



HÖGSKOLAN
I HALMSTAD

MAGISTERUPPSATS

Specialisering inom ögonsjukvård - oftalmologisk omvårdnad 60 hp



Finns dropparna så finns de och finns de inte så får det gå bra ändå

Sjuksköterskors erfarenheter av att ge omvårdnad till ineliggande patienter med ögonsjukdomar

Christel Alvarsson och Karolina Carlsson

Omvårdnad 15 hp

Halmstad 2014-06-04

Finns dropparna så finns de och finns de inte så får det gå bra ändå

**Sjuksköterskors erfarenheter av att ge omvårdnad till
inneliggande patienter med ögonsjukdomar**

Christel Alvarsson

Karolina Carlsson

Specialisering inom ögonsjukvård - oftalmologisk omvårdnad 60 hp

Examensarbete inom omvårdnad - inriktning ögonsjukvård 15 hp

Vt 2014

Sektionen för hälsa och samhälle

Box 823

301 18 Halmstad

If there are any drops, great, but aren't there any, it has to work out anyway

**Nurses' experiences of providing nursing care to
inpatients with ocular diseases**

Christel Alvarsson

Karolina Carlsson

Specializing in ophthalmology - ophthalmic nursing 60 credits
Nursing Thesis, Ophthalmic Care 15 credits
Spring 2014

School of Social and Health Sciences
P. O. 823
S- 301 18 Halmstad

Titel	Finns dropparna så finns de och finns de inte så får det gå bra ändå - Sjuksköterskors erfarenheter av att ge omvårdnad till inneliggande patienter med ögonsjukdomar
Författare	Christel Alvarsson och Karolina Carlsson
Sektion	Sektionen för hälsa och samhälle
Handledare	Jeanette Källstrand-Eriksson, leg, sjuksköterska, magister i omvårdnad, högskoleadjunkt
Examinator	Susann Arvidsson, universitetslektor, Fil. dr.
Tid	Vt 2014
Sidantal	18
Nyckelord	Felmedicinering, omvårdnad, sjuksköterskors erfarenheter, synförlust, vårdkvalitet
Sammanfattning	<p>Patienter med ögonsjukdomar är en stor patientgrupp som förväntas öka, då många av sjukdomarna är åldersrelaterade och befolkningen i världen blir allt äldre. Ett stort antal av patienterna kommer att förekomma på olika vårdavdelningar där de vårdas av annan orsak. Omvårdnad är sjuksköterskans huvudansvar och hennes profession medför att riktlinjer och lagar ska följas i samband med yrkesutövning. Syftet med pilotstudien var att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att ge omvårdnad till inneliggande patienter med olika ögonsjukdomar i anamnesen. Pilotstudien genomfördes med en kvalitativ metod och datainsamlingen skedde genom intervjuer. Data analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Resultatet sammanställdes i tre kategorier: <i>Att erfarast bristfälligt ansvarstagande, Att erfarast behov av prioriteringar och Att erfarast okunskap om ögonsjukvård.</i> Sjuksköterskorna erfor bristfälligt ansvarstagande och de ansåg omvårdnadsarbetet med patienter med olika ögonsjukdomar i anamnesen som svårt. De ansåg sig sakna tillräckligt med kunskap och arbetsbelastningen ledde till att de var tvungna att prioritera på ett sätt som inte gynnade patientgruppen. Sjuksköterskorna uttryckte ett behov av mer utbildning inom detta område. Mer kunskap skulle kunna bidra till att de upplevde en ökad trygghet i sin yrkesroll och leda till en högre patientsäkerhet. Pilotstudien visar att det finns förbättringspotential för att höja patientsäkerheten och som bör följas upp i en fullskalig studie.</p>

Title	If there are any drops, great, but aren't there any, it has to work out anyway - Nurses' experiences of providing nursing care to inpatients with ocular diseases
Author	Christel Alvarsson and Karolina Carlsson
Department	School of Social and Health Sciences
Supervisor	Jeanette Källstrand-Eriksson, RN, MScN, lecturer
Examiner	Susann Arvidsson, Senior lecture, PhD
Period	Spring 2014
Pages	18
Key words	Medication errors, nurses' experience, nursing, quality of care, vision loss
Abstract	<p>Patients with ocular diseases are a large group which is expected to increase since many of the ocular diseases are age-related and world population is aging. These patients are found in various wards where they are inpatients because of other causes than ocular diseases. Nursing care is the nurse's major responsibility and they are obliged to follow guidelines and laws regularizing their profession. The purpose of this pilot study was to investigate nurses' experience of providing care for inpatients with any ocular disease, in their anamnesis. The pilot study was conducted using a qualitative content analysis using interviews. The results were compiled into three categories; <i>Experiencing inadequate accountability</i>, <i>Experiencing the need for priorities</i>, and <i>Experiencing the ignorance of ophthalmology</i>. The nurses in the pilot study experienced nursing care to patients with various eye diseases in history difficult. They thought they lacked sufficient knowledge and because of the workload which made them prioritize in a way which did not benefit the patients. The nurses expressed a need of more education in ophthalmic care. More knowledge would support them in experiencing an increased security in their profession and lead to improved patient safety. The pilot study shows that there is potential for improvement to enhance patient safety and should be followed up in a full scale study.</p>

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Ögonsjukdomar	1
Sjuksköterskans profession	2
Egenvård	4
Problemformulering	4
Syfte	5
Metod	5
Urval	5
Datainsamling	6
Databearbetning	6
Forskningsetiska överväganden.....	7
Resultat	8
Att erfara bristfälligt ansvarstagande.....	8
Att erfara behov av prioriteringar	10
Att erfara okunskap om ögonsjukvård.....	10
Diskussion	12
Metoddiskussion	12

Resultatdiskussion	13
Konklusion	18
Implikation	18
Referenser	
Bilaga 1 Informationsbrev till avdelningschefer	
Bilaga 2 Informationsbrev till sjuksköterskor	
Bilaga 3 Semistrukturerad intervjuguide	
Bilaga 4 Informerat samtycke	

Inledning

Befolkningen i världen blir allt äldre vilket medför att förekomsten av åldersrelaterade ögonsjukdomar ökar, såsom exempelvis åldersrelaterad makuladegeneration, glaukom, katarakt och ögontillstånd såsom torra ögon (Pelletier, Thomas & Shaw, 2009). En annan ögonsjukdom, som inte bara drabbar äldre, är keratit (Wong, Ormonde, Gamble & McGhee, 2003). Gemensamt för glaukom, keratit samt torra ögon är att de kan behöva frekvent administrering av olika sorters ögonläkemedel, upprepad droppbehandling är även aktuell i samband med kataraktkirurgi. Patienter som behandlas för olika ögonsjukdomar kan även vara ineliggande vid olika slutenvårdsavdelningar till följd av andra orsaker (Marsden & Shaw, 2003).

Sjuksköterskan är ansvarig för den omvårdnad som bedrivs och därför även för den omvårdnad och behandling av ögonsjukdom som krävs, om en ineliggande patient har en ögonsjukdom. Omvårdnad är huvudämnet i sjuksköterskeutbildningen, ett forskningsområde samt en verksamhet (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2010). Sjuksköterskor har ett ansvar att vara aktiva både i organisationsutvecklingen inom hälso- och sjukvården och i den samhällspolitiska vårddebatten. De ska aktivt verka för att hälsofrämjande metoder införs och att förebyggande samhällsinsatser som syftar till att främja människors hälsa bibehålls. Sex kärnkompetenser är identifierade, vilka bör ha en tydlig progression genom hela utbildningssystemet. Dessa är: *personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap för kvalitetsutveckling, säker vård och informatik* (ibid.).

Inom sjukvården är det viktigt att sträva efter en hög patientsäkerhet (SFS 2010:659). Felaktig läkemedelshantering, såsom utebliven ögondroppsbekämpning, men även vårdrelaterade infektioner och fallskador, leder till att patientsäkerheten äventyras. Vårdskador kan vara allt från psykologiska trauman till allvarliga fysiska skador, men förutom lidandet för patienten, är det även av betydande ekonomisk kostnad för samhället (Ausserhofer et al., 2013).

Under grundutbildningen till sjuksköterska är ämnet oftalmologi och omvårdnad inom ögonsjukvård endast en liten del av undervisningen eller i vissa fall ingen alls. Till följd av detta är kunskapen om ögonsjukdomar ofta begränsad hos sjuksköterskor, vilket kan leda till minskad patientsäkerhet och felaktig läkemedelshantering när patienter med en ögonsjukdom vårdas på vårdavdelning för annan sjukdom (Waterman et al., 1995; Zimmermann et al., 2011).

Bakgrund

Ögonsjukdomar

Katarakt är en av de vanligaste förekommande åldersrelaterade ögonsjukdomarna samt den största orsaken till blindhet i världen (Seewoodhary & Watkinson, 2009). Katarakt innebär en grumling i den annars klara linsen och ger därför en påverkan på synskärpan. Riskfaktorer är, förutom ålder, diabetes, rökning, alkoholkonsumtion och lång tids exponering av solljus. Katarakt uppkommer ofta i båda ögonen, men utvecklas oftast olika fort i vardera öga. Symtomen är till exempel bländning, dimsyn, synnedläggning och

svårigheter att bedöma avstånd. Det kan leda till problem vid olika vardagliga aktiviteter, såsom att se på tv, läsa, köra bil, promenera med mera som i sin tur kan innebära en negativ påverkan på livskvaliteten (ibid.). För att behandla katarakt krävs ett kirurgiskt ingrepp där patienterna postoperativt behandlas med glukokortikoider i form av ögondroppar för att främja läkningen och minska risken för inflammation (Coffey, DeCory & Lane, 2013).

Glaukom är den näst vanligaste orsaken till blindhet i världen (Wu, Guo, Xia, Lu & Xi, 2011). Det är en ögonsjukdom som skadar synnerven och där de flesta som drabbas även har ett förhöjt tryck i ögat, så kallat intraokulärt tryck. När synnerven skadas, påverkas synen och det uppstår ett bestående bortfall i synfältet. Denna process kan pågå långsamt under flera år utan att personen upptäcker det, eftersom det friska ögat kompenserar synförlusten i det sjuka ögat. Till följd av synförlusten, kan livskvaliteten påverkas till det sämre. De främsta riskfaktorerna för glaukom är ärftlighet, ålder, myopi och etnicitet. Syftet med behandlingen är att sänka trycket i ögat och därför är den vanligast förekommande behandlingen trycksänkande ögondroppar (ibid.). Målet är att nå framgång i behandlingen genom att synen bibehålls, förhindra synhandikapp och att främja patientens livskvalitet (Heijl et al., 2011).

Keratit är en sjukdom som kan drabba personer i alla åldrar, inte sällan kontaktlinsebärare och/ eller patienter med nedsatt immunförsvar (Wong et al., 2003). Det finns olika former av keratit, som innebär att bakterier, virus eller svamp får fäste i hornhinnan och medför ett snabbt insjuknande. Symtomen är smärta, ljusskygghet, röda irriterade kärl i ögat, ökat tårflöde och ibland måttlig synnedsättning. Behandlingen av sjukdomen är krävande och inleds ofta med olika sorters antibiotikadroppar, som i början administreras kontinuerligt dygnet runt. Framförallt äldre ensamstående patienter kan ha svårigheter med att själva utföra behandlingen och det kan därför krävas inläggning på vårdavdelning för att patienten ska få hjälp med behandlingen (ibid.). Prognosen efter behandling är generellt god, men det kan dock bli ärr i hornhinnan, vilket kan leda till att patienten får en bestående synnedsättning (Willcox, 2012).

Torra ögon är ett vanligt förekommande tillstånd, framförallt hos äldre, men även till följd av ektrapion, autoimmuna sjukdomar och läkemedelsbiverkningar (Seewoodhary & Watkinson, 2009). Tillståndet innebär sämre tårkvalitet och ibland minskad tårproduktion, vilket kan leda till röda ögon, sveda, svullnad av ögonlock, irritation och inflammationer. Symtomen vid torra ögon påverkar livskvaliteten hos en stor andel av de drabbade patienterna. Det finns inget botemedel för torra ögon, men regelbunden användning av tårsubstitut lindrar symtomen genom att det hjälper till att smörja ögat (ibid.).

Sjuksköterskans profession

Begreppet omvårdnad och innebörden av det myntades första gången av Florence Nightingale på 1800-talet. Hennes teori om att patienten behövde ha grundläggande behov uppfyllda för att kunna må bra och upprätthålla hälsa, har präglat omvårdnaden och omvårdnadsteoretiker sedan dess. Nightingale menade att det var sjuksköterskans uppgift att genom omvårdnad upprätthålla dessa behov åt patienten. Det var viktigt att sjuksköterskan var utbildad och hade tillräckligt med kunskap för att kunna utföra en bra

omvårdnad. Än idag präglas sjukvården av Nightingales teori om en jämlik, hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande hälso- och sjukvård men har utvecklats av olika omvårdnadsteoretiker i och med att samhället förändras (Selanders & Crane, 2012). För att omvårdnadsprocessen ska kunna fullföljas och patienten få en individanpassad vård behöver sjuksköterskan få tillräckligt med upplysning om patienten och om de behov som finns. Informationen samlas in från både patient och andra källor, såsom anhöriga och andra yrkeskategorier inom vården (Wingard, 2005). Hos en stor del vårdpersonal råder det missuppfattning om att denna del i omvårdnadsprocessen skulle vara väldigt tidskrävande (ibid.).

Sjuksköterskor har en unik och central roll inom hälso- och sjukvården och deras yrkesutövande har en stor påverkan på patienters omvårdnad och patientsäkerheten (Garon, 2012). I sjuksköterskans arbetsuppgifter ingår att främja hälsa och förhindra ohälsa, motverka förekomst av komplikationer, hantera och ha kunskap om läkemedel (Socialstyrelsen, 2005). Dessutom ingår det att motivera patienten till följsamhet i behandlingar (Watkinson, 2011). Detta är viktigt då patienter kan uppleva en stor omställning när de drabbas av en ögonsjukdom, vilken kan leda till minskad möjlighet att klara av sina vardagliga sysslor, depression, känslor av meningslöshet, ökad risk för fall och ett utanförskap i den sociala gemenskapen (Watkinson & Seewoodhary, 2007). Omvårdnaden av patienter med sjukdomar och skador i ögonen ställer därför höga krav på sjuksköterskans kompetens.

Omvårdnad inom ögonsjukvård innebär även hälsofrämjande åtgärder, såsom information till patienter om vikten av hygien och skötsel av ögonen, droppeteknik vid administrering av ögonläkemedel och följsamhet till ordinationen av dessa läkemedel (Watkinson & Seewoodhary, 2007). En väl fungerande ögonsjukvård kräver kunskap som leder till att lämplig omvårdnad och behandling ges, vilket stämmer överens med Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005). Enligt den ska sjuksköterskan, oberoende av verksamhetsområde och vårdform, utöva sitt arbete, genom att använda sig av vetenskap och beprövad erfarenhet och ta ett professionellt ansvar för sina handlingar. Bemötandet till patienterna ska bygga på en humanistisk människosyn och värna om patientens autonomi, integritet och värdighet. Sjuksköterskan ska uppmärksamma patientens behov genom att vidta adekvata omvårdnadsåtgärder, vilka exempelvis omfattar att hantera och administrera läkemedel, tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov och motivera patienten till följsamhet i behandlingar. Omvårdnaden ska bedrivas på ett kvalitets- och kostnadsmedvetet sätt (ibid.).

Hälso- och sjukvården ställs idag inför stora utmaningar då det förväntas att omvårdnad av god kvalitet ska ges till samma eller lägre kostnader än tidigare (Ball, Murrells, Rafferty, Morrow & Griffiths, 2012). Det pressade ekonomiska läget innebär på många håll att varje sjuksköterska ansvarar för fler patienter, vilket i sin tur påverkar kvaliteten på omvårdnaden då fler omvårdnadsåtgärder lämnas ogjorda på grund av tidsbrist. Sjukvårdsorganisationer hamnar här i dilemman då det är vanligt att det görs insatser för att minska utgifterna för bemanning – inte för att öka dem (ibid.).

Sjuksköterskan ska även följa olika lagar, till exempel Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) som eftersträvar en god hälsa och en vård på lika villkor för alla. Även Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2000:1) skall följas, vilken bland annat berör iordningsställande och administrering av läkemedel.

Egenvård

Enligt Orem (2001), är omvårdnadens mål att i så stor utsträckning som möjligt hjälpa patienten till självständighet. Med begreppet egenvård menas patienters egen förmåga att självständigt utföra de handlingar som upprätthåller liv, hälsa och välbefinnande. Enligt Orem har en människa egenvårdsbehov och för att hälsa ska kunna uppnås hos en individ, krävs bland annat att dessa egenvårdsbehov är tillgodosedda. De delas in i tre kategorier, vilka är universella, utvecklingsmässiga och hälsorelaterade. De universella är upprätthållandet av de grundläggande behoven för en människa under hela livet och består av exempelvis vatten, luft och mat. De utvecklingsmässiga behoven förändras sig under tiden men utgår från att en individ utvecklas under hela livet. Vissa händelser och upplevelser behövs för att inte denna utveckling ska stanna upp. Hälsorelaterade egenvårdsbehov kan vara de problem som uppstår vid skada eller sjukdom och de åtgärder som en patient gör för att klara av dessa problem. Det kan till exempel handla om att utveckla strategier och följa rekommenderade ordinationer (ibid.).

Orem (2001) anser att patientens motivation spelar en viktig roll när det kommer till att utföra egenvårdshandlingar och att varje individ har en inbyggd motivation att genomföra målinriktade handlingar för sitt eget bästa. Om en patient inte kan utföra de åtgärder som behövs för att upprätthålla hälsa och välbefinnande brister det i en persons egenvårdskapacitet. Hinder i möjligheten till att utföra egenvård kan vara sjukdom, ålder, resurser, fysiska, mentala eller psykiska egenskaper. Om det brister i egenvårdskapaciteten hos en patient bör anhöriga ses som en resurs till att utföra de egenvårdsbehov en patient har. Där är sjuksköterskans bedömning av egenvårdskapaciteten hos patienten och/eller anhöriga av vikt för att se till att patientens egenvårdsbehov tillgodoses. I de fall anhöriga inte finns för att hjälpa en patient att utföra egenvård är det sjuksköterskans uppgift att på ett professionellt plan hjälpa patienten att utföra de åtgärder som behövs för att upprätthålla hälsa (ibid.).

En patient med ögonsjukdom får ofta självständigt utföra sin egenvård såsom att administrera sina ögondroppar. Här har ögonsjuksköterskan/sjuksköterskan vid ögonmottagningen en viktig roll, hon ska bedöma patientens förmåga till egenvård, lära patienten hur dropparna ska tas och varför samt även förmå patienten att följa ordinerad behandling (Marsden & Shaw, 2003). Sjuksköterskans mål bör vara att patienten och/eller anhöriga är välinformerad, kunnig och redo att själv utföra egenvården, för att därmed öka livskvaliteten och förbättra resultatet av behandlingen (Pound et al., 2005). Patienter tvekar ibland att ta sina ordinerade läkemedel eftersom de inte känner till hur de verkar och inte sällan upplever de ett obehag och besvär i samband med administreringen. Det finns därför ett behov av att sjuksköterskor får bättre träning i att ge nödvändig information, stöd och feedback på individnivå, för att patienterna ska känna sig välinformerade, säkra och motiverade att följa sin behandling (ibid.).

Problemformulering

En patient med en försämrad synförmåga eller som riskerar en synförlust, behöver omvårdnad och stöd för att kunna hantera sin situation. Det är därför av stor vikt att hälso- och sjukvårdspersonal har kunskap om de vanligaste förekommande ögonsjukdomarna och ögontillstånden för att kunna planera samt vidta relevanta omvårdnadsåtgärder. Detta för att erhålla en hög patientsäkerhet och förhindra eller minska risken för synförlust och lidande hos patienten. På detta sätt kan även hälso- och sjukvårdens och samhällets

kostnader hållas nere. Det finns bristfälligt med vetenskapliga studier som belyser hur sjuksköterskor som arbetar på vårdavdelningar erfar att det är att ge omvårdnad till ineliggande patienter med ögonsjukdomar i anamnesen. Därför vore det av intresse att få en fördjupad kunskap inom detta område.

Syfte

Syftet med pilotstudien var att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att ge omvårdnad till ineliggande patienter med olika ögonsjukdomar i anamnesen.

Metod

I denna pilotstudie undersöktes sjuksköterskors erfarenheter, varför en intervjustudie var relevant då studien syftade till att få en förståelse för olika individers erfarenheter (Ahrne, Ahrne & Svensson, 2011). Detta innebar den egna individens tolkning av verkligheten och därför användes kvalitativ innehållsanalys som metod för att tolka manifest data (Graneheim & Lundman, 2004), vilken omfattar den data som är synlig och uppenbar (Henricson, 2012).

Textdata har alltid flera innebörder och det finns olika värderingar och bedömningar av den, vilket är av betydelse när trovärdigheten i en kvalitativ innehållsanalys värderas (Graneheim & Lundman, 2004). För att erhålla en hög trovärdighet i innehållsanalysen, är det nödvändigt att de olika stegen i analysen följs och beskrivs noga. Därför presenteras en utförlig beskrivning av databearbetning och resultat tillsammans med lämpliga citat av utsagorna.

Urval

För att få informanter till pilotstudien, planerades ett strategiskt urvalsförfarande där de deltagare som bar på kunskap inom det berörda området omvårdnad eftersöktes. I denna pilotstudie bestod därför urvalet av sjuksköterskor som arbetade vid vårdavdelningar med ineliggande patienter, som vårdades till följd av annan orsak än ögonsjukdom. Det var sjuksköterskor som hade erfarenhet och kunskap om att ge omvårdnad till patienter som upptill den sjukdom de behandlades för, dessutom hade en ögonsjukdom. Det innebar att sjuksköterskorna därmed kunde tillföra pilotstudien relevant fakta.

Information lämnades till sjukhuschefen för godkännande av ett genomförande av pilotstudien. Det strävades efter att pilotstudien skulle innefatta sex till åtta deltagare, i olika åldrar, om möjligt av olika kön och ha olika lång arbetslivserfarenhet som sjuksköterska. Exklusionskriterier var vidareutbildning inom ögonsjukvård, eftersom pilotstudiens syfte var att undersöka erfarenheter hos icke ögonspecialiserade sjuksköterskor. Sex somatiska avdelningar besöktes av ansvariga för pilotstudien och muntlig information gavs till avdelningscheferna. Ett informationsbrev om pilotstudien delades samtidigt ut (bilaga 1). Informationsbrevet innehöll även en intresseanmälan om att delta i pilotstudien (bilaga 2) vilket vidarebefordrades till sjuksköterskor på avdelningarna av avdelningscheferna. Endast tre sjuksköterskor anmälde sitt intresse varför ny kontakt med avdelningscheferna togs och även ett nytt besök gjordes. Det resulterade i att ytterligare fyra sjuksköterskor ville delta i pilotstudien.

En vårdavdelning exkluderades eftersom ögonkliniken har vårdplatser där för patienter som kräver inläggning relaterat till ögonsjukdom. Det är troligt att personalen vid den avdelningen har ökad kunskap om ögonsjukdomar och därmed skulle deras deltagande i pilotstudien påverka resultatets trovärdighet. Sju sjuksköterskor anmälde sitt intresse via mail och de sex första som svarade valdes ut att ingå i pilotstudien.

Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes med semistrukturerade intervjuer. Samtliga sjuksköterskor fick samma frågor, vilka på förhand var uppgjorda och dokumenterade i en frågeguide (bilaga 3), som intervjuaren använde sig av (Henricson, 2012). I och med att intervjuerna var semistrukturerade, hade intervjuaren möjlighet att ställa följdfrågor och/eller be sjuksköterskan som blev intervjuad att förklara eller förtydliga något inom det aktuella frågeområdet. Intervjuaren kunde även gå tillbaka till ett tidigare svar och ställa kompletterande frågor för att på så sätt få ett fylligare underlag inför den kommande analysen. Denna form av intervju underlättade samtalet, då det fördes naturligt och sjuksköterskan själv fick en möjlighet att styra i vilken ordning ämnen och frågor dök upp (ibid.). Intervjuerna var planerade att genomföras på respektive vårdavdelning i ett enskilt rum för att underlätta ett deltagande i pilotstudien. Varje intervju tog 20 till 40 minuter och fyra av intervjuerna genomfördes under sjuksköterskornas arbetstid emedan två sjuksköterskor valde att bli intervjuade under sin fritid. Fem av sjuksköterskorna valde att komma till ögonkliniken och genomföra intervjun i ett enskilt rum emedan en sjuksköterska gjorde intervjun på sin arbetsplats. Någon pilotintervju gjordes inte. Intervjuerna spelades in och transkriberades, C.A. transkriberade tre intervjuer och K.C. de andra tre.

Databearbetning

Kvalitativ innehållsanalys används i denna pilotstudie, vilken är induktiv och dynamisk metod, där även mönster som inte är tydligt uttalade kan framträda, omfattande både den verbala och icke-verbala informationen i erhållen data (Graneheim & Lundman, 2004). Intervjuerna analyserades enligt Graneheim och Lundmans (2004) metod för kvalitativ innehållsanalys. Hela kontexten togs i beaktande när bearbetningen med texten utfördes, för att få en så rättvisande analys som möjligt. En texts innehåll har alltid flera innebörder och det finns alltid flera grader av tolkning när en text bearbetas (Graneheim & Lundman, 2004). En förståelse för detta låg till grund när trovärdigheten i den kvalitativa innehållsanalysen diskuterades. För att få en känsla för texten och för att finna det essentiella meningsinnehållet, genomlästes texten flera gånger. Därefter fortsatte analysen med att deltagarnas erfarenheter lyftes ut och delades in i olika meningsbärande enheter som kunde vara meningar, enskilda ord samt yttranden och som hade likvärdig innebörd och stod i relation till pilotstudiens syfte. De meningsbärande enheterna kondenserades sedan, vilket betydde att den innehållsmässiga innebörden lyftes fram ur de olika enheterna, vilket ledde till att enheterna förkortades, men att kärnan av innehållet bibehölls. I nästa steg, användes den abstraherade texten för att skapa olika koder och kategorier. De olika enheterna, som hade ett liknande innehåll, tilldelades en kod och dessa koder ledde vidare till bildandet av olika kategorier. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är skapandet av kategorier är en central del i en kvalitativ innehållsanalys där en kategori består av innehåll som har något gemensamt. Inga data som svarar upp mot syftet

bör exkluderas, hamna mellan olika kategorier eller passa in i fler än en kategori (ibid.). Exempel på analysprocessen ges i tabell 1.

Tabell 1. Exempel på analysprocess

Meningsbärande enhet	Kondenserade meningsbärande enheter	Koder	Kategorier
Vi sjuksköterskor ska kanske ta ett större ansvar över att göra en grundlig anamnes när man tar emot patienten	Sjuksköterskor kanske ska ta ett större ansvar, göra en grundlig anamnes.	Kanske borde ta större ansvar	Att erfara bristfälligt ansvarstagande
Alltså, då går vi till en annan avdelning för att låna och finns det inte där så får ju inte patienten någon behandling. Det är väl som det är.	Går till en annan avdelning för att låna. Finns det inte där får inte patienten någon behandling.	Tillgänglighet påverkar administrering	Att erfara behov av prioriteringar
[Varför tror du att det är så?] Jag tror att det handlar om kunskap, att man inte kan eller förstår. Mest faktiskt, det tror jag.	Tror det handlar om kunskap, att man inte kan eller förstår	Kan eller förstår inte ögonsjukdomar och deras behandling	Att erfara okunskap om ögonsjukvård

Resultatet baserades på de svar som de intervjuade sjuksköterskorna gav när de berättade om sina erfarenheter av att vårda inläggande patienter med en ögonsjukdom i anamnesen. Det växte fram områden under analysen av intervjuerna som sammanfattades i kategorier som *Att erfara bristfälligt ansvarstagande*, *Att erfara behov av prioriteringar* och *Att erfara okunskap om ögonsjukvård*. Dessa kategorier beskrivs i löpande text och illustreras i citat från intervjuerna, där alla sex intervjuer är representerade.

Forskningsetiska överväganden

Sjuksköterskorna fick inför pilotstudien en skriftlig information (bilaga 2) om pilotstudien och om informerat samtycke (bilaga 4), vilket användes i pilotstudien och rekommenderas i Helsingforsdeklarationen (WMA, 2013). Informerat samtycke innebär att informanten får tillräcklig information och förståelse för vad ett deltagande i en studie medför, vilket skapar en bra förutsättning för öppenhet och samarbete mellan informant och forskare (Helgesson, 2006). Sjuksköterskorna fick skriftlig information om att deltagandet i pilotstudien var helt frivilligt och att de kunde välja att avbryta sitt deltagande när som helst utan att ange orsak, enligt Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460).

Vid själva intervjutillfället gavs även muntlig information om informerat samtycke och sjuksköterskorna fick ge sitt skriftliga samtycke till medverkande. En lokal etikprövning gjordes vid Högskolan i Halmstad, Lokala etikprövningsgruppen inom omvårdnad vid Sektionen för Hälsa och Samhälle (Dnr: UI2014/170). Ingen dokumentation innehållande personuppgifter förekom. Intervjuerna spelades in på band och kodades med nummer, vilket medförde att materialet var konfidentiellt och inte kunde härledas till enskilda sjuksköterskor. Vissa ord, namn och platser fingerades för att säkerhetsställa sjuksköterskornas konfidentialitet. De inspelade intervjuerna transkriberades och det

transkriberade materialet, inspelningar och kodnyckel, förvarades var för sig, inlåst på en ögonklinik i södra Sverige i samband med pilotstudien. Endast huvudansvariga för pilotstudien, hade tillgång till materialet och ansvarade också för detta. Efter genomförd pilotstudie, publicerades magisteruppsatsen i DiVA (Digitala Vetenskapliga Arkivet) vid högskolan i Halmstad och allt datamaterial kasserades på ett säkert sätt.

Då studien syftade till att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att ge omvårdnad till ineliggande patienter med ögonsjukdomar i anamnesen, var det av betydelse att värna om deras integritet. Det kunde finnas en risk att sjuksköterskorna upplevde att deras yrkesutövande ifrågasattes på ett negativt sätt och att ett dåligt samvete skulle kunna väckas om sjuksköterskorna upplevde att de inte utförde ett bra arbete. Om detta skulle inträffa, erbjöds sjuksköterskorna samtal med ansvariga för pilotstudien efter intervjun för att få möjlighet till reflektion. Inga samtal förekom efter intervjuerna.

Risken med att intervjua kollegor skulle kunna vara att de upplevde att ansvariga för pilotstudien, vilka arbetar inom ögonsjukvård, ifrågasatte deras kompetens som sjuksköterskor. Detta skulle i så fall kunna uppfattas som kränkande. För att undvika det, tydliggjordes syftet med pilotstudien muntligt innan intervjuerna genomfördes. Det delgavs även sjuksköterskorna att resultatet skulle kunna ligga till grund för utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal om behov fanns av undervisning gällande omvårdnad av patienter med ögonsjukdomar.

Resultat

Att erfara bristfälligt ansvarstagande

Patienter med ögonsjukdomar ansågs vara en vanligt förekommande patientgrupp, då många äldre som är ineliggande på vårdavdelningar var drabbade. Sjuksköterskorna erfor att anamnesen ofta var bristfällig när det gällde att få fram information om patienters ögonsjukdomar och deras behandling. De ansåg att de som sjuksköterskor borde ta ett större ansvar och göra en grundligare anamnes än vad de gör idag.

”På mitt jobb är vi väldigt dåliga på att ta anamnes överhuvudtaget, utan ser man att någon har glasögon så skriver man det”.

”Man lutar sig ganska mycket på den här läkarbedömningen som görs, står det något där så står det, står det inget där så står det inte”.

Även i rapporteringen saknades uppgifter om eventuella ögonsjukdomar och intresset för att ta reda på om sådana förekom var skiftande. Vid inskrivning av en patient förekom det att ögonsjukdomen uppmärksammades men det var inte sedan något som alltid följdes upp. Flera sjuksköterskor såg synnedsättning och ögonbesvär mer som ett problem i kommunikationen än en diagnos som skulle följas upp med adekvat behandling. Synnedsättningen var en faktor som påverkade deras planering av mobilisering och praktiska åtgärder för patienten under vårdvistelsen och de gjorde inte någon djupare analys av orsaken till synnedsättningen.

”...om man har mottagit en rapport och de har sagt, ja men patienten är blind...Då har jag ju inte, ja ”undrar varför vad beror det på?” utan då har man, okej då vet vi det, hur ska vi gå tillväga nu med mobilisering, vad behöver patienten hjälp med? och sådana saker”.

Många gånger var ordinationerna ofullständiga eller saknades helt. Det kunde stå att patienten skulle ha ögondroppar men inte vilket öga som skulle behandlas eller vilka klockslag läkemedlet skulle administreras. Införandet av datoriserad journalföring ansågs ha underlättat möjligheten att ta del av patientens ögonjournal och därmed informationen om behandlingen. En del sjuksköterskor erfor att mycket ansvar lades på patienterna, att patienterna skulle ha med sig sina ögondroppar till sjukhuset och själva ha kunskap om sin behandling. Detta var ett problem bland annat då en del patienter inte hade med sig sina droppar eller inte var adekvata och kunde redogöra för behandlingen.

”Man får fråga patienten om det och hoppas på att de vet”.

Sjuksköterskorna erfor att det förekom en viss nonchalans inför hur ögonläkemedlen fungerade i kombination med andra läkemedel och hur de påverkade andra sjukdomar. Endast en av de tillfrågade sjuksköterskorna uppgav att hon aktivt använde FASS för att läsa om det ordinerade ögonläkemedlet.

I vissa fall uppmanades patienterna att ta hjälp av anhöriga för att få tillgång till sina ögonläkemedel för att behandlingen skulle kunna fortlöpa under vårdtillfället eftersom vårdavdelningarna hade ett begränsat lager av ögonläkemedel.

”...och så ber man patienten, se till att du får hit dina ögondroppar!”.

”Så har de dem inte med sig så får de dem inte, så illa är det”.

De ögonläkemedel som var vanligast förekommande i läkemedelsförråden, var tårersättningsdroppar som användes till palliativa patienter. Flera av de intervjuade sjuksköterskorna var medvetna om att det fanns ett större förråd med övriga ögonläkemedel på en avdelning vid sjukhuset [denna avdelning är exkluderad i studien]. En del av sjuksköterskorna ansåg att denna tillgång på läkemedel gjorde att de tog mer seriöst på ögonsjukdomar. Förråd av läkemedel ska av ekonomiska skäl inte förekomma i för stor utsträckning på sjukhuset. Tillgängligheten av ett förråd med enbart ögonläkemedel gav en indikation på att ögonläkemedel faktiskt var så pass viktigt att det behövdes ett extra förråd. En annan faktor som påverkade inställningen till hur allvarlig sjukdomen var och behovet av rätt administrering, var antalet olika ögonläkemedel som patienten var ordinerad.

”...sen vet jag att vi hade någon patient någon gång som hade fyra olika droppar och då känns det ganska angeläget att veta [när och varför dropparna skulle administreras]”.

Det förekom att administreringar av ögonläkemedel glömdes bort i de fall då de låg utanför de ordinarie tider som övriga läkemedel administrerades på. Det var en fördel om patienterna själva kunde påminna sjuksköterskorna om administreringen. Det fanns en medvetenhet hos sjuksköterskorna om att patienter med ordinerade ögonläkemedel erhöll en ojämn medicinsk omvårdnad i vissa fall. Det var inte alltid patientens behov som blev tillgodosedda, utan några sjuksköterskor ansåg att det snarare var sjuksköterskans, då hon sparade tid genom att inte hämta ögonläkemedel på andra avdelningar.

Det framkom att sjuksköterskans inställning till ögonläkemedel och administrering kunde påverka patientens följsamhet i behandlingen. Sjuksköterskans agerande där administreringstillfällen glömdes bort, gav fel signaler till patienterna då sjuksköterskan ska vara en förebild.

”...ger ju vi som proffs, ger vi ju en signal till patienten att det går att hoppa över lite ibland, både med det ena och det andra...”.

Åsikterna gick isär angående om patienter med ögonsjukdomar som sekundärsjukdom, behandlades olika jämfört med patienter som hade andra sekundärsjukdomar. Exempelvis frågade nästan alla sjuksköterskor om patienten hade diabetes eller var inkontinent och vidtog därefter adekvata åtgärder, såsom erbjudande om inkontinensskydd och anpassad kost. Några sjuksköterskor erfor att de var lika noga då patienten hade en ögonsjukdom som sekundärsjukdom, bland annat genom att se till att patienten fick tillgång till sina glasögon om de var nerpackade i medtagen väska.

Att erfara behov av prioriteringar

Sjuksköterskan tog beslut om vilka prioriteringar som behövde göras, varför och vad prioriteringarna ledde till i omvårdnaden av patienten. Tillgängligheten av ögonläkemedel spelade en stor roll och många gånger var det en avgörande faktor för om patienten skulle få sina ordinerade ögonläkemedel eller inte.

”Finns de så finns de och finns de inte så får det gå bra ändå”.

Det framkom att sjuksköterskans arbetsbelastning var hög och inverkade på de prioriteringar som gjordes för att skaffa fram de ögonläkemedel som inte fanns tillgängliga på deras avdelning. Den höga arbetsbelastningen resulterade även i att administreringar som låg utanför ordinarie läkemedelstider tenderade att bli bortprioriterade. I vissa fall där patienterna skulle ha ögondroppar med täta intervaller, hann inte sjuksköterskorna med att ge dropparna, utan delegerade uppgiften vidare till undersköterskor.

”Det blir för mycket liksom när det är så pass många tider att passa. Ögondroppar och sådant hinner man ju med när de ligger på ordinarie medicintider”.

Även vårdtidens längd påverkade prioriteringen. I dagens sjukvård är vårdtiderna relativt korta och sjuksköterskorna erfor att korta vårdtider och hög arbetsbelastning resulterade i att ögonläkemedel bortprioriterades. De gånger patienterna hade en diagnos som krävde längre vårdvistelse, gjordes större ansträngningar för att införskaffa ögonläkemedel.

”Många sköterskor tycker inte att det är sådär viktigt att skaffa fram läkemedel överhuvudtaget för att vårdtiderna är korta”.

”...det är skillnad när de ligger på våra rehabplatser. Då beställs det ju hem för då vet man att de kommer att vara här i flera veckor...”.

Ögonsjukdomar ansågs inte oviktiga men inte heller livsviktiga, vilket medförde att ögonläkemedel fick en lägre prioritering, då det mest akuta prioriterades först. Några av sjuksköterskorna erfor att deras behandling och omvårdnad av patienter i första hand gällde det som var aktuellt för själva vårdtillfället.

Att erfara okunskap om ögonsjukvård

Kunskapen om ögonsjukvård hos sjuksköterskorna var begränsad, då grundutbildningen inte gick så djupt in i ämnet och hos flertalet av dem härrörde kunskaperna i ämnet enbart därifrån. Några av de intervjuade uppgav att de lärt sig mer om ögon och ögonsjukdomar genom kollegor. Endast en av sjuksköterskorna hade erhållit någon form av fortbildning

inom ämnet under sin yrkesutövning. Samma sjuksköterska gav uttryck för sin kunskap om att många ögonfenomen hade samband med andra sjukdomar. Egna erfarenheter av ögonsjukdomar ökade intresset, kunskapen och engagemanget för ämnet.

”...har egna erfarenheter, vilket ju gör att man ökar intresset för det här naturligtvis”.

Sjuksköterskorna uttryckte att de erfor osäkerhet och okunskap angående ögonsjukdomar, ögonläkemedel och dess effekter. Flera av sjuksköterskorna ansåg att patienter med ögonsjukdomar var en diffus och bortglömd patientgrupp och sjuksköterskornas okunskap inom området ledde till osäkerhet i omvårdnaden av patienterna. Det framkom att mer kunskap skulle kunna minska denna osäkerhet hos sjuksköterskorna och leda till ökad trygghet både hos dem och hos patienterna och på så sätt bidra till en bättre patientsäkerhet.

”Det skulle vara intressant att lära sig mer. Så att man känner sig trygg”.

Några av de intervjuade tyckte att det var svårt att ge omvårdnad till patienter med ögonsjukdomar i de fall något var avvikande, eftersom de inte hade tillräckligt med kunskap för att avgöra vad som var friskt och vad som var sjukt. I dessa situationer förstod sjuksköterskorna att något var fel men kunde inte bedöma hur allvarligt det var.

”Man förstår kanske att något är fel, men hur illa är det liksom?”.

Utebliven behandling av ögonsjukdomar ansågs inte orsaka lika stora skador som utebliven behandling av andra diagnoser. En av sjuksköterskorna uppgav att hon ansåg administrerings sättet vara en av orsakerna till varför hon inte upplevde ögonläkemedel lika viktiga som övriga läkemedel. Hon erfor att det var väldigt enkelt att ge droppar eller salva och kände att hon därmed bagatelliserade dessa läkemedel och deras effekter. En annan sjuksköterska menade att det var vanligt att sjuksköterskor inte upplevde en ögondroppe lika potent som läkemedel med andra administrerings sätt.

”Jag tror att många upplever att en droppe inte är lika stark som som en typ tablett eller injektioner är”.

Samma sjuksköterska hade uppfattningen om att det kunde bero på att läkemedelseffekten inte var lika synlig på patienter med ögonsjukdomar som till exempel en patient som inte får medicin mot Parkinsons sjukdom.

”Ger du inte någon en madopark. Och han blir stel som en pinne, tänker man liksom, oj nu får jag skärpa till mig nästa gång. Men du ser ju inte på en ögonpatient att de inte får sina ögondroppar”.

Flertalet av de intervjuade uttryckte önskemål om att få mer kunskap om ögonsjukdomar och ögontillstånd, exempelvis genom föreläsningar och skriftligt informationsmaterial såsom ett PM om ögonsjukdomar. Förslagen som bland annat framställdes var föreläsningar på varandras kliniker och information av personal från ögonkliniken på sjuksköterskemöten. På avdelningar där det vårdades många äldre med längre vårdtider ansågs detta extra angeläget.

”Det vore jättebra...[med mera utbildning] för jag tror inte att jag är ensam om att tycka så här på avdelningarna”.

Diskussion

Metoddiskussion

Pilotstudiens syfte var att undersöka sjuksköterskors erfarenheter, varför en intervjustudie var relevant, då denna form av studie syftar till att få en förståelse för olika individers erfarenheter (Ahrne, Ahrne & Svensson, 2011). Kategorierna som arbetades fram under analysen stämde väl överens med syftet. För att kunna bedöma trovärdigheten i en studie, granskas resultatet med utgångspunkt från dess tillförlitlighet, giltighet och överförbarhet.

De utvalda avdelningarna besöktes och muntlig och skriftlig information om pilotstudien gavs till avdelningscheferna. De vidarebefordrade sedan informationen till sjuksköterskorna på den egna avdelningen. Endast tre sjuksköterskor anmälde sitt intresse till att delta i pilotstudien, vilket kan ha berott på att avdelningscheferna inte hade informerat om pilotstudien eller att sjuksköterskorna ansåg att deltagande i pilotstudien skulle medföra mindre tid till avdelningsarbetet. Eftersom endast tre sjuksköterskor svarade på intresseanmälan, togs ånyo kontakt med avdelningscheferna och ett nytt besök genomfördes på avdelningarna för att träffa sjuksköterskor, vilket resulterade i ytterligare deltagare till pilotstudien. Tillvägagångssättet för att rekrytera deltagare, kunde ha underlättats om avdelningarna besökts direkt efter godkännande av avdelningscheferna. Detta för att ett fysiskt möte ger utrymme till att förtydliga skriftlig information om pilotstudien samt att möjlighet till att ställa eventuella frågor underlättats. Eftersom deltagandet i pilotstudien var frivilligt, kan det finnas en risk att personer med mycket kunskap och information om ögonsjukvård valde att inte delta, vilket därför kan ha påverkat resultatet i pilotstudien (Polit & Beck, 2012). Deltagarantalet i pilotstudien var sex informanter då detta var en pilotstudie, vilket ändå kan anses vara ett tillräckligt antal för att få ett trovärdigt resultat.

Intervju som val av metod för datainsamling, ansågs vara bäst lämpad för denna pilotstudie och genom att använda semistrukturerade öppna frågor gavs intervjuaren möjlighet att ställa följdfrågor. Däremot kan det vara en svaghet att trots att deltagarna i pilotstudien var informerade om att insamlad data skulle behandlas konfidentiellt, kan trovärdigheten i svaren vara påverkade av intervjuarnas närvaro. Eftersom intervjuarna var anställda vid en ögonklinik vid samma sjukhus fanns det en risk att sjuksköterskorna inte vågade vara öppna och ärliga i sina svar, vilket kan ha påverkat resultatet. I förebyggande syfte gavs därför tydlig muntlig information innan själva intervjun påbörjades om att pilotstudien inte syftade till att döma eller ifrågasätta sjuksköterskornas kompetens. En öppen intervju med endast en öppen ingångsfråga kunde ha varit ett alternativ som metod, men eftersom intervjuarna var oerfarna avseende intervjuteknik, fanns risk att viktig data skulle gå förlorad med den metoden.

När en kvalitativ intervjustudie planeras och genomförs finns det en risk för att resultatet i studien påverkas på grund av intervjuarens förkunskap (Polit & Beck, 2012). Genom att båda intervjuarna var närvarande i samband med själva intervjun och vid analysen av data förebyggdes påverkan av eventuell förkunskap. Båda intervjuarna var medvetna om risken och förkunskapens betydelse lyftes och diskuterades regelbundet. I samband med intervjun, var den ena intervjuaren aktiv emedan den andra var med som antecknare även om intervjuerna spelades in. Då kunde den antecknande personen rikta sin uppmärksamhet på om förförståelsen påverkade intervjun och hade i så fall möjlighet att ställa förtydligande frågor till deltagaren, vilket förekom vid några intervjuer. Det fanns en risk att sjuksköterskorna ur maktsynpunkt kunde känna sig i underläge då det var två

intervjuare närvarande. För att undvika detta inleddes varje intervju med en fråga om tillåtelse om att vara två intervjuare närvarande. Ingen sjuksköterska hade invändningar mot det. Information gavs om att pilotstudiens syfte inte var att intervjuarna skulle ifrågasätta kompetens, utfört arbete eller vara dömande. Sjuksköterskorna fick även en förklaring till att valet av att vara två intervjuare berodde på intervjuarnas oerfarenhet av intervjuteknik och för att undvika att förförståelse skulle påverka intervjun. Efter avslutad intervju ställdes frågan hur intervjun hade upplevts och möjlighet till reflektion gavs. Ingen av sjuksköterskorna ansågs sig behöva reflektion och de upplevde intervjuerna som positiva.

Varken C.A. eller K.C. hade någon tidigare erfarenhet av att intervjua, vilket kan vara en svaghet i denna pilotstudie och därför påverka tillförlitligheten. Användandet av en intervjuguide ökade tillförlitligheten vid datainsamlingen då den underlättade för intervjuaren att begränsa sig till respektive frågeområdet. Dialog med handledaren, som hade erfarenhet av kvalitativa dataanalyser, förekom under hela analysprocessen, vilket även styrkte tillförlitligheten. Intervjuerna spelades in och transkriberades i nära anslutning till intervjun för att den skulle vara så aktuell som möjligt vid bearbetningen och analys av data. Detta tillvägagångssätt föredrogs av C.A. och K.C. vilket innebar att inläsningen av datamaterialet påbörjades redan då. C.A. transkriberade tre intervjuer och K.C. de andra tre.

Giltigheten styrks genom att beskriva analysprocessen utförligt med syfte att läsaren ska kunna bedöma resultatets trovärdighet samt att studien, om så önskas, ska kunna genomföras på nytt utav andra forskare (Graneheim & Lundman, 2004). En viktig del i processen för giltigheten var att välja ut relevanta meningsbärande enheter, som inte var för breda då de i så fall riskerade att bli svåra att hantera. De skulle inte heller bli för smala, eftersom då det blev det brist på material och därför inte möjligt att tolka. Giltigheten i denna pilotstudie styrktes av att hela analysprocessen genomfördes gemensamt och genom delaktighet gavs det utrymme till att diskutera, ifrågasätta och slutligen nå fram till konsensus. Redovisning av citat i resultatet styrkte pilotstudiens trovärdighet tillsammans med beskrivningen av analysprocessen (Graneheim & Lundman, 2004).

Överförbarheten bestäms av om resultatet är överförbart till andra sammanhang (Graneheim & Lundman, 2004). Även om denna studie var en pilotstudie med endast sex deltagare, gav resultatet en antydning om sjuksköterskans erfarenhet av omvårdnad till inneliggande patienter med en ögonsjukdom och som vårdas av en annan orsak. Resultatet visade att det finns förbättringspotential för denna omvårdnad och pilotstudien kan därför ligga till grund för en fullskalig studie omfattande ett större antal informanter såväl vid det aktuella sjukhuset som vid andra enheter vid olika sjukhus i Sverige.

Resultatdiskussion

Resultatet visade att sjuksköterskorna i pilotstudien erfor att det fanns brister i ansvarstagandet gällande omvårdnaden av patienter med ögonsjukdomar. Deras erfarenheter var att ögonsjukdomar inte var så akuta och att de inte hann med att administrera ögonläkemedel samt att de kände sig okunniga om ögonsjukdomar och dess behandlingar. För att en bra omvårdnad ska kunna ges är det viktigt att sjuksköterskan har tillräckligt med kunskap. Enligt sjuksköterskans kompetensbeskrivning ska hon värna om patientens behov genom att vidta adekvata omvårdnadsåtgärder, såsom hantera och

administrera läkemedel, tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov och motivera patienten till följsamhet i behandling (Socialstyrelsen, 2005). Sjuksköterskan ska även följa Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) där målet är en god hälsa och en vård på lika villkor för alla. Enligt lagen ska vården vara av god kvalitet och sörja för patientens behov av trygghet i vården och behandlingen.

Det har framkommit att patienter som erhållit en grundlig och bred kunskap får ett bättre resultat när det kommer till att klara av sin behandling (Wingard, 2005). Sjuksköterskan ska bland annat agera som stöd för patienten vilket är något som Orem lyfter i sin teori (Orem, 2001). De intervjuade sjuksköterskorna var medvetna om sina skyldigheter som följer med professionen, men ansåg att arbetssituationen med hög arbetsbelastning medförde att de kände sig tvungna att prioritera de omvårdnadsåtgärder som ansågs mest akuta. Till detta hörde oftast inte patienter med ögonsjukdomar, utan fokus lades på mer livshotande diagnoser såsom stroke, hjärtinfarkt och cancer. Enligt Ball, Murrells, Rafferty, Morrow och Griffiths (2012) minskade andelen bortprioriterade omvårdnadsåtgärder om sjuksköterskor hade ansvar för färre antal patienter och vårdkvaliteten ökade därmed. Orem (2001) beskriver hur sjuksköterskan ska involvera patienten i omvårdnaden men om patienten inte har förmåga att utöva egenvården, ska sjuksköterskan träda in och utföra denna. Arbetssituationen på avdelningarna gjorde att det inte fanns tid och möjlighet för sjuksköterskorna att utöva egenvården till de patienter som var i behov av detta. Inställningen till ögonsjukdomar och arbetsbelastningen på vårdavdelningar måste ändras för att kunna förbättra vårdkvaliteten för patienter med ögonsjukdomar. Besparingsåtgärderna som sker inom hälso- och sjukvården försvårar möjligheterna att förbättra arbetssituationen på vårdavdelningar och på så sätt är det även svårt att uppnå bättre omvårdnad och högre patientsäkerhet.

Det har visat sig att det inte är ovanligt med felaktig läkemedelshantering, snarare är det ett växande problem (Drach- Zahavy et al., 2014). En betydande del av den felaktiga läkemedelshanteringen har att göra med administrering av läkemedel, som ligger utanför ordinarie tidpunkter för administrering (ibid.). Detta resultat bekräftades av de intervjuade sjuksköterskorna, som erfor att det var svårt att sköta administrering av ögonläkemedel om administreringarna låg på udda tider eller skulle administreras frekvent. För att förbättra och underlätta för sjuksköterskor på vårdavdelningar, skulle samarbetet mellan inskrivande läkare och patientansvarig sjuksköterska även kunna innefatta genomgång av administreringstider i de fall det går utan att påverka patientens behandling negativt. På så sätt skulle sjuksköterskan ha en möjlighet att styra administreringstiderna så att de sammanfaller med ordinarie administreringstider samt därmed underlätta avdelningsarbetet och samtidigt höja patientsäkerheten.

Kvaliteten på den omvårdnad som ges påverkas bland annat av sjuksköterskans arbetsmiljö (Ball et al., 2012; Van Bogaert, Kowalski, Mace Weeks, Van Heusden & Clarke, 2013). Arbetsbelastningen påverkar sjuksköterskors handlingar och omvårdnad av patienter men även sjuksköterskors erfarenheter av tillfredsställelse av sina utförda omvårdnadsåtgärder. Det förekommer att sjuksköterskor känner sig otillfredsställda och missnöjda, då de känner att de inte har utfört sitt arbete på ett för patienten bra sätt (ibid.). För sjuksköterskorna i pilotstudien ledde den tunga arbetsbelastningen till att tillgängligheten av läkemedel påverkade patientens behandling. Sjuksköterskorna var medvetna om att det fanns ett utökat förråd av ögonläkemedel på en annan vårdavdelning på sjukhuset men tidsbristen gjorde att det inte alltid prioriterades att hämta läkemedel där. Flera sjuksköterskor erfor att det bästa var när patienten hade med sig sina egna ögondroppar och helst skötte administreringen själva. Enligt Orem (2001) bör sjuksköterskan stödja patienten och motivera till att följa ordinationer och utföra de rekommenderade egenvårdshandlingar som

är aktuella. Orems teori, som belyser egenvårdshandlingar, är en lämplig teori att använda sig av i omvårdnaden av patienter med ögonsjukdomar (ibid.). I vår pilotstudie erfor sjuksköterskorna att mycket ansvar även lades på patienten som var inelligande, för att behandling med ögondroppar och omvårdnad skulle kunna genomföras på ett korrekt sätt. Det är därför viktigt att patienten är väl informerad och införstådd i varför och hur egenvården ska utföras. Sjuksköterskan har här ett stort ansvar, eftersom hon ska vara förebild för patienten och därför är både ord och inte minst handlingar av betydelse för att motivera patienten. Om sjuksköterskan prioriterar bort administreringar av ögonläkemedel finns det en risk att det ger signaler till patienten att det inte är skadligt att missa några ögondroppar då och då. Detta kan i sin tur påverka patientens följsamhet till sin behandling, vilket kan leda till försämring i sjukdomstillståndet såsom bestående synskador. Watkinson (2011) beskriver att god följsamhet i behandling av till exempel glaukom är av största vikt för att förhindra framtida synnedläggelse. Sjuksköterskan bör därför ta ett större ansvar och se konsekvenserna av sitt agerande. Sjuksköterskan kan vid inskrivning av en patient på en vårdavdelning, förvissa sig om vilken egenvård patienten kan utföra. Det skulle kunna öka patientens delaktighet i omvårdnaden och i förlängningen kunna innebära att sjuksköterskans arbetsbelastning blir något mindre.

Sjuksköterskorna i pilotstudien kunde inte utföra sina arbetsuppgifter på ett sätt som de enligt lag är skyldiga att göra, på grund av deras arbetssituation med hög arbetsbelastning. Samtidigt är det sjuksköterskan som person som har ansvaret för att vården är säker och för att förhindra att patienten utsätts för risker som kan hota patientsäkerheten. Dessutom skall sjuksköterskan även förebygga ohälsa. För att sjuksköterskan ska kunna fullfölja sitt ansvar och arbeta efter de riktlinjer och lagar som finns, bör det ges möjlighet till detta. Enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) ska vårdgivaren (i detta fall landstinget) utföra de åtgärder som krävs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Vårdgivaren utsätter sjuksköterskan för ett etiskt dilemma eftersom de resurser som finns att tillgå inte täcker upp så att sjuksköterskan kan utföra sina arbetsuppgifter på ett patientsäkert sätt.

Kortare vårdtider återkommer i pilotstudien som en av orsakerna till att den omvårdnad som ges till patienter med ögonsjukdomar blir lidande, vilket i förlängningen riskerar att leda till vårdskador och ökade kostnader för samhället. Sjuksköterskorna erfor att de inte prioriterade behandlingar av ögonsjukdomar eftersom patienterna i många fall inte stannade mer än ett fåtal dagar på sjukhus. Bland annat gavs uttryck om att inte så stora ansträngningar gjordes för att skaffa fram patienternas ögonläkemedel, då patienterna ändå inte skulle vara inelligande så länge. Aiken et al. (2012) och Aiken, Sloane, Bruyneel, Van de Heede och Sermeus (2013) ger en indikation om att neddragningar och kostnadsbesparande åtgärder, såsom kortare vårdtider och snabbare patientflöden, leder till att sjuksköterskan hamnar i en utsatt arbetssituation och därför känner sig tvungen att prioritera på ett sätt som inte är patientsäkert. Som sjuksköterska är det frustrerande att inte kunna tillgodose det omvårdnadsbehov som finns och denna otillräcklighet kan medföra tankar på att lämna sjuksköterskeyrket. Detta bekräftas av Chan, Jones, Fung och Chu Wo (2011) som påpekar att dålig arbetsmiljö och upplevelse av otillfredsställelse i sitt yrkesutövande, kan leda till att sjuksköterskor byter arbetsplats eller till och med lämnar yrket. Orem (2001) beskriver att omvårdnad handlar om att göra bedömningar och ta beslut, om att söka information och att verka för att nå planerade mål. Vårdgivaren (landstinget) måste inse allvaret i att en stor grupp av deras anställda inte ges möjligheter eller resurser till att utföra arbetsuppgifterna/omvårdnaden på ett tillfredsställande sätt. Risken finns att inte enbart patientsäkerheten hotas, det kan även leda till att allt fler sjuksköterskor lämnar yrket och att problemen med bemanning, som redan i dag är stora, blir allt större.

För att kunna främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård i enlighet med patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659), måste kunskapsnivån om ögonsjukdomar och ögonläkemedel höjas hos sjuksköterskor, som arbetar på olika vårdavdelningar med olika specialiteter. Detta kan vara svårt att uppnå då arbetssituationen för sjuksköterskor är pressad och möjlighet till undervisning och föreläsningar på ordinarie arbetstid är begränsad. Dock är detta av största vikt då sjuksköterskorna ofta återkom till sin okunskap om ögonsjukdomar och ögonsjukvård. Sjuksköterskorna erfor att deras begränsade kunskap försvårade deras bedömningar och prioriteringar, om det var något som verkade avvikande med patienterna. Detta bekräftas även i en studie från 2005 som tar upp sjuksköterskors kunskap om och attityd till läkemedel och konsekvenserna av detta (Byrne, Deane & Coombs, 2005). Trots att det finns många patienter med ögonsjukdomar och antalet förväntas öka till följd av den ökande äldre befolkningen, läggs det antagligen för lite fokus på detta område under grundutbildningen till sjuksköterska. Utbildningssystemet, när det gäller utbildningen till sjuksköterska, ska fokusera på de sex kärnkompetenserna: personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap för kvalitetsutveckling, säker vård och informatik (SSF, 2010). Personcentrerad vård innebär bland annat att patienten ska bli sedd och förstådd som en unik individ och ska alltid mötas av ett professionellt engagemang, oavsett om vårdtiden är kort eller lång (SSF, 2010). I pilotstudiens resultat går det att finna att kort vårdtid påverkade det professionella engagemanget och att sjuksköterskorna bör reflektera över sitt förhållningssätt och förbättra den personcentrerade vård de utövar. För att kunna göra detta bör sjuksköterskan genom kommunikation försöka ta till vara på de korta stunder som hon har tillsammans med patienten. Många gånger upplever sjuksköterskor att det inte finns tid till att prata med patienten och ge information. Chan, Jones, Fung och Chu Wo (2011) beskriver att även små korta pratstunder med patienten kan bidra till att förbättra den patientcentrerade vården. Pratstunderna behöver inte inkräkta på sjuksköterskors begränsade tid med patienten, utan de kan integreras i de planerade omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskan utför och på så sätt skapas en bra kommunikation och relation med patienten, vilket även kan vara tidsbesparande (ibid).

Samverkan i team är positivt för kontinuiteten och stärker säkerheten i hälso- och sjukvården (SSF, 2010). Som redan framkommit i pilotstudien, ses möjligheter till att ytterligare utveckla samarbetet i vårdteamet, såsom till exempel vid inskrivning av patienter som har en ordinerad behandling med ögonläkemedel. Sjuksköterskor bör också våga tro mer på sina egna resurser och förmågor att bidra till teamets resultat genom sin omvårdnads kunskap och även dra nytta av andra personalkategoriernas kunskap. Effektivt lagarbete anses vara grunden för god patientvård och innefattar ett bra samarbete och förståelse mellan de yrkeskategorier som är involverade i patientens vård (Ball et al., 2012; Kauffman & McCaughan, 2013). Sjuksköterskor i pilotstudien uppgav att de erhållit och aktivt sökt kunskap hos kollegor, både sjuksköterskor och läkare, vilket är positivt och leder till en bättre och säkrare omvårdnad av patienten. Det hade varit önskvärt att sjuksköterskorna hade sökt kunskap i aktuell litteratur inom området ögonsjukvård för att uppnå en högre patientsäkerhet.

Evidensbaserad vård är när bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap knyts samman med beprövad erfarenhet i en strävan att ge en så god och effektiv vård som möjligt (SSF, 2010). Sjuksköterskorna i pilotstudien var väl medvetna om att de skulle arbeta i enlighet med detta, även om det inte alltid prioriterades. Här har vårdgivaren ett stort ansvar och det bör uppmuntras och ges möjligheter till utbildning samt att ett vetenskapligt förhållningssätt bör genomsyra omvårdnaden i än högre grad än vad det görs idag. Kliniska riktlinjer som arbetas fram och sammanställs i tillgängliga PM främjar en tillämpning av

ett vetenskapligt förhållningssätt i yrkesutövandet (Abrahamson, Fox & Doebbeling, 2012). Det visade sig även att de flesta sjuksköterskor var positiva till att PM fanns tillgängliga men de hade dock sällan tid till att läsa dem (ibid.). Ett sådant PM skulle beskriva det mest relevanta på ett kortfattat och lättförståeligt sätt, vilket skulle underlätta för sjuksköterskorna och även spara tid då informationen finns samlad och sjuksköterskorna inte behöver leta efter den. För att dessa PM också ska nyttjas bör det prioriteras att avsätta tid för genomläsning av dem, till exempel vid ett undervisningstillfälle eller under en genomgång av dessa på ett sjuksköterskemöte.

Förbättringskunskap för kvalitetsutveckling innebär att alla som arbetar inom hälso- och sjukvården har del i att utveckla det system de är verksamma inom (SSF, 2010). Sjuksköterskorna i pilotstudien uttryckte önskemål om lättillgängliga PM avseende ögonsjukdomar och ögonläkemedel. Ett sätt att nå förbättringskunskap är att göra som landstinget i Kalmar län. Där finns en satsning på ett systematiskt förbättringsarbete inom hälso- och sjukvården, ”Varje dag lite bättre – kraften hos många!” (Landstinget i Kalmar län, 2013), vilket också är ett förhållningssätt och en väg för att uppnå bästa tänkbara vårdkvalitet. Ett PM om ögonsjukdomar och ögonläkemedel kan vara ett bidrag i ett liknande förbättringsarbete. Landstinget i Kalmar län har även satt långsiktiga patient- och säkerhetsmål med strävan efter att uppnå ”Sveriges bästa kvalitet och säkraste hälso- och sjukvård” och det bör ligga i landstingsledningars intresse att tillvarata denna pilotstudies resultat som ett stöd i arbetet med att förbättra patientsäkerheten och vårdkvaliteten. Enligt Kaufman (2013) är det svårt att hålla en hög patientsäkerhet och det behövs därför förbättringsstrategier för att öka vårdkvalitet och säkerhet.

Säker vård är troligtvis den kärnkompetens som allmänheten och hälso- och sjukvårdspersonal ser som den allra viktigaste kompetensen (SSF, 2010). Genomgående i pilotstudien berörs patientsäkerhet och sjuksköterskorna erfor att omvårdnaden av patienter med olika ögonsjukdomar och ögontillstånd inte bedrevs med ett säkerhetsperspektiv alla gånger. Enligt Abrahamson, Fox och Doebbeling (2012) framkommer det att majoriteten av vårdpersonalen tyckte att det var sjuksköterskan som var den som hade huvudansvaret för patientens säkerhet. Det är nämligen sjuksköterskan som har den mest centrala rollen när det kommer till att bedöma patientens tillstånd och fatta beslut om vilka omvårdnadsåtgärder som skall göras (ibid.). För att erhålla en hög patientsäkerhet, är det betydelsefullt att lära av de misstag som inträffat tidigare. Det är också viktigt att arbetsmiljön inte är dömande och att sjuksköterskor vågar, ges möjlighet och blir lyssnade på då de framför sina åsikter och kunskaper om patienter och omvårdnad (Ball et al, 2012; Garon, 2012). Som pilotstudiens resultat visade, hänger patientsäkerheten många gånger samman med hur arbetsbelastningen är på vårdavdelningarna. Säkerhetstänkandet måste kopplas samman i det stora perspektivet, såsom gällande organisation och ekonomi, för att på avdelningsnivå kunna erbjuda en patientsäker hälso- och sjukvård.

Informatik är den sista av de sex kärnkompetenserna och den kompetens som berörs minst i denna pilotstudie. Detta omfattar om huruvida sjuksköterskor ska vara med och utveckla informations- och kommunikationssystem som de kan använda sig av i bland annat omvårdnadsarbetet (SSF, 2010). En möjlighet som skulle kunna användas för att öka kunskapen om ögonsjukdomar hos sjuksköterskor som arbetar på vårdavdelningar, är att spela in en kortare informationsfilm om ögonsjukvård. Den skulle kunna finnas tillgänglig på intranätet eller som en länk i Vårdhandboken och på så sätt bidra till att sjuksköterskornas kunskapsnivå höjs. Enligt Moore och Hart (2004) ger tekniska lösningar, såsom distanskurser, inspelade föreläsningar och interaktioner med hjälp av datorer, många fler sjuksköterskor möjligheter till vidareutbildning och förbättrade kunskaper. För yrkesverksamma sjuksköterskor är dock tidsbrist ett hinder för att kunna öka sin kunskap

(ibid.). Det är ofta svårt att hinna med att åka på vidareutbildningar och kurser och långa avstånd i glesbygd gör detta ännu svårare. Olika tekniska lösningar och distansutbildningar kan på så sätt vara ett betydelsefullt hjälpmedel för att förbättra och utbilda sjuksköterskor och nå en högre utbildningsnivå hos redan yrkesverksamma sjuksköterskor.

Konklusion

I pilotstudien framkom följande kategorier: *Att erfara bristfälligt ansvarstagande, Att erfara behov av prioriteringar och Att erfara okunskap om ögonsjukvård.* Trots sjuksköterskans profession och det ansvar som den medför, erfor sjuksköterskorna bristfälligt ansvarstagande och att de inte alltid utförde tillräcklig god omvårdnad. På grund av en hög arbetsbelastning kände sig sjuksköterskorna tvingade att prioritera de mest akuta sjukdomstillstånden, vilket inte omfattade ögonsjukdomar. Den höga arbetsbelastningen innebar dessutom att tillgängligheten av ögonläkemedel påverkade om patientens behandling utfördes eller inte. Sjuksköterskorna erfor även att de inte hade tillräcklig kunskap om ögonsjukdomar och detta resulterade i att omvårdnaden till ineliggande patienter med ögonsjukdomar ofta blev lidande. Information var efterfrågad av sjuksköterskorna och de var positiva till att erhålla mer undervisning om ögonsjukvård.

Implikation

Denna pilotstudie kan ligga till grund för en fullskalig studie omfattande ett större antal informanter, såväl vid det aktuella sjukhuset som vid andra enheter vid olika sjukhus i Sverige, då resultatet visar att det finns stor förbättringspotential för att höja patientsäkerheten.

Pilotstudiens resultat visar att grundutbildningen till sjuksköterska har ett behov av att utvecklas inom området ögonsjukvård. Området skulle kunna uppmärksammas mer inom till exempel undervisningen i geriatrik, då många av ögonsjukdomarna är åldersrelaterade. Ett lättillgängligt informationsmaterial i form av exempelvis PM, film eller broschyr, kan vara ett sätt att höja kunskapsnivån för redan utbildade sjuksköterskor.

Referenser

Abrahamson, K. A., Fox, R. L., & Doebbeling, B. N. (2012). Facilitators and barriers to clinical practice guideline use among nurses. *American Journal of Nursing, 112*(7), 26-35. doi:10.1097/01.NAJ.0000415957.46932.bf

Ahrne, G., Ahrne, G., & Svensson, P. (2011). *Handbok i kvalitativa metoder*. (1. uppl.) Malmö: Liber.

Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., ... Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal, 344*, 1-14. doi:10.1136/bmj.e1717

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van de Heede, K., & Sermeus, W. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies, 50*, 143-153. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009

Ausserhofer, D., Schubert, M., Desmedt, M., Blegen, M. A., De Geest, S., & Schwendimann, R. (2013). The association of patient safety climate and nurse-related organizational factors with selected patient outcomes: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies, 50*, 240-252. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.04.007

Ball, J. E., Murrells, Y., Rafferty, A. M., Morrow, E., & Griffiths, P. (2014). Care left undone during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *British Medical Journal Quality & Safety, 23*, 116-125. doi:10.1136/bmjqs-2012-001767

Byrne, M., Dean, F., & Coombs, T. (2005) Nurse's beliefs and knowledge about medication are associated with their difficulties using patient treatment adherence strategies. *Journal of Mental Health, 14*(5), 513-521. doi:10.1080/09638230500271378

Chan, E. A., Jones, A., Fung, S., & Wu, S. C. (2011). Nurses' perception of time availability in patient communication in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing, 21*, 1168-1177. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03841.x

Coffey, M. J., DeCory, H. H., & Lane, S. A. (2013). Development of a non-setting gel formulation of 0.5% loteprednol etabonate for anti-inflammatory use as an ophthalmic drop. *Clinical Ophthalmology, 7*, 299-312. doi:10.2147/OPHTH.S40588

Drach-Zahavy, A., Somech, A., Admi, H., Peterfreund, I., Peker, H., & Priente, O. (2014). (How) do we learn from errors? A prospective study of the link between the ward's learning practices and medication administration errors. *International Journal of Nursing Studies, 51*, 448-457. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.06.010

Garon, M. (2011). Speaking up, being heard: registered nurses' perceptions of workplace communication. *Journal of Nursing Management, 20*, 361-371. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01296.x

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. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Heijl, A., Alm, A., Bengtsson, B., Bergström, A., Calissendorf, B., Lindblom, B., & Lindén, C. (2011). *Riktlinjer för Glaukomsjukvården* (2:a uppl.). Malmö: Bäcklund Media.

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

Henricson, M. (red.) (2012). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (1:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Kaufman, G., & McCaughan, D. (2013). The effect of organisational culture on patient safety. *Nursing Standard*, 27(43), 50-56.
<http://dx.doi.org/10.7748/ns2013.06.27.43.50.e7280>

Landstinget i Kalmar län. (2013). *Varje dag lite bättre*. Hämtad 2014-04-09, från <http://ltkalmar.se/forskning-och-forbattning/kvalitet-och-forbattningar/forbattningsarbete/varje-dag-lite-battare/>

Marsden, J., & Shaw, M. (2003). Correct administration of topical eye treatment. *Nursing Standard*, 17(30), 42-44. <http://dx.doi.org/10.7748/ns2003.04.17.30.42.c3372>

Moore, P., & Hart, L. (2004). Strategies for teaching nursing research online. *International Nursing Review*, 51(2), 123-128. doi:10.1111/j.1466-2435.2004.00231.x

Orem, D. (2001). *Self-care Deficit Nursing Theory. Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, Missouri: Mosby Inc.

Pelletier, A. L., Thomas, J., & Shaw, F. R. (2009). Vision loss in older persons. *American Family Physician*, 79(11), 963-970. Hämtad 2013-05-16, från http://familed.uthscsa.edu/geriatrics/reading%20resources/virtual_library/Syndromes/Vision%EF%80%A2Hearing/Vision%20Loss.pdf

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Pound, P., Britten, N., Morgan, M., Yardley, L., Pope, C., Daker-White, G., & Campell, R. (2005). Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking. *Social Science & Medicine*, 61(1), 133-155. doi:10.1016/j.socscimed.2004.11.063

Seewoodhary, R., & Watkinson, S. (2009). Treatment and management of ocular conditions in older people. *Nursing Standard*, 23(35), 48-56.
doi:<http://dx.doi.org/10.7748/ns2009.05.23.35.48.c6959>

Selanders, L., & Crane, P. (2012). The voice of Florence Nightingale on advocacy. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 17(1). doi:10.3912/OJIN.Vol17No01Man01

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 2014-04-07, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad 2013-11-04, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Hämtad 2014-04-07, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/?bet=2010:659

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2013-05-15, från http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

SOSFS 2000:1. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2014-04-14, från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2000-1>

Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2010). *Strategi för utbildningsfrågor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 2014-04-13, från <http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Utbildning-publikationer/Strategi.for.utbildnfragor.pdf>

Van Bogaert, P., Kowalski, C., Mace Weeks, S., Van Heusden, D., & Clarke, S.P. (2013). The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 1667-1677. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.05.010>

Waterman, H., Hope, K.W., Beed, P., Clayton, E., McQueen, L., Owen, C., Stott, M., & Studley, M. (1995). The nature of ophthalmic services, and the education and qualifications of nurses: a national survey. *Journal of Advanced Nursing*, 22(5), 914-20. doi:10.1111/j.1365-2648.1995.tb02643.x

Watkinson, S. (2011). Managing depression in older people with visual impairment. *Nursing Older People*, 23(8), 23-28. <http://dx.doi.org/10.1016/j.optho.2006.10.006>

Watkinson, S., & Seewoodhary, R. (2007). Common conditions and practical considerations in eye care. *Nursing Standard*, 21(44), 44-47. <http://dx.doi.org/10.7748/ns2007.07.21.44.42.c4580>

Willcox, M. D. P. (2012). Management and treatment of contact lens-related Pseudomonas keratitis. *Clinical Ophthalmology*, 6, 919-924. doi: 10.2147/OPHTH.S25168

WMA. (2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 2013-05-16, från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>.

Wingard, R. (2005). Patient Education and the Nursing Process: Meeting the Patient's Needs. *Nephrology Nursing Journal*, 32(2), 211-214.

Wong, T., Ormonde, S., Gamble, G., & McGhee, C. N. J. (2003). Severe infective keratitis leading to hospital admission in New Zealand. *British Journal of Ophthalmology*, 87, 1103-1108. doi:10.1136/bjo.87.9.1103

Wu, P.X., Guo, W.Y., Xia, H.O., Lu, H.J., & Xi, S.X. (2011). Patients' experience of living with glaucoma: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 67(4), 800–810. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05541.x

Zimmerman, S., Love, K., Sloane, P. D., Cohen, L. W., Reed, D., & Carder, C. (2011). Medication administration errors in assisted living: Scope, characteristics, and the importance of staff training. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59, 1060-1068. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03430.x



Bilaga 1

Vi är två sjuksköterskor som läser vidareutbildning inom oftalmologisk omvårdnad (ögonsjukvård) vid Högskolan i Halmstad. I utbildningen ska vi skriva en magisteruppsats inom detta område. Vi vill undersöka hur sjuksköterskor som arbetar på en vårdavdelning, tycker det är att ge omvårdnad till patienter med ögonsjukdomar, vilka erfarenheter som finns hos sjuksköterskor gällande detta. Vi kommer att använda oss av kvalitativ innehållsanalys och göra intervjuer. Intervjuerna kommer att utföras av Karolina Carlsson och Christel Alvarsson. De beräknas ta mellan 30 till 60 minuter. Resultaten av intervjuerna behandlas konfidentiellt, vilket betyder att ingen obehörig kommer åt intervjumaterialet, och det kommer endast att användas i denna studie. De inspelade intervjuerna och kodnyckel, förvaras inlåsta, separerat från varandra, på ögonkliniken i XXXX i samband med studien och endast Karolina Carlsson, Christel Alvarsson och handledare Jeanette Källstrand-Eriksson kommer att ha tillgång till intervjumaterialet. Efter att studien är avslutad och examensarbetet är godkänt av examinator, kasseras allt material. Studien kommer att publiceras i sådan form att det inte går att härleda till särskild person. Vid intresse av resultatet av studien, kan ni vända er till Karolina Carlsson eller Christel Alvarsson för att erhålla en utskrift av studien. Uppsatsen kommer också att finnas i fulltext på DiVA.

Efter kontakt med sjukhuschef XXXX har vi fått tillåtelse att genomföra denna studie på XXXX sjukhus. Vi undrar om vi får dela ut informationsbrev om vår studie på er avdelning med förhoppning att få medverkande till studien? Intervjuerna kommer att spelas in och deltagaren får ge ett skriftligt godkännande, så kallat informerat samtycke, till att delta i studien.

För mer information eller frågor angående studien vänligen kontakta:

Student
Karolina Carlsson, Ögonmottagningen
XXXX

Student
Christel Alvarsson, Dagavdelningen Ögon
XXXX

Handledare
Jeanette Källstrand-Eriksson
Leg. Sjuksköterska, högskoleadjunkt
Sektionen för Hälsa och Samhälle
Högskolan i Halmstad
Tfn: 035-16 779 49
Jeanette.Kallstrand_Eriksson@hh.se



Bilaga 2

Vi är två sjuksköterskor som läser vidareutbildning inom oftalmologisk omvårdnad (ögonsjukvård) vid Högskolan i Halmstad. I utbildningen ska vi skriva en magisteruppsats inom detta område. Vi vill undersöka hur sjuksköterskor som arbetar på en vårdavdelning, tycker det är att ge omvårdnad till patienter med ögonsjukdomar och dina erfarenheter av detta.

Du tillfrågas nu om att medverka i vår intervjustudie. Intervjuerna kommer att utföras av Karolina Carlsson och Christel Alvarsson. De beräknas ta mellan 30 till 60 minuter, tid och plats bestämmer du. Att delta i studien är helt frivilligt, vilket innebär att du kan välja att avbryta eller att inte svara på frågor utan att uppge någon orsak. Resultaten av intervjuerna behandlas konfidentiellt, vilket betyder att ingen obehörig kommer åt intervjumaterialet, och det kommer endast att användas i denna studie. Inga data som presenteras i studien kan identifiera dig som person. Efter intervjun ges möjlighet till reflekterande samtal med Karolina Carlsson och Christel Alvarsson om så önskas. De inspelade intervjuerna och kodnyckel, förvaras inlåsta, separerat från varandra, vid ögonkliniken i XXXX i samband med studien och endast Karolina Carlsson, Christel Alvarsson och handledare Jeanette Källstrand-Eriksson kommer att ha tillgång till intervjumaterialet. Efter att studien är avslutad och examensarbetet är godkänt av examinator, kasseras allt material. Studien kommer att publiceras i sådan form att det inte går att härleda till enskild person. Vid intresse av resultatet av studien, kan ni vända er till Karolina Carlsson eller Christel Alvarsson för att erhålla en utskrift av studien. Uppsatsen kommer också att finnas i fulltext på DiVA, Högskolan i Halmstad. Intervjuerna spelas in och du som deltagare får ge ett skriftligt godkännande, så kallat informerat samtycke, till att delta i studien. För mer information eller frågor angående studien vänligen kontakta:

Student
Karolina Carlsson, Ögonmottagningen
XXXX

Student
Christel Alvarsson, Dagavdelningen Ögon
XXXX

Handledare
Jeanette Källstrand-Eriksson
Leg. Sjuksköterska, högskoleadjunkt
Sektionen för Hälsa och Samhälle
Högskolan i Halmstad
Tfn: 035-16 779 49
Jeanette.Kallstrand_Eriksson@hh.se

Semistrukturerad intervjuguide

Datainsamlingen sker genom individuella intervjuer där följande öppningsfrågor används:

- Kan du berätta om dina upplevelser av att vårda patienter med olika ögonsjukdomar?
- Upplever du att det skiljer i omvårdnad till patienter med ögonsjukdomar jämfört med andra patienter och i så fall på vilket sätt?
- Avseende omvårdnad av patienter med ögonsjukdomar; nämn något som är bra och något som är mindre bra.
- Är det något du anser bör förändras vad gäller omvårdnad av patienter med ögonsjukdomar?
- Hur har du fått kunskap om ögonsjukdomar och dess behandlingar?

Bilaga 4

Informerat samtycke

Jag har fått muntlig och skriftlig information om studiens syfte, hur informationen kommer att samlas in, bearbetas och förvaras. Jag har också haft möjlighet att ställa frågor till Karolina Carlsson och Christel Alvarsson och fått dem besvarade. Jag är medveten om att mitt deltagande är helt frivilligt och att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande i studien utan att ange orsak till detta.

Jag samtycker härmed till att medverka i intervjustudien om sjuksköterskors upplevelser av att ge omvårdnad till patienter med olika ögonsjukdomar.

Ort, datum _____

Underskrift _____

Namnförtydligande _____

Intervjuare _____

Namnförtydligande _____

Karolina Carlsson, ögonsjuksköterska

Christel Alvarsson, ögonsjuksköterska



Besöksadress: Kristian IV:s väg 3
Postadress: Box 823, 301 18 Halmstad
Telefon: 035-16 71 00
E-mail: registrator@hh.se
www.hh.se