*, 129 (17), 2115 - 2122. doi: 10.4103/0366 - 6999.189065.

Höök, O., & Grimby, G., (2001). Rehabiliteringsmedicin – Målsättning och organisation. I O. Höök (Red.), *Rehabiliteringsmedicin* (s. 13). Stockholm: Liber.

Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. New York. Plenum Press.

Johansson, B. (2013). Dolda funktionshinder. I A. Jönsson. (red.). *Stroke: patienters, närståendes och vårdares perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Jahren-Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2005). *Grundläggande omvårdnad. Del 3*. Stockholm: Liber AB.

Jarrett N. & Payne S. (1995) A selective review of the literature on nurse-patient communication: has the patient's contribution been neglected? *Journal of Advanced Nursing*, 22 (1)72-78.

Jensen, O., & Petersson, K. (2003). The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction. *Patient Education and Counseling*, 51 (2), 123–131

Johansson, B. (2013). Dolda funktionshinder. I A. Jönsson. (red.). *Stroke: patienters, närståendes och vårdares perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Jönsson, A.-C. (2013). Stroke – en folksjukdom. I A., Jönsson. (Red.). *Stroke: patienters, närståendes och vårdares perspektiv*. (s.25–31), Lund: Studentlitteratur.

Jönsson, A.-C & Walling, S. (2013). Strokeenhet. I A., Jönsson. (Red.). *Stroke: patienters, närståendes och vårdares perspektiv*. (s.59–69), Lund: Studentlitteratur.

Karlsson, E. (2017). Informationssökning. I M. Henricsson, (Red.). *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. (sid. 95-113). Lund: Studentlitteratur.

Kersten, P., Low, J. T. S., Ashburn, A., George, S.L., & Mclellan, D.L. (2002). The unmet

needs of young people who have had a stroke: results of a national UK survey. *Disability and rehabilitation*, 24 (16), 860-866.

Langhorne, P., Bernhardt, J. & Kwakkel, G. (2011). Stroke Care 2: Stroke rehabilitation. *The Lancet*, 3(77), 1693–1702. Doi:10.1016/S0140-6736(11)60325–5.

Larsson, I. (2011). Att leda patienten nära omvårdnadsarbete. I. E., Dahlborg-Lyckhage. *Att bli sjuksköterska - en introduktion till yrke och ämne*. (s. 207–216), Lund: Studentlitteratur:

Lidén, E., & Svensson, S. (2014). Personcentrerat förhållningssätt vid medicinskt oförklarade symtom i primärvården. I: I. Ekman, (Red.). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård- från filosofi till praktik*. (sid. 129-146). Stockholm: Liber.

Lincoln, Yvonna S. & Guba, Egon G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Calif.: Sage.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M., Granskär, & H., Höglund-Nielsen. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård*. (s. 187–196), Lund: Studentlitteratur.

*Lui, M. H.L. & Mackenzie, E.A. (1999). Chinese elderly patients' perceptions of their rehabilitation needs following a stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2), 391–400

Löfström, J., & Nilsson, S. (2013). Psykosociala Perspektiv. I A., Jönsson. (Red.). *Stroke: patienters, närståendes och vårdares perspektiv*. (s.192–195). Lund: Studentlitteratur.

* Maclean, N., Pound, P., Wolfe, C., & Rudd, A. (2000). Qualitative analysis of stroke patients' motivation for rehabilitation. *BMJ*, 321(7268), 1051-1054.

McCormack, B. & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479.

McGilton, K., Sorin-Peters, R., Sidani, S., Rochon, E., Boscart, V. & Fox, M. (2011). Focus on communication: Increasing the opportunity for successful staff–patient interactions.

*Mangset, M., Erlin-Dahl, T., Førde, R. & Wyller, T. (2008). 'We're just sick people, nothing else'... factors contributing to elderly stroke patients' satisfaction with rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 22 (9), 825 - 835. doi: 10.1177/0269215508091872

*Morris, R., Payne, O. & Lambert, A. (2007). Patient, carer and staff experience of a hospital- based stroke service. *International Journal for Quality in Health Care*, 19 (2), 105 - 112. doi: 10.1093/intqhc/mz1073

*Olofsson, A., Andersson, S - O. & Carlberg, B. (2005). 'If only I manage to get home I'll get better' - Interviews with stroke patients after emergency stay in hospital on their experiences and needs. *Clinical Rehabilitation*, 19 (4), 433 - 440. doi: 10.1191/0269215505cr788oa

- Olsson, H., & Sörensen, S. (2012). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Paul, F., Cumming, P. & Fleck, E. (2001). Patient information: involving the user group. *Professional Nurse*. 16(10). 1405-1408.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Popovich, J., Fox, P., & Bandagi, R. (2007). Coping with Stroke: Psychological and Social Dimensions in U.S. Patients. *The International Journal of Psychiatric Nursing Research*. 12:3.
- *Röding, J., Lindström, B., Malm, J., & Öhman, A. (2003). Frustrated and invisible younger stroke patients' experience of the rehabilitation process. *Disability and rehabilitation*, 25(15), 867–874. DOI: 10.1080/0963828031000122276
- Salisbury, L., Wilkie K., Bulley, C., Shiels, L., (2010). 'After the stroke': patients' and carers' experiences of healthcare after stroke in Scotland. *Health and Social Care in the Community* (2010) 18(4), 424–432.
- Sjögren, P- A., Györki, I., & Malmström, S. (2010). *Bonniers svenska ordbok: [4000 nya ord, praktiska skrivråd]*. 10. uppl. Stockholm: Bonnier Fakta
- Socialstyrelsen (2011). *Stora brister i vård och rehabilitering efter stroke*. Hämtad 14 september, 2017, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2011november/storabristerivardochrehabiliteringefterstroke>.
- Socialstyrelsen. (2009). *Nationella indikatorer för God vård*. Hämtad 31 december, 2017, från Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17797/2009-11-5.pdf>
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Riksdagen.
- Svensk sjuksköterskeförening (2016). Personcentrerad Vård. Hämtad 15 december, 2017, från svensk sjuksköterskeförening, <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk-sjukskoterskeforening-om-personcentrerad-vard-oktober-2016.pdf>
- Struwe, J. H., Baernholdt, M., Noerholm, V. & Lind, J. (2013). How is nursing care for stroke patients organised? Nurses' views on best practices. *Journal of Nursing Management*, 21(1), 141-151.
- Terenstedt, B-M. & Norberg, A. (2009). Omvårdnad ur ett livscykelperspektiv. I F. Friberg & J. Öhlen (Red.), *Omvårdnadens Grundens -Perspektiv och förhållningssätt* (s. 29–30) Lund: Studentlitteratur
- *Theofanidis, D., Fountouki, A. & Pediaditaki, O. (2012). Stroke patients' satisfaction with

their hospitalization. *Health Science Journal*, 6 (2), 300 - 316.

*Tholin, H. & Forsberg, A. (2014). Satisfaction with care and rehabilitation among people with stroke, from hospital to community. *Scand J Caring Sci.* 28(4), 822-829. doi: 10.1111/scs.12116

Tooth, L. & Hoffmann, T. (2004) Patient Perceptions of the Quality of Information Provided in a Hospital Stroke Rehabilitation Unit. *British Journal of Occupational Therapy.* 67(3).

Wergeland, A., Ryen, S., & Odegaard-Olsen, T-G. (2011). Omvårdnad vid stroke. I Almås, H., Stubberund, D-G., & Gronseth. *Klinisk omvårdnad 2:* (s. 260–265). Stockholm: Liber

*White, J. H., Magin, P. & Pollack, M.R.P. (2009). Stroke patients' experience with the Australian health system: A qualitative study. *International Journal for Quality in Health Care*, 76(2), 81–89. DOI:[10.1177/000841740907600205](https://doi.org/10.1177/000841740907600205)

*Wiles, R., Pain, H., Buckland, S. & McLellan, L. (1998). Providing appropriate information to patients and carers following a stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4), 794–801.

Wiles, R., Ashburn, A., Payne, S., & Murphy, C. (2002). Patients' Expectations of recovery following stroke: a qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 24, (16), 841–850, DOI: 10.1080/09638280210142158

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad - en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization, WHO. (2010). *Global burden of stroke*. Hämtad 15 maj, 2017, från World Health Organization, WHO, http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf.

Bilaga 1 Databassökningar

Sökning I Cinahl

	Sökordskombinationer	Sökdatum	Antal träffar	Begränsningar	Lästa abstrakt	Läste fulltext-artiklar	Antal valda artiklar
S1	(MH "Stroke")	2017-10-12	52,339		0	0	0

S2	(MH "Cerebrovascular Disorders")	2017-10-12	5294		0	0	0
S3	(MH "Stroke Patients")	2017-10-12	3240		0	0	0
S4	(MH "Information Needs")	2017-10-12	9,864		0	0	0
S5	(MH "Health Information")	2017-10-12	7,578		0	0	0
S6	S1 OR S2	2017-10-12	57,201		0	0	0
S7	S4 OR S5	2017-10-12	17,189		0	0	0
S8	S6 AND S7	2017-10-12	66	Peer Reviewed, English Language, Article Research.	30	10	5
S9	S3 AND S8	2017-10-12	11	Peer Reviewed, English Language, Article Research.	11	0	0
S10	(MH "Perception")	2017-10-12	23400		0	0	0
S11	(MH "Patient Satisfaction")	22017-10-12	41 943		0	0	0
S12	MH "Patient Education")	2017-10-12	55,589		0	0	
S13	S10 OR S11 OR S12	2017-10-12	117990		0	0	0
S14	S8 AND S13	2017-10-12	19	Peer Reviewed, English Language, Article Research.	10	0	0

S15	S3 AND S6 AND S11	2017-10-12	27	Peer Reviewed, English Language, Article Research.	15	7	3
S16	(MH "Rehabilitation")	2017-10-26	15428		0	0	0
S17	"Rehabilitation process"	2017-10-26	1264		0	0	0
S18	S16 OR S17	2017-10-26	16518		0	0	0
S19	S15 AND S18	2017-10-26	2	Peer Reviewed, English Language, Article Research.	2	0	0
S20	S8 AND S13 AND S18	2017-10-26	1	Peer Reviewed, English Language, Article Research.	0	0	0
S21	"Patients' experience"	2017-10-26	26007		0	0	0
S22	S8 AND 18 AND S21	2017-10-26	0		0	0	0

Fritextsökning I Cinahl

	Sökordskombinationer	Sökdatum	Antal träffar	Begränsningar	Lästa abstrakt	Läste fulltext-artiklar	Antal valda artiklar
S1	Stroke or Cerebrovascular disorders	2017-10-12	86 770		0	0	0
S2	Rehabilitation or Rehabilitation processes	2017-10-12	141 690		0	0	0
S3	Patients' experiences or Experience of care	2017-10-12	44 161		0	0	0

S4	S1 AND S2 AND S3	2017-10-12	258		0	0	0
S5	Interview	2017-10-12	229 002		0	0	0
S6	S4 AND S5	2017-10-12	82	Peer Reviewed, English Language, Article Research	40	10	5
S7	Information	2017-10-12	369 420		0	0	0
S8	S6 AND S7	2017-10-12	14	Peer Reviewed, English Language, Article Research	14	3	0

Sökning i Pubmed

	Sökordskombinationer	Sökdatum	Antal träffar	Lästa abstrakt	Läste fulltext-artiklar	Antal valda artiklar
#1	Stroke"[Mesh]	2017-10-13	108 252	0	0	0
#2	"Cerebrovascular Disorders"[Mesh]	2017-10-13	321 768	0	0	0
#3	"Stroke patients"	2017-10-13	144 148	0	0	0
#4	"Information needs"	2017-10-13	47 589	0	0	0
#5	"Health information"	2017-10-13	361 123	0	0	0
#6	#1 OR #2	2017-10-13	322 434	0	0	0

#7	#4 OR #5	2017-10-13	375 594	0	0	0
#8	#6 AND #7	2017-10-13	3581	0	0	0
#9	#3 AND #8	22017-10-13	1828	0	0	0
#10	"Perception"[Mesh]	2017-10-13	381 487	0	0	0
#11	"Patient Satisfaction"[Mesh]	2017-10-13	75739	0	0	0
#12	Patient education	2017-10-13	90 641	0	0	0
#13	#10 OR #11 OR #12	2017-10-13	539 492	0	0	0
#14	#9 AND #13	2017-10-13	154	0	0	0
#15	#9 AND #11	2017-10-13	45	25	5	1
#16	"Rehabilitation"[Mesh]	2017-10-13	264174	0	0	0
#17	Rehabilitation process	2017-10-13	26931	0	0	0
#18	#16 OR #17	2017-10-13	278971	0	0	0
#19	#14 AND #18	2017-10-13	52	25	7	0
#20	#15 AND #18	2017-10-13	23	10	0	0

#21	Patients' experience	2017-10-13	254709	0	0	0
#22	#9 AND #18 AND #21	2017-10-13	27	15	0	0

Bilaga 2 Granskningsprotokoll

Studentlitteratur 155x223-Stone-2001-10-12

Bilaga H

Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

Beskrivning av studien

Tydlig avgränsning/problemformulering? Ja Nej Vet ej

Patientkaraktäristika

Antal

Ålder

Man/kvinna

Är kontexten presenterad?

Ja Nej Vet ej

Etiskt resonemang?

Ja Nej Vet ej

Urval

– Relevant?

Ja Nej Vet ej

– Strategiskt?

Ja Nej Vet ej

Metod för

– urvalsförfarande tydligt beskrivet?

Ja Nej Vet ej

– datainsamling tydligt beskriven?

Ja Nej Vet ej

– analys tydligt beskriven?

Ja Nej Vet ej

Giltighet

– Är resultatet logiskt, begripligt?

Ja Nej Vet ej

– Råder datamättnad?

Ja Nej Vet ej

– Råder analysmättnad?

Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

– Redovisas resultatet klart och tydligt?

Ja Nej Vet ej

– Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?

Ja Nej Vet ej

Genereras teori?

Ja Nej Vet ej

Kopiering av kurslitteratur förbjuden. © Studentlitteratur

1

9/12
10/13
11/14,5

68mm
71mm
76mm

220mm
223mm

6756 Bilaga H

10 jan 2002 09.39:31 sida 1 av 2

Bilaga 3 Artikelöversikt

Författare/år/land	Titel	Metod	Urval	Kvalitet
Donnellan, C., Martin, A., Colon, A., Coughlan, T., O'Neill, D. & Collins D.R. (2013). Dublin, Ireland	Mapping patients' experiences after stroke onto a patient-focused intervention framework	Kvalitativ analys semi-strukturerade intervjuer	8 patienter. 6 män och 2 kvinnor. Ålder: 52–83	Hög
Theofanidis, D., Fountouki, A. & Pediaditaki, O. (2012) Athens, Greece	Stroke patients' satisfaction with their hospitalization	Kvalitativ metod Face-to-face open-ended semi-strukturerade intervjuer	11 patienter. 4 män och 7 kvinnor. Ålder: 60–88. Medelålder: 72	Hög
Mangset, M., Erling-Dahl, T., Forde, R. & Wyller, T.B. (2008). Oslo, Norway	We're just sick people, nothing else': ...factors contributing to elderly stroke patients' satisfaction with rehabilitation	Kvalitativ metod semi-strukturerade intervjuer	12 patienter. 5 Män och 7 kvinnor. Ålder: 60–87.	Hög
Tholin, H. & Forsberg, A. (2014). Örebro, Sweden	Satisfaction with care and rehabilitation among people with stroke, from hospital to community care.	Kvalitativ analys, Intervju	11 patienter. Ålder: 49–90. Medelålder:73	Hög
White, H.J., Magin, P. & Pollack, P.R.M (2009). Australian	Stroke patients' experience with the Australian health system: A qualitative study	Kvalitativ forskningsmetod, Intervju	12 patienter. 6 män och 6 kvinnor. Ålder 43–92.	Hög

Garrett, D., & Cowdell, F. (2005) England	Information needs of patients and cares following stroke	Kvalitativ analys, Intervju	16 Patienter. Ålder: över 18 år.	Hög
Olofsson, A., Andersson, S.O., & Carlbeg, B. (2005) Sweden	If only I Manager to get home I'll get better-interview with stroke patients after emergency stay hospital on their experiences and needs	Kvalitativ metod. Djup intervju	9 patienter 5 kvinnr och 4 män. Ålder: 64–83	Hög
Eames, S., Hoffmann, T., Worrall, L. & Read, S. (2010) Brisbane, Australian	Stroke patients and cares perception of Barriers to Accessing Stroke information	Kvalitativ analys semi-strukturerade intervjuer	27 patienter. Över 18 år.	Hög
Wiles, R. Pain, H., Buckland, S. & McLellan, L. (1998). England	Providing appropriate information to patients and carers following a stroke	Kvalitativ metod, djup intevjuer	21 patienter. Ålder: 50-85	Hög
Lui, H.L.M. & Mackenzie, E.A. (1999). Hong Kong, China	Chinese elderly patients' perceptions of their rehabilitation needs following a stroke.	Kvalitativ metod, Semi-struktrurerad intervju	15 patienter:	Hög
Andersson, Å. & Hansebo, G. (2009). Stockholm, Sweden	Elderly peoples' experience of nursing care after stroke: from gender perspective.	Kvalitativ metod, intervju	10 patienter. 5 kmän och 5 kvinnor. Ålder: 66–75.	Hög
Ellis-Hill, C., Robison, J., Wiles, R., McPherson, K., Hyndman, D. & Ashbrun, A. (2009). England	Going home to get on with life: Patients and carers experiences of being discharged from hospital following a stroke	Kvalitativ metod, semi-struktruerad intervjuer	20 patienter, 12 män och 8 kvinnor. Ålder: 53–85. Medelålder: 70	Hög

Röding, J., Lindström, B., Malm, J., & Öhman, A. (2003). Umeå, Sweden	Frustrated and invisible younger stroke patients' experience of the rehabilitation process	Kvalitativ metod, djup intervjuer.	5 patienter. 3 män och 2 kvinnor. Ålder: 37–54.	Hög
Maclean, N., Pound, P., Wolfe, C., & Rudd, A. (2000). London, England	Qualitative analysis of stroke patients' motivation for rehabilitation	Kvalitativ metod Semistrukturerade intervjuer	22 patienter.	Hög
Morris, R., Payne, O. & Lambert, A. (2007). Bristol, England	Patient, carer and staff experience of a hospital-based stroke service	Kvalitativ metod Semistrukturerad intervju	10 patienter. 8 män och 2 kvinnor. Ålder: 45–81.	Hög

Bilaga 4 Exempel på innehållsanalys

Meaning unit	Condensed meaning unit	Codes	Sub-categories	Categories	Tema
cannot understand what caused it to happen ... I did not know what a stroke was	cannot understand caused it to happen... did not know what was stroke	cannot understand what caused it to happen	Förstår vad som orsakade sjukdom	Att ha behov att veta	Önskar mer än vad personalen är beredda att ge
One informant lacked support in the process of going back to work after the stroke.	Lacked support in the process of going back to work after stroke	Lacked support	Saknar stöd	Lämna till att dra egna slutsatser	Önskar mer än vad personalen är beredda att ge
lack of resources in the hospital environment was perceived as a barrier to participants accessing information.	lack of resources in the hospital perceived a barrier to accessing information.	lack of resources	Inte få tillgång till information	Hinder för att få det man behöver	Önskar mer än vad personalen är beredda att ge
reported that the transition home was characterized by feelings of uncertainty.	transition home characterized by feelings of uncertainty	transition home characterized uncertainty	Osäkerhet kring utskrivning	Lämna till att dra egna slutsatser	Önskar mer än vad personalen är beredda att ge
reported how information about the rehabilitation plan helped to keep him determined	information about the rehabilitation plan helped to keep determined	information helped to keep determined	Ger ökad motivation	Att få hjälp att förstå	Önskar mer än vad personalen är beredda att ge