



Blekinge Tekniska Högskola  
Sektionen för hälsa

# **SJUKSKÖTERSORS BESLUTSFATTANDE VID FLÖDESHINDER I KVARLIGGANDE URINKATETER**

**- En intervjustudie med tolv intensivvårdssjuksköterskor vid en allmän  
intensivvårdsavdelning i södra Sverige.**

ELISABETH ANDERSSON

Examensarbete 15p. Avancerad nivå  
VO2401  
Magisterprogrammet i Vårdvetenskap  
Mars 2011, Hal 2011:21

Handledare: Göran Holst  
Blekinge Tekniska Högskola  
Sektionen för hälsa  
371 79 Karlskrona

# **NURSES' DECISION-MAKING IN LONG TERM INDWELLING URINARY CATHETERS WITH FLOW PROBLEMS**

**-An interview study with twelve intensive care nurses in a general intensive care unit in the south of Sweden.**

ELISABETH ANDERSSON

Andersson, E. Nurses' decision-making in long term indwelling urinary catheters with flow problems. An interview study with twelve intensive care nurses in a general intensive care unit in the south of Sweden.

## *Abstract*

*Background:* Scientific evidence for how an indwelling urinary catheter with flow problems should be dealt with is insufficient. Swedish legislation emphasizes the nurse's responsibility to give the patient a personalized qualitative care. What basis for decision making nurses use and how the intervention is implemented and evaluated may depend on context and experience.

*Aim:* The aim of this interview study was to explore how intensive care nurses' describe their reason and act with flow barriers in the indwelling urinary catheter.

*Method:* A semi structured qualitative interview study with 12 intensive care nurses working in a hospital in the south of Sweden was conducted in October 2010. The method of analyzing was systematic text condensation in four stages developed by Malterud.

*Result:* The nurses' stories formed the following five categories that show how the critical care nurses describe how they reason and act with flow barriers in the indwelling urinary catheter: clinical observations and measurements, the use of documentation, interaction with other caregivers, traditional management and awareness of risks. Nurses' reasoning and actions could be described as a circular process moving back and forth between the different categories.

*Conclusion:* The nurses' stories revealed a coherent narrative and action. The decision-making process was continuous and altered between the five different categories. Nurses' reasoning preceded, examined and evaluated each active intervention or the choice of watchful waiting.

*Keywords:* catheter blockage, decision-making, intensive care nurse, long term indwelling urinary catheter, qualitative.

# SJUKSKÖTERSORS BESLUTSFATTANDE VID FLÖDESHINDER I KVARLIGGANDE URINKATETER

- En intervjustudie med tolv intensivvårdssjuksköterskor vid en allmän intensivvårdsavdelning i södra Sverige.

ELISABETH ANDERSSON

Andersson, E. Sjuksköterskors beslutsfattande vid flödes hinder i kvarliggande urinkateter. En intervjustudie med tolv intensivvårdssjuksköterskor vid en allmän intensivvårdsavdelning i södra Sverige.

## Sammanfattning

*Bakgrund:* Det vetenskapliga underlaget för hur en kvarliggande urinkateter med flödesproblem bör hanteras är otillräckligt. Svensk lagstiftning betonar sjuksköterskans ansvar att ge patienten en individanpassad god vård. Vilket underlag för beslutsfattande sjuksköterskan använder och hur interventionen genomförs och utvärderas kan vara beroende av kontext och erfarenhet.

*Syfte:* Syftet med intervjustudien var att undersöka hur sjuksköterskor beskriver att de resonerar och agerar vid flödes hinder i kvarliggande urinkateter.

*Metod:* En kvalitativ intervjustudie med semistrukturerade frågor av tolv kliniskt verksamma intensivvårdssjuksköterskor vid en utvald intensivvårdsavdelning vid ett medelstort sjukhus i södra Sverige genomfördes i oktober 2010. Intervjuerna analyserades med textkondensering i fyra faser enligt Malterud.

*Resultat:* Utifrån sjuksköterskornas berättelser formades följande fem kategorier som visar hur intensivvårdssjuksköterskorna beskrev sitt resonerade och agerade vid flödes hinder i kvarliggande urinkateter: kliniska observationer och mätningar, användning av dokumentation, interaktion med vårdpersonal, traditionell handläggning och medvetenhet om risker. Sjuksköterskornas resonerade och agerande kunde beskrivas som ett cirkulärt förlopp som rörde sig fram och tillbaka mellan de olika kategorierna.

*Slutsats:* Sjuksköterskornas berättelser påvisade ett samstämmigt resonerade och agerande. Beslutsprocessen var kontinuerlig och rörde sig växelvis mellan de fem olika kategorierna. Sjuksköterskornas resonerade föregick, undersökte och utvärderade varje aktiv intervention eller val av expektans.

*Nyckelord:* beslutsfattande, flödes hinder, intensivvårdssjuksköterska, kvalitativ, kvarliggande urinkateter.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	1
<b>BAKGRUND</b> .....	1
<b>SYFTE</b> .....	5
<b>METOD</b> .....	5
Urval .....	5
Datainsamling .....	6
Inklusionskriterier .....	6
Intervjuguide .....	6
Intervjuförfarande .....	7
Analysmetod .....	7
<b>ETISKA ÖVERVÄGANDEN</b> .....	11
<b>RESULTAT</b> .....	11
Kliniska observationer och mätningar .....	12
Användning av dokumentation .....	15
Interaktion med vårdpersonal .....	15
Traditionell handläggning .....	16
Medvetenhet om risker .....	17
<b>DISKUSSION</b> .....	18
Metoddiskussion .....	18
Resultatdiskussion .....	22
<i>Holistiskt synsätt och processororienterat mönstertänkande</i> .....	23
<i>Bedömning och beslutsunderlag</i> .....	24
<i>Risker med kateterhantering</i> .....	24
<i>Traditionell handling och medvetna val</i> .....	25
<i>Omvårdnadsteam med läkaren som konsult</i> .....	25
Slutsats .....	26
Studiens konsekvens och förslag till ny forskning .....	26
<b>REFERENSER</b> .....	27
<b>BILAGEFÖRTECKNING</b> .....	31

## INLEDNING

En nyligen genomförd systematisk litteraturstudie om spolning av kvarliggande urinkateter (Hagen, Sinclair och Cross, 2010) visar att det saknas evidens för spolning av kvarliggande urinkateter vid flödesproblem. De riktlinjer för kateterspolning som finns är dessutom knapphändiga (Andersson & Valdenäs, 2010). Trots detta är spolning av kvarliggande urinkateter, KAD, vanligt förekommande i sjukvården. Studier om sjuksköterskans beslutsunderlag och beslutsfattande vid flödeshinder i en kvarliggande urinkateter har inte gått att finna i litteraturen. Det är då också svårt att veta vilka alternativ till spolning av kateter vid flödeshinder i kvarliggande urinkateter som sjuksköterskan kan se. Brist på tid för reflektion och den systematiska uppgradering av de kunskaper som sjuksköterskan behöver för att kunna ge en säker vård är ett av problemen i dagens sjukvård. Individens förmåga att göra bedömningar och fatta beslut under tidspress kan leda till att besluts kvaliteten blir låg (Svensson & Edland, 2007). Interventioner och åtgärder som funnits länge och blivit rutinartade utsätts inte för kritisk granskning i tillräckligt hög grad och omprövas heller sällan kontinuerligt (Levi, 2009), vilket kan leda till onödigt lidande för patienterna. Denna studie handlar om hur sjuksköterskor gör när de fattar beslut om spolning av kvarliggande urinkatetrar, samt vilket arbetssätt de beskriver att de använder i den specifika situationen.

## BAKGRUND

Vid långvarig kateterbehandling, mer än två veckor (Getliffe & Dolman, 2007), har nästan alla patienter bakterieuri. Beläggningar av bakterier eller kristaller på kateterns insida leder inte sällan till flödeshinder och andra besvär som läckage, smärta och urinrängningar (Malmberg & Mattiasson, 2005). Stopp i urinkatetern kan orsaka personen som är kateterbärare obehag och smärta (Getliffe & Dolman, 2007), och kan i förlängningen leda till reflux i urinvägarna, då urinen trycks tillbaka upp i urinledarna, eller övertänjd urinblåsa (Borrie, Campbell, Arcese, Bray, Hart & Labate, 2001). Detta kan ge svåra och långvariga komplikationer i form av tömningsbesvär av urinblåsan, eller njurbäckeninflammation (ibid) vilket är ett allvarligt tillstånd med risk för njurskada (Malmberg & Mattiasson, 2005).

Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (1982:763) slår fast att sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (2005:12) föreskriver att vårdgivaren är skyldig att vid planering, utförande, uppföljning och utveckling av verksamheten genom ett systematiskt kvalitetsarbete *”skapa sådana förutsättningar att tillgängliga resurser kan användas för att uppnå kraven på patientsäkerhet, patienttillfredsställelse och kostnadseffektivitet”* (SOSFS, 2005:12, 3 §). Sjukvårdspersonal ska enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659), arbeta i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Sakkunnig och omsorgsfull sjukvård ska utformas och genomföras i samråd med patienten, vilken ska visas omtanke och respekt. Personalen ansvarar enligt lagen själv för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter. I Socialstyrelsens nationella indikatorer för god vård (2009, s.38) påvisas att patientsäkerhet är *”beroende av de förhållningssätt och attityder som finns hos individer och grupper på en vårdenhet, det vill säga patientsäkerhetskulturen”*. Patientsäkerhetslagen

fastslår även att ”vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador” (SFS 2010:659 2§).

Kateterassocierad urinvägsinfektion eller övertänjd urinblåsa kan betraktas som en vårdskada. Vårdskada definieras i Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659 5§) som ”lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården”.

Vid spolning av kvarliggande urinkateter kan lösningar som exempelvis citratlösningar, natriumklorid eller klorhexidinlösning användas (Andersson & Valdenäs, 2010). I Sverige rekommenderas i allmänhet isoton Natriumkloridlösning som spolvätska (Vårdhandboken, 2009). Hagen, Sinclair och Cross (2010) visar i en systematisk litteratursammanställning från Cochrane Database of Systematic Reviews att den forskning som undersökt spolning av urinkatetrar är undermålig och därför finns inget generaliserbart resultat som går att överföra till praktisk verksamhet. I en SBU-rapport om urininkontinens konstateras att rutinmässig spolning av katetrar inte förhindrar bakterieförekomst i urinvägarna samt att blåsslemhinnan möjligen kan skadas av interventionen (SBU, 2000). Spolning av kvarliggande urinkateter kan öka risken för infektion, då det slutna systemet bryts (European Association of Urological Nurses, 2005). Även om det saknas evidens behöver inte detta betyda att interventionen saknar effekt (Stoltz, Skärsäter & Willman, 2009). Beprövad erfarenhet till exempel i form av handböcker och guidelines är alltså det som återstår att basera den individuella katetervården på. Trots att interventionen spolning av kvarliggande urinkateter saknar evidens, är det en av de vanligaste åtgärderna vid flödesproblem. Det är därför viktigt att undersöka hur sjuksköterskan gör för att säkerställa en god vård vid flödesproblem i en kvarliggande urinkateter.

Evidensbaserad omvårdnad använder omvårdnadsforskningens vetenskapliga forskningsresultat kompletterat med kunskap om enskilda patienters behov och upplevelser inom ramarna för de organisatoriska och ekonomiska förutsättningar som råder inom vården (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006), något som i dagens effektiviserade och resurssparande akutsjukvård många gånger kan vara svårt att genomföra i den kliniska praktiken. Genom att metodiskt och systematiskt analysera berättelser som förmedlar innebörden i den levda erfarenheten kan människors erfarenhet bli till vetenskaplig kunskap (Lundman, 2006), vilket kan hjälpa till att utveckla och patientsäkra vården.

Sjuksköterskan använder sig av olika former av kunskap i sitt beslutsunderlag. Den kliniska, erfarenhetsbaserade personliga kunskapen som sjuksköterskan inhämtar i det patientnära arbetet tillhör sjuksköterskans proximala kunskapsområde, medan vetenskapligt validerad evidensbaserad kunskap som produceras genom forskning utanför sjuksköterskans vardagliga kliniska arbete räknas som distal kunskap (Winch, Henderson & Creedy, 2005). För att sjuksköterskan ska kunna omvandla den distala kunskapen till proximal kunskap krävs ofta en anpassning till den lokala kontexten.

Sjuksköterskans bedömning av den katetriserade patienten och av kateterns funktion är en essentiell del av katetervården (Herter & Kazer, 2010). Svensk sjuksköterskeförening menar

att god omvårdnad utgår från vårdtagarens behov i den aktuella situationen, och är sjuksköterskans ansvar. Kvaliteten avgörs av den enskilda sjuksköterskans kompetens i bemötande och på vilket sätt omvårdnadsarbetet genomförs. Varje sjuksköterska har ett etiskt och moraliskt ansvar för sina beslut och bedömningar. Svensk sjuksköterskeförening menar vidare att all kunskap måste granskas och bedömas oavsett om den kommer från forskning eller klinisk erfarenhet (Svensk sjuksköterskeförening, 2008).

Sjuksköterskors kliniska kunskapsnivå är något som bland annat påverkar beslutsfattandet och det perspektiv som används vid bedömning i olika omvårdnadssituationer (Benner, 1993). Sjuksköterskor med förvärvat klinisk erfarenhet resonerar och agerar annorlunda jämfört med nyutexaminerade sjuksköterskor (Benner, Tanner & Chesla, 1999).

För att kunna bedriva en högkvalitativ vård behövs bland annat en sjukvårdsorganisation som tar hänsyn till sjuksköterskans individuella utveckling och främjar uppbyggandet av ett professionellt självförtroende (Fagerberg, 2004). Erfarenhetsmässig utveckling ger sjuksköterskan en möjlighet att ändra fokus från den oerfarnes delsyn till ett helhetstänkande genom att kunskap och erfarenhet integreras. En sjuksköterska med gott självförtroende litar på sin egen kunskap, sin intuition och reflekterar över nya alternativ. Härmed kan modet att kämpa för patientens bästa utvecklas (Fagerberg, 2004).

Dreyfusmodellen (Dreyfus & Dreyfus, 1986) beskriver människans praktiska kunskapsutveckling i fem nivåer som benämns *novis*, *avancerad nybörjare*, *kompetent*, *skicklig och expert*. Modellen baseras på studier av de processer för praktisk skicklighet som använts av piloter, schackspelare, bilförare och vuxna som lär in ett nytt språk. Olika delar av yrkeskompetensen kan hos samma person hamna på olika stadier av kunnande. Det är inte säkert att varje individ utvecklar ett expertkunnande i sitt yrke. De fem beskrivna nivåerna har definierats inom följande områden: hur personen uppfattar fakta i förhållande till en specifik situation eller kontext, vilket perspektiv som används, på vilket sätt besluten fattas och vilken grad av engagemang individen har (Figur 1) (ibid).

Skill level	Components	Perspective	Decision	Commitment
1. Novice	Context-free	None	Analytical	Detached
2. Advanced beginner	Context-free and situational	None	Analytical	Detached
3. Competent	Context-free and situational	Chosen	Analytical	Detached understanding and deciding. Involved in outcome
4. Proficient	Context-free and situational	Experienced	Analytical	Involved understanding. Detached deciding.
5. Expert	Context-free and situational	Experienced	Intuitive	Involved

**Figur 1** Five stages of skill acquisition (Dreyfus & Dreyfus, 1986, s.50)

Dreyfus modell har använts av Benner för att beskriva sjuksköterskors kliniska kompetensutveckling (Dreyfus & Dreyfus, 1986). För att sjuksköterskan med tiden ska kunna utveckla ett expertkunnande krävs reflekterande klinisk erfarenhet i den kontext hon/han verkar (Benner, 1993; Benner, Tanner & Chesla, 1999). Expertisen beskrivs också som en färskvara där byte av arbetsuppgifter kan leda till att expertkunnandet och den intuitiva förmågan minskar (Benner, 1993; Dreyfus & Dreyfus, 1986).

En sjuksköterska som under en längre tid har byggt upp sin professionella kunskap om reflekterande erfarenhet kan uppnå en förståelse som inte bygger på rationell analys utan grundar sig i en intuitiv förståelse för mänskliga mönster (Benner, 1993; Benner & Tanner, 1987; Benner, Tanner & Chesla, 1999), vilket även kan påverka sjuksköterskans beslutsvägar och arbetssätt.

Historiskt har två olika modeller för beslutsfattande beskrivits. Den analytiska informationsbehandlingsmodellen som är sprungen ur den positivistiska traditionen har använt sig av ett deduktivt hypotetiskt tillvägagångssätt för att logiskt resonera sig fram till en bedömning. Denna modell har ställts mot den intuitiva humanistiska beslutsmodellen, där fakta bildar mönster som jämförs med tidigare erfarenheter. En tredje multidimensionell beslutsmodell kombinerar de båda första modellerna genom att inkludera tidigare kända data, som därmed försöker att förutse och kontrollera riskerna, samtidigt som beslutet anpassas till situationen och klienten (Banning, 2006).

I sjuksköterskans kliniska omvårdnadsarbete tas det många olika beslut i olika patient-situationer varje dag. Kunskap kan sökas på flera olika vägar, exempelvis genom skriftlig information i böcker, artiklar, PM och på internet eller genom muntlig information från kollegor eller specialister. Beslut kan fattas på olika grunder utifrån den kunskap som är tillgänglig i aktuell kontext. Den tysta personliga kunskap som kännetecknar sjuksköterskans professionella expertis är heterogen och svår att formulera och förklara verbalt (Hardy, Garbett, Titchen & Manley, 2002), vilket gör att det kan vara svårt att undersöka hur sjuksköterskan resonerar i klinisk praxis.

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659), som infördes i januari 2011, förstärker vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete för att bland annat skydda patienter mot vårdskador. Lagförändringen skulle kunna påverka sjuksköterskans sätt att angripa problemet med flödes hinder i urinkatetrar genom kravet på en ökad systematisering av vården. För att finna de åtgärder som bäst passar den aktuella patientsituationen bör sjuksköterskan söka kunskap på ett genomtänkt och systematiskt sätt (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006).

Sjuksköterskor använder sig av flera underlag för att kunna göra adekvata bedömningar av patienters omvårdnadsbehov med fokus på urinvägarna. Patientens urinproduktion är inte enbart ett mått på njurfunktionen, utan ger även ett svar på personens cirkulatoriska status. Därför har oftast svårt sjuka patienter vid en intensivvårdsavdelning kvarliggande urinkateter och timdiuresmätning (Kvistad, Remøy & Vedum, 2009). Timdiures definieras som ”*den urinvolyt som produceras varje timme*” (Medicinsk ordbok, 2009). Bladderscan är ett



tekniskt mätverktyg som använder sig av ultraljud för att beräkna urinblåsans innehåll mätt i milliliter (Newman, Gaines & Snare, 2005). Non-invasiv ultraljudsmätning av urinmängd (bladderscan) är ett enkelt och tillförlitligt instrument (O'Shea, Armstrong, O'Hara, O'Neill & Thirion, 2008; Newman, Gaines & Snare, 2005).

En systematisk utvärdering behövs även för att kunna konstatera om åtgärderna fått den effekt som var tänkt och om dessa genomförts så som det var avsett. Utvärderingsforskning har som syfte att undersöka hur väl en intervention fungerar (Polit & Beck, 2008).

Patientdatalagen, (SFS 2008:355) fastställer att det vid vård av patienter ska föras en patientjournal för varje patient i syfte att bidra till en god och säker vård. Patientjournalen kan även användas för uppföljning och utveckling av verksamheten. Det är oftast inte möjligt att uppnå fullständig kontinuitet i akutsjukvården, så att samma vårdgivare alltid sköter behandlingen av enskilda patienter. Det finns heller inte alltid tid att läsa igenom patientens samtliga journalhandlingar inför varje ny behandling. Många gånger saknas också tid för reflektion och utvärdering, vilket gör att vården kanske inte individanpassas så mycket som lagen föreskriver och som skulle vara möjligt. I avsaknad av evidensbaserade riktlinjer är mycket av den vård som bedrivs för patienter med kvarliggande urinkateter beroende av sjuksköterskans individuella kunskaper och färdigheter.

Banning (2006) redovisar kliniskt beslutsfattande som en daglig process där sjuksköterskor beslutar om vården de ger patienterna. I dagens föränderliga samhälle där patienternas sjukdomstillstånd ofta är komplexa och sjuksköterskans arbetsbörda ökar medan resurserna minskar blir det dagliga beslutsfattandet en utmaning för sjuksköterskan (Gillespie & Paterson, 2009). Denna studie har för avsikt att undersöka och beskriva sjuksköterskors upplevda process som leder fram till ett konkret beslut att behandla patienter med flödesproblem i kvarliggande urinkateter. Processen beskrivs bäst av dem som själva är en del av den. Studien baseras därför på intervjuer där sjuksköterskorna själva får berätta om hur de upplever den beslutsprocess som leder fram till någon form av behandling eller åtgärd.

## **SYFTE**

Syftet med intervjustudien var att undersöka hur sjuksköterskor beskriver att de resonerar och agerar vid flödeshinder i kvarliggande urinkateter.

## **METOD**

### **Urval**

I studien har en forskningsdesign med semistrukturerade intervjuer som analyserades med en kvalitativ analysmetod valts. Det gjordes ett urval som förväntades generera ett rikt och varierat material (Polit & Beck, 2008). Eftersom arbetsgivaren stimulerade magisterutbildningen genom viss kompensation för genomförande av detta uppsatsarbete uttrycktes det önskemål/krav på att examensarbetet skulle återföra kunskap till verksamheten. Därför genomfördes undersökningen vid den intensivvårdsavdelning där forskaren arbetar. De utvalda intensivvårdssjuksköterskorna var anställda vid en allmän intensivvårdsavdelning

med 10 vårdplatser vid ett medelstort sjukhus i södra Sverige. Av intensivvårdsavdelningens femtiotre anställda sjuksköterskor den 26 oktober 2010 var en föräldraledig, två tjänstlediga, tre hade administrativa uppgifter och en var den studerande. Återstående fyrtiosex namn skrevs på lappar och lades i en burk. En oberoende person lottade därefter tillsammans med studenten fram en lista på femton möjliga informanter, då maximalt femton intervjuer planerades. Detta genererade ett randomiserat urval där alla potentiella deltagare skulle ha möjlighet att kunna reflektera över sina erfarenheter (Harwood, Locking-Cusolito, Spittel, Wilson & White, 2005). Ur denna grupp gjordes sedan ett konsekutivt urval av informanter som fanns tillgängliga på arbetsplatsen under vecka 43-44, år 2010.

### **Datainsamling**

Metoden som använts var en empirisk narrativ intervjustudie med stöd av en intervjuguide med semistrukturerade öppna frågor för att kunna göra en kvalitativ beskrivning (Polit & Beck, 2008). En kvalitativ forskningsmetod har ett helhetsperspektiv och används för att *”beskriva, förklara (ej orsaksförklaring) och fördjupa förståelsen för mänskliga upplevelser och uppfattningar”* (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006, s.45). Berörd verksamhetschef informerades (Bilaga 1) och godkände projektets genomförande. Första linjens chefer informerades via elektroniskt brev innan information om undersökningen presenterades muntligt av studenten på ett avdelningsmöte. Därefter skickades skriftlig information med elektronisk post till samtliga sjuksköterskor på avdelningen. Tretton intensivvårdssjuksköterskor tillfrågades personligen eller via telefon av studenten varav en avböjde medverkan och tolv intervjuer genomfördes. I samband med förfrågan om medverkan till intervju lämnades skriftlig information till varje tilltänkt informant (Bilaga 2) samtidigt som studiens syfte förklarades. En tidsbokning gjordes därefter enligt informantens önskemål.

### **Inklusionskriterier**

Sjuksköterskor som inkluderades var:

- Kliniskt verksamma intensivvårdssjuksköterskor som i sin yrkesprofession har genomfört spolning av kvarliggande urinkateter
- anställda vid en utvald allmän intensivvårdsavdelning vid ett medelstort sjukhus i sydöstra Sverige
- i tjänst vecka 43-44 år 2010

### **Intervjuguide**

En första intervjuguide utformades med frågor som svarade mot studiens syfte, för att få fram informanternas spontana berättelser knutna till sina handlingar (Kvale och Brinkmann, 2009). Vid formuleringen av intervjufrågorna var målet att utforma tydliga intervjufrågor som var lätta att förstå och besvara och som var så öppna som möjligt (Polit & Beck, 2008). Rosberg (2008) menar att det är en utmaning att få informanterna att formulera sina erfarenheter verbalt. För att pröva intervjuguidens lämplighet och kvalitet gjordes en pilotintervju (Polit & Beck, 2008) Till pilotintervjun, som varade i 27 minuter, valdes en intensivvårdssjuksköterska med lång klinisk erfarenhet av intensivvård som nyligen fått en administrativ tjänst som patientsäkerhetsansvarig sjuksköterska. Efter en genomgång av vilka svar som pilotintervjun

generade samt en diskussion med informanten om frågornas relevans och utformning justerades intervjuguiden något. Frågor angående dokumentation och utvärdering lades till, samt frågan vad som eventuellt skulle kunna underlätta eller försvåra beslutet att åtgärda flödeshinder i kvarliggande urinkateter. Följande frågor utgjorde den intervjuguide som kom att användas i studien.

- Berätta hur du tänker när det blir problem med flödet i en kvarliggande urinkateter.
- Hur ser du/ konstaterar du att det är problem med flödet?
- Beskriv en vanlig eller ovanlig situation vid spolning av kvarliggande urinkateter som du varit med om.
- Vad gör du?
- Varför gör du så?
- Finns det något som underlättar eller försvårar ditt beslut att åtgärda flödeshinder i kvarliggande urinkateter?
- Hur utvärderar du det du gör?
- Hur dokumenterar du det du gör?

### **Intervjuförfarande**

Tolv intervjuer genomfördes i ett avskilt rum på arbetsplatsen och spelades in digitalt. Informanterna bestod av tio kvinnor och två män. De inspelade intervjuerna skrevs därefter ut ordagrant av studenten. Före varje intervju bekräftade informanterna att de tagit del av muntlig och skriftlig information och undertecknade förfrågan om deltagande i intervjustudie (Bilaga 2). Inledningsvis ställdes frågor om utbildning, erfarenhet och antal år i yrket, samt antal år på arbetsplatsen. Klargörande följdfrågor av typen: hur menar du? vad tänker du? användes för förtydligande. Pauser och tystnad användes medvetet av studenten för att ge informanterna tid och möjlighet att utveckla sina berättelser med egna ord. Avslutningsvis ställdes frågan om informanterna hade något mer att tillägga i ämnet, för att på så sätt försöka fånga fler funderingar. De tolv intervjuerna varade från 8 minuter till 18minuter (medelvärde 12 minuter). Transkriberingen resulterade i totalt 38 sidor utskrivet material. De transkriberade intervjuerna hade som lägst 1090 ord och högst 2749 ord (medelvärde 1660 ord).

### **Analysmetod**

Den analysmetod som användes var inspirerad av Giorgios fenomenologiska analys, en systematisk textkondensering i fyra faser som beskrivs av Malterud (2009). Systematisk textkondensering är genom sin detaljerade beskrivning och teoretiska förankring väl lämpad för deskriptiv tvärgående analys med syftet att utveckla beskrivningar (Malterud, 2009). Kvalitativ dataanalys är en induktiv process där information används för att skapa meningsfulla mönster och begrepp (Polit & Beck, 2008). Analys av kvalitativa data baseras vanligen på någon form av dekontextualisering och rekontextualisering (Malterud, 2009). Dekontextualisering innebär att valda delar av insamlad data först lyfts ur sitt sammanhang för att jämföras med material som behandlar samma område. Med rekontextualisering menas att delarna sedan valideras i förhållande till helheten så att det dekontextualiserade materialet stämmer överrens med ursprungsmaterialet (a a). En detaljerat utarbetad arbetsmetod gör att

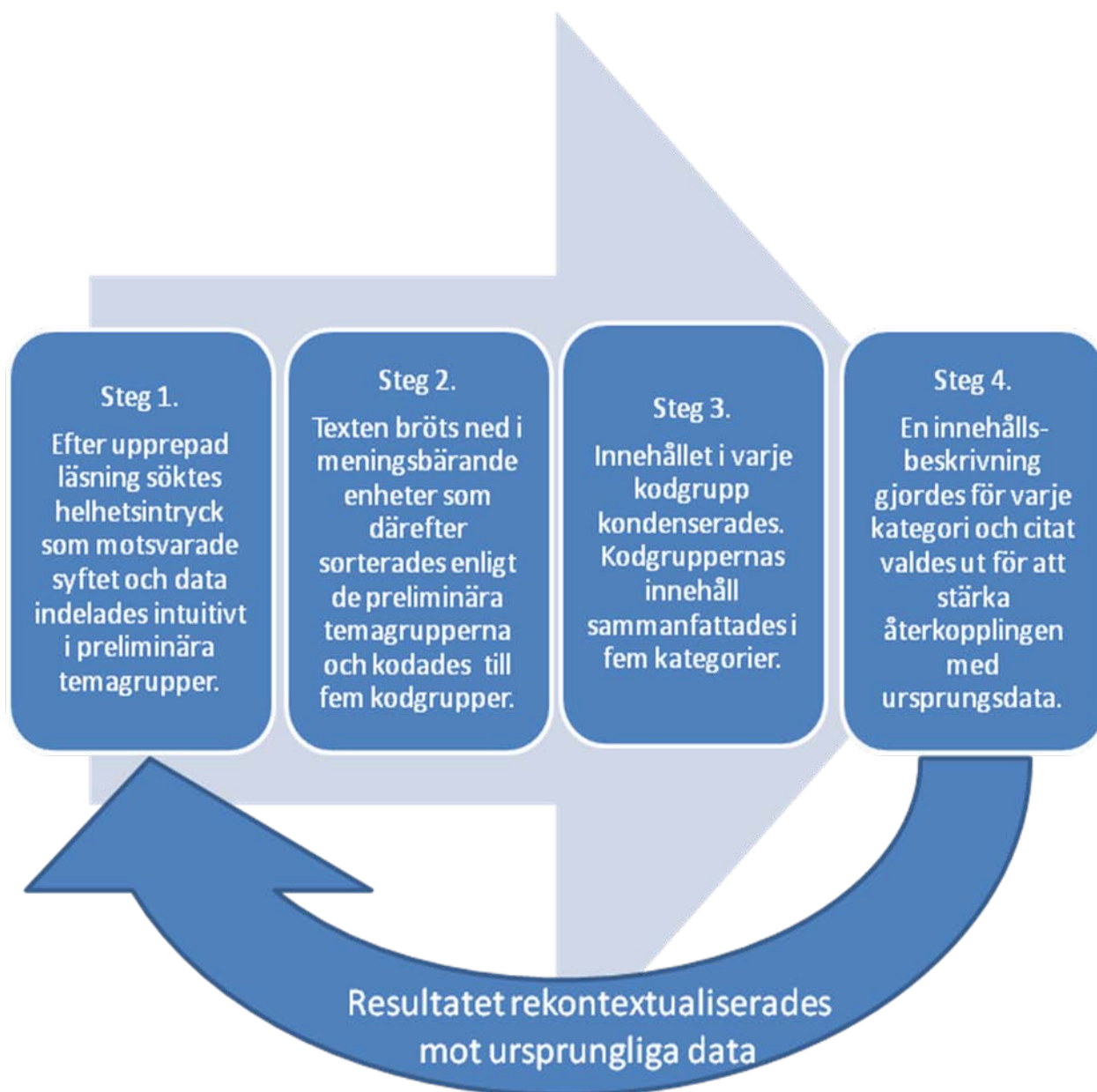
även en orutinerad forskare kan genomföra en kritisk reflektion systematiskt för att tolka och sammanfatta kvalitativa data (Malterud, 1998). Syftet med analysens fyra steg kan beskrivas med följande nyckelbegrepp: steg 1. Att inhämta helhetsintryck, steg 2. Identifiera meningsbärande enheter, steg 3. Abstrahera innehållet, steg 4. Sammanfatta innehållets betydelse (Malterud, 2009). Analysens fyra steg kommer att beskrivas ingående nedan och illustreras i figur 2. Exempel från analysförfarande redovisas i Figur 3.

I analysens första fas inhämtades ett helhetsintryck av insamlade data genom upprepad läsning av hela materialet. Här gjordes en intuitiv indelning utifrån data där sju preliminära teman urskiljdes i ett första steg mot organisering av materialet (Malterud, 2009). De initiala sju teman som utkristalliserades var: *anamnes, observationer och mätningar, tradition, diskussion med kollegor, utvärdering och dokumentation, risker med katetrar och spolning och att inte upptäcka flödeshinder.*

I den andra fasen sorterades de meningsbärande enheter som kunde belysa problemställningen ut och klassificerades genom en systematisk genomgång av materialet rad för rad. Varje intervjuutskrift radnumrerades och de utplockade textstyckena identifierades med siffran för informanten, samt från vilka rader som texten hämtats. För att uppnå en överskådlighet och för att tydliggöra vilka informanter som bidrog i de olika temagrupperna organiserades de meningsbärande enheterna i en matris (Bilaga 3) (Malterud, 2009). Varje informant tilldelades en rad i matrisen och kolumnerna bestod av de sju teman som urskiljdes i den första analysfasen. De meningsbärande enheterna systematiserades och klassificerades successivt genom kodning. Efter upprepad bearbetning av data lades innehållet i de två initiala teman *inte upptäcka flödesproblem* och *risker med katetrar och spolning* samman till kodgruppen *medvetenhet om risker*. Data som initialt sorterats under temat *anamnes* delades upp under kodgrupperna *kliniska observationer och mätningar* och *utvärdering och dokumentation*. Resultatet av analysens andra fas ledde på så sätt fram till följande fem kodgrupper: *kliniska observationer och mätningar, användning av dokumentation, interaktion med vårdpersonal, traditionell handläggning och medvetenhet om risker* (Figur 3). Kodningen var inte målet med detta steg i analysen utan endast ett medel och en organiseringsprincip (Malterud, 2009). Materialet minskades härmed till 22 textsidor meningsbärande enheter.

I analysens tredje fas kondenserades innehållet för att systematiskt abstrahera den kunskap som varje kodgrupp representerar (Malterud, 2009). Kodgruppernas innehåll återberättades och sammanfattades i de fem kategorierna.

Under analysens fjärde fas gjordes en innehållsbeskrivning för varje kodgrupp (Malterud, 2009). Innehållsbeskrivningarna validerades därefter i förhållande till det ursprungliga sammanhang de hämtades ur genom att rekontextualisera resultatet ur de fem kategorierna i relation till det ursprungliga materialet. Detta gjordes genom att kontrollera att kategoriernas innehåll stämde med innehållet i de ordagrant utskrivna intervjuerna. För att stärka återkopplingen mellan resultatet och de ursprungliga intervjuerna valdes även citat ut från de meningsbärande enheterna i syfte att tydliggöra studiens autenticitet (Polit & Beck, 2008).



**Figur 2.** Beskrivning av analys

<b>Preliminära teman</b>	<b>Exempel på meningsbärande enheter</b>	<b>Kategorier</b>
Observation och mätning	"det är aldrig så att jag tänker direkt flödeshinder, utan det är alltid så att jag tänker... och det gör man omedvetet... tänker på alla dom här parametrarna."	Kliniska observationer och mätningar
Anamnes	"Ibland producerar inte patienten urin, och då kan ju inte jag förvänta mig att det ska komma urin... så enkelt är det." "annars så kan man ju titta på hur gammal den är och så... hur länge den har suttit. Den kanske behöver bytas."	
Utvärdering och dokumentation	"Elimination... där skriver jag... och där om det är något anmärkningsvärt med urinen där så brukar jag skriva det med... grumsig urin eller... behöver spola kateter... kan behöva byta kateter... eller om vi har bytt kateter så skrives ju det in också."	Användning av dokumentation
Diskussion med andra	"det är sällan jag frågar eller säger till innan att jag spolar... nej det gör jag inte... nej, inte någon läkare... utan det är sjuksköterskor eller undersköterskor som jag frågar eller rådgör med."	Interaktion med vårdpersonal
Tradition	"det är väl lite tradition, hur man har blivit lärd (-- -) och vem man har gått med kanske... som handledare."	Traditionell handläggning
Risker med katetrar och spolning	"framför allt patienter som kommer kanske hemifrån och har haft kateter väldigt länge... dom kan ju ha... där får man ju vara extra fundersam... för dom kan ju ha... dels kan dom ha små diureser och sedan har dom haft katetern länge det finns ju... större risk att det blir problem än när man sätter katetern här på IVA kanske..."	Medvetenhet om risker
Inte upptäcka flödesproblem	"Jag var med om vid något tillfälle en patient som låg nedsövd i respirator... och... att patienten blev väldigt takykard och stigande blodtryck och det var svårt att sätta fingret på vad som var felet egentligen och... sen så tittade vi till och då var buken så... ganska så spänd och så... spolade vi katetern och då var det mycket... och då var det en liter som stod i blåsan och då... trots det så hade det runnit hela tiden i katetern men det hade ändå samlat på sig och patienten reagerade med puls och tryck och så... att det var stopp... men låg nedsövd så den kunde ju inte tala om hur dant det var ställt."	

**Figur 3.** Exempel från analysförfarande från preliminära teman till slutliga kategorier.

## **ETISKA ÖVERVÄGANDEN**

De etiska principer som har varit vägledande i föreliggande intervjustudie har hämtats från Helsingforsdeklarationen och innebär: att skydda den enskilda människans autonomi och integritet, att göra gott, att inte skada och att behandla alla rättvist (NNF, 2003). De moraliska och etiska dilemman som kan komma att uppstå i undersökningen berör informerat samtycke, konfidentialitet, konsekvenser för forskningen och hur forskaren påverkar undersökningen (Kvale & Brinkmann, 2009).

För att inhämta informerat samtycke har informanterna skriftligen delgivits information några dagar innan intervjun i samband med en muntlig förfrågan om deltagande (Bilaga 1).

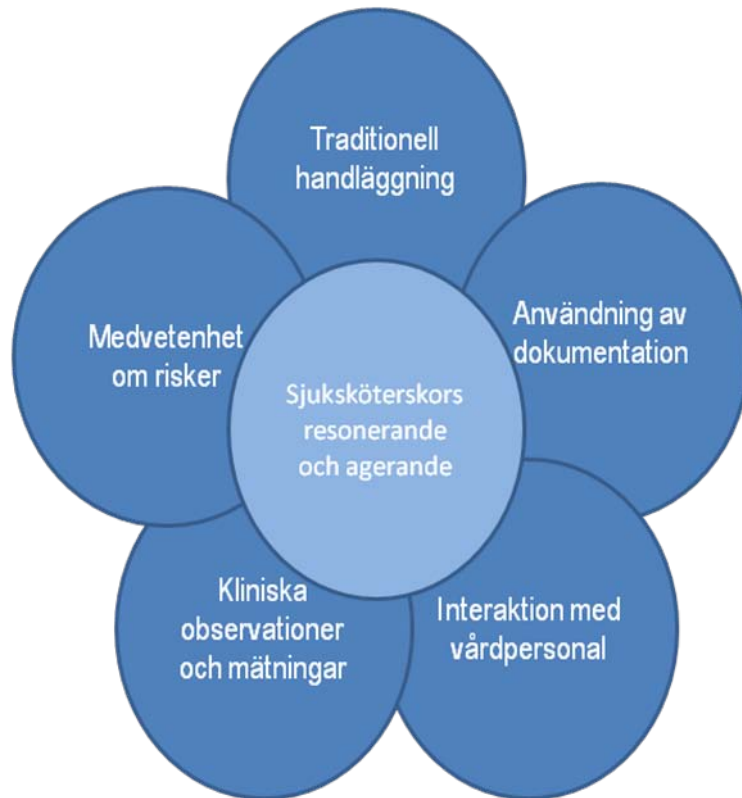
Konfidentialiteten har beaktats genom att utskrifterna förvarats inlåsta i säkerhetsskåp vid Sektionen för hälsa, Blekinge Tekniska Högskola, där endast studentens handledare har tillgång till desamma. De digitalt inspelade intervjuerna har lagrats på en CD-skiva som även den förvaras inlåst i säkerhetsskåp i 10 år enligt arkivlagen (SFS 1990:782). Avskriften av intervjun har kodats med siffror för informanterna i den ordning som intervjuerna ägt rum. Då frågorna inte avsåg att beröra etiskt känslig information krävdes ingen etikprövning hos regional etikprövningsnämnd. En etisk egengranskning har fyllts i och en ansökan om rådgivande yttrande för studiens genomförande skickades till Etikkommittén Sydost (Dnr EPK 49-2010), som inte såg några betänkligheter med studien men påpekade vikten av att säkerställa den enskilda informantens anonymitet och beakta de eventuella negativa konsekvenser som rapporteringen kan ge för de som deltagit i studien. Det finns en risk med att intervjua personer som forskaren har en relation med sedan tidigare då det kan vara svårt för både intervjuare och informant att se intervjun som en fristående situation utan att påverkas av tidigare gemensamma erfarenheter. Det kan också vara svårt att verkligen lyssna utan att göra tolkningar som beror på studentens förförståelse. Svaren kanske inte heller blir så utelämnande, då det kan vara svårare att erkänna något som kan uppfattas som en svaghet till en arbetskamrat än till en utomstående intervjuare. Detta har beaktats och forskarens eventuella påverkan på resultatet diskuteras och redovisas i metoddiskussionen. För att återkoppla studiens resultat till informanterna kommer uppsatsen att redovisas vid ett möte på den intensivvårdsavdelning där intervjuerna genomförts.

## **RESULTAT**

Intervjuernas inledande frågor om antal år som sjuksköterska respektive intensivvårdssjuksköterskor visade att samtliga informanter hade minst fem års yrkeserfarenhet inom sjuksköterskeprofessionen. Informanterna hade arbetat som sjuksköterskor mellan 5 och 32 år (medelvärde 18 år, medianvärde 16,5 år), och som intensivvårdssjuksköterskor mellan 1 1/2 och 27 år (medelvärde 14 år, medianvärde 13 år).

Resultatet från studien presenteras utifrån fem kategorier där sjuksköterskorna beskriver sitt resonering och agerande vid flödeshinder i kvarliggande urinkateter i förhållande till dessa kategorier. Citat har valts ut för att tydliggöra innehållet i kategorierna och förstärka återkopplingen med de ursprungliga intervjuerna. Citaten presenteras i talspråk, ordagrant inklusive pauser enligt informanternas beskrivningar av sitt resonering och agerande. Kategorierna är kliniska observationer och mätningar, användning av dokumentation,

interaktion med vårdpersonal, traditionell handläggning och medvetenhet om risker. Sjuksköterskornas beskrivning av sitt resonerande och agerande var cirkulär och innehållet i de olika kategorierna gick in i varandra (Figur 4).



**Figur 4.** De fem kategorierna speglar sjuksköterskornas beskrivning av hur de resonerade och agerade vid flödeshinder i kvarliggande urinkateter.

### **Kliniska observationer och mätningar**

Studien har visat att intensivvårdssjuksköterskornas uppmärksamhet på patienternas urinproduktion är prioriterad, då det är en viktig parameter för att undersöka patientens aktuella cirkulation. Flertalet sjuksköterskor i intervjustudien uttrycker att de inte tar för givet att det ska fungera, utan att de har ganska stor kontroll på flödet av urin. En av sjuksköterskorna på intensivvårdsavdelningen i föreliggande studie beskriver den gemensamma avdelningskulturen som leder till att patientens kroppsfunktioner kontrolleras kontinuerligt på följande sätt:

*”Allt som kommer ut det mäter vi avigt och rätt och rätt och avigt”*  
(Informant 2).

Informanterna beskriver hur de observerar flera olika parametrar för att identifiera flödeshinder i kvarliggande urinkateter. Sjuksköterskan lyssnar till den vakna patientens



verbala beskrivning av symtom som urinträngningar eller smärta då urinblåsan inte kan tömma sig vid stopp i katetern. Informanterna använder sig även av aktuella kliniska undersökningar, vilkas resultat läggs samman med de direkta observationerna av patienten för att ge en helhetsbild, ett mönster, av den individuella patientens status. Dessa sammanlagda observationer och kliniska mätvärden ligger till grund för hans/hennes beslut att agera. Verktyg som används är "klinisk blick", att lyssna på patienten, palpation, ultraljud, blodtrycksmätning, mätning av centralt ventryck (CVP), urinmätning samt att titta på ickeverbala tecken som smärta eller oro hos patienten. Patientens vätskebalans, cirkulation och blodtryck samt laborativvärden för njurfunktion kontrolleras vid felsökning. Sjuksköterskorna använder ett processinriktat mönstertänkande och observerar/identifierar förändringar i det mönster som är unikt för varje patient. Mönstertänkandet beskrivs i vissa fall vara omedvetet, en integrerad del av sjuksköterskans förvärvade kunskap. Förändringar i patientens unika mönster som talar om hur patienten borde reagera, utifrån hur det har varit innan får intensivvårdssjuksköterskan att börja fundera på vad orsaken till förändringen kan bero på.

*"det är aldrig så att jag tänker direkt flödeshinder, utan det är alltid så att jag tänker... och det gör man omedvetet... tänker på alla dom här parametrarna..."* (Informant 11)

Kateterns grovlek, läge, eventuell knickbildning eller övertryck i uppsamlingsbehållare undersöks. Urinens utseende, mängd och färg (koncentration), samt eventuell grumlighet, flockighet, fällningar eller blod och koagler noteras. Några av de metoder sjuksköterskorna diskuterar är palpation för att upptäcka en full urinblåsa, och ultraljud som kan mäta eventuell residualurin. Palpation upplevs av flera informanter i studien som svårare att genomföra och en mindre exakt metod än ultraljud (bladderscan). Behovet av att spola katetern för att kontrollera funktionen upplevdes ha minskat sedan bladderscannen kommit, även om det kan finnas tillfällen då den inte är tillförlitlig exempelvis vid förekomst av ascites. Vid tveksamhet till tillförlitligheten i det enskilda patientfallet beskrev sjuksköterskan att spolning kunde genomföras trots ett ultraljudssvar som inte visade någon större urinmängd i urinblåsan. Dock anses det som självklart och utan tvekan att en indikation på full urinblåsa med hjälp av ultraljud leder till åtgärden att spola katetern. Då ultraljudsapparaten delades med den postoperativa avdelningen några minuters gångväg ifrån intensivvårdsavdelningen, upplevde en av informanterna att tillgängligheten kunde vara ett problem. Patientens symtom vid flödeshinder kan maskeras av sänkt medvetande på grund av sjukdom eller sedativa läkemedel, då patienten inte har möjlighet att uttrycka sig verbalt. Läckage vid kvarliggande urinkateter kan vara ytterligare ett tecken på flödeshinder. Andra försvårande omständigheter var allmän övervätskning och svullnad som komprimerar kateterslangen. Kateterläget och hur slangen till uppsamlingspåsen låg var betydelsefullt för flödet i en kateter. Om slangen inte lagts tillräta utan den låg över patienten kunde det bli problem med flödet då patienten tvingades *"kissa i uppförsbacke"* (Informant 11).

En av de vanligaste observationerna som fick sjuksköterskan att misstänka problem med den kvarliggande urinkatetern var minskade timdiureser. Förändringar i urinproduktionen var en av de parametrar som oftast fick informanterna att reagera, trots att detta kan vara ett sent

tecken på flödeshinder. Det är heller inte ovanligt att urinproduktionen minskar eller upphör helt hos en svårt sjuk patient, något som informanterna var väl medveten om.

*”Ibland producerar inte patienten urin, och då kan ju inte jag förvänta mig att det ska komma urin... så enkelt är det...”* (Informant 8).

Patienter som tidigare haft en adekvat urinproduktion men som plötsligt fått minskade diureser utan någon tydlig orsak till detta gjorde att sjuksköterskan gick vidare för att undersöka patientens kateter noggrannare. Informanterna diskuterade att vid partiellt flödeshinder i KAD kunde urinflödet ibland minska utan att upphöra helt, något som gjorde det svårare att upptäcka att orsaken till den minskade diuresen kunde bero på stopp i katetern. Det fanns ett reflekterande synsätt som gjorde att sjuksköterskorna beskrev att deras handlingar nyanserades och anpassades till det resultat som visade sig.

*”jag tycker man handlar... utefter dom problemen man stöter på”*  
(Informant 2).

Utvärdering beskrevs som något som pågick hela tiden. En av informanterna beskrev hur utvärderingen gick till som att *”titta och lyssna på patienten”* (Informant 3) och därmed följa händelseförloppet. Informanterna reflekterade kontinuerligt över resultatet på genomförda interventioner. Vid spolning kände sjuksköterskan efter hur lätt eller trögt det gick att spola, om det fanns motstånd eller inte. Mängden Natriumklorid som spolades in mättes och jämfördes med vad som gick att aspirera ut eller som rann ut med självflöde.

*”Så får man följa resultatet om man får ut några... klumpar eller om det blir klart och fint med en gång och så kan man ju nöja sig med det”* (Informant 6)

Sjuksköterskan fortsatte att spola katetern tills det blev flöde i den, samt kontrollerade att urin fortsatte att rinna ner i uppsamlingspåsen. Förändringar i färg och konsistens noterades.

*”Har jag flöde så fungerar det!”*(Informant 9).

Ett par av sjuksköterskorna påtalade vikten av att patienten skulle informeras innan spolning, och även att det kunde vara svårt att få tillräckligt med tid att klargöra att patienten verkligen förstod vad som skulle hända. Trots en i grunden ganska noggrann kontroll av diuresen, sattes ett särskilt fokus på urinen och kateterns funktion under kommande timmar när det uppstod problem med flödet i katetern.

Om spolningsförsöket misslyckades, eller om det fortsatte att vara dåligt flöde i katetern, var det byte av katetern som kom att vara det alternativ som beaktades. Upprepade spolningar kunde också behövas, särskilt hos patienter som hade hematuri. Sjuksköterskan kunde även fundera över patientens behov av att ha kateter, och undersöka möjligheten att använda sig av andra alternativ. Informanterna i studien resonerade också att det inte enbart var viktigt att upptäcka själva flödeshindret utan även att fundera på vad det kan finnas för orsaker till att flödeshinder har uppkommit. Kanske fanns det redan där något som gick att åtgärda för att på så sätt kunna arbeta preventivt. Utöver de direkta observationer som användes vid bedömning

av patientens kateterfunktion var det dessutom vanligt att sjuk-sköterskan sökte efter information i patientens journal.

### **Användning av dokumentation**

Information från patientens omvårdnadsdokumentation utgjorde en annan viktig del av informanternas beslutsunderlag. Här inhämtades kunskap om hur länge katetern hade suttit och om det tidigare hade funnits flödesproblem. Om katetern suttit länge blev inte förstahandsvalet automatiskt spolning vid flödeshinder, utan alternativet byte av kateter beaktades. Genom att undersöka medicinska journalanteckningar och omvårdnadsdokumentation kunde även tidigare kända svårigheter med att sätta kateter uppmärksammas och läggas till i bedömningen av lämpliga åtgärder vid flödeshinder.

*”Om det nu är så att patienten skulle vara jättesvår att sätta kateter på av någon anledning... då skulle man kanske... eeh... tänka efter innan man bytte”*(Informant 9).

Eventuella operationer i urogenitalområdet eller urinvägsinfektion beaktades innan beslut om agerande fattades. Tankemönstret hos sjuksköterskan förändrades enligt de olika förutsättningar patienterna hade. Hos urogenitalt nyopererade patienter var det lättare att förvänta sig att blödning och koagler kan vara orsak till flödeshinder. Det var också mer fokus på urinvägarna när det gällde den här typen av kateterbärare. Beslutet att själv åtgärda flödeshinder genom spolning av katetern i det här fallet försvårades dock av rädslan att skada patienten med interventionen. Spolning av kateter och resultatet av interventionen dokumenterades på övervakningsjournalen (IVA) eller anestesijournalen (postop) och i patientdatajournalen under sökordet elimination. I rapporten dokumenterades även urinens färg och utseende samt om det var grumligt eller klart utbyte och eventuell förekomst av koagler. Byte av kateter registrerades både under elimination och under in- och utfarter i datajournalen.

### **Interaktion med vårdpersonal**

I resultatet framgick att erfarna informanter validerade sina observationer med arbetskollegor. Diskussion med kollegor, undersköterskor eller sjuksköterskor som var nära patienten var ett naturligt inslag i det kliniska vardagsarbetet och användes frekvent. Diskussioner med läkare var inte lika självklart då läkarens roll var av mer konsultativ art, och denne inte alltid fanns på plats hos patienten. Kontakter kunde även knytas med till exempel hemsjukvården för att diskutera tidigare förhållningssätt eller skaffa information i det specifika patientfallet. En informant menade att det var ett personligt ställningstagande från sjuksköterskan som avgjorde om läkare skulle kontaktas innan spolning eller inte, samt att detta kunde variera mellan olika sjuksköterskor. Läkarens tillgänglighet var också avgörande för i vilken grad han eller hon involverades i beslutsfattandet. Spolning av kateter genomfördes oftast efter eget beslut, även om läkaren tillfrågades om han eller hon fanns på avdelningen. Rådfrågning av läkare skedde främst i de fall när situationen upplevdes som komplicerad, eller om problemet var återkommande.

*”Det är ju inte alltid jag frågar läkaren. Om inte han är tillgänglig så gör jag ju det faktiskt utan hans inrådan.”* (Informant 3).

Anatomiska avvikelser, anamnes på tidigare urogenitala problem eller då spolning eller ny katetersättning kunde förväntas bli ett problem, upplevdes som en angelägen orsak att diskutera med läkare innan någon intervention påbörjades. Flödeshinder hos patienter som var opererade i urogenitalområdet, eller hade flera urinkatetrar, eller om det gäller ett barn upplevdes som avvikande från normen. Om lägesändring eller vanlig spolning av urinkatetern inte löste problemet, tillfrågades narkosläkare eller kirurgläkare för att besluta om andra åtgärder som byte av kateter, mer kraftfull spolning, spoldropp, forcerad diures eller eventuell blåsevakivering.

Läkare rådfrågades alltid vid tillfällena då det inte gick att spola alls, samt då sjuksköterskan bedömde att katetern behövde bytas. I situationer med extremt övervätskade patienter, där det var så svullet även i urogenitalområdet att flödet påverkats, kunde det vara extra svårt att besluta både vad som skulle göras och vem som skulle kontaktas. I enklare fall kunde läkaren informeras i efterhand. En av orsakerna till diskussionerna med andra vid flödeshinder i kvarliggande urinkateter var den egna säkerheten. En av sjuksköterskorna funderade kring bristen på generella ordinationer, och över om det egentligen skulle behövas mer skriftliga riktlinjer om det skulle uppstå någon vårdskada i samband med sjuksköterskans kateterhantering.

### **Traditionell handläggning**

Studien visade att sjuksköterskorna uppfattade spolning av kateter som en traditionell intervention, vilken oftast fungerar som förstahandsval vid misstanke om flödeshinder i kvarliggande urinkateter. Informanterna utgick ifrån de kunskaper som inhämtats genom lärlingskap för länge sedan och genom att studera eller fråga sjuksköterskor och undersköterskor med expertismässig praktisk erfarenhet av hur problem med flödeshinder i kvarliggande urinkateter kan lösas.

*”Det är väl en kombination av eeh... den utbildning man har fått eller det man har lärt sig en gång plus... att man liksom drar erfarenheter från tidigare gånger... liksom det man har tyckt varit bra eller... att man har eliminerat det som man har tyckt har varit mindre bra.”*(Informant 10).

Strategier som beskrivs är exempelvis att använda olika spolningsmetoder eller att låta patienten ändra läge i sängen. Samstämmigheten mellan de olika informanterna var god, vilket kan ses som ett tecken på en gemensam avdelningskultur. Inte många reflektioner gjordes över själva metoden, som upplevs fungera i de flesta fall. Handlingsalternativet spolning upplevdes som ett självklart val.

*”jag kan ju säga att jag tittar ju inte på någon regelbok eller nånting sådant utan det är ju bara en så'n här... som sitter som grund... att funkas inte katetern...”* (Informant 12)

Spolning av kateter utfördes i stort sett på samma sätt av samtliga informanter, förutom att de som hade erfarenhet från urologavdelning inte var så försiktiga vid spolning och aspiration, utan gärna försökte uppnå ett kraftfullt flöde in och ut.

*”Om det nu är så att det sitter något hinder... och jag spolar och aspirerar så kan jag tänka mig att jag får ut det om det sitter i katetern”*(Informant 9).

Samtliga informanter spolade katetern med Natriumklorid och mängden angavs till mellan 30-50 ml vid varje spolningstillfälle, något som kunde upprepas efter behov. Rullbord eller liknande användes vid uppdukning. Spritade händer, rena eller sterila handskar, skyddsförkläde och steril spruta, steril kopp, samt steril Natriumklorid användes. Sjuksköterskorna försökte genomföra proceduren så rent som möjligt.

### **Medvetenhet om risker**

Det finns en medvetenhet hos informanterna att spolning av kvarliggande kateter kan orsaka infektioner. Vikten av god hygien i samband med kateterhantering påtalas. Sjuksköterskorna upplevde även att det var viktigt att utvärdera fortsatt behov av kateter och överväga andra alternativ än spolning. För att minska risken med infektioner är det viktigt att katetern dras så fort patienten kan kissa själv, men det förekommer tvivel om att det verkligen är praxis. Flera av informanterna diskuterade problemet med de risker som finns för patienter med kvarliggande urinkateter. Två av informanterna använder följande korta fallbeskrivningar för att beskriva detta problem.

*Fallbeskrivning 1: Hos en patient med kraftig prostataförstoring var det omöjligt att sätta en ny, vanlig kateter då det blivit stopp i den gamla och den hade tagits bort. Urologläkare tillkallades, men tvingades, efter ett flertal misslyckade försök att sätta en kvarliggande kateter via urethra, att sätta en suprapubiskateter i stället.*

*Fallbeskrivning 2: Även en patient med avvikande urogenital anatomi där katetermynningen inte varit placerad i urinblåsan nämns som ett ovanligt fall av flödeshinder. Sjuksköterskan beskrev hur kateterspetsen inte var placerad ända upp i urinblåsan på en prostataopererad patient, vilket ledde till att det blev problem med flödet.*

Informanterna upplevde det som en större risk att det blev problem med en kateter som suttit länge. Det kunde vara lätt att missa hur länge katetern suttit, så att den blev kvar onödigt länge. När det gällde spolning av kvarliggande urinkateter är det några saker som sjuksköterskan uppehöll sig vid. Han/hon spolade inte in så mycket i katetern av rädsla för att det inte skulle gå att få ut det igen, då det kan dröja innan det går att få hjälp. Hälften av informanterna nämnde svårigheter med att upptäcka flödeshinder, när det inte var totalt stopp utan en mindre urinmängd kunde passera genom katetern. Det finns då risk att en minskad urinmängd tolkas som minskad urinproduktion på grund av prerenala orsaker, som exempelvis otillräcklig vätsketillförsel eller nedsatt njurfunktion, det senare på grund av septisk påverkan. Fastställande av flödeshinder och korrekta åtgärder för att lösa problemet kan därmed fördröjas.

*”sedan så när man börjar fundera på det lite längre så så det är ju då man tänker att det kanske är något fel i alla fall... med katetern ”(Informant 7).*

En annan svårighet är när patienten på grund av sänkt medvetande inte tydligt kan uttrycka symtom som urinträngningar eller smärta. Mer ospecifika symtom som allmän oro, ökad puls och förhöjt blodtryck får då användas, vilket gör att högre krav ställs på sjuksköterskans observationer och tolkningsförmåga. Många gånger kan diagnosen flödeshinder härmed fördröjas, vilket kan ge patienten ett onödigt lidande. När till slut en korrekt diagnos ställs, beskriver några av sjuksköterskorna att det har hänt att urinblåsan innehållit residualurin uppemot en liter trots att flödet hela tiden har kunnat mätas.

Sjuksköterskorna påtalar brister i kontroll av vätskeintag och vätskebalans som följer hela vårdkedjan. Det kan vara svårt för sjuksköterskor och annan vårdpersonal på vårdavdelningar att ha ordentlig kontroll på diuresen och eventuella flödesproblem. Det är därför viktigt att rapportera vidare om det har varit problem med urinkatetern. Kraftig grusbildning i urinen ger ökad risk för flödeshinder och är extra viktigt att vidare rapportera. Sjuksköterskan är också medveten om att vissa patienter har mer problem med konkret än andra patienter och att vården därför måste individualiseras. Det finns också funderingar kring vad som rent medicinskt kan göras för att minska grusbildning i urinen. Vätskedrivande medel eller en tillförd vätskestöt kan tänkas öka flödet, men det upplevs som riskabelt med vätskedrivande medel utan att först undersöka vad stoppet beror på. Sjuksköterskorna uttrycker en rädsla för att spolning av kateter skulle kunna skada den urogenitalt nyopererade patientens urinblåsa. En annan sjuksköterska uttryckte oro för att skicka hem en nyopererad patient som haft problem med koagler i urinkatetern. Flera sjuksköterskor diskuterar att det känns obehagligt när det blir stopp i urinkatetern på grund av stora mängder koagler, och patienten får mycket ont. Det finns en rädsla att urinblåsan ska ta skada och patientens lidande är något som sjuksköterskan tycker känns jobbigt. En av sjuksköterskorna uttrycker ett välkomnande av nyare och bättre metoder om det hade funnits några.

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Flödeshinder i kvarliggande urinkateter är inte ett problem som är unikt för intensivvårdssjuksköterskor. Frågeställningen skulle kunna vara lika intressant att diskutera bland sjuksköterskor i hemsjukvården eller vid en urologavdelning, där det också är vanligt med personer som behandlas med kvarliggande urinkateter. Undersökningen genomfördes dock i denna kontext då forskarens arbetsgivare önskade att kunskap från examensarbetet skulle återföras till verksamheten.

I enlighet med den fenomenologiska filosofin är varje människas berättelse unik (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008) men studiens tidsram tillät inte intervjuer med avdelningens samtliga intensivvårdssjuksköterskor. Randomiserat urval är inte vanligt vid studier med kvalitativ ansats (Polit & Beck, 2008), men då det inte finns några inofficiella kateterexperter på den utvalda intensivvårdsavdelningen gjordes ändå detta val. Då informanterna samtidigt var

forskarens arbetskollegor, gjordes ett slumpvis urval med lottdragning för att kunna hålla ett naivt förhållningssätt och för att minimera risken att studenten skulle komma att påverka urvalet. Urvalet skulle kunna ha gjorts på annat sätt än lottning utan att forskaren skulle komma att påverka resultatet. Exempelvis skulle det ha varit möjligt att låta en arbetsledare eller medarbetare välja ut de informanter som skulle kunna förväntas ha ett rikt underlag att berätta ur, eller genom snöbollsurval så att informanterna själva skulle kunna styra urvalet (Hartman, 2004). Risker med detta skulle kunna vara att endast de som redan från början ansågs vara rika informationskällor fick komma till tals, och att resultatet på så vis skulle kunna bli vinklat eller ensidigt. Det skulle också ha varit möjligt att välja ut dem som arbetat längst tid på avdelningen, men det är inte alltid så att erfarenhet mätt i antal arbetade år är detsamma som reflekterande erfarenhet eller reflexivitet. Dewey (1997, s 189) definierar reflektion som *"insikten om relationen mellan vad vi försöker göra och vad det får för följder"*, och menar att motsatsen till reflekterande erfarenhet är rutin. Det är inte alla sjuksköterskor som utvecklar det engagerade intuitiva kunnande som utmärker den avancerade och den expertmässiga sjuksköterskan (Dreyfus & Dreyfus, 1986), även om det är möjligt att uppnå en fördjupad förståelse för den enskilda patientens mänskliga mönster efter en längre tid av medveten och reflekterad erfarenhet (Benner & Tanner, 1987). Vid sjuksköterskeutbildningar har reflektion som instrument kommit att bli relativt vanligt, medan reflektiva modeller i klinisk praxis fortfarande inte är så vanligt förekommande (Flanagan, 2009). Det skulle även ha varit möjligt att komplettera urvalet, om inte intervjuerna lett fram till ett tillräckligt rikt material då den fenomenologiska ansatsen medger detta förfarande (Kvale & Brinkmann, 2009) men då den spridning som utföll vid lottningsförfarandet bedömdes ge en bild av "hur det vanligen är" bland de utvalda intensivvårdssjuksköterskorna, bedömdes att urvalet svarade väl mot syftet, och att inga fler intervjuer därför behövdes. Urvalet har lett fram till att resultatet har kommit att bli rikt och varierat. Informanter som annars troligen inte skulle blivit utvalda har fått berätta om sina tankar och sitt agerande vid flödeshinder i kvarliggande urinkateter, vilket sågs som en fördel.

Genom valet av en fenomenologisk ansats för att undersöka sjuksköterskornas resonering och agerande vid flödeshinder i KAD placerades fokus på att öka förståelsen för individernas levda erfarenheter (McEwen & Wills, 2007). Metoden som användes var intervju, då det inte finns någon som skulle kunna svara bättre på hur sjuksköterskor beskriver att de resonerar och agerar, än de själva kan göra då de tillfrågas (Kvale & Brinkmann, 2009). Fördjupning och reflektion är det som är den reella fördelen med intervju i jämförelse med en enkät (Lantz, 2007).

Den öppna intervjuformen ger informanten större frihet att tala om det som är väsentligt för honom eller henne (Lantz, 2007). Ett användande av helt strukturerade frågor leder till att svarsalternativen minskar och därmed ökar risken för forskarens påverkan (Hartman, 2004). Genom att låta informanterna uttrycka sig i narrativ form presenterades en longitudinell tidssekvens, som valdes av informanten, och som behandlade en personlig upplevelse vilket kan föra fram reflektioner och information som annars förblir oupptäckt (Greenhalgh & Hurwitz, 2000).

Flera alternativa datainsamlingsmetoder som gruppintervju, muntliga eller skriftliga berättelser om olika patientfall, eller mer strukturerade frågor övervägdes, men valdes bort. En alternativ datainsamlingsmetod som valdes bort var observationsstudier. Observationer skulle inte kunna ge svar på frågan hur intensivvårdssjuksköterskan resonerar vid flödes hinder, men en kombination av observationer och "thinking aloud" skulle kunna ge ett än mer nyanserat material då data skulle inhämtas i realtid. "Think-aloud" metoden är en teknik som har utvecklats för att undersöka problemlösning och beslutsfattande genom att personen som studeras berättar om hur han/hon resonerar (Polit & Beck, 2008). Då flödes hinder i urinkateter oftast är svåra att förutse, och spolning av kateter inte förekommer regelbundet skulle det dock vara svårt för forskaren att finnas på plats vid rätt tillfälle. Det skulle krävas väldigt mycket tid för att få ihop ett rikt material genom att använda observationsstudie som metod. Av praktiska skäl valdes därför enskilda intervjuer.

I föreliggande studie har en intervjuguide använts, för att därmed få en större möjlighet att säkerställa svarens relevans för studiens syfte (Hartman, 2004). För en oerfaren intervjuare kan det annars vara svårt att verkligen fånga det fenomen som eftersöks, då det finns en risk att svaren kan hamna utanför syftets relativt snäva ram. Genom en noggrann förberedelse av de frågor som ligger till grund för intervjun, kan det också vara lättare för intervjuaren att hitta relevanta följdfrågor för att kunna fördjupa informanternas berättelser (Kvale & Brinkmann, 2009). Det fanns en risk att undersökaren styrde informanternas svar genom att be dem att beskriva en vanlig eller ovanlig situation vid spolning av urinkateter. En bättre formulering skulle varit om informanterna kunde beskriva en vanlig eller ovanlig situation med flödes hinder i kvarliggande urinkateter. Den gemensamma förförståelsen som fanns hos intervjuare och informanter att spolning var den vanligaste åtgärden vid flödes hinder i kvarliggande urinkateter bekräftades av den vanligt förekommande motfrågan när ämnet introducerades av forskaren – "du menar spola katetern"? Frågornas ordalydelse har anpassats till de olika informanterna, vilket Kvale och Brinkmann (2009) menar bör göras då olika människor kan uppfatta samma ord på olika sätt genom att de tolkar frågan utifrån sin egen förförståelse. Då intervjuaren som person är ett av de viktigaste forskningsverktygen, ställs stora krav på forskarens träning och erfarenhet (Kvale & Brinkmann, 2009; Polit & Beck, 2008). Med tanke på att undersökaren inte har särskilt lång erfarenhet av intervjuer, så skulle detta kunna påverka resultatets kvalitet.

Valet av en tydligt beskriven analysmetod har underlättat strukturen för analysen. Genom att använda flera steg har en djupare förståelse kunnat uppnås (Malterud, 2009). Det kunde ha varit en fördel att vara mer än en person som genomfört analysen för att därmed tillföra nya synpunkter och validera indelningen från början, men den möjligheten har inte funnits. En analys som genomförs av en och samma person ger en hög grad av konsekvens, medan däremot reliabiliteten och överförbarheten blir lägre (Polit & Beck, 2008). Handledaren bjöds in för att validera de olika kodgrupperna efterhand i ett försök att därmed öka reliabiliteten. Gemensamma diskussioner mellan studenten och handledaren ledde till slut fram till konsensus för de fem kategorierna. För att möjliggöra en klassificering av data som intervjuerna i föreliggande studie genererat, gjordes indelningen i fem olika kategorier.



Indelningen har inte alltid varit enkel att genomföra, och flera av de meningsbärande enheterna har kunnat placeras under mer än en av de utvalda kategorierna. Malterud (2009) menar att kategorierna i den systematiska textkondenseringen inte nödvändigtvis måste vara uteslutande, utan att det kan vara så att data passar under flera rubriker. Burnard (1991) och Graneheim och Lundman (2004) menar däremot att kategorierna ska vara så specifika att samtliga data bara ska kunna passa in under en rubrik.

Databearbetningen underlättades av att intervjuerna spelades in, då detta gjorde det möjligt att återge nyanserna i efterhand genom att lyssna på inspelningen (Lantz, 2007). Det var dock i vissa fall svårt att uppfatta den exakta ordalydelsen, trots att forskaren vid transkriptionen hade en fördel av att ha genomfört samtliga intervjuer personligen. Det är viktigt att beakta att den interaktiva intervjusituationen innehåller mer än orden som transkriberas, bland annat det sociala samspelet mellan individerna som är svårt att registrera skriftligt (Kvale & Brinkmann, 2009). Utskrifterna av intervjuerna var en lång och arbetsam process som krävde mycket tid. Denna tid var dock inte bortkastad, då den dels ledde fram till en medvetenhet om studenten som intervjuare och även underlättade analysens första steg då data var mycket välbekant genom de upprepade avlyssningarna under skrivarbetet. Trots intervjuernas relativt korta duration, var upplevelsen att informanterna menade att ämnet var uttömt vid varje intervjutillfälle. Eventuellt kan undersökarens och informanternas gemensamma förförståelse ha påverkat intervjuernas längd, då informanterna kan ha upplevt att de inte behövt förklara så mycket eftersom exempelvis kontext och språk var gemensamt.

Undersökarens förförståelse har troligen inverkat på studiens resultat, då förförståelsen är svår att bortse ifrån (Malterud, 2009). Det faktum att intervjuerna genomfördes vid studentens och informanternas gemensamma arbetsplats, och att samtliga deltagare i studien redan har en relation till varandra och till studenten har förmodligen påverkat resultatet. Samtidigt som miljön var välbekant och därmed trygg, kunde den även påminna om att den information som delgavs skulle kunna komma att påverka den fortsatta arbetssituationen. Socialiseringen som används för att intervjuare och informant ska lära känna varandra i början av intervjuerna (Kvale & Brinkmann, 2009) har kunnat kortas ner då relationen redan varit etablerad. Samtidigt var intervjusituationen en ny sorts relation där forskaren inledningsvis poängterade den sekretess som gäller informanternas berättelser. Det fanns en risk att informanterna omedvetet höll tillbaka information som skulle kunna få deras eget agerande att verka oövertänkt, även om studentens intuitiva känsla var att informanterna ansträngde sig för att beskriva ämnet så ingående som möjligt.

Det upplevdes som känsligt att strategiskt välja ut informanterna, då den professionella yrkesrelationen kommer att fortsätta även efter avslutad studie. Den risk att bara de som studenten sedan tidigare ansåg vara experter på intensivvård i allmänhet fick möjlighet att komma till tals minimerades med hjälp av randomiseringen i urvalet.

Genom att använda Benner, Tanner och Chesla (1999) modell av expertsjuksköterskan som teoretisk referensram har troligtvis också tolkningen av resultatet påverkats, genom att intensivvårdssjuksköterskans mönstertänkande blivit tydligare då detta varit ett känt begrepp för undersökaren.

## Resultatdiskussion

Resultatet indelades i följande fem kategorier: kliniska observationer och mätningar, användning av dokumentation, interaktion med vårdpersonal, traditionell handling och medvetenhet om risker. Varje kategori är förenad med de andra i ett kontinuerligt och föränderligt löpande förlopp av sjuksköterskans resonerande och agerande (Figur 4). Tanner (2006) beskriver en liknande cirkulär modell för sjuksköterskans kliniska bedömning som utgår från fyra olika aspekter: uppmärksammande (noticing), tolkning (interpreting), respons (responding) och reflektion (reflecting).

I kategorin kliniska observationer och mätningar beskriver sjuksköterskan hur hon/han bygger ett system av information som inhämtas hos patienten, för att kunna konstatera ett troligt flödesproblem i den kvarliggande urinkatetern. När sjuksköterskan sedan har skapat ett allt tydligare mönster av den individuella patienten, används detta mönster som den norm sjuksköterskan resonerar kring och utgår ifrån när hon/han beslutar sig för att agera. I mönstret ingår både subjektiva och objektiva parametrar, även om det positivistiska arvet i akutsjukvården lägger stor vikt vid kvantitativa mätningar vilket visar sig i att sjuksköterskorna ofta nämner timdiuresen som ett tydligt observandum. Framför allt är det förändringar i urinproduktion och kvalitet som noteras i resonemanget.

Kategorin användning av dokumentation beskriver omvårdnadsdokumentationen som ett kommunikativt redskap för att överföra information i ett ökat tidsperspektiv. Sjuksköterskorna beskriver både hur de söker efter information och hur de delger sina observationer i den skriftliga dokumentationen.

I kategorin interaktion med vårdpersonal beskriver informanterna hur katetervården både anses tillhöra läkarens och sjuksköterskans domän. Den vanliga omvårdnaden med enklare problem tillhör det som sjuksköterskan oftast hanterar på egen hand eller tillsammans med andra sjuksköterskor eller undersköterskor, medan hon/han vid svårare problem eller avvikelser uppsöker läkare på konsultativ basis. Studiens resultat visade att det ansågs naturligt att sjuksköterskan som var nära patienten diagnostiserade flödeshindret – ingen av de intervjuade sjuksköterskorna nämnde att problemet brukade identifieras av läkare.

Kategorin traditionell handling visade att katetervård och spolning av kateter var en praktisk ofreflekterad kunskap som lärdes ut av andra. När interventionen ansågs fungera och kunna lösa en hel del problem med flödeshinder i en kvarliggande kateter så var metoden inget som ifrågasattes eller som någon funderade så mycket mer på.

I kategorin medvetenhet om risker återkommer sjuksköterskans resonerande om helhetssyn och mönstertänkandet igen. Informanterna uttrycker en rädsla för att det kan finnas brister i helhetssynen framför allt vid andra avdelningar, och att katetervård inte alltid är ett prioriterat område. Sjuksköterskornas berättelser följde inte ett linjärt samband, utan diskussionen var mer cirkulär. Informanterna återkommer i sitt resonerande till liknande episoder. Det holistiska synsättet gör att flera av kategorierna går in i varandra. Resultatet visade att intensivvårdssjuksköterskorna såg hela processen kring patientens urinproduktion i stället för att koncentrera sig på enstaka observationer eller mätvärden. Samtliga informanter hade

arbetat mer än fem år som sjuksköterskor och mer än ett år inom intensivvård. Informanterna hade uppnått en klinisk mognad som minst motsvarar den kompetenta sjuksköterskan i den femgradiga skala som beskrivs av Dreyfus och Dreyfus (1986) från novis, avancerad nybörjare, kompetent, skicklig till expert och som anpassats till sjuksköterskor av Benner (1993). Erfarna sjuksköterskor ser mer än en dimension av patienten samtidigt (Benner, Tanner & Chesla, 1999). Med klinisk expertis menas en kontextberoende kunskap som sjuksköterskan tillägnat sig genom praktisk klinisk erfarenhet (Winch, Henderson & Creedy, 2005).

### *Holistiskt synsätt och processororienterat mönstertänkande*

Informanternas beskrivning tydde på att de använde sig av ett holistiskt synsätt när de följde ett förlopp och tog hänsyn till all den information som var tillgänglig hos den individuella patienten. Beslutsprocessen förklarades med att sjuksköterskorna följde patientens individuella mönster över tid och försökte nå en helhetsbild genom att använda flera olika parametrar i sin bedömning. Genom att studera patientens historia och lägga samman detta med kliniska observationer och aktuella mätvärden framkommer/tydliggörs det intuitiva synsätt som kännetecknar den erfarna expertsjuksköterskan (Benner, 1993; Benner, Tanner & Chesla, 1999). Rawlingson och Clark (2004) menar att sjuksköterskan behöver mer än sin intuition för att fatta lämpliga och effektiva beslut vid flödes hinder i kvarliggande urinkateter och ger förslag på en lista för felsökning och diagnos för kliniskt bruk. Då det är många aspekter hos en intensivvårdspatient som behöver beaktas skulle en sådan lista kunna vara särskilt den mindre erfarna sjuksköterskan till hjälp. Informanterna beskrev hur resonandet inför beslut om genomförande av intervention som spolning av urinkateter eller genom att passivt följa och studera utvecklingen (expektans) var processinriktat och situationsanpassat, och framför allt något som pågick kontinuerligt.

Björklund (2008) beskriver den förtrogenhetskunskap som bland annat erfarna kliniskt verksamma sjuksköterskor använder sig av genom att utläsa information ur komplexa situationer och använda detta för att i viss mån förutse ett kommande händelseförlopp. Genom att tekniska mätvärden används som ett reflekterat komplement i bedömningsunderlaget kan tekniken bidra till att sjuksköterskans perceptionsförmåga stärks vilket gör det möjligt att öka hans/hennes kliniska kompetens (Harley & Timmons, 2010). Experten kan genom observation tidigt uppmärksamma och identifiera ett problem och därefter fatta beslut om handling. Informanterna beskrev sina handlingar på ett relativt likartat sätt. Detta skulle kunna bero på den gemensamma arbetskultur som utvecklar en gemensam förtrogenhetskunskap. Det skulle även kunna bero på att informanterna hade uppnått ungefär likartad klinisk utveckling. Informanterna berättade att det är vanligare att inhämta kunskap som redan finns på avdelningen, genom att fråga kollegor än att vända sig till kunskapskällor utanför den egna sfären.

Radwin (1996) menar att det är av betydelse om sjuksköterskan har haft möjlighet att lära känna sin patient. Detta påverkar hur känslig för individuella skillnader i patientens reaktioner och symtom sjuksköterskan blir. Det blir lättare för sjuksköterskan att se små förändringar i ett välkänt mönster. Sjuksköterskorna berättade om hur de frågar andra

kollegor som känner patienten sedan tidigare innan de fattar beslut om behandling. Sjuksköterskorna kombinerade således flera olika informationskällor när de beskrev hur de resonerar och agerar vid flödeshinder i kvarliggande urinkateter. Informanternas beslutsfattande kunde därför inte beskrivas varken som renodlat logiskt analytiskt eller intuitivt humanistiskt. Den multidimensionella beslutsmodell som beskrivs av Banning (2006) stämmer väl överrens med studiens resultat. Sjuksköterskorna beskrev både hur de undersökte patientens anamnes i form av dokumentation och muntlig information och hur de anpassade sitt agerande till det mönster som var unikt för varje patient och situation.

### *Bedömning och beslutsunderlag*

I informanternas berättelser visade det sig att sjuksköterskan vanligen utgick från en bedömning av patienten och dennes kroppsliga symtom, i stället för att lyssna på patienternas beskrivning av symtom. När informanterna berörde ämnet anamnes var det ingen av sjuksköterskorna som nämnde att de frågade patienten om behandlingshistorik, något som skulle vara intressant att veta orsaken till. Kanske beror detta på att intensivvårdssjuksköterskan ofta möter en patient som inte har möjlighet att förmedla sina upplevelser verbalt på grund av allvarlig sjukdom. Det finns undersökningar om sjuksköterskans smärtbedömning som visat att det på en del avdelningar är vanligare att sjuksköterskan tittar på visuella tecken än hon frågar patienten (Lauzon Clabo, 2007). Endast en liten del av intensivvårdssjuksköterskorna diskuterar patientens upplevelse, och berör patientens inflytande vid flödeshinder i kvarliggande urinkateter. Det är bara en av de intervjuade tolv intensivvårdssjuksköterskorna i föreliggande studie som nämner smärtlindring av patienten inför/under spolning av kateter, och det skulle vara intressant att veta varför. Möjligen kan det bero på utformningen av frågorna. En svensk studie av intensivvårdspatienters upplevelser indikerar att trots att vårdpersonalen vid en intensivvårdsavdelning ständigt är närvarande och övervakar förändringar i vitala kroppsfunktioner så känner sig patienterna oönska (Almerud, 2007). Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) och Patientsäkerhetslagens (SFS 2010:659) intentioner är att patienter och anhöriga ska få ett större utrymme för att kunna påverka sin behandling, något som blir svårt att uppfylla om sjuksköterskor utgår från sina egna bedömningar i stället för att fråga patienten.

### *Risker med kateterhantering*

Akut njursvikt med nedsatt urinproduktion som följd är ett vanligt förekommande fenomen hos patienter som vårdas vid en intensivvårdsavdelning (Kvistad, Remöy & Vedum, 2009). Detta kan leda till att intensivvårdssjuksköterskan inte i första hand tolkar en låg eller minskande diures som ett avflödeshinder. Sjuksköterskan kan orsaka patienten ett vårdlidande (Dahlberg, Nyström, Segersten, Suserud & Fagerberg, 2003) genom att sjuksköterskan i vissa fall har svårt att upptäcka ett flödeshinder direkt, och därför agerar med fördröjning. Detta kan leda till extra svåra konsekvenser för nedsövda patienter som inte verbalt kan uttrycka sin smärta eller obehag.

### *Traditionell handling och medvetna val*

Informanterna beskrev samtliga interventionen spolning av kvarliggande urinkateter som en traditionell handling, och det var inte vanligt att söka ny vetenskaplig forskning i ämnet. Den metod för inläring av klinisk kunskap som sker mellan mästare och lärling som sjuksköterskorna beskriver, menar Wulff och Götsche (2000) kunde ha sina begränsningar om den ledde till oreflekterad kunskap som inte analyserade handlingens konsekvenser. Däremot kunde ett reflekterande synsätt leda till medvetna val som gjorde att interventionen förändrades i förhållande till situationens föränderlighet. En av de mindre erfarna sjuksköterskorna uttryckte en öppenhet för eventuella nya metoder, och menade att nyheter var välkomna. Det var inte någon av informanterna som ifrågasatte spolning av urinkatetern som metod, men flera av informanterna påtalade risken att skada patienten genom att tillföra bakterier i urinblåsan.

Det kan vara en generationsfråga och beroende av vilken skolning som erhållits på vilket sätt informationssökningen sker, och om det är naturligt att söka ny kunskap eller om det anses vara tillräckligt med gammal beprövad kunskap. Fetter (2008) beskriver hur nyutexaminerade sjuksköterskor känner sig väl förtrogna med kunskapssökning via Internet, medan däremot implementeringen i vårdarbetet upplevs som betydligt svårare. Svensk Sjuksköterskeförening (2002) har påtalat behovet av att sjuksköterskan i sin professionella roll behöver utveckla sina kunskaper i att hantera datorer och informationsteknologi för att kunna möta det ökade kunskapsflödet. Sjuksköterskor med lång klinisk erfarenhet är inte alltid uppdaterade inom den senaste teknologin, då detta inte ingick i tidigare utbildningar. Informationssökning via databaser är därför inte nödvändigtvis ett naturligt inslag i vardagen. För att implementera ny distal vetenskapligt verifierad kunskap hos upptagen personal i en komplex avdelningsmiljö är det nödvändigt att på ett enkelt sätt kunna påvisa användbarheten i praxis (Winch, Henderson & Creedy, 2005), då tiden att söka ny kunskap är begränsad. Viljan att söka efter bästa vetenskapliga bevis som grund för sina omvårdnadshandlingar, en definition av att arbeta med evidensbaserad vård enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) är inte något som framträder i informanternas berättelser. Det fanns ingen tydlig koppling till att de intensivvårdssjuksköterskor som arbetat längst tid skulle reflektera mer eller mindre över en välkänd metod.

### *Omvårdnadsteam med läkaren som konsult*

I informanternas berättelser framkom det hur de ansåg det vara naturligt att diskutera patienten och sina omvårdnadshandlingar mer eller mindre kontinuerligt tillsammans med de undersköterskor eller sjuksköterskor som fanns tillgängliga vid patientens sida. Läkaren var inte tillgänglig och kroppsligen närvarande på samma sätt och informationsutbytet mellan sjuksköterska och läkare föll sig därför inte lika naturligt. Den roll som läkaren hade beskrevs som konsultativ, och det var inte säkert att denne tillfrågades innan sjuksköterskan självständigt gjorde en bedömning och försökte lösa problemen med den kvarliggande urinkatetern som uppstått. Sjuksköterskans beslutsfattande påverkas av omgivningen med de rutiner och störningar som förekommer på en vårdavdelning (Hedberg & Säterlund Larsson, 2003). Överförbarheten av resultatet skulle därför kunna förväntas vara god vid liknande

intensivvårdsavdelningar, då det är troligt att arbetssättet inte skiljer så mycket i en snarlik miljö. Ytterligare studier skulle behövas för att med säkerhet kunna säga att resultaten är överförbara till andra specialiteter.

### **Slutsats**

Intervjustudien visar att intensivvårdssjuksköterskorna vid flödeshinder i kvarliggande urinkateter beskriver att de resonerar utifrån patientens nuvarande tillstånd, jämför med hur det var tidigare och försöker att förutse vad som kan komma att hända i ett kontinuerligt cirkulärt förlopp. På samma sätt sker processen av resonering och agerande växelvis och in i varandra genom att sjuksköterskans resonemang föregår, undersöker och utvärderar varje aktiv intervention eller val av expektans. Beslutet att spola en kvarliggande urinkateter fattas i det vanliga fallet framför allt av sjuksköterskan själv. Ofta bekräftar hon/han sitt resonering och beslut tillsammans med övrig vårdpersonal där tillvägagångssättet och frekvensen skiljer sig mellan kontakter med läkare eller kontakter med andra sjuksköterskor och undersköterskor. Beslutsunderlaget inhämtas dels genom direkta observationer och kliniska mätningar, men även ur dokumentationen och i kontakt med andra vårdgivare för att kunna skapa sig en omfattande helhetsbild eller ett mönster som beskriver den enskilde patienten. Det är lite oklart om sjuksköterskorna i studien är medvetna om vilket regelverk som gäller och handböcker eller annat skriftligt beslutsunderlag används vanligen inte.

### **Studiens konsekvens och förslag till ny forskning**

Genom att lyfta frågan om hur sjuksköterskan resonerar och agerar vid flödeshinder i kvarliggande urinkateter har förhoppningsvis en del nya tankar och insikter väckts hos intensivvårdssjuksköterskorna vid den avdelning där intervjuundersökningen gjordes. Då resultatet kommer att presenteras för samtlig personal när det blivit färdigt kan förhoppningsvis ytterligare intresse och tankar väckas. Ett konkret exempel på en enkel intervention som kan förbättra säkerheten för nedsövda patienter är att införa rutinmässig ultraljudsundersökning av urinblåsor för att snabbare upptäcka ett eventuellt flödeshinder. Arbetet med att vidareutveckla detta kommer att genomföras i samråd med patientsäkerhetsansvariga vid avdelningen. Därmed kommer risken för vårdskador beroende på utspända urinblåsor förhoppningsvis att kunna minska i framtiden. I samband med införandet av rutinmässiga ultraljudsundersökningar av urinblåsan hos sederade patienter med kvarliggande urinkateter skulle det vara av intresse att kartlägga hur frekvent problemet med residualurin hos dessa patienter egentligen är. Denna fråga skulle lämpligen kunna besvaras med en kvantitativ undersökning. Det skulle även vara intressant att gå vidare och observera om sjuksköterskan verkligen arbetar på det sätt hon/han berättar, då det finns studier bland annat om sjuksköterskors smärtbehandling som visar att utförandet kan skilja sig från den handling som beskrivs (Dihle, Bjölseth & Helseth, 2006). En lämplig form för detta skulle kunna vara en kombinerad observationsstudie och intervju, där sjuksköterskans agerande studeras och hon/han dessutom får tillfälle att berätta vad hon gör och varför. En kompletterande observationsstudie skulle också kunna klargöra om patientens känslor har ett större utrymme i sjuksköterskans bedömning och handlingsunderlag än föreliggande studie indikerar.

## REFERENSER

- Almerud, S. (2007). *Vigilance and Invisibility. Care in technologically intense environments*. Avhandling för doktorexamen, Växjö: Växjö Universitet.
- Andersson, E., & Valdenäs, S. (2010). *Att spola eller inte spola - finns evidens för prevention av kateterstopp. Systematisk litteraturgranskning*. Opublicerad examinationsuppgift, avancerad nivå.
- Banning, M. (2006). A review of clinical decision making: models and current research. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 187-195.
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert – mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.
- Benner, P., & Tanner, C. (1987). Clinical judgment: How expert nurses use intuition. *American Journal of Nursing*, 87, (1), 23-31.
- Benner, P., Tanner, C. A., & Chesla, C. A. (1999). *Expertkunnande i omvårdnad – omsorg, klinisk bedömning och etik*. Lund: Studentlitteratur.
- Björklund, L-E. (2008). *Från Novis till Expert: Förtrogenhetskunskap i kognitiv och didaktisk belysning*. Avhandling för doktorexamen, Linköping: Linköpings universitet.
- Borrie M. J., Campbell K., Arcese Z. A., Bray J., Hart P., Labate T. (2001) Urinary retention in patients in a geriatric rehabilitation unit: prevalence, risk factors, and validity of bladder scan evaluation. *Rehabilitation Nursing* 26, (5), 187–91.
- Burnard P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11, 461-66.
- Dahlberg, K., Nyström, M., Segersten, K., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Dewey, J. (1997). *Demokrati och utbildning*. Göteborg: Daidalos.
- Dihle, A., Bjölseth, G., & Helseth, S. (2006). The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 469-479.
- Dreyfus, H. L., & Dreyfus, S. E. (1986). *Mind over machine. The power of human intuition and expertise in the era of the computer*. New York: Free Press.
- Fagerberg, I. (2004). Registered Nurses' work experiences: personal accounts integrated with professional identity. *Journal of Advanced Nursing*, 46, (3), 284-291.
- Fetter, M. S. (2009). Graduating Nurses' Self-Evaluation of Information Technology Competences. *Journal of Nursing Education* 48, (2), 86-90.
- Flanagan, J. (2009). Patient and Nurse Experiences of Theory-Based Care. *Nursing Science Quarterly*, 22, (2), 160-172.
- Getliffe, K., & Dolman, M. (Eds.). (2007). *Promoting continence. A clinical and research resource (3rd ed)*. Philadelphia: Elsevier Limited.

- Gillespie, M., & Paterson, B. L. (2009). Helping Novice Nurses Make Effective Clinical Decisions: The Situated Clinical Decision-Making Framework. *Nursing Education Perspectives*, 30, (3), 164-170.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Greenhalgh, T., & Hurwitz, B. (Eds.). (2000). *Narrative Based Medicine. Dialogue and discourse in clinical practice (2d ed)*. London: BMJ Books.
- Hagen, S., Sinclair, L., & Cross, S. (2010). Washout policies in long-term indwelling urinary catheterizations in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2003*, 3, CD004012. DOI: 10.1002/14651858. CD004012.pub4.
- Hardy, S., Garbett, R., Titchen, A., & Manley, K. (2002). Exploring nursing expertise: nurses talk nursing. *Nursing Inquiry*, 9, (3), 196–202.
- Harley, S., & Timmons, S. (2010). Clinical assessment skills and the use of monitoring equipment. *Pediatric Nursing*, 22, (8), 14-18.
- Hartman, J. (2004). *Vetenskapligt tänkande*. Lund: Studentlitteratur.
- Harwood, L., Locking-Cusolito, H., Spittel, J., Wilson, B., & White, S. (2005). Preparing For Hemodialysis: Patient Stressors and Responses. *Nephrology Nursing Journal*, 32, (3), 295-302.
- Hedberg, B., & Sätterlund Larsson, U. (2003). Environmental elements affecting the decision-making process in nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 316–324.
- Herter, R., & Kazer, M. W. (2010). Best practices in urinary catheter. *Home Healthcare Nurse*, 28, (6), 342-349.
- HSL 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Tillgänglig: [www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763\(100915\)](http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763(100915)).
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun (2:a uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvistad, M., Remøy, S., & Vedum, T. (2009). Njursvikt. I Gulbrandsen, T., & Stubberud, D-G. (Red.). *Intensivvård. Avancerad omvårdnad och behandling*. Lund: Studentlitteratur.
- Lantz, A. (2007). *Intervjumetodik (2:a uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.
- Lauzon Clabo, L. M. (2007). An ethnography of pain assessment and the role of social context on two postoperative units. *Journal of Advanced Nursing*, 61, (5), 531-539.
- Levi, R. (2009). *Vettigare vård. Evidens och kritiskt tänkande i vården*. Stockholm: Nordstedts.



- Lundman, B. (2006). Patienters och vårdgivares erfarenhetskunskaper i relation till erfarenhetsbaserad kunskap. I Svensk sjuksköterskeförening: Östlinder, G., Norberg, A., Pilhammar Andersson, E., & Öhlén, J. (Red.). *Erfarenhetsbaserad kunskap – vad är det och hur värderar vi den?* Tillgänglig: [www.swenurse.se/Documents/Publikationer%20pdf-filer/Erfarenhetsbaseradkunskap.pdf](http://www.swenurse.se/Documents/Publikationer%20pdf-filer/Erfarenhetsbaseradkunskap.pdf)(100921).
- LYHS 1998:531. *Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*. Tillgänglig: [www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1998:531](http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1998:531)(100915).
- Malmberg, L., & Mattiasson, A. (Red.). (2005). *I vått och torrt. Om de nedre urinvägarnas funktionsstörningar*. Lund: Studentlitteratur.
- Malterud, K. (1998). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning (2:a uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.
- McEwen, M., & Wills, E. M. (2007). *Theoretical basis for nursing (2nd ed)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Medicinsk ordbok: sökord timdiures (2009). Tillgänglig: <http://medicinskordbok.se/artiklartest/42/5392>(110322).
- Newman, D. K., Gaines, T., & Snare, E. (2005). Innovation in Bladder Assessment: use of technology in extended care. *Journal of Gerontological Nursing*, 31, (12), 33-43.
- Nordic Nurses' Federation, NNF. (2003). *Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden*. Tillgänglig: <http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/337889/SSNs%20etiske%20retningslinjer.pdf> (100914).
- O'Shea, E., Armstrong, J., O'Hara, T., O'Neill, L., & Thirion, P. (2008). Validation of an external ultrasound device for bladder volume measurements in prostate conformal radiotherapy. *Radiography*, 14, 178-183.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research. Generating and assessing evidence for nursing practice (8<sup>th</sup> ed)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rosberg, S. (2008). Fenomenologi. I Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Radwin, L. E. (1996). 'Knowing the patient': a review of research on an emerging concept. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 1142-1146.
- Rawlinson, M., & Clark, J. (2004). Alternative approaches to managing a non-draining urinary catheter. *British Journal of Community Nursing*, 9, (4), 141-148.
- SBU. (2000). *Behandling av urininkontinens*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, rapport 143.
- SFS 1990:782. *Arkivlagen*. Tillgänglig: <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19900782.htm>(110226).

- SFS 2008:355. *Patientdatalagen*. Tillgänglig:  
[www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2008:355](http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2008:355)(100915).
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Tillgänglig:  
<http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/20100659.htm>(110321).
- Socialstyrelsen (2009) *Nationella indikatorer för God vård*. Tillgänglig:  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17797/2009-11-5.pdf>(110326).
- SOSFS 2005:12. *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Tillgänglig: [http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-12\(110302\)](http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-12(110302)).
- Stoltz, P., Skärsäter, I., & Willman, A. (2009). "Insufficient Evidence of Effectiveness" Is Not "Evidence of No Effectiveness:" Evaluating Computer Based Education for Patients with Severe Mental Illness. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4, (6), 190-199.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2002). *Strategi för utveckling av sjuksköterskans IT-kompetens*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *Strategi för att utveckla vården*. Tillgänglig:  
[www.swenurse.se/Global/SSF%20Bilder/Forskning%20och%20utveckling/Strategi%20f%c3%b6r%20att%20utveckla%20v%c3%a5rden.bmp](http://www.swenurse.se/Global/SSF%20Bilder/Forskning%20och%20utveckling/Strategi%20f%c3%b6r%20att%20utveckla%20v%c3%a5rden.bmp)(100921).
- Svensson, O., & Edland, A. (2007). Tidspress, besluts kvalitet och säkerhet i arbetslivet. I Ödegård, S. (Red.), *I rättvisans namn. Ansvar skuld och säkerhet i vården*. Stockholm: Liber.
- Tanner, C. A. (2006). Thinking Like a Nurse: A research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. *Journal of Nursing Education*, 45, (6), 204-211.
- Vårdhandboken. (2009) *Katetrisering av urinblåsa*. Tillgänglig:  
<http://www.vardhandboken.se/Texter/Kateterisering-av-urinblasa/Oversikt/>(100915).
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Winch, S., Henderson, A., & Creedy, D. (2005). Read, Think, Do!: a method for fitting research evidence into practice. *Journal of Advanced Nursing*, 50, (1), 20-26.
- Wulff, H. R., & Götzsche, P. C. (2000). *Den kliniska beslutsprocessen*. Lund: Studentlitteratur.

## **BILAGEFÖRTECKNING**

ANSÖKAN OM TILLSTÅND FRÅN VERKSAMHETSCHEF .....	Bilaga 1
FÖRFRÅGAN OM DELTAGANDE I INTERVJUSTUDIE .....	Bilaga 2
MATRIS FÖR ORGANISERING AV MENINGSBÄRANDE ENHETER .....	Bilaga 3



School of Health Science

Till Verksamhetschef

**Ansökan om tillstånd att få genomföra kvalitativa intervjuer.**

Som studerande vid magisterprogrammet i vårdvetenskap på BTH i Karlskrona planerar jag att genomföra en kvalitativ intervjustudie för min D-uppsats om Sjuksköterskans beslutsfattande vid flödes hinder i kvarliggande urinkateter. Syftet med intervjustudien är att undersöka hur sjuksköterskan resonerar och agerar vid flödes hinder i kvarliggande urinkateter. 10-15 digitalt inspelade intervjuer med sjuksköterskor à ungefär 30 minuter planeras på arbetsplatsen vid tidpunkter som anpassats efter verksamheten.

Jag ansöker om tillstånd att få genomföra dessa intervjuer under hösten 2010. Vid eventuella frågor och ytterligare information är du välkommen att kontakta mig eller min handledare via telefon eller E-post.

Elisabeth Andersson  
[lyckero@spray.se](mailto:lyckero@spray.se)  
0455-18812  
0709-594443  
Arb. 0455-735280

Handledare: Göran Holst, universitetslektor  
Blekinge tekniska högskola  
Sektionen för hälsa  
371 79 Karlskrona  
Tel: 0455-385473  
0709-543895  
[goran.holst@bth.se](mailto:goran.holst@bth.se)

---

Per Johansson

Verksamhetschef, Anestesikliniken i Karlskrona ger härmed mitt tillstånd



School of Health Science

## Till sjuksköterskor som genomfört spolning av kvarliggande kateter

### Förfrågan om deltagande i intervjustudie

I mina studier på magisterprogrammet i Vårdvetenskap vid Blekinge Tekniska Högskola ingår ett examensarbete om 15 hp. Syftet med studien är att undersöka hur sjuksköterskan resonerar och agerar vid flödes hinder i kvarliggande urinkateter, KAD.

Den forskningsfråga som valts är: **Hur gör sjuksköterskan vid flödes hinder i kvarliggande urinkateter och vad baseras beslutet på?**

För att få svar på forskningsfrågan kommer intervjuer med 10-15 intensivvårdssjuksköterskor att genomföras. Dessa kommer att slumpvis lottas fram.

Intervjun kommer att ta max 30 minuter, och spelas in digitalt för att sedan kunna skrivas ut och analyseras. All information kommer att behandlas konfidentiellt. Det betyder att data som framkommit kommer att presenteras så att de inte kan härledas till dig som enskild person. Deltagandet i studien är frivilligt, vilket innebär att du när som helst har rätt att avbryta, även mitt under pågående intervju.

För att förbereda dig inför intervjun skulle jag vilja att du funderar lite på hur du tänker och vad du gör när det blir stopp i en kvarliggande urinkateter, KAD. Jag skulle också vilja att du berättar om en eller flera patientsituationer du varit med om vid spolning av KAD. Vad hände?

Tack för ditt intresse!

Elisabeth Andersson  
[lyckero@spray.se](mailto:lyckero@spray.se)  
Tel: 0709-594443

Handledare: Göran Holst, universitetslektor  
Blekinge tekniska högskola  
Sektionen för hälsa  
Tel: 0455-385473  
371 79 Karlskrona  
Tel: 0455-385473  
0709-543895  
[goran.holst@bth.se](mailto:goran.holst@bth.se)

Jag har tagit del av ovanstående information:

Ort och datum

Namn

-----

-----

Matris för organisering av meningsbärande enheter

Bilaga 3.

	Anamnes	Observation och mätning	Inte upptäcka flödesproblem	Tradition	Utvärdering och dokumentation	Diskussion med andra	Risker med katetrar och spolning
<b>Informant 1</b>		40-41, 44, 51, 51-52,105, 108-109,		60-64, 91-92, 102	71-77, 79, 96-100, 105-106, 109-110, 160-168, 170-175	135-136, 136-138	88-89
<b>Informant 2</b>	96-99	23, 24-28, 41, 46-48, 78-88, 91-93, 138-141		23-24, 32-34, 43, 56-58, 102-104, 126-129, 138-141	66-68, 78-88, 132-133, 147-150	60-62, 105-108, 111-117	155-160, 162-165
<b>Informant 3</b>	90-92	24-25, 28-30, 32-33, 68-71, 73	50-56, 60-62	35-38, 44-48, 59-60, 64-66, 75-80, 83-84, 104-109	110-115, 117-119, 125-129	94-95, 98-102,121-123	133-139
<b>Informant 4</b>	29-31, 39-41, 160-173	24-25, 25-27, 34-35, 35-37, 53-56, 78-84, 93		31-32, 60-67, 72-76, 99-108	47-51, 69-70, 113-128, 131-143, 146-151, 175-182, 195-205	86-91, 153-158	184-192
<b>Informant 5</b>	69-71	20-23	25-30, 32-40	42-51, 62-66, 111-113	52-60, 76-80, 82-87, 89-91	92-94, 99-110	
<b>Informant 6</b>		21-26, 28-32	35-46	48-50, 55-61	50-54, 75-83, 85-86	64-68, 70-74	89-92
<b>Informant 7</b>		21-25, 29-41, 43-48, 50-53, 76-81, 94-95, 140-157	100-108, 110-114	57-63, 82-85	65-70, 119-125, 131-137	127	
<b>Informant 8</b>	32-40, 49-50, 128	21-25, 47, 94-100, 117-126		27	29, 41-44, 70-71, 79-80, 85-90, 111-114	53-58, 59-68, 73-77	107-109
<b>Informant 9</b>	59-60	18-22, 32, 91-93	85-87	24-28, 35-36, 97	38-47, 69, 75-77	61-67	54-56, 80-83
<b>Informant 10</b>		15-19, 21-22, 27-30		35-38, 48-51, 76-81	24-25, 40-47, 83-89	52-63	66-70, 91-94, 96
<b>Informant 11</b>		28-44, 85-89, 91-97, 103-106, 189-192, 196-202		46-49,77-82, 121-129	51-56, 99-101, 110-119	131-137, 217-219	59-71, 141-155, 157-173, 179-187, 206-215
<b>Informant 12</b>	44-48	17-19, 23-25, 39-42, 76-78	27-37	50-57, 92	97-98, 100-103	58-64, 66-71, 89-90	79-88, 105-106

[www.bth.se](http://www.bth.se)

**BLEKINGE TEKNISKA HÖGSKOLA**

*Postadress: 371 79 Karlskrona Telefon: 0455 - 38 50 00*