HÖGSKOLAN I HALMSTAD

Specialisering inom ögonsjukvård - oftalmologisk omvårdnad 60 hp

MAGISTERUPPSATS

"Har glasögon" - Omvårdnad och dokumentation av patienters synförmåga inom geriatrisk vård

Sofia Andersson, Cecilia Damm och Elin Johansson

Oftalmologisk omvårdnad 15 hp

Halmstad 2016-06-15

”Har glasögon” -
Omvårdnad och dokumentation av patienters synförmåga inom geriatrisk vård

Författare: Sofia Andersson

Cecilia Damm

Elin Johansson

Ämne Omvårdnad
Högskolepoäng 15
Stad och datum Halmstad 2016-06-08

Titel	”Har glasögon” - Omvårdnad och dokumentation av patienters synförmåga inom geriatrisk vård
Författare	Sofia Andersson, Cecilia Damm, Elin Johansson
Akademi	Akademin för hälsa och välfärd
Handledare	Eva Aring, Med Dr, Universitetslektor
Examinator	Jeanette Källstrand Eriksson, Med Dr, Universitetslektor
Tid	Vårterminen 2016
Sidantal	25
Nyckelord	Dokumentation, omvårdnad, synnedsättning, välbefinnande, äldre patienter

Sammanfattning

Då en äldre patient vårdas inom slutenvård för sjukdom eller skada, kan synnedsättning lätt förbises och därmed inte heller dokumenteras. Det är viktigt att ta hänsyn till synnedsättning hos äldre patienter där fallrisk och nedsatt förmåga att utföra dagliga aktiviteter är ett ständigt närvarande problem. Sjuksköterskan skall dokumentera på ett sätt som bidrar till patientsäkerhet och god omvårdnad, för att säkerställa kvalitet och kontinuitet i behandling och vård. Syftet var att undersöka sjuksköterskans erfarenheter av omvårdnadsdokumentation samt omvårdnad av patienter med synnedsättning vid geriatrisk avdelning. Studien var en kvalitativ intervjustudie med semistrukturerade frågor i vilken nio sjuksköterskor intervjuades. Data analyserades med kvalitativ innehållsanalys. I resultatet framkom vikten av att vid ankomstsamtalet ställa frågor angående synförmåga, men att det inte fanns rutiner för detta. Dokumentation angående patienters synnedsättning skrevs under sökordet kommunikation och handlade ofta om patienten hade glasögon eller någon ögonsjukdom. Sjuksköterskorna menade att malnutrition, fall, konfusion och felmedicinering var potentiella risker för patienter med synnedsättning. Tydlig kommunikation vid utförande av omvårdnadsåtgärder ansågs viktigt. Sjuksköterskorna menade att de hade holistisk syn kring patienternas omvårdnad, men att fokus lades på den orsak som patienten hade blivit inlagd på avdelningen för.

Title	“Wearing glasses” - Nursing and documentation of patient’s visual function at geriatric wards
Author	Sofia Andersson, Cecilia Damm, Elin Johansson
Department	School of Health and Welfare
Supervisor	Eva Aring, PhD, senior lecturer
Examiner	Jeanette Källstrand Eriksson, PhD, senior lecturer
Period	Spring 2016
Pages	25
Key words	Documentation, elderly patient nursing, visual impairment, wellbeing

Abstract

When an elderly patient is treated for illness at a hospital ward, visual impairment may be overlooked and therefore not documented. It´s important to consider visual impairment when it comes to elderly patients where risk of falling and impaired ability to perform their daily activities are a present problems. The nurse ought to document in a way that is contributing to patient safety and good care to ensure quality and continuity of treatment and care. The aim was to investigate the nurses' experiences of nursing documentation and care of patients with visual impairment in geriatric department. The study was a qualitative interview study with semi-structured questions in which nine nurses were interviewed. Data were analyzed using qualitative content analysis. The results showed the importance of asking questions regarding visual ability when a patient arrived at the ward, but there were no routines. Visual impairment was documented using the keyword communication, and was often focused on whether the patients had glasses or any eye disease. The nurses meant that malnutrition, falls, confusion and medication errors were potential risks for patients with visual impairment. Clear communication when performing nursing interventions were considered as of importance. The nurses expressed that they have a holistic view regarding caring, even though many stated that they were focusing on the main cause of the patients’ need of care.

Innehållsförteckning

Inledning 1

Bakgrund 1

Den äldre patienten 1

Teoretisk referensram - Katherine Kolcaba's "Theory of Comfort" 3

Omvårdnadsdokumentation 4

Kommunikation 5

Problemformulering 5

Syfte 6

Frågeställningar 6

Metod 6

Design 6

Urval 6

Datainsamling 7

Databearbetning och analys 7

Forskningsetiska överväganden 9

Resultat 9

Identifiera synnedsättning 10

Att aktivt ställa frågor till patienten 10

Att använda andra källor för att få information 11

Dokumentera synnedsättning 11

Att dokumentera inhämtad information 11

Allt dokumenteras inte 12

Patientsäkerhet 13

Synnedsättning kan missas 13

Risker för fall och malnutrition 13

Guidning 14

Behov av stöd vid dagliga aktiviteter 14

Åtgärder vid försämrad synförmåga 16

Diskussion 16

Metoddiskussion 16

Resultatdiskussion 19

Konklusion och implikation 24

Referenser

Bilagor

Bilaga A: Mall för ankomstsamtal i Melior
Bilaga B: Brev till vårdenhetschef
Bilaga C: Informationsbrev om deltagande i studien
Bilaga D: Intervjufrågor

Inledning

Enligt World Health Organisation (WHO) uppskattas det att 285 miljoner människor över hela världen har någon form av synnedsättning (WHO, 2012). År 2014 beräknades 253 000 personer över 65 år i Sverige ha påverkad synförmåga (Statistiska centralbyrån [SCB], 2014). Forskning visar att inom hemsjukvård görs sämre bedömningar av patienters synnedsättning än bedömning av andra behov (Karlsson, Edberg & Rahm-Hallberg, 2010). Detsamma gäller vid äldreboende, där dokumentation av synnedsättning och omvårdnadsbehov saknades (Sinoo, Kort & Duijnstee, 2012). Sjuksköterskor upplevde sig dessutom ha bristande kunskap om kommunikationssvårigheter och olika typer av kommunikationsstrategier (McGilton, Sorin-Peters, Sidani, Rochon, Boscart & Fox, 2011).

När en patient vårdas inom slutenvård, finns det en risk att synnedsättning förbises och därför inte heller inkluderas i dokumentationen. Trots detta är det viktigt att vara medveten om att synnedsättning är vanligt förekommande hos en äldre patientgrupp där till exempel fall och nedsatt förmåga till att utföra sina dagliga aktiviteter är ett ständigt närvarande problem (Källstrand-Eriksson, Baigi, Buer & Hilding, 2013; Venges-Grue et al, 2009). Det saknas forskning om huruvida frågor ställs kring synnedsättning inom slutenvården och i vilken omfattning det i så fall dokumenteras. Under grundutbildningen till sjuksköterska ägnas mycket liten eller ingen tid åt ögats anatomi, sjukdomar och omvårdnad vid synnedsättning (Högskolan i Halmstad, 2016). Risken finns därför att grundutbildade sjuksköterskor inte har tillräcklig kunskap och förutsättningar för att uppmärksamma synnedsättning hos de patienter de vårdar. Därför vore det av intresse att undersöka hur sjuksköterskor vid geriatriska vårdavdelningar frågar om synförmåga och hur synnedsättning i så fall dokumenteras i samband med ankomstsamtal.

Bakgrund

Den äldre patienten

Befolkningen i Sverige blir allt äldre (SCB, 2013) och detsamma gäller i övriga världen (WHO, 2014; United Nations Population Fund [UNFPA] & HelpAge International, 2012), där äldre vanligtvis definieras som en ålder 65 år och äldre (WHO, 2016; UNFPA & HelpAge International, 2012). Majoriteten av äldre har någon påverkan på synförmågan, vilket både kan vara en naturlig del av åldrandet eller sjukdomar i ett eller båda ögonen (Haanes, Kirkevold, Horgen, Hofoss & Eilertsen, 2014; Laitinen et al., 2010; Vengnes-Grue et al., 2009).

Synnedsättning kan ta sig i uttryck på olika sätt och är inte alltid möjlig att korrigera med glasögon eller kontaktlinser (Newton & Sanderson, 2013). En synnedsättning uttrycker sig olika för olika individer och kan även vid samma diagnos variera från person till person. Synnedsättning kan innebära suddig syn, nedsatt synskärpa, försämrat djup- eller färgseende, fläckar i synfältet lokaliserat centralt i synfältet eller perifert i synfältet (Newton & Sanderson, 2013; Hendry, Farley & McLafferty, 2012; Seewoodhary & Watkinson, 2009). Hos äldre kan orsaken till synnedsättning ofta vara ögonsjukdomar såsom makuladegeneration, katarakt, glaukom och diabetesretinopati, där prevalensen av dessa ökar med stigande ålder (WHO, 2012; Laitinen et al., 2010). Synnedsättning hos äldre kan även vara orsakat av torra ögon (Seewoodhary & Watkinson, 2009) eller vara ett restsymtom efter exempelvis en stroke (Newton & Sanderson, 2013). Synnedsättning är ett av de vanligaste åldersrelaterade tillstånden och även ett av det oftast förbisedda och obehandlade. Ofta ser vårdpersonal och anhöriga synnedsättning som en naturlig del av åldrandeprocessen och därför inte som något behandlingsbart, trots att synnedsättning bidrar mer till funktionsnedsättning än många andra åldersrelaterade tillstånd (Lam & Leat, 2013; Vengnes-Grue et al., 2009).

Känslan av förlust är vanligt förekommande hos äldre, såsom förlust av förmågor, fysisk hälsa och nedsatt funktion i något sinne, det vill säga att kroppen på något sätt inte längre fungerar som den ska (Thumala-Dockendorff, 2014). Äldre människor med synnedsättning upplever olika svårigheter och begränsningar i sin vardag, exempelvis nedsatt förmåga att utföra sina dagliga aktiviteter, nedsatt rörlighet och sämre balans (Haanes et al., 2014; Brouwer, Sadlo, Winding & Hanneman, 2008). Det kan leda till en känsla av förlust av sitt oberoende och därför en känsla av skam, såsom att personen inte vågar be om hjälp. Synnedsättning kan leda till en känsla av osäkerhet i nya miljöer emedan det i en känd omgivning har en mindre påverkan. Många gånger upplever äldre personer med synnedsättning sig inte förstådda av andra människor och vågar eller orkar därför inte beskriva hur synnedsättningen påverkar dem (Haanes et al., 2014; Lam & Leat, 2013; Brouwer et al., 2008).

Äldre patienter, som vårdas inom slutenvård, är ofta sköra och lider många gånger av synnedsättning eller andra typer av funktionsnedsättningar (Vengnes-Grue et al., 2009). I omvårdnaden av en äldre patient, är det viktigt att ta hänsyn till svårigheter orsakade av hög ålder (Hayman, Kerse, La Grow, Wouldes, Robertson & Campbell, 2007). I en svensk studie hade 12,5% av patienterna, som lades in på sjukhus, en synnedsättning (Vengnes-Grue et al., 2009). Dessutom ökar risk för fall och malnutrition vid påverkan på synförmågan (Roche, Vogtle, Warren & O'Connor, 2014; Källstrand-Eriksson et al., 2013). Kunskap om vanligt förekommande ögontillstånd hos äldre samt dess påverkan på dagliga aktiviteter och en medvetenhet om hur synnedsättning påverkar det dagliga livet, kan vara ett stöd för sjuksköterskan i att främja välbefinnande och en patientsäker vård (Watkinson, 2005). Nedsatt syn är en funktionsnedsättning, som påverkar den

fysiska funktionen, såsom aktivitetsförmåga och balans (Hayman et al., 2007). Viktiga uppgifter för sjuksköterskor i vården av äldre patienter, är därför att bedöma hälsa (Nilsson, Lundgren & Furuåker, 2009) samt att ge information och stöd (Norell, Ziegert & Kihlgren, 2013).

Teoretisk referensram - Katherine Kolcaba's "Theory of Comfort"

Kolcaba's Therory of Comfort är en omvårdnadsteori med ett holistiskt perspektiv, som bygger på att patienten ska uppnå välbefinnande (comfort), vilket är det önskade och stärkande resultatet av omvårdnad (Kolbaca, 2010; 2003). Välbefinnande hos patienten är ett av målen med sjuksköterskans arbete sedan början av 1900-talet, eftersom det är ett basalt mänskligt behov i strävan efter ökad hälsa (Dowd, 2013; Kolcaba, 2003).

Objektiva kriterier av välbefinnande är svårt för omgivningen att sätta upp, då begreppet är högst personligt och utgår från en människas livsvärld (Eloranta, Arve, Isoaho, Welch, Viitanen, & Routasalo, 2010; Sarvimäki, 2006). Välbefinnande är en upplevelse av hälsa samt livskvalitet och kan vara närvarande även vid objektiva tecken på ohälsa. Ett välbefinnande är därigenom inte direkt kopplat till frånvaro eller närvaro av sjukdom, utan finns och skapas i sociala relationer, till exempel i relationen med den som vårdar (Svensson, Mårtensson & Hellström-Muhli, 2012). Omvårdnadsåtgärder kan således vara ett stöd till att uppnå välbefinnande. Patienter beskriver ett välbefinnande när sjuksköterskan stannar upp och visar intresse och omtanke för dem som en individ (Lundin, Berg & Hellström-Muhli, 2013). Äldre patienter ser sitt välbefinnande som en existentiell upplevelse, vilken kan skapas eller stödjas med förhållandevis enkla medel där psykiskt välbefinnande förknippas med ett gott åldrande och en viktig dimension för livskvalitet (Eloranta et al., 2010). Enligt Theory of Comfort finns tre former av välbefinnande; "relief", "ease" och "transcendence" (Dowd, 2013; March & McCormack, 2009). Dessa begrepp översätts här som lättnad, lugn och transcendens, där transcendens avser överskridande, en förmåga att ta sig förbi det som från början hindrade välbefinnande. Det slutgiltiga resultatet då transcendens infinner sig är ett tillstånd där personen har förmåga att överskrida sina utmaningar och begränsningar (Dowd, 2013; March & McCormack, 2009).

När en patient kommer till en vårdavdelning, kan behov relaterade till livssituation och funktionsförmåga finnas eller uppkomma, exempelvis fysiska, andliga, sociokulturella eller behov relaterade till omgivningen (Kolbaca, 2010; 2003). Om dessa inte kan tillmötesgås, skapas en påfrestande vårdsituation. I Theory of comfort beskrivs dessa som olika sammanhang där välbefinnande kan uppstå (Dowd, 2013; March & McCormack, 2009). Det finns ett behov av att systematiskt skatta patienters nivå av välbefinnande, då det är något i ständig förändring samtidigt som patientens tillfrisknande påskyndas när välbefinnandet ökar (Svensson et al., 2012; March & McCormack, 2009). För att uppnå välbefinnande är patienten beroende av

sjuksköterskans omvårdnadshandlingar (Kolcaba, 1994; Kolcaba & Kolcaba, 1991). Genom att rutinmässigt dokumentera och utvärdera patientens grad av välbefinnande kan en individuellt anpassad och effektiv omvårdnad uppnås, vilket kan leda till ett ökat välbefinnande för patienten (Kolcaba, 2010).

Omvårdnadsdokumentation

Enligt Patientdatalagen (SFS 2008:355) har sjuksköterskor skyldighet att dokumentera den information som behövs för att patienter skall få en god och säker vård. Dokumentationen skall bland annat innehålla uppgifter om identitet, bakgrund till vård, diagnos och planerade åtgärder. Patientjournalen skall vara en informationskälla för patienten, för uppföljning och utveckling, tillsyn samt uppgiftsskyldighet (SFS 2008:355). Då sjuksköterskan dokumenterar är det viktigt att ta hänsyn till individen samt de egna resurser eller behov av stöd som finns (SFS 1998:531).

Sjuksköterskans dokumentation är en omvårdnadshandling, som beskriver patientens behov samt vilka åtgärder som vidtas, vilka ska utföras på patientsäkert sätt, som i sin tur leder till kvalitet och kontinuitet i behandling och vård (Groves, 2014; Blair & Smith, 2012; Sinoo et al., 2012; Urquhart, Carell, Grant & Hardiker, 2009). Omvårdnadsdokumentation bör innehålla genomförda observationer och beslut samt visa på hälsostatus hos patienten, där sjuksköterskan kritiskt och noga ska värdera vidtagna omvårdnadshandlingar (Groves, 2014; Blair & Smith, 2012). Många sjuksköterskor upplever dock svårigheter att dokumentera enligt de anvisningar och regler som finns, vilket kan bero på arbetsmiljö samt brist på tid, utbildning och gemensamma rutiner, men även kompetens, motivation och skicklighet hos sjuksköterskan (Blair & Smith, 2012; Cheevakasemsook, Chapman, Francis & Davies, 2006). Genom att bedöma äldre patienters förmågor i ett tidigt stadium, ökar möjligheten att se patienten ur ett helhetsperspektiv och utifrån det vidta relevanta omvårdnadsåtgärder (Langdon, Johnson, Carroll & Antonio, 2013).

Det elektroniska patientjournalsystemet Melior är ett av de största och mest använda journalsystemen i Sverige för dokumentation i patientjournaler (SU, 2016a). Ett ankomstsamtal (bilaga A) görs av sjuksköterskan då en patient blir inlagd inom slutenvård (SU, 2016b). Melior använder idag VIPS-modellen i strukturen för omvårdnadsdokumentation, där VIPS står för Välbefinnande – Integritet – Prevention – Säkerhet, vilken utvecklades i Sverige i början av 1990-talet som ett resultat av ett flertal studier (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000). Sjuksköterskor använder sig vid ankomstsamtal av specifika sökord i VIPS-modellen för att säkerställa att all viktig information angående patienten, relevant för omvårdnaden, dokumenteras (Højskov & Glasdam, 2014).

Forskning visar att den medicinska behandlingen tidigare styrde det som ansågs viktigt vid ett ankomstsamtal (Højskov & Glasdam, 2014). Intresset för vem patienten var och hur sjukdomen upplevdes var inte något som uppmärksammades. Inte heller togs någon hänsyn till den specifika individen, vilket var kunskap som behövdes för omvårdnaden. Vid införandet av VIPS-modellen ökade sjuksköterskornas förståelse för omvårdnadsprocessen och genom att använda modellen förbättrades sjuksköterskornas analytiska förmåga och dokumentation signifikant, samtidigt som kunskapen om patienters omvårdnadsdiagnos, mål och interventioner ökade (Darmer, Ankersen, Nielsen, Landberger, Lippert & Egerod, 2006; Darmer, Ankersen, Nielsen, Landberger, Lippert & Egerod, 2004).

Kommunikation

Kommunikationen hos en äldre person förändras vanligtvis åldrande på grund av sjukdom, men kan även vara en del av ett naturligt åldrande och kan därför innebära ett ökat hjälpbehov (Christman, 2014; Yorkston, Bourgeois & Baylor, 2010). Kommunikation beskrivs som extra viktigt hos äldre, eftersom den många gånger begränsas av olika fysiska eller psykiska nedsättningar, vilket i förlängningen kan försvåra möjligheten att identifiera och tillgodose behov av omvårdnad (Haanes et al., 2014; Yorkston et al., 2010). Olika former av kommunikationssvårigheter förekommer, varav synnedsättning är en, som sjuksköterskan bör ta i beaktande och vidta åtgärder för att hantera svårigheter till följd av detta (Yorkston et al., 2010).

Effektiv kommunikation är grunden för en relation mellan sjuksköterska och patient med syfte att ge god omvårdnad vid sjukhusvistelse (Groves, 2014; McGilton et al., 2011; Sheldon, Barrett & Ellington, 2006). Det är av stor vikt att bedöma styrkor och svagheter i patientens kommunikation, eftersom såväl verbala och ickeverbala kommunikationssätt leder till ökad effektivitet och minskad frustration hos båda parter (Christman, 2014). Kommunikation är dessutom ett av sökorden i Melior vid dokumentation av bland annat ankomstsamtal. Under sökordet kommunikation skall information om förmåga att förstå och göra sig förstådd, tolkbehov samt eventuell syn- och hörselnedsättning och hjälpmedel relaterat till detta, dokumenteras (Ehnfors et al., 2013).

Problemformulering

För att uppnå välbefinnande hos patienten samt upprätthålla patientsäkerhet vid en vårdavdelning med äldre patienter, är en förutsättning att individuella och specifika omvårdnadsbehov identifieras och dokumenteras. Sjuksköterskors uppfattning om synnedsättning och hur den dokumenteras återfinns inte i litteraturen. Därför vore det av

intresse att belysa sjuksköterskor uppfattning om omvårdnad i där när olika ögontillstånd förekommer och hur dessa dokumenteras.

Syfte

Syftet var att undersöka sjuksköterskans erfarenheter av omvårdnadsdokumentation samt omvårdnad av patienter med synnedsättning vid geriatrisk avdelning.

Frågeställningar

Vilka rutiner finns det för att fråga om patienters syn och synnedsättning i samband med ankomstsamtal?

Hur dokumenteras syn och synnedsättning samt omvårdnadsbehov relaterade till detta i samband med ankomstsamtal?

Vilka risker uppfattar sjuksköterskan att en ej dokumenterad synnedsättning kan medföra för patienten?

Metod

Design

Studien är en deskriptiv kvalitativ intervjustudie då önskan var att utforska erfarenheter och upplevelser hos sjuksköterskor. Den kvalitativa metoden är flexibel och strävar efter att förstå en helhet hos det fenomen som studeras (Polit & Beck, 2016). Ansatsen var induktiv, då de specifika delar som observerades och erfors under intervjuerna, önskades analyseras till en mera generell helhetsbild av fenomenet (Elo & Kyngäs, 2008).

Urval

Ett ändamålsenligt urval eftersträvades, eftersom det var önskvärt med deltagare som har kunskap och är reflekterande (Polit & Beck, 2016). För att få sjuksköterskor som informanter till studien skickades brev (bilaga B) till vårdenhetschefer vid tre geriatriska vårdavdelningar vid ett sjukhus i västra Sverige, eftersom där vårdas inte patienter primärt för olika ögontillstånd.

En vårdenhetschef hörde själv av sig med intresse att delta, men för att utöka antalet informanter togs ny kontakt via telefon med de vårdenhetschefer som inte svarade. Efter det gav ytterligare en av vårdenhetscheferna sitt samtycke till att delta. När antalet

informanter ansågs vara tillräckligt, gjordes inget ytterligare försök till kontakt med den sista vårdenhetschefen. Vårdenhetscheferna förmedlade information till avdelningens sjuksköterskor, som därefter fick anmäla sitt intresse för att delta i studien. En önskan om spridning och variation eftersträvades avseende sjuksköterskornas ålder, erfarenhet inom yrket, samt erfarenhet av arbete inom geriatrisk vård (Polit & Beck, 2016; Kvale, 1997). Exklusionskriterier var utbildning såsom Specialisering inom oftalmologisk omvårdnad eller erfarenhet av arbete inom ögonsjukvård då studien skulle spegla geriatrisk slutenvård. De sjuksköterskor, som anmälde sitt intresse för att delta uppfyllde de uppsatta inklusions- och exklusionskriterierna. Informationsbrev och samtyckeblankett (bilaga C) skickades därefter ut till vårdenhetscheferna, som vidarebefordrade dessa till de aktuella sjuksköterskorna. Informanterna var kvinnor i åldern 26-57 år med en erfarenhet som sjuksköterska mellan 1,5–23 år. Sex sjuksköterskor hade endast arbetat vid den aktuella geriatriska avdelningen och tre hade erfarenhet av arbete vid andra vårdavdelningar. En av sjuksköterskorna hade specialisering inom medicin och två kom ursprungligen från annat land än Sverige.

Datainsamling

Nio semistrukturerade intervjuer genomfördes under en tvåveckorsperiod under sjuksköterskornas arbetstid, med en till två intervjuare i ett avskilt rum i anslutning till arbetsplatsen. Intervjuerna tog cirka 10-15 minuter och spelades in varefter de transkriberades i nära anslutning till intervjuerna. Varje intervju inleddes med en presentation av ansvariga för studien, studiens syfte och etiska överväganden. Därefter följde en genomgång av innebörden av informerat samtycke och deltagarna fick möjlighet att ställa eventuella frågor innan de skrev under. Intervjuerna inleddes med frågan: ”Vilka rutiner finns på din avdelning gällande att vid ankomstsamtal fråga om patienters syn/synnedsättning?” Vidare ställdes frågor inom områdena: ankomstsamtal, dokumentation, riskbedömning, utvärdering och konsekvenser för patienten (bilaga D).

Databearbetning och analys

Insamlad data analyserades genom kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundmans (2004) modell, vilken innebär ett tolkande av det synliga, manifesta textinnehållet eller av det dolda, latenta för att skapa förståelse kring ett fenomen (Graneheim & Lundman, 2004). I denna studie används manifest innehållsanalys. Innehållsanalys är en väl använd forskningsmetod inom den kvalitativa forskningen och har flera användningsområden, exempelvis beskrivning av hur ett fenomen uppfattas, hur något kommuniceras, för att beskriva egenskaper samt undersöka vad något innebär.

Det inspelade materialet transkriberades ordagrant för att inget av dess ursprungliga mening skulle gå förlorad (Polit & Beck, 2016). Därefter lästes det igenom av alla författare var för sig ett flertal gånger för att på så vis skapa en grundlig förståelse för innehållet (Graneheim & Lundman, 2004). Då en förtrogenhet med materialet skapades

diskuterades innehållet mellan författarna och därefter påbörjades arbetet med att identifiera kategorier med stöd av återkommande likheter, naturliga mönster eller variationer. Relevanta delar ur intervjuerna delades in i meningsenheter (se figur 1). Därefter kondenserades dessa och överflödig information från de kondenserade meningsenheterna skalades bort varefter de kodades. Under hela förloppet har en försiktighet iakttagits med en ständig återkoppling till huvudinnehållet för att säkerställa att inget av innehållet gick förlorat. Koderna jämfördes och diskuterades för att se skillnader och likheter. Kategorier skapades, som sedan blev rubriker i resultatet.

Figur 1: Exempel på meningsenhet, kondenserad meningsenhet, kod och kategori.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori
”Vi brukar ju fråga om de ser dåligt och ja när de kommer. Säger de att de har dålig syn så kanske man frågar om de har glasögon och om de har några hjälpmedel. Men annars är det inte så mycket utvecklande kanske”.	Vi brukar fråga om de ser dåligt när de kommer. Säger de att de har dålig syn kanske man frågar om de har glasögon eller hjälpmedel. Annars är det inte så mycket utvecklande.	Frågar om de ser dåligt. Vid nedsatt syn ställs frågor om hjälpmedel.	Identifiera synnedsättning
”… då kan vi skriva till exempel blind vänster öga eller synnedsättning. Använder glasögon eller använder läsglasögon…”	Vi kan skriva om patienten är blind eller har synnedsättning, om patienten använder glasögon.	Synnedsättning och användande av glasögon dokumenteras.	Dokumentera synnedsättning
”Det är ju det med att man kan gå och ramla. Jag menar man ser inte saker som man ställer fram och mediciner tappas… ökad fallrisk och risk att man inte får i sig den medicinen… ”	Man kan gå och ramla. Man ser inte saker som ställs fram och mediciner tappas. Ökad fallrisk och risk att man inte får i sig medicinen.	Risk för fall och att mediciner tappas eller inte tas.	Patientsäkerhet

”Jag tänker på hur man har det kring patienten och vad den klarar och inte klarar… man kan bara inte lämna någonting framför dem … kanske måste guida och hjälpa till en toalett”	Jag tänker på hur man har det kring patienten. Vad de klarar av och inte, att man inte bara kan lämna något framför. Kanske behövs guidning och hjälp.	Att tänka på hur miljön är kring patienten. Hjälp och guidning kan behövas.	Guidning

Forskningsetiska överväganden

Lokal etikprövning är gjord vid Högskolan i Halmstad, Lokala etikprövningsgruppen inom omvårdnad vid Akademin för hälsa och välfärd. Brev (bilaga B och C) innehållande syfte, metod och huvudman skickades i förväg ut via vårdenhetschefer till informanterna. Dessutom fanns information om handhavande av insamlad data samt informerat samtycke (World Medical Association, 2013; Northern Nurses’ Federation, 2003). Sjuksköterskorna informerades om sin rätt att avgöra om de ville delta i studien eller inte och att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan att ange orsak om så önskades. I enlighet med Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2013) fick de även i samband med intervjuerna muntlig och skriftlig information om studien och informerat samtycke, samt skriva under den innan intervjuerna startade. Dessa dokument hade de även fått ta del av tidigare i samband med tillfrågan om deltagande i studien.

Det fanns en risk att de intervjuade sjuksköterskorna skulle känna sig ifrågasatta i sin yrkesroll och i sin kompetens avseende omvårdnad av patienter med synnedsättning, då frågor kring detta ställdes av blivande ögonsjuksköterskor. Dock ansågs risken som minimal, eftersom ICN:s etiska kod för sjuksköterskor följdes, där det står att sjuksköterskan ska verka för gott samarbete och respekterar kollegor och medarbetare (International Council of Nurses, 2012). Denna etiska kodex belyser hur sjuksköterskor bör förhålla sig till de som intervjuas, då de kan ses som kollegor. Vid varje intervju gavs därför noggrann information studien och dess syfte, samt hur urvalet gått till. Detta för att undvika en känsla hos de intervjuade som att deras kompetens och yrkeskunnande ifrågasattes. Trots ovan nämnda risker överväger nyttan med studien, då resultatet kan bidra till förbättring av omvårdnaden och dokumentationen som i sin tur gynnar både patienter och sjuksköterskor.

Resultat

Identifiera synnedsättning

Gemensamt för samtliga sjuksköterskor som intervjuades, var att de ansåg att det var viktigt att ta reda på patientens synfunktion, då det var av betydelse för omvårdnaden av patienterna. En del uttryckte att många patienter själva berättade om sin synnedsättning utan att få frågan. En anledning till det ansågs vara att de behövde mycket stöd och att de därför ville förvissa sig om att det framkom tidigt under vårdtiden. Alla patienter var inte själva kapabla att berätta om en eventuell synnedsättning, vilket ansågs kunna bero på nedsatt allmäntillstånd, nedsatt minne, skamkänsla eller kraftig medicinering.

”Men det är klart att nämner de inget, ja då är det klart att vi frågar om de använder glasögon.”

”… det [synnedsättning] *brukar vara en av de första sakerna en patient berättar om sig själv när man sitter och pratar*.”

Att aktivt ställa frågor till patienten

Alla sjuksköterskor frågade om patienten hade glasögon och en del av sjuksköterskorna ställde även frågor med syfte att fastställa om patienten använde läsglasögon eller behövde använda sina glasögon hela tiden.

”Säger de att de har dålig syn så kanske man frågar om de har glasögon och hjälpmedel.”

Den främsta anledningen till att fråga om patienternas syn, uppgavs vara kopplingen till fall. De uppgav att synen är en viktig aspekt i vården av patienter med ökad risk för fall. Detta eftersom många av patienterna som vårdades vid avdelningarna inkom med frakturer orsakade av fall. En del sjuksköterskor nämnde även att de frågade patienter om ögonsjukdomar såsom katarakt, glaukom, ögoninfektion eller om patienten hade ögonprotes. Andra frågor som ställdes är om patienter hade synfältsbortfall när de pratade om måltidssituationer och administrering av läkemedel.

”Ofta får man … om man har en sjukdom i ögat, en rapport kanske från akuten. Om man opererat ögat, någon ögonsjukdom eller någonting. Eller så frågar man dem det när man frågar om sjukdomar de har eller har haft.”

Synen var enligt de flesta inte något som de fokuserade på i första hand, utan det kom istället efter orsaken till det patienterna var inlagda för.

”Allmänt tror jag att det är så att vi inte tänker på synnedsättning. Man är så fokuserad på smärtlindring och allt annat som ska göras.”

Att använda andra källor för att få information

I första hand frågade sjuksköterskorna patienten själv, men när patienten av olika anledningar inte själv kunde svara, var ofta anhörig eller personal från äldreboende med och kunde svara. Andra källor till information var journalanteckningar, där tidigare sjukdomar i ögat eller andra tillstånd, exempelvis att patienten har ögonprotes fanns dokumenterat. Vid vissa tillfällen medföljde även ett rapportblad från patientens boende eller sjuksköterska i hemsjukvård som kunde komplettera inhämtningen av information.

”... om de har någon sjukdom eller att de kommer in med protes eller så, för då kommer det ju med på läkaranteckningen.”

Dessutom rapporterade sjuksköterskan, men även andra personalkategorier, muntligt till varandra som en källa till information om patienters syn och synnedsättning. Olika personalkategorier inhämtade information och delade denna muntligt med varandra, vilket ofta blev vanligare ju längre patienten varit inlagd.

”Vi kanske är dåliga på att dokumentera men vi överför det muntligt till varandra.”

Dokumentera synnedsättning

Att dokumentera inhämtad information

Sjuksköterskorna, som intervjuades, använde sig av sökordet ”kommunikation” när de dokumenterade patientens synförmåga genom att skriva ”har glasögon” och ”nedsatt syn”. Någon utförligare dokumentation angående synförmåga gjordes i de flesta fall inte vid ankomstsamtalet om inte patienten uttryckte något ytterligare.

”Jag skriver under sökorden, ’använder läsglasögon’ eller ’använder glasögon hela tiden’. ’Har de med sig’ eller ’har inte med sig’.”

Ungefär hälften av sjuksköterskorna gjorde en fallriskbedömning vid ankomstsamtalet där även synnedsättning ingick som riskfaktor. Några uppgav att de dokumenterade om patienten hade någon ögonsjukdom eller besvär från ögonen, såsom exempelvis glaukom, infektion i ögat, blind på ena ögat, synfältsbortfall, torra ögon, såg suddigt eller opererad för grå starr.

En av sjuksköterskorna sa att synnedsättning även dokumenterades under sökordet ”aktivitet” när patienterna var begränsade på grund av nedsatt synförmåga, exempelvis om det fanns behov av ledsagning eller stöd vid dagliga aktiviteter. Några

sjuksköterskor dokumenterade om patienten hade någon ögonsjukdom eller hade genomgått någon ögonoperation i anslutning till sökordet ”hälsohistoria, vårderfarenhet” om det var en beskrivning av patientens sjukdomsbild eller tidigare vårderfarenhet som önskades.

”… sen står det ju också i tidigare sjukdomar… nedsatt syn eller glaukom.”

Allt dokumenteras inte

Främsta orsaken till att allt inte dokumenterades, ansågs bero på att fokus inte låg på patientens synnedsättning utan på orsaken till att patienten blev inlagd. I den akuta situationen gjordes många gånger en prioritering, där fokus lades på det som för stunden ansågs mest angeläget.

”Jo det gör vi nog många gånger [missar att fråga om synnedsättning]. *Men det är väl kanske för att det inte är något vi ser. Och kanske inte är det som är primärt att behandla när de kommer.”*

Då det ofta kom flera patienter samtidigt, uppfattades det som en anledning till varför syn och synnedsättning inte alltid uppmärksammades i samband med inläggning på vårdavdelning. Dock kompletterades dessa uppgifter ofta senare under vårdtillfället när mer tid fanns att skaffa information. Enligt några sjuksköterskor var det vanligt att rapportera muntligen kollegor emellan istället för att skriftligt dokumentera omvårdnadsåtgärder, eftersom allt inte ansågs behövas finnas med i den skriftliga dokumentationen. En del menade att mer skulle behöva dokumenteras, men tidsbristen innebar svårigheter att hinna med och att annat prioriterades istället. Några ansåg sig vara dåliga på att dokumentera till följd av tidsbrist, stress och personalbrist.

”Det är mycket muntligt… det är mycket som man inte skriver också… det har vi lärt oss, att man skriver inte mycket, det ska vara exakt lite. ”

”Brist på tid… ibland är det brist på tid. Och vi är dåliga på att dokumentera också. Ibland hade vi så mycket på avdelningen och vi hann inte skriva.”

Att det inte fanns några tydliga rutiner för dokumentation av synnedsättning var något som nästan hälften av sjuksköterskorna uppfattade som en anledning till att de inte alltid dokumenterade. En sjuksköterska uttryckte en önskan om att sökord för just syn och synnedsättning var lite mer specifika.

”Egentligen tycker jag att det borde stå som ett eget sökord… det borde ju finnas. Det är ju lika viktigt att veta.”

Patientsäkerhet

Synnedsättning kan missas

Det framkom att flera sjuksköterskor upplevde att det fanns brister i journalsystemet, som försvårade arbetet och frågor vid ankomstsamtalet missades därför lätt. Det fanns inte något specifikt sökord i Melior för syn, utan det dokumenterades under kommunikation, vilket även innefattade många andra uppgifter såsom huruvida patienten kunde förstå och göra sig förstådd, behövde tolk, hade nedsatt hörsel samt hjälpmedel relaterat till detta.

”Där [i ankomstsamtalet] *finns inget, liksom, just kring syn direkt, utan det är ju kommunikation. Då tror jag det är lätt att missa, för man skriver ’adekvat’ eller ’hör dåligt’. Och då kanske man missar synnedsättningen. Eller ’har glasögon’ men man vet inte hur dåligt de ser.”*

Att det kunde röra sig om missar i kommunikation belystes som en anledning till att synnedsättning inte uppmärksammades, vilket kunde bero på brist i kommunikation mellan patient och personal eller i kommunikation mellan personalen.

”man missar den kommunikationen mellan varandra också. Undersköterska och patienten … eller tvärt om sköterska – undersköterska.”

Även patienterna själva uppgavs vara en orsak till att synnedsättning missas vid ankomst, eftersom de inte själva berättade om sin synnedsättning om de inte fick en direkt fråga. Sjuksköterskorna nämnde flera troliga anledningar till detta, såsom att patienterna inte tyckte det var viktigt för personalen att känna till, att de inte ville vara till besvär, att de tyckte att det var ett handikapp och inte ville berätta, eller att de ibland inte hade insikt i att de faktiskt såg dåligt. Ytterligare nämndes att patienten vid inläggning kunde ha ont, hade fått mycket smärtlindring eller varit förvirrade i den nya miljön och därför glömt att berätta det. Många gånger var det också mycket som hände samtidigt vid inläggning och att patienten träffade många personer, som frågade olika saker.

”Den här patientgruppen är ju också väldigt så att de inte vill vara till besvär. De berättar inte så mycket, utan räknar med att vi ska veta allting. Så ofta brukar de inte säga så mycket.”

Risker för fall och malnutrition

Alla sjuksköterskor var överens om att det var förenat med risk för patienten om synnedsättning missades vid ankomstsamtal, eftersom synen var viktig i helhetsbedömningen av patienten.

”… i det stora hela så är det de ögonen en av de viktigaste.”

Fallrisk nämndes av alla sjuksköterskor som en av de främsta riskerna för patienter med nedsatt syn, eftersom även en liten synnedsättning gav ökad fallrisk. Patienterna kunde snubbla, ramla gå in i saker och slå sig. I samband med riskbedömning för fall, var synen en riskfaktor, eftersom fall var vanligt i den här åldersgruppen. Det drogs en parallell mellan ökad risk för fall om patienten inte ser och att den ökade ytterligare om en synnedsättning blir förbisedd.

”Det första jag tänker på är ju fall. Att man inte är medveten om att det [nedsatt syn] *faktiskt kan leda till fall… Om man inte ser någonting och går in i något för att man inte ser det. Det tror jag är den största risken bland våra patienter.”*

”… om de ramlar då kan man ju se, är det en anledning till att du ramlar att du inte ser?”

Majoriteten av sjuksköterskorna upplevde att måltider kan vara ett problem när patienter såg dåligt. Det rådde en uppfattning hos flera sjuksköterskor om att patienter med nedsatt syn hade svårigheter att äta själva och ibland kunde bli sittande och inte få i sig maten. I flera fall berättades om att det var i samband med måltider det upptäckts att patienten hade en synnedsättning. I förlängningen, om synnedsättningen inte uppmärksammades, fanns risk för undernäring och viktnedgång.

”det är ju ibland som man märker att de, jamen, den äter ju inte… då har det ju missats. Är det för att den inte ser, ser de så dåligt att de inte ser maten? Det har ju hänt att de inte hittar maten. Det är väl ingen ’hit’ kanske, att de inte hittar maten.”

Guidning

Behov av stöd vid dagliga aktiviteter

Då frågor ställdes om patienters behov av stöd vid synnedsättning började sjuksköterskorna reflektera över sitt sätt att arbeta när de vårdar patienter med synnedsättning. Majoriteten av sjuksköterskor uppgav att de ansåg det vara viktigt att dokumentera om patienten behövde extra hjälp eller guidning i olika situationer. Nästan hälften av sjuksköterskorna beskrev att det var viktigt att ha uppsyn över patienten och god kommunikation vid administrering av läkemedel för att säkerställa att patienten fick i sig sina mediciner.

”… att man behöver guidning och hjälp med vissa moment om man inte kan se eller klara sig då. Små tabletter kan vara svåra att se, fel färger ... Jag vet inte om man kanske dokumenterar det så eller om jag gör det.”

En stor andel av sjuksköterskorna uppgav även att patienterna kunde behöva hjälp vid måltider då de kunde ha svårt att se maten. Sjuksköterskorna använde sig av olika klockslag, när de vid måltiderna skulle förklara för en patient med synnedsättning var på tallriken maten låg och var glaset stod. Enligt en sjuksköterska var detta en metod som många på avdelningen använde sig av.

”Kanske tala om det här med klockan, var grejerna är. Klockslagen du vet, förklara. Det är många som använder det att klockan ett står glaset, sådana tips. Det har man ju lärt sig.”

Det poängterades att kommunikationen var viktig, exempelvis på vilken sida om patienten sjuksköterskan stod vid samtal samt vikten av att vara tydlig och förklara exempelvis måltider och rummets utseende. Någon tog upp färger och miljöns betydelse för patienter med nedsatt syn, exempelvis olika färger på tallrik och bricka för att skapa kontraster. Många av sjuksköterskorna upplevdes veta hur de skulle ge patienter med synnedsättning en god omvårdnad även om dessa omvårdnadshandlingar inte alltid dokumenterades.

”Jag gör säkert mer än vad jag tänker på. Det finns ju så små grejer, som att man tänker på vart man finns om patienten är blind på ena ögat. Vart man positionerar sig för att få bra kommunikation och sådana saker.”

Sjuksköterskorna nämnde att de i arbetet med patienten främst inriktade sig på det patienten kommit in för och inte lika mycket till annat, men under intervjuernas gång visade det sig ändå att de flesta hade en helhetssyn på patienten i sitt arbete och utförde ett flertal omvårdnadsåtgärder, många relaterade till synförmåga, utan att tänka på det.

”Vi försöker ju tänka på hela patienten och då blir det att man gör bedömningar utifrån en massa saker. Jag gör säkert mer än vad jag tänker på.”

Att be anhöriga ta med patientens glasögon om dessa inte följde med till avdelningen, nämndes av flera sjuksköterskor som viktigt. Att putsa glasögonen, markera dem med namn och se till att de fanns med till operation eller uppvakningsavdelning nämndes också som viktiga åtgärder.

”… så försöker jag ju verkligen namna upp dem [glasögonen] *så de får med sig dem ner till uppvaket så de inte vaknar upp och är förvirrade och så ser de dessutom inte…”*

Åtgärder vid försämrad synförmåga

Det framkom en medvetenhet hos sjuksköterskorna om att uppmärksamma ögonrelaterade besvär då de visade sig vara observanta på nytillkomna symtom från ögonen för att minska risken för ytterligare synnedsättning om inga åtgärder vidtogs. Då nytillkomna ögonbesvär, som infektion och synnedsättning uppmärksammades under vårdtiden nämnde flera sjuksköterskor att det fanns rutiner för att kontakta ögonmottagningen för konsultation.

”Om patienten blir infekterad på den tiden som patienten är hos oss, med ögoninfektion och så, tar vi hand om det. Rutiner att kontakta ögon och så finns.”

Det fanns tillfällen där synnedsättningen redan fanns sedan tidigare, men inte uppmärksammades förrän patienten kom till sjukhus, exempelvis om patienten ramlade hemma på grund av nedsatt syn. I dessa fall vidtogs åtgärder för att patienten skulle få komma till optiker eller ögonläkare på kontroll.

”Att få rätt hjälpmedel eller att få komma till ögon och kontrollera. Och är det något de kan hjälpa till med för att förbättra synen.”

Behov av extra insatser i hemmet efter utskrivning från sjukhuset kunde bli aktuellt när nedsatt syn var uppmärksammad i samband med vårdtillfället.

”Att man behöver uppmärksammar om man behöver hjälp för synens skull. Så att det inte är så att man förbiser att någonting kan bero på att synen är dålig eller att man behöver extra insatser, hjälp, för att man inte ser.”

Diskussion

Metoddiskussion

För att besvara studiens syfte, valdes en deskriptiv kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats då önskan var att studera helheten i det upplevda och erfarna. Inom kvalitativ forskning används begreppen trovärdighet, pålitlighet, och överförbarhet för att beskriva olika aspekter av tillförlitlighet (Graneheim & Lundman, 2004). Kvalitativa studier och kvalitativ innehållsanalys är deskriptiva och har inte en helt disciplinär tradition (Polit & Beck, 2016). Metoden bedömdes vara den mest relevanta för att besvara syftet, då meningen inte var att testa en teori eller modell. Att välja den metod som är mest relevant för syftet är vikt för att säkra trovärdigheten (Graneheim & Lundman, 2004).

Information om studien skickades ut till vårdenhetschefer vid tre geriatriska avdelningar på ett sjukhus i västra Sverige, som i sin tur informerade sjuksköterskor om studien varefter de som frivilligt ville delta i studien bokades för intervjuer. Genom användandet av inklusions- och exklusionskriterier samt önskan om spridning i ålder och arbetslivserfarenhet hos informanterna, uppnåddes ett ändamålsenligt urval. Att en variation av etnicitet förekom bland deltagande sjuksköterskor uppfattades av ansvariga för studien som positivt då många sjuksköterskor av olika etnicitet arbetar på valt sjukhus i västra Sverige, detta kunde bidra till att spegla ett representativt urval för sjukhuset och samhället. Stor variation i urvalet eftersträvas inom kvalitativ forskning när helheten av ett fenomen ska belysas samt att identifiera viktiga mönster. Ett slumpmässigt urval bör inte användas i kvalitativa studier då det kan äventyra studiens giltighet (Polit & Beck, 2016; Kvale, 1997). Däremot visade det sig att de sjuksköterskor som intervjuades var ett representativt urval. Då intervjuarna själva inte informerade sjuksköterskorna, fanns det ingen möjlighet att avgöra om det förekom något bortfall.

Semistrukturerade intervjuer används när frågeställningarna är flera och när intervjun måste täcka dessa (Polit & Beck, 2016). Frågorna, som ställdes under intervjun, var semistrukturerade vilket gav utrymme till informanterna att uttrycka sig samt att författarna under tiden kunde ställa följdfrågor för att få utförligare svar och på så sätt säkerställa att syftet med studien uppfylldes. Användandet av i förväg formulerade frågor, innebar att samma frågor ställdes till alla intervjudeltagare. Intervjuarnas uppgift var att under intervjun få sjuksköterskorna att tala fritt till varje fråga (Polit & Beck, 2016). Följdfrågor ställdes när författarna upplevde att den intervjuade inte hade något mer att säga om den aktuella frågan eller om intervjuarna önskade förtydligande angående någon fråga.

Ett annat sätt för kvalitativ datainsamling är frågeformulär (Polit & Beck, 2016), vilket var ett alternativ, men som valdes bort då intervjufrågorna var väl formulerade för att besvara syftet. Enligt Polit & Beck (2016) är de som svarar på frågeformulär mindre villiga att skriva några längre svar på öppna frågor. Utifrån detta bedömdes att materialet skulle bli för litet om frågeformulär användes som datainsamlingsmetod och hade därför krävt betydligt fler deltagare i studien. Med tanke på den tid som stod till förfogande, hade denna datainsamlingsmetod varit orimlig. Dessutom är risken att missförstå frågor är mindre vid en intervju (Polit & Beck, 2016).

Ansvariga för studien arbetar vid en vårdavdelning med ögonsjukvård som specialitet, där det dagligen innebär att ha ankomstsamtal med patienter genom att intervjua och sedan dokumentera den information som framkommer (SU, 2016b). En medvetenhet fanns om att samtal med en patient vid ankomstsamtal och intervju för en studie inte är jämförbara, men vanan av att systematiskt ställa frågor kunde vara en fördel.

Intervjufrågorna var noga förberedda avseende formulering och ordval, vilket innebar att ansvariga för studien var förtrogna med frågorna varvid någon pilotintervju inte genomfördes. En risk för att resultatet påverkas finns när den som intervjuar har en förförståelse för det som studeras (Polit & Beck, 2016). Att ha erfarenhet av dokumentation kring patienter med olika ögontillstånd är en del i den förförståelse, som ansvariga för studien var medvetna om och som diskuterades, för att den inte skulle påverka intervjuerna.

Varje intervju inleddes med att informera om studiens syfte, det frivilliga deltagandet och möjligheten att utan ange orsak, avbryta sitt deltagande. Genom att sjuksköterskorna även erhöll samma information, säkrades autonomiprincipen. Autonomiprincipen är enligt Helsingforsdeklarationen en grundläggande etisk princip inom forskning (World Medical Association, 2013). Under intervjuerna upplevdes en del sjuksköterskor nervösa. Genom att åter igen påtala att allt som sades behandlas konfidentiellt och att frågorna inte handlade om att ifrågasätta deras kompetens, uppfylldes den del av ICN:s etiska kod för sjuksköterskor, som beskriver hur en sjuksköterska bör uppträda gentemot kollegor och medarbetare (International Council of Nurses, 2012). Detta bidrog även till ett mer avslappnat samtalsklimat. Att inte vara fler än två intervjuare och att endast en ställde frågor, ansågs motverka känslan hos sjuksköterskorna av att vara i underläge. Trots ovan nämnda risker, anses vinsterna med studien vara övervägande med tanke på möjlighet att utveckla sjuksköterskans kompetens, vilket gynnar både sjuksköterska och patient.

Sex av intervjuerna genomfördes med två intervjuare närvarande med undantag av de tre sista intervjuerna, som utfördes med enbart en intervjuare. Det var en av intervjuarna från de första, som genomförde de tre sista intervjuerna, och därför kändes det bekvämt att utföra dem självständigt. Huruvida resultatet påverkades av detta är oklart. Möjligen kunde den som intervjuades svara utförligare på frågorna, när två intervjuare kunde bidra till att ytterligare följdfrågor ställdes. Att vara ensam i en intervjusituation med två intervjuare kunde däremot innebära en känsla av underlägsenhet, vilket undveks i de tre sista intervjuerna. När intervjuerna transkriberades, upplevdes dock att det material som framkom var utförligt och relevant för syftet, vilket tyder på att resultatet inte påverkades av antalet närvarande i samband med intervjuerna.

Ytterligare en svaghet i studien var att antalet informanter endast var nio sjuksköterskor. Antalet sjuksköterskor, som intervjuades, begränsades till nio stycken eftersom studien var en pilotstudie. Den första intervjun varade 15 minuter och påföljande intervjuer mellan 10-15 minuter, vilket inte stämde överens med den ursprungliga tanken om att intervjuerna skulle vara längre. Att intervjuerna tog kortare tid än beräknat, kunde bero på att informanterna i studien var öppna och hade lätt för att uttrycka sig. Om informanterna har förmåga att reflektera och har en effektiv kommunikation, kan

mättnad av data uppnås av ett relativ litet urval (Polit & Beck, 2016). En annan aspekt, som kunde påverka tiden, var att intervjuarna var noga med att inte avbryta sjuksköterskorna under intervjuerna. Detta i sin tur kunde leda till att mycket information inhämtades på kortare tid än beräknat. Intervjuarna började innan transkribering påbörjades, att fundera över att ta kontakt med ytterligare en avdelning inom geriatriken för att öka storleken på studien. Forskning visar att urvalets storlek ofta baseras på behovet av data till studien (Polit & Beck, 2016). Kvalitet på data kan påverka storleken på urvalet. Efter att ha genomfört och transkriberat alla intervjuer, upplevde författarna dock att den mängd data som var insamlad var informationsrik och av sådan kvalitet att det inte skulle utgöra några hinder för resultatets tillförlitlighet. Därför genomfördes inga ytterligare intervjuer.

Det finns inga universella regler för bearbetning av kvalitativ data (Polit & Beck, 2016), men att använda sig av kvalitativ innehållsanalys innebär att analysera berättande data för att identifiera teman och mönster inom dessa. Den ansågs lämplig, eftersom sjuksköterskorna delgav sina erfarenheter och upplevelser av omvårdnadsdokumentation och omvårdnadshandlingar i samband med vård av patienter med synnedsättning. Inspelningarna transkriberades i nära anslutning till intervjutillfället för att ha en aktuell minnesbild av intervjuerna, vilket ökade pålitligheten i metoden. Under databearbetningen lyssnade alla författarna igenom intervjuerna och transkriberingen delades upp mellan intervjuarna. Genom att var för sig lyssna till och läsa alla transkriberade intervjuer, skapades en grundlig förståelse av materialet. Bearbetningen av den framkomna texten delades upp och diskuterades sedan igenom för att åter analyseras, kondenseras, kodas och kategoriseras för att skapa de slutgiltiga kategorierna. Om databearbetarna bidrar med kompletterande kunskap och färdigheter, kan tolkning och analys dra nytta av olika perspektiv, vilket ökar trovärdigheten i studien (Polit & Beck, 2016). Att vara tre ansvariga för studien kunde därför ses som en styrka, då det bidrog till en ökad trovärdighet genom att individuell tolkning kunde undvikas.

En studie anses vara pålitlig om det som framkommer i studien kan återskapas med liknande deltagare och under liknande omständigheter (Polit & Beck 2016; Graneheim & Lundman, 2004). Tillförlitlighet av studien inkluderar frågan om överförbarheten av resultatet till andra grupper och situationer. Antalet deltagare i studien begränsar överförbarheten, men genom att använda sig av de frågor som ställdes tillsammans med en väl beskriven metod anses dock studien vara replikerbar i annan kontext.

Resultatdiskussion

Resultatet visade på att sjuksköterskorna ansåg att ställa frågor kring patienters syn och synnedsättning var av stor vikt vid ankomstsamtal, även om patienterna i många fall själva tog upp detta och att det i andra fall krävdes att sjuksköterskan ställde frågan.

Allmänna rutiner för att uppmärksamma synnedsättning vid ankomstsamtal fanns inte, men alla sjuksköterskor frågade om patienten hade glasögon. En tydlig aspekt av det som framkom i resultatet, var just det att sjuksköterskorna fokuserade på huvudorsaken till vård. De flesta sjuksköterskorna uppgav inte synnedsättning som ett av de primära problemen vid vård av äldre patienter och uppmärksammades därför först senare under vårdtiden. En möjlig anledning till att sjuksköterskorna inte fokuserade på synnedsättning kan vara att de ofta möter patienter med komplexa omvårdnadsbehov och där fokus är på frågor relaterade till den primära orsaken till vård. En annan orsak kunde vara att en del patienter inte kan svara på frågor som rör synförmåga i samband med inskrivning på grund av smärta och nedsatt allmäntillstånd. Detta tog sjuksköterskor hänsyn till och ställde därför frågor kring detta senare under vårdtiden. Det kunde innebära att patienter vårdades under en tid utan att få den omvårdnad de behöver med tanke på en eventuell synnedsättning, vilket i förlängningen innebar risker för patienten. Det är dock positivt att sjuksköterskorna uppmärksammade synnedsättning, även om det var först senare under vårdtiden. Det är möjligt att patienterna uppskattade att vid inläggningstillfället inte behöva svara på för många frågor, åtminstone i de fall då synnedsättning inte uppfattas som ett stort problem av patienten.

I samband med synnedsättning förändras förutsättningarna för interaktion och sociala relationer med andra människor (Nyman, Dibb, Victor & Gosney, 2012). Medicinering, smärta och nedsatt allmäntillstånd kan påverka kommunikationsförmågan och när det inte går att tyda kroppsspråk och ansiktsuttryck, kan en rädsla för missförstånd uppstå, vilket kan leda till att patienter inte vågar tala om vilka behov de har. Då sjuksköterskor har kunskap om detta, samt att patienter inte alltid berättar om sin synnedsättning, har de möjlighet att aktivt ställa frågor kring detta så att patienter lättare kan uttrycka sina problem och behov. Forskning visar att patienter har en önskan om att omvårdnadspersonal tar sig tid att tala med dem, då de önskar berätta om såväl sjukdomar och symtom som tankar och känslor kring dessa (Ekdahl, Andersson & Friedrichsen, 2010). Detta tillsammans med vikten av att bedöma äldre patienters förmågor i ett tidigt skede, påvisar hur viktigt ankomstsamtalet är (Langdon et al., 2013). Att ge omvårdnad till patienter på ett sätt som värnar om integritet och fokuserar på helhet, bidrar med största sannolikhet till en känsla av att vara sedd och hörd, vilket kan leda till en känsla av välbefinnande. De tre formerna av välbefinnande ”relief”, ”ease” och ”transcendence”, vilka kan översättas till *lättnad*, *lugn* och *transcendens* (Dowd, 2013; March & McCormack, 2009), som nämns i Katrine Kolcabas omvårdnadsteori, kan vara ett redskap för sjuksköterskan för att underlätta förståelsen för vikten av att fråga om och dokumentera synnedsättning. Med stöd av Theory of Comfort kan det antas att en patient som får tid, utrymme samt hjälp att uttrycka sina behov relaterat till synförmåga genom samtal och frågor, kan uppleva en känsla av lugn i en för övrigt stressad situation då det finns en vetskap om att behoven är uppmärksammade. Då en patient får veta att den information som framkommer under

ankomstsamtalet dokumenteras så att alla som deltar i omvårdnaden kan läsa den leder med största sannolikhet till en känsla av lättnad hos patienten. Att som sjuksköterska arbeta med detta i åtanke, kan bidra till en hjälp för patienten att överskrida eventuella problem, som en synnedsättning kan medföra i en ny miljö såsom en vårdavdelning.

Då sjuksköterskorna dokumenterade om patienters synförmåga, var det framförallt om de använde glasögon eller om de hade någon ögonsjukdom. Dokumentation av patienters omvårdnadsbehov till följd av synnedsättning, gjordes i samband med en fallriskbedömning och ibland under sökordet ”aktivitet” En anledning till att sökordet ”aktivitet” användes, kan vara att sjuksköterskorna resonerade kring vilka konsekvenser synnedsättning kunde få för patienters förmåga såsom vid förflyttning, måltidssituationer och övriga dagliga aktiviteter. Det visade sig att en del av den information som framkom under ett ankomstsamtal, inte alltid dokumenterades, utan att den endast gavs muntligt. En anledning till att syn och synnedsättning inte dokumenteras vid ankomstsamtal, uppgavs vara att patienter inte kommer in för att de har en synnedsättning. När uppgifter som detta inte dokumenteras utan överförs muntligt, kan det kanske finnas risk att information går förlorad då samma personal inte är på plats varje dag. Patienten kanske får svara på samma frågor vid flera tillfällen, vilket kan vara så ansträngande att patienten därför inte orkar tala om det som är av vikt för att möjliggöra en god omvårdnad. Att dokumentera i journal är en fördel för såväl sjuksköterskan som patienten då det både sparar tid för sjuksköterskan och främjar god omvårdnad (Langdon et al., 2013).

Otillräcklig utbildning, tid och miljö kan påverka kvaliteten på dokumentationen (Blair & Smith, 2012), som i föreliggande studie där resultatet visar på tidsbrist för dokumentation. Brist på tid kan även påverka sjuksköterskans möjlighet till reflektion och kompetensutveckling. Genom att ta eget ansvar för att utveckla sin kompetens krävs motivation och en god lärandemiljö (Smith, 2012). Sjuksköterskor idag upplever både en stor stress och tidsbrist och behöver därför kunna prioritera. Det är möjligt att brister i dokumentationsverktyget är det orsakar att viktig information inte dokumenteras. Exempelvis kan mallen, som används i Melior, utformas på ett annorlunda sätt för att underlätta för sjuksköterskor att dokumentera synnedsättning. Istället för att dokumentera under sökorden ”kommunikation” eller ”aktivitet”, under vilka olika aspekter på patienters olika behov ska finnas, kan mer specifika sökord om syn, synnedsättning och omvårdnadsbehov relaterade till detta vara komplement. Att sjuksköterskorna ofta frågade patienter om de hade glasögon, kunde bero på att det var så det lärs ut i sjuksköterskeutbildningen. Det kan även bero på en osäkerhet över vad som skall dokumenteras, gällande syn och synnedsättning. Att ha glasögon är något som synligt indikerar att patienten har en synnedsättning, vilket gör det till en självklar sak att fråga om. Denna aspekt belyses även av forskning, som visar på att sjuksköterskor ibland anser att det är svårt att tala om patienters kommunikationsproblem (Hemsley,

Balandin & Worrall, 2011). En möjlig anledning till att sjuksköterskor upplever att detta är en svårighet kan vara att de är rädda för att patienten skall uppleva frågor kring kommunikationsproblem som kränkande. Kanske är patienters kommunikationsproblem något som är känsligt att bemöta som sjuksköterska då det är nära kopplat till patienters integritet och förmåga att uttrycka och tillgodose sina behov.

Synnedsättning kan ses som en naturlig del av åldrandet och är ett av de ofta förbisedda åldersrelaterade tillstånden (Lam & Leat, 2013; Vengnes-Grue et al., 2009). Kunskap om vanligt förekommande ögonsjukdomar, som orsakar synnedsättning hos äldre, tillsammans med en medvetenhet om hur synnedsättning påverkar det dagliga livet, kan hjälpa sjuksköterskan att bidra till en god och patientsäker vård (Watkinson, 2005). Trots att sjuksköterskorna i föreliggande studie inte uttryckte att synnedsättning ses som en del av naturlig åldrande och därför inte alltid uppmärksammades, finns det en relevans av att diskutera detta. En orsak till en eventuell brist på kunskap gällande vilka ögonsjukdomar som finns och hur patienter kan påverkas av dessa, kan vara en anledning till att sjuksköterskorna inte dokumenterade omvårdnadshandlingar vid syn och synnedsättning. Om sjuksköterskor får möjlighet till utbildning gällande vanligt förekommande ögonsjukdomar hos äldre patienter, kan relevanta frågor ställas i samband med ankomstsamtal och på så sätt bidra till att fånga upp viktig information gällande synförmåga och omvårdnadsbehov. Exempel på frågor som kan ställas är ”hur ser du?”, ”hur fungerar måltider/förflyttning/hygien?” samt ”vilka problem upplever du i din vardag till följd av din synnedsättning?”.

Om en försämrad synförmåga inte uppmärksammades trodde sjuköterskorna att en ökad risk för fall kunde föreligga, eftersom åtgärder relaterade till synnedsättning inte kunde vidtas. Även malnutrition, felmedicinering och konfusion togs upp som potentiella risker om en patients synnedsättning inte är uppmärksammad. Ett flertal sjuksköterskor tog upp att det sällan var aktuellt att utreda patienters synförmåga under vårdtiden, dock nämndes att patienter remitterades till ögonmottagning om ett problem uppdagades. Vidare nämndes att de däremot informerade gällande patienters syn och synnedsättning till andra instanser vid utskrivning. Aktuell forskning påvisar ett antal risker för patienter med synnedsättning där fall, malnutrition och felaktig administrering av läkemedel är möjliga risker (Roche et al., 2014; Källstrand-Eriksson et al., 2013). Sjuksköterskorna som arbetade vid en geriatrisk avdelning, visade sig fokusera mycket på fall och nutrition, även om det inte hade samband med synnedsättning. Om en patient inte klarar av att äta själva, ta sina mediciner eller faller under vårdtiden, kan en synnedsättning identifieras. Genom att belysa de konsekvenser, som en förbisedd synnedsättning kan få för en patient, kan sjuksköterskor uppmärksammas på vikten av att identifiera en synnedsättning redan när patienten kommer till en avdelning. En sjuksköterska med flera års erfarenhet bör ha en större förmåga att se helheten av patientens behov och dra slutsatser om vilka risker som finns om inte dessa behov

tillgodoses. Sjuksköterskor anser sig ha större kompetens vid högre ålder och längre erfarenhet av sjuksköterskeyrket (Karlstedt, Wadensten, Fagerberg & Pöder, 2015), emedan det finns en risk att en mindre erfaren sjuksköterska, som arbetar på en vårdavdelning där äldre patienter med komplexa omvårdnadsbehov vårdas, lättare kan missa en synnedsättning. Det är dock inte av illvilja eller uppsåt, utan på grund av att verktyg och resurser till detta saknas. Sjuksköterskans kompetens innebär att vara säker i sitt kunnande samt ha ett holistiskt synsätt, vilket leder till en patientsäker vård (Smith, 2012).

Kommunikation nämndes av sjuksköterskorna som en viktig del, såsom att vara tydlig med patienter, när omvårdnad utfördes. Detta stöds även av forskning, som visar att en väl fungerande vårdrelation är av stor vikt för att patienten skall uppnå välbefinnande och tillfrisknande (Mattila, Kaunonen, Aalto & Åstedt-Kurki, 2014). För att främja en god relation mellan sjuksköterska och patient bör kommunikationen vara individuellt anpassad till patienten (Savundranayagam, 2014). Ett sätt att uppnå god och individanpassad kommunikation med patienter som har synnedsättning kan vara alltid presentera sig vid möte med patienten, då denne kan ha svårt att läsa eventuella namnskyltar eller känna igen ansikten. En patient på en vårdavdelning kan möta flera olika personalkategorier under en dag och är synen då nedsatt kan det vara svårt att hålla reda på vem som är vem. Det skulle kanske kännas generande att be fel person om hjälp att gå på toaletten eller att få en kopp kaffe på grund av att personalen inte har presenterat sig. En medvetenhet hos sjuksköterskan om sitt sätt att kommunicera, kunde vara ett möjligt sätt att undvika missförstånd.

I omvårdnaden av en äldre patient är tillstånd orsakade av hög ålder viktiga att uppmärksamma och ta hänsyn till, såsom påverkad synförmåga, vilka kan påverka den fysiska funktionen, exempelvis aktivitetsförmåga och balans (Hayman et al., 2007). Äldre patienter ser sitt välbefinnande som existentiellt och är en viktig dimension av livskvalitet (Eloranta et al., 2010). Med stöd av denna information kan det antas att en äldre patient, trots fysiska svårigheter, gagnas av en omvårdnad som innefattar hela patienten. Att som patient få hjälp eller guidning av sjuksköterskan med de behov som uttrycks och inte enbart de behov som är direkt kopplade till det primära problemet kan med största sannolikhet välbefinnande främjas trots sjukdom och funktionsnedsättning. Begreppet transcendens kan ge en möjlig förklaring till äldre patienters välbefinnande, trots sjukdom och funktionsnedsättning.

Forskning visar att äldre patienter har stora svårigheter att ta till sig information och de väljer även ibland att bortse från information då den blir för svår att ta till sig (Ekdahl et al., 2010). Med detta i åtanke kan sjuksköterskan i omvårdnaden ge individanpassad information till patienten samt säkerställa att given informationen uppfattats på rätt sätt. Genom att be patienten att återge informationen kan sjuksköterska få en uppfattning om

hur mycket patienten har tagit till sig och utefter det anpassa informationen. Detta skapar delaktighet för patienten. Enligt Visscher & Hutnik (2012) bör den som informerar använda sig av muntlig och skriftlig information samt undvika medicinska ord för att patienten lättare ska förstå och komma ihåg informationen som ges. Endast hälften av den muntliga informationen som ges kan patienten ta till sig och komma ihåg, vilket med största sannorlikhet skapar problem för en patient med synnedsättning då förmågan att läsa text kan vara begränsad. Det skulle underlätta om det på en geriatrisk avdelning fanns tillgång till skriftlig information som var anpassad till personer med synnedsättning samt enkla synhjälpmedel, exempelvis genom att utforma patientinformation med större teckenstorlek och bättre kontrast. Ett enkelt hjälpmedel som de flesta vårdavdelningar skulle kunna ha nytta av är att ha tillgång till ett förstoringsglas.

Konklusion och implikation

Resultatet av studien visar på fyra områden, som är aktuella gällande dokumentation och omvårdnad vid synnedsättning; *Identifiera synnedsättning, Dokumentera synnedsättning, Patientsäkerhet* och *Guidning*. Det framkom att det var av stor vikt att ställa frågor kring patienters synförmåga. I många fall tog patienten själv upp detta och i andra fall krävdes det att sjuksköterskan ställde frågan. Allmänna rutiner för att uppmärksamma synnedsättning vid ankomstsamtal fanns inte. Då sjuksköterskorna dokumenterade om patienters syn och synnedsättning gällde det ofta om de använde glasögon eller om de hade någon ögonsjukdom. När patienters omvårdnadsbehov relaterade till synnedsättning dokumenterades, var det i samband med en fallriskbedömning eller ibland under sökordet ”aktivitet”. I vissa fall dokumenterades den information, som framkom under ett ankomstsamtal, i andra fall överfördes den muntligt. En uppfattning, som framkom, var att såväl tids- som resursbrist låg till grund för att allt inte dokumenterades. Fallrisk var en av riskerna vid ouppmärksammad synnedsättning, men även malnutrition, felmedicinering och konfusion belystes. Tydlig kommunikation ansågs vara av stor betydelse i samband med omvårdnaden. Trots att sjuksköterskorna uttryckte att de mestadels fokuserade på orsaken till varför patienterna blev inlagda på avdelningen, framkom det under intervjuerna att de hade ett holistiskt förhållningssätt i omvårdnaden av patienterna.

Framtida forskning om sjuksköterskans erfarenhet av att vårda patienter med synnedsättning på vårdavdelning samt patienters upplevelser av omvårdnaden, vore av intresse. Det finns ett behov av att förbättra journalsystem och dokumentation av patienters synförmåga för att öka patientsäkerheten och patientens välbefinnande i samband med sjukhusvistelse. En förbättring av dokumentationen kan exempelvis innebära tydligare instruktioner om vilken information respektive sökord ska innehålla eller att utöka antalet sökord med mer specifika för just synförmåga. Genom att i

grundutbildningen säkerställa undervisning i omvårdnad vid synnedsättning samt möjliggöra kompetensutveckling om detsamma inom hälso- och sjukvården, kan kompetensen höjas.

Referenser

Blair, W., & Smith, B. (2012). Nursing documentation: Frameworks and barriers. *Contemporary Nurse, 41*(2), 160-168. doi:10.5172/conu.2012.41.2.160

Brouwer, D. M., Sadlo, G., Winding, K., & Hanneman, M. I. G. (2008). Limitations in Mobility: Experiences of Visually Impaired Older People. *British Journal of Occupational Therapy, 71*(10), 414-421. doi:10.1177/030802260807101003

Cheevakasemsook, A., Chapman, Y., Francis, K., & Davies, C. (2006). The study of nursing documentation complexities. *International Journal of Nursing Practice, 12,* 366–374. doi:10.1111/j.1440-172X.2006.00596.x

Christman, A. (2014). Communicating With Elderly Patients. *Radiologic Technology, 85*(5), 580-582.

Darmer, M. R., Ankersen, L., Nielsen, B. G., Landberger, G., Lippert, E., & Egerod, I. (2004). The effect of a VIPS implementation programme on nurses' knowledge and attitudes towards documentation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 18*(3), 325-332. doi:10.1111/j.1471-6712.2004.00289.x

Darmer, M. R., Ankersen, L., Nielsen, B. G., Landberger, G., Lippert, E., & Egerod, I. (2006). Nursing documentation audit - the effect of a VIPS implementation programme in Denmark. *Journal of Clinical Nursing, 15*(5), 525-534. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01475.x

Dowd, T. (2013). Theory of Comfort. M. Alligood. (Red.), *Nursing Theorists and Their Work* (s. 657-670). Mosby: Elsevier Health Sciences.

Ehnfors, M., Ehrenberg, A., & Thorell-Ekstrand, I. (2000). *VIPS-boken. Välbefinnande, integritet, prevention, säkerhet.* Lund: Studentlitteratur.

Ekdahl, A. W., Andersson, L., & Friedrichsen, M. (2010). "They do what they think is the best for me." Frail elderly patients' preferences for participation in their care during hospitalization. *Patient Education and Counseling, 80,* 233-240. doi:10.1016/j.pec.2009.10.026

Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing 62*(1), 107–115. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Eloranta, S., Arve, S., Isoaho, H., Welch, A., Viitanen, M., & Routasalo, P. (2010). Perceptions of the psychological well-being and care of older home care clients: clients and their carers. *Journal of Clinical Nursing, 19,* 847-855. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02994.x

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2003). 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

Groves, W. (2014). Professional practice skills for nurses. *Nursing Standard, 29*(1), 51-59.

Haanes, G. G., Kirkevold, M., Horgen, G., Hofoss, D., & Eilertsen, G. (2014). Sensory impairments in community health care: a descriptive study of hearing and vision among elderly Norwegians living at home. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, 7,* 217-225. doi:10.2147/JMDH.S58461

Hayman, K., Kerse, N., La Grow, S., Wouldes, T., Robertson, C., & Campbell, A. J. (2007). Depression in Older People: Visual Impairment and Subjective Ratings of Health. *Optometry and Vision Science, 84*(11), 1024-1030. doi: 10.1097/OPX.0b013e318157a6b1

Hemsley, B., Balandin, S., & Worrall, L. (2011). Nursing the patient with communication needs: time as barrier and a facilitator to successful communication in hospital. *Journal of Advanced Nursing, 68*(1), 116-126. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05722.x

Hendry, C., Farley, A., & McLafferty, E. (2012). Anatomy and physiology of the senses. *Nursing standard, 27*(5), 35-42.

Högskolan i Halmstad. (2016). *Kursplan. Sjuksköterskeprogrammet*, 180 hp. Halmstad: Högskolan i Halmstad, Akademin för hälsa och välfärd.

Højskov, I. E., & Glasdam, S**.** (2014).Transformation of admission interview documentation for nursing practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 28*(3), 478-485. doi:10.1111/scs.12071

International Council of Nurses. (2012). *Code of Ethics for Nurses.* Hämtad 2016-05-26, från http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf

Karlsson, S., Edberg, A-K., & Rahm-Hallberg, I. (2010). Professional's and older person's assessments of functional ability, health complaints and received care and service. A descriptive study. *International Journal of Nursing Studies, 47,* 1217-1227. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.03.003

Karlstedt, M., Wadensten, B., Fagerberg, I., & Pöder, U. (2014). Is the competence of Swedish Registered Nurses working in municipal care of people merely a question of age and postgraduate education? *Scandinavian Journal of Caring Science, 29,* 307-316. doi:10.1111/scs.12164

Kolcaba, K. Y., & Kolcaba, R. J. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing, 16*(11), 1301-1310. doi:10.1111/1365-2648.ep8529503

Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing. 19*(6), 1178-1184. doi:10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice.* New York: Springer Publishing Company.

Kolcaba, K. (2010). *Comfort Line.* Hämtad 2016-03-26, från http://www.thecomfortline.com/

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Källstrand-Eriksson, J., Baigi, A., Buer, N., & Hildingh, C. (2013). Perceived vision-related quality of life and risk of falling among community living elderly people. *Scandinavian Journal of Caring Science, 7,* 433-439. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01053.x

Laitinen, A., Laatikainen, L., Härkänen, T., Koskinen, S., Reunanen, A., & Aromaa, A. (2010). Prevalence of major eye diseases and causes of visual impairment in the adult Finnish population: a nationwide population-based survey. *Acta Ophthalmologica, 88,* 463–471. doi:10.1111/j.1755-3768.2009.01566.x

Lam, N., & Leat, S. J. (2013). Barriers to accessing low-vision care: the patient's perspective. *Canadian Journal of Ophthalmology, (48)*6, 458-462. doi: 10.1016/j.jcjo.2013.02.014

Langdon, R., Johnson, M., Carroll, V., & Antonio, G. (2013). Assessment of the elderly: it's worth covering the risks. *Journal of Nursing Management, 21,* 94-105. doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01421.x

Lundin, A., Berg, L-E., & Hellström- Muhli, U. (2013). Feeling existentially touched – A phenomenological notion of the well-being of elderly living in special housing accommodation from the perspective of care professionals. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 8,* 20587. doi:10.3402/qhw.v8i0.20587

March, A., & McCormack, D. (2009). Nursing Theory-Directed Healthcare: Modifying Kolcaba's Comfort Theory as an Institution-Wide Approach. *Holistic Nursing Practice, 23*(2), 75-80.

Mattila, E., Kaunonen, M., Aalto, P., & Åstedt-Kurki, P. (2014). The method of nursing support in hospital and patients' and family members' experiences of the effectiveness of the support. *Scandinavian Journal of Caring Science, 28,* 305-314. doi:10.1111/scs.12060

McGilton, K., Sorin-Peters, R., Sidani, S., Rochon, E., Boscart, V., & Fox, M. (2011). Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff-patient interactions. *International Journal of Older People Nursing, 6,* 13-24. doi:10.1111/j.1748-3743.2010.00210.x

Newton, M., & Sanderson, A. (2013). The effect of visual impairment on patients' falls risk. *Nursing older people, 25*(8), 16-21.

Nilsson, K., Lundgren, S., & Furåker, C. (2009). Registered nurses' everyday activities in municipal health care: A study of diaries. *International Journal of Nursing Practice, 15,* 543–552. doi:10.1111/j.1440-172X.2009.01777.x

Norell, M., Ziegert, K., & Kihlgren, A. (2013). Care priorities - Registered Nurses' daily work in municipal elderly care settings. *Scandinavian Journal of Caring Science, 27,* 388-395. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01051.x

Northern Nurses' Federation. (2003). *Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden.* Hämtad 2016-04-25, från http://www2.dsr.dk/dsr/upload/3/0/813/SSN_etiske_retningslinjer.pdf

Nyman, S. R., Dibb, B., Victor, C. R., & Gosney, M. A. (2012). Emotional well-being and adjustment to vision loss in later life: a meta-synthesis of qualitative studies. *Disability & Rehabilitation, 34*(12), 971-981. doi:10.3109/096338288.2011.626487

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2016). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* (10.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Roche, S., Vogtle, L., Warren, M., & O'Connor, K. A. (2014). Assessment of the Visual Status of Older Adults on an Orthopedic Unit. *The American Journal of Occupational Therapy, 68,* 465-471. doi:10.5014/ajot.2014.010231

Sahlgrenska universitetssjukhuset. (2016a). *Förvaltningsorganisation Melior.* Hämtad 2016-03-29, från http://intra.vgregion.se/sv/Insidan/IT/Jag-vill-veta-mer-om-ISIT.i.VGR/Objekt--objektssidor/Huvudprocess-vard/RFM

Sahlgrenska universitetssjukhuset. (2016b). *Inskrivning.* Hämtad 2016-03-29, från http://intra.sahlgrenska.se/sv/SU/IT1/IT-system/Melior---Elektronisk-patientjournal/Dokumentation/Inskrivning/

Sarvimäki, A. (2006). Well-being as being well: a Heideggerian look at well-being. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being, 1*(1), 4-10. doi:10.1080/17482620500518101

Savundranayagam, M. Y. (2014). Missed opportunities for person-centered communication: implications for staff-resident interactions in long-term care. *International Psychogeriatrics, 26*(4), 645-655. doi:10.1017/S1041610213002093

Seewoodhary, R., & Watkinson, S. (2009). Treatment and management of ocular conditions in older people. *Nursing standard, 23*(35), 48-56.

SFS 1998:531. *Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.* Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2008:355. *Patientdatalag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Sheldon, L. K., Barrett, R., & Ellington, L. (2006). Difficult communication in nursing. *Journal of Nursing Scholarship, 38*(2), 141-147. doi:10.1111/j.1547-5069.2006.00091.x

Smith, S. A. (2012). Nurse Competence: A Concept Analysis. *International Journal of Nursing Knowledge, 23*(3), 172-182. doi:10.1111/j.2047-3095.2012.01225.x

Sinoo, M. M., Kort, H. SM., & Duijnstee, M. SH. (2012). Visual functioning in nursing home residents: information in client records. *Journal of Clinical Nursing, 21,* 1913-1921. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04128.x

Statistiska centralbyrån. (2013). *Statistikatlasen.* Hämtad 2016-04-20, från http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Regional-statistik-och-kartor/Statistikatlasen/VisletBehallare/Aldrande-befolkning/

Statistiska centralbyrån. (2014). *Tabeller från SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden (ULF/SILC) 2014.* Hämtad 2016-03-21, från http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Levnadsforhallanden/Levnadsforhallanden/Undersokningarna-av-levnadsforhallanden-ULFSILC/#c_li_354235

Svensson, A-M., Mårtensson, L. B., & Hellström-Muhli, U. H. (2012). Well-being dialogue: Elderly women's subjective sense of well-being from their course of life perspective. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 7,* 19207. doi:10.3402/qhw.v7i0.19207

Thumala-Dockendorff, D. C. (2014). Healthy Ways of Coping With Losses Related to the Aging Process. *Educational Gerontology, 40,* 363-384. doi:10.1080/03601277.2013.822203

United Nations Population Fund and HelpAge International. (2012). *Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge.* Hämtad 2016-04-25, från http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20report.pdf

Urquhart, C., Currell, R., Grant, M. J., & Hardiker, N. R. (2009). Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (1),* 1–66. doi:10.1002/14651858.CD002099.pub2

Visscher, K. L., & Hutnik, C. M. L. (2012). Health literacy in Canada and the ophthalmology patient. *Canadian Journal of Ophtalmology, 47*(1), 72-78. doi:10.1016/j.jcjo2011.12.01

Vengnes-Grue, E., Hylen-Ranhoff, A., Noro, A., Finne-Soveri, H., Jensdóttir, A. B., Ljunggren, G., … Jónsson, P. V. (2009). Vision and hearing impairments and their associations with falling and loss of instrumental activities in daily living in acute hospitalized older persons in five Nordic hospitals. *Scandinavian Journal of Caring Science, 23,* 635-643. doi:10.1111/j.1471-6712.2008.00654.x

Watkinson, S. (2005). Visual impairment in older people: the nurse's role. *Nursing Standard, 19*(17), 45-52.

World Health Organization. (2012). *Global data on visual impairments 2010.* Hämtad 2016-03-31, från http://www.who.int/blindness/GLOBALDATAFINALforweb.pdf?ua=1

World Health Organization. (2014). *Facts about aging.* Hämtad 2016-03-31, från: http://www.who.int/ageing/about/facts/en/

World Health Organization. (2016). *Definition of an older or elderly person.* Hämtad 2016-04-13, från: http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/

World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects.* Hämtad 2016-04-24, från http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html

Yorkston, K. M., Bourgeois, M. S., & Baylor, C. R. (2010). Communication and aging. *Physical Medicine & Rehabilitation Clinics of North America, 21*(2), 309-319. doi:10.1016/j.pmr.2009.12.011

2016-04-21 13:15 **ANKOMSTSAMTAL (ÖGON01)** **Avdelning**

Ssk Ssk

2016-04-21 13:15

Hänvisning, var god se
Uppgiftslämnare
Närstående kontaktad
Inskrivningsorsak
Hälsohistoria, vårderfarenhet
Pågående hälso- och sjukvård
Socialt nätverk
Livsstil
Bruk av alkohol
Bruk av tobak
Bruk av övriga droger
Hjälpmedel
Identitet styrkt
Id-band
Kommunikation
Kunskap, utveckling
Andning, cirkulation
Nutrition
Sväljförmåga
Tand- och munhälsa
Elimination
Hud, vävnad
Aktivitet
Cancerrelaterad trötthet
Sömn
Smärta, sinnesintryck
Smärtbedömning enligt
Sexualitet, reproduktion
Psykosocialt
Andligt, kulturellt
Välbefinnande
Sammansatt status
Information, undervisning
Tillvaratagna föremål

BILAGA B

Brev till vårdenhetschef

Hej!

Vi är tre sjuksköterskor som läser specialistutbildning i oftalmologisk omvårdnad vid Högskolan i Halmstad - Akademin för hälsa och välfärd. Vi planerar att som examensarbete på avancerad nivå göra en studie om hur sjuksköterskor som arbetar på avdelningar med geriatrisk inriktning vid ankomstsamtal dokumenterar patienters syn/synnedsättning. Då synnedsättning är något som många drabbas av med stigande ålder har vi valt att vända oss till er inom geriatriken med förfrågan om deltagande.

Deltagandet i studien kommer medföra att nio sjuksköterskor från geriatriska avdelningar på Mölndals sjukhus deltar i intervjuer. Intervjuerna planeras äga rum på deltagarnas arbetsplats eller i anslutning till arbetsplatsen om det är att föredra. Om möjlighet finns önskar vi intervjua deltagarna under arbetstid. Vi hoppas att du som vårdenhetschef kan se de intervjuer som krävs för vår uppsats som en del i arbetet med att förbättra dokumentation och omvårdnad. Intervjun beräknas att ta cirka en timma. Intervjuerna kommer att spelas in och transkriberas. Intervjuerna kodas med nummer från 1-9 och separeras från personuppgifter. All insamlad data hanteras konfidentiellt. Intervjumaterial kommer att förvaras inlåst och endast tillgängligt för oss som magisterstudenter och vår handledare. Deltagandet i studien är helt och hållet frivilligt och kan när som helst avslutas utan att deltagaren behöver ange någon anledning.

Studien kommer att redovisas i form av ett examensarbete på avancerad nivå samt publiceras på databasen DIVA vid Högskolan i Halmstad. Förhoppningen är att studien ska gynna både sjuksköterskor och patienter såväl inom geriatrisk vård som vid andra verksamheter där vård av äldre patienter förekommer. Om du som vårdenhetschef ger tillstånd till dessa intervjuer, kommer vi ta ytterligare kontakt angående urval och praktiskt tillvägagångssätt.

Vänliga hälsningar, ansvariga för studien:

Magisterstudent: Cecilia Damm
Telefon: 0725-16 54 61
E-post: cecdam14@student.hh.se

Magisterstudent: Sofia Andersson
Telefon: 0730-79 88 35
E-post: sofand14@student.hh.se

Magisterstudent: Elin Johansson
Telefon: 0704-87 85 47
E-post: elinj14@student.hh.se

Universitetslektor: Eva Aring
E-post: eva.aring@gmail.co

BILAGA C

Informationsbrev om deltagande i studien

Hej!

Vi är tre sjuksköterskor som läser specialistutbildningen i oftalmologisk omvårdnad vid Högskolan i Halmstad - Akademin för hälsa och välfärd. Vi planerar att som examensarbete på avancerad nivå göra en studie om hur sjuksköterskor inom geriatriken dokumenterar patienters syn/synnedsättning vid ankomstsamtal. Då synnedsättning är något som många drabbas av med stigande ålder har vi valt att vända oss till er som arbetar inom geriatriken med förfrågan om deltagande.

Syftet med vår studie är att utforska hur sjuksköterskor på geriatriska vårdavdelningar dokumenterar patienters syn/synnedsättning.

Som deltagare i studien kommer du att bli intervjuad på din arbetsplats eller i nära anslutning till denna. Intervjun kommer att ske på arbetstid och beräknas ta cirka en timma. Intervjuerna kommer att spelas in och transkriberas. Intervjuerna kodas med nummer från 1-9 och separeras från personuppgifter. All insamlad data hanteras konfidentiellt. Intervjumaterial kommer att förvaras inlåst och endast tillgängligt för oss som magisterstudenter och vår handledare. Ditt deltagande i studien är frivilligt och du kan när som helst avbryta studien utan att ange någon anledning. Efter avslutad studie kommer du ha möjlighet att ta del av resultatet, studien kommer att publiceras på databasen DIVA vid Högskolan i Halmstad.

Om du har några frågor eller vill avbryta studien var god kontakta någon av nedanstående personer.

Magisterstudent: Cecilia Damm
Telefon: 0725-16 54 61
E-post: cecdam14@student.hh.se

Magisterstudent: Sofia Andersson
Telefon: 0730-79 88 35
E-post: sofand14@student.hh.se

Magisterstudent: Elin Johansson
Telefon: 0704-87 85 47
E-post: elinj14@student.hh.se

Universitetslektor: Eva Aring
E-post: eva.aring@gmail.com

Informerat samtycke

Skriftligt, informerat samtycke till genomförandet av studien gällande Dokumentation av synnedsättning hos äldre patienter.

Jag har blivit informerad om studiens syfte, fått tillfälle att ställa frågor och fått dem besvarade. Jag har även fått information om hur materialet samlas in, bearbetas och handhas. Jag samtycker till genomförande av studien gällande: Dokumentation av synnedsättning hos äldre patienter.

Ort, datum

Namnunderskrift.....

Namnförtydligande .....

Ansvariga för studien:

Ort, datum

Namnunderskrift.....

Namnförtydligande .....

Ort, datum

Namnunderskrift.....

Namnförtydligande .....

Ort, datum

Namnunderskrift.....

Namnförtydligande .....

BILAGA D

Intervjufrågor

Inledande fråga:

- Vilka rutiner finns på din avdelning gällande att vid ankomstsamtal fråga om patienters syn/synnedsättning?

Frågor vid ankomstsamtal:

- Används någon mall vid ankomstsamtal, exempelvis VIPS eller sökord i Melior?
- Vad tror du hindrar patienter från att vid ankomstsamtal själva berätta om sin synnedsättning om vi som sjuksköterskor inte ställer frågan?

Dokumentation:

- Hur dokumenteras i journalsystem information som framkommit om patienters syn/synnedsättning?
- Vad anser du är viktigt att dokumentera gällande patientens behov av stöd relaterat till syn/synnedsättning?

Bedömning/utvärdering:

- Vilka tror du är orsakerna till att patienters syn/synnedsättning förbises och ej dokumenteras?
- Hur görs risk/resursbedömningar utifrån den information som framkommit gällande patienters syn/synnedsättning?
- Utvärderas dessa bedömningar under vårdtiden och i så fall på vilket sätt?

Konsekvenser för patienten:

- Vilka konsekvenser tror du att en ouppmärksammad synnedsättning kan ha på patienter som vårdas på en geriatrisk avdelning

Sofia Andersson

Cecilia Damm

Elin Johansson

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