



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

KVINNLIGA PATIENTERS UPPLEVELSER AV ATT ERHÅLLA URINRÖRSKATETER

EN EMPIRISK STUDIE

FATEMA AL-RUDAINY
ANALYN BERNADOS KJAERRAN

Examensarbete i omvårdnad
Nivå 61-90 p
Sjuksköterskeprogrammet
Januari 2011

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö

KVINNLIGA PATIENTERS UPPLEVELSER AV ATT ERHÅLLA URINRÖRSKATETER

EN EMPIRISK STUDIE

FATEMA AL-RUDAINY
ANALYN BERNADOS KJAERRAN

Al- Rudainy, F & Bernados-Kjaerran, A. Kvinnliga patienters upplevelser av att erhålla urinrörskateter. En empirisk studie om kvinnliga patienters upplevelser av att erhålla urinrörskateter. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Hälsa och samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, 2011.

Syftet med denna studie är att beskriva kvinnliga patienters upplevelse av att erhålla urinrörskateter (KAD). Frågeställningarna som skulle besvaras är vilka upplevelser kvinnliga patienter upplever vid kateterisering av urinblåsan och vilken information, stöd och bemötande de har fått av sjuksköterskor i samband med kateterisering. Studien genomfördes med en kvalitativ ansats. Intervjuer genomfördes med sex kvinnliga patienter på en vårdavdelning inom slutenvården. Kvalitativ innehållsanalys på manifest nivå användes för att analysera intervjumaterialet. Studiens resultat sammanfattas i fem framkomna huvudkategorier: Omväxlande information om KAD- behandlingen, betydelse av KAD- behandling, överlåtelse vid KAD-behandling, upplevelser beroende på behandlingstiden och vikten av personalens bemötande.

Nyckelord: bemötande, information, innehållsanalys, kvinnor, upplevelse, urinrörskateter, stöd.

FEMALE PATIENTS EXPERIENCES IN RECEIVING AN URETHRAL CATHETER

AN EMPIRICAL STUDY

FATEMA AL-RUDAINY
ANALYN BERNADOS KJAERRAN

Al-rudainy, F & Bernados- Kjaerran, A. Female patients experiences in receiving an urethral catheter. An empirical study of female patient's experiences as urethral catheters wearer. *Degree project 15 credit points, Nursing Program*. Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2011.

The purpose of this study is to describe female patient's experience in receiving a urethral catheter (KAD). The research questions to be answered are what experiences the female patients describe during bladder catheterization and what information, support and treatment they have received from nurses in association to catheterization. The study is conducted with a qualitative approach. Interviews were conducted with six female patients in a somatic ward. Content analysis method on a manifest level is used to analyze the interview data. The results of the study are summarized in five main categories: Varied information about KAD- treatment, the significance of KAD- treatment, disposition in KAD care, experience due to treatment duration and importance of staff treatment.

Keywords: content analysis, experience, information, support, treatment, urethral catheter, women.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	6
BAKGRUND	
Definition av upplevelse	6
Historik	6
Prevalens	7
Indikationer och kontraindikationer	7
Fysiologi	8
Att dränera urinblåsan	8
Val av kateter	9
Kateterisering av kvinna	9
Hygien	9
Risker och komplikationer	10
Lagar och författningar	11
Egenvård	12
Tidigare forskning	12
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	13
Syfte	13
Frågeställningar	13
Avgränsningar	13
METOD	13
Urval	13
Datainsamling	14
Dataanalys	14
Etiska övervägande	15
RESULTAT	15
Omväxlande information om KAD	17
Betydelse av KAD- behandling	17
Överlåtelse vid KAD- behandling	18
Upplevelser beroende på behandlingstiden	18
Vikten av personalens bemötande	19
DISKUSSION	20
Metod diskussion	20
Urval	20
Studiens genomförande	21
Etiska aspekter	22
Dataanalys	23

Resultatdiskussion	23
Omväxlande information om KAD- behandling	23
Betydelse av KAD- behandling	23
Överlåtelse vid KAD- behandling	24
Upplevelser beroende på behandlingstiden	24
Vikten av personalens bemötande	25
Smärtupplevelse vid KAD- insättning	25
SLUTSATS	25
REFERENSER	27
BILAGOR	30

INLEDNING

Vi har i denna uppsats valt att belysa kvinnors upplevelser av kateterisering av urinvägarna. Inom sjuksköterskans yrkeskompetensområde ingår det att genomföra medicinsktekniska moment där bland annat kateterisering av urinvägarna ingår och är ett moment som oftast utförs av sjuksköterskor (Björkman & Karlsson, 2008). Enligt Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) ska den legitimerade sjuksköterskan ha förmåga, kunskap, vara omsorgsfull, tillfredsställa patientens säkerhet och välbefinnande vid behandlingar och undersökningar. Vidare ska en uppföljning av patientens tillstånd efter undersökningar och behandlingar utföras. Utifrån gällande föreskrifter och säkerhetsrutiner måste dessutom medicinsktekniska metoder genomföras enligt hygieniska principer och rutiner (a a).

Efter att ha jobbat och praktiserat inom hälso- och sjukvård har båda författarna upplevt brister kring information och handhavande vid kateterisering. Utifrån dessa erfarenheter väcktes tanken om patientens upplevelse av kateterisering och intresset att studera detta fenomen vidare. För att få en så komplett bild som möjligt ville vi efterhöra upplevelsen både före, under och efter kateterisering. Förhoppningen är att resultatet kan bidra till ökad kunskap, förståelse och förbättring av kateterisering av urinblåsan.

BAKGRUND

Kateterisering av urinblåsan blir aktuell när en patient har en full urinblåsa och inte klarar av att tömma den, har urinträngningar eller i situationer som kräver kontroll över diuresen. Kateter via urinröret, även kallad KAD (kateter á demeure) ska ordinerars av läkare. Det ska finnas indikation för behandlingen och definitionen lyder:

”Kateterisering innebär att ett rörformigt instrument förs in i urinblåsan via urinröret” (Björkman & Karlsson, 2008 s. 265).

Insättning av KAD ska utföras av sjuksköterska eller läkare (Vårdhandboken, 2010e). KAD insättning kan även delegeras i enlighet med författning (SOSFS1997:14).

Definition av upplevelse

Enligt Gerhardsen (2009) i Norstedts svenska synonymordbok är: *”erfarenhet, äventyr, öde[n], händelse tilldragelse, evenemang; [kärleks]historia”* (Gerhardsen, 2009 s. 809).

Dessutom definierar Gerhardsen (2009) ordet *uppleva* som: *”lära känna och få [djupa] intryck av, insupa atmosfären hos, stifta bekantskap med, träffa på, möta”* (Gerhardsen, 2009 s. 809).

Historik

Människan har mycket tidigt sökt lösningar för att lindra den urinstämde kval och urinkateterisering har förekommit sedan omkring 300 f Kr (Robinson, 2009). För ca 3000

är sedan utgjordes materialen i katetrarna av metall (guld, silver eller järn) och även av trä. Dessa användes för tappning av urinblåsan vid urinstämma, för dilatation av uretrastrikturer och för insättning av droger i urinblåsan. Andra orsaker till kateterbehandling var att diagnostisera och behandla blåssten samt som ledning vid stensnitt (Schönebäck, 2003).

Idag är de flesta katetrar tillverkade av silikon, latex eller plast. Silikon är biokompatibelt till urinrörets slemhinna och har en viss resistens mot konkrementbildning (stenbildning) (Schönebäck, 2003). Den kan vara kvarliggande i upp till 12 veckor och är lämplig att använda för patienter med överkänslighet mot latex (Brosnahan, 2004). Latex är ett mjukt gummimaterial som kan upprätthålla lumen. I samband med urinkateterisering krävs en ytbeläggning av gel då latex har vävnadsretande egenskaper och är därför inte lämplig till patienter med överkänslighet mot latex. Den kan vara kvarliggande i upp till 12 dagar (a a).

Prevalens

Nedanstående underrubriker belyser prevalensen om KAD-behandlingen internationellt och nationellt.

Internationellt

I USA beräknas det att 4 miljoner patienter per år behandlas med urinkateter. Cirka 25 % av de inlagda patienterna med en kvarliggande urinkateter fick UVI under sjukhusvistelsen (Gokula et al, 2004). Prevalensen av patienter som använder urinrörskateter i USA, inom vårdhem ligger mellan 4,8 % och 15,2 %. I Englands akutsjukhus var prevalensen hos patienter som använder urinrörskateter beräknad till 12,6% (McNulty et al, 2003).

Nationellt

I Sverige genomfördes en prevalensundersökning av urinkateteranvändning året 2002 (Tammelin, 2005). Det visade sig att 16,5 % av patienterna hade KAD eller suprapubiskateter inom sjukhusvården, inklusive geriatrik. Inom äldreomsorgen var motsvarande siffra 6,2 %. Det vanligaste indikation av KAD-behandlingen var inkontinens, 14 % hos männen och 24 % hos kvinnor inom äldreomsorgen. Bland sjukhuspatienterna låg siffran på 4 %. Cirka 10 % av kateterbärarna antibiotikabehandlades på grund av urinvägsinfektion (a a).

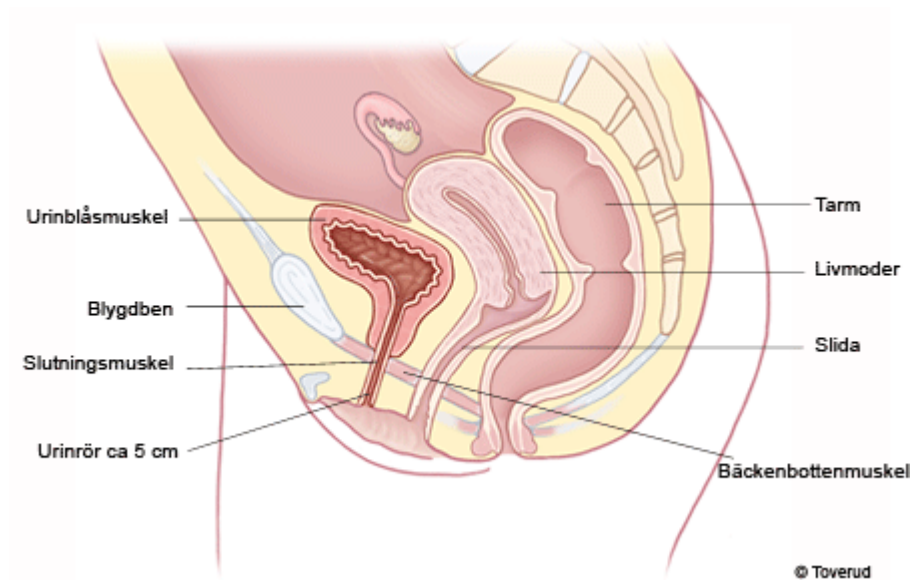
Indikationer och kontraindikationer

Urinrörskateter kan bli aktuell vid olika ohälsotillstånd. Engångskateterisering och intermittent kateterisering (sterilt eller ren teknik) blir aktuell vid blåstömning-rubbningar t ex urinretention (UR), i avvaktan på operation, tömning av urinblåsan pre- och postoperativ och vid behandling av urinvägsinfektion (UVI) relaterat till residualurin. Kvarliggande kateter blir däremot aktuell vid mätning av timdiures, vid operativa ingrepp där risken för stor blodförlust föreligger, av operationstekniska skäl vill att urinblåsan skall vara tom under hela operationen, om operationen beräknas ta mer än 2,5 timmar, när intermittent kateterisering inte kan genomföras och uppsamling av urin till analys hos inkontinenta patienter (Kristoffersen, 1998).

Enligt Khan et al (2007) kan långtidsbehandling av urinerörskateter även användas vid urininkontinens, långvarig obstruktion eller för patienter med svårighet att tömma urinblåsan t ex med neurologiska sjukdomar (a a). Symtomgivande urinvägsinfektion och blod i urinen är exempel på kontraindikationer för kateterisering av urinerötet (Vårdhandboken, 2010c).

Fysiologi

Urinvägarna består av två urinledare (ureter) två njurbäcken (pelvis renalis), urinblåsa (vesica urinaria) och urinerötet (uretra). Urinerötet hos kvinnan är rakt och cirka 3-4 cm långt. Mannens urinerör är s-format och cirka 20-25 cm långt. Slemhinnan täcker större del av inre urinvägarna och förhindrar bakterier att tränga in i urinblåsa (Bjålie m.fl, 1998).



Figur 1: *Anatomi av kvinnliga könsorgan* (bild hämtad ur Vårdhandboken, 2010d)

Att dränera urinblåsan

Det finns olika sätt att tömma urinblåsan (Kristoffersen, 1998). Vanligast används intermittent och kvarliggande kateter. Intermittent kateter (IK) sätts in i urinblåsan via urinerötet. Detta utförs enligt ren intermittent katetrering (RIK) eller steril intermittent katetrering (SIK). Kvarliggande kateter (KAD) sätts via urinerötet i urinblåsan och oftast kallas för permanent kateter. Kvarliggande kateter kallas även som KAD. Kateter á demeure (KAD) är ursprungligt fransk beteckning och innebär permanent eller varaktig kateter. Suprapubisk kateter är även en kvarliggande kateter som sällan används. Detta utförs av läkare och placeras genom bukväggen in i urinblåsan (a a).

Val av kateter

Val av kateter är avgörande för att förhindra komplikationer vid kateterisering. Problem relaterade till urinkateterbehandling kan minimeras genom att en lämplig storlek, material och längd av katetern används (Nazarko, 2009).

Kateter storlek

Urinvägskatetrar finns i varierande längd och grovlekar. Storleken på kateter anges i franska beteckningen Charrière (Ch) som är omkretsen mätt i milliliter där 1 Ch motsvarar $\frac{1}{3}$ mm. Ch12-22 är de vanligast använda storlekarna till en vuxen person. Vid tappning av urinblåsan bör grovlek Ch 14-18 väljas och för val av kvarliggande kateter rekommenderas storleken Ch 12-16 (Almås, 2002). Det är viktigt att välja så tunn kateter som möjligt, utan att dräneringen hindras (Almås 2002). Med val av minsta möjliga kateter grovlek minskar även risken för trauma, urinblåsa spasm och läckage (Nazarko, 2009). Kateter längden på en kvinna skall vara 23-26 cm lång och med hänsyn till urinrörets längd som är 4 cm (a a).

Kateterisering av kvinna

Urinrörs kateterisering kan som regel utföras på sjukhus och vårdhem av sjuksköterskan. Därför måste sjuksköterskan ha tillräcklig med kunskap för val av kateter, material och insättning (Almås, 2002).

Kateterisering enligt steril rutin

Kateterisering av kvinna skall ske enligt steril rutin (Björkman & Karlsson, 2008). Kvinnans underliv skall tvättas noggrant med vatten och tvål. Använd alltid undersökningshandskar som sedan kastats efter underlivstvätt. Händerna skall desinfekteras igen efter underlivstvätt och sterila handskar skall tas på. Vid införandet av kateter kan den kvinnliga patienten antingen ligga på rygg eller på sida med benen lätt uppdragna (a a).

Ibland uppstår en svårighet med att hitta eller lokalisera urinrörsmynningen hos en kvinna. Vid det här laget ska en sträng gel applicera på klitoris och bakåt mot slidans framvägg (Vårdhandboken, 2010a). Detta gör att urinröret öppnar sig något och därmed underlättar lokaliseringen. Andra lösningar är att använda grövre kateter (14 istället för 12 Ch, 16 istället för 14 Ch) (a a).

Hygien

Sjuksköterskan ska utöva basal hygienrutin med kortärmade arbetskläder, desinfektion av händerna, använda skyddshandskar och engångs skyddförkläde av plast (Smittskyddsinstitutet, 2008). Det är även nödvändigt att sjuksköterskan följer de basala hygienrutinerna samt har en god belysning vid kateteriseringen (Vårdhandboken, 2010a).

Kateterisering kan ske enligt steril eller ren rutin. Det är verksamhetschefen inom landstinget samt medicinsk sjuksköterska (MAS) inom kommuner som utfärdar lokala anvisningar om vilka rutiner som gäller vid kateterisering (Björkman & Karlsson, 2008). Steril rutin syftar till att fördröja bakterietillväxt i urinblåsan och används till patienter med nedsatt immunförsvar och vid förstagångs kateterisering. Denna rutin blir även aktuell i

samband med eller i nära anslutning till operation i urinvägarna. Annars används i regel ren rutin (a a).

Kateterisering skall alltid föregås av nedre toalett oavsett om det är steril eller ren rutin som skall användas (a a). En noggrann daglig underlivshygien bör genomföras. Genom att använda en mild tvål eller tvättkräm kan sekretet från parauretrala körtlar i urinröret tvättas bort (Webster et al, 2001).

Alla katetrar med uppsamlingssystem ska hanteras på ett hygieniskt sätt för att risken för infektioner skall minimeras. Handtvättning skall ske omedelbart både före samt efter kateterisering, tömning av uppsamlingspåse, blåssköljning, provtagning och borttagning av kateter. Händerna skall även tvättas före samt efter användningen av handskar (Björkman & Karlsson, 2008).

Vid kateterbehandling kan urinblåsan bli infekterad på tre olika sätt:

- Under själva inläggningen kan bakterier föras in tillsammans med kateter p g a katetern inte längre är steril eller därför att desinfektionen på de yttre genitalierna inte var tillräcklig på förhand.
- Bakterierna har kanske förts in via kateterlumen. Detta kan ske genom att det slutna systemet bryts och att insidan av katetern kontamineras, samt vid stockning i slangsystemet.
- Bakterier kan invadera urinblåsan genom utrymmet mellan katetern och urinrörets vägg (Almå, 2002).

Risker och komplikationer

Vanliga komplikationer och problem som kan förekomma i samband med KAD-behandlingen beskrivs nedan.

Infektion

Kateterisering av urinblåsan hos patienter genomförs många gånger varje dag i olika vårdmiljöer inom hälso- och sjukvård (Nazarko, 2009). Flera av dessa, cirka 1,4 miljoner människor i världen, drabbas dock av vårdrelaterade urinvägsinfektioner som en följd av kateterisering (WHO, 2002). I Sverige är vårdrelaterade infektioner en av de vanligast förekommande komplikationerna som drabbar sjukhusvårdade patienter. Cirka 10 procent av de patienterna som vårdas inom slutenvården drabbas av infektion. Urinvägsinfektion i samband med kvarliggande kateter är vanligaste orsaken till en vårdrelaterad infektion (Lundholm, 2006).

Risken för vårdrelaterad urinvägsinfektion ökar med 3-6 procent för varje dygn som katetern behandlingen fortgår (Schumm & Lamm, 2008). Latex med beläggning av hydrogel med en silverlegering minskar risken för bakterieförekomst eller tillväxt i urinblåsan under de första tre veckorna. Den är lämplig vid postoperativ vård, intensivvård och vid brännskadevård (Davenport, 2005).

Det är viktigt att sjuksköterskan uppmärksammar tecken på infektion. Även patienten ska informeras på symtom såsom feber, smärta i urinvägarnas nedre del, illaluktande och grumlig urin (Sveriges Kommuner och Landsting, 2008). Det är viktigt att informera

patienten både muntlig och skriftlig om vad patienten ska vara uppmärksam på, eventuella risker och när komplikationer kan förekomma och vem patienten ska kontakta när problem uppstår (Vårdhandboken, 2010b).

Övriga komplikationer

Kateterstopp är en annan komplikation som kan orsakas av grumlig urin, konkrement, förstoppning, knickbildning av kateter eller knickbildning av slangen vid urinuppsamlingspåse (Vårdhandboken, 2010b). Vid första insättningen av urinkateter kan en del patienter även uppleva bukkramper. Smärtan dröjer inte länge utan den försvinner efter ett dygn. Även små blödningar kan förekomma. Vid större blödningar ska framtagna sticka användas för att klassificera koncentration av blod i urinen och rapporteras till läkare (a a).

Läckage och trängningar kan orsakas av blåssten, blåsspasm och kateter problem såsom fel kateterstorlek, fel av kateter längd, förstoppning och överfylld kuff (Nazarko, 2009).

Lagar och författningar

Det är läkare som ordinerar kateterbehandling och insättningen av kateter genomförs av person med formell och reell kompetens (SOSFS 1997:14). Enligt författningen kan delegering göras enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (SOSFS 1997:14).

Arbetsuppgiften som delegeras skall vara noggrant definierad. Det skall även vara klarlagt vid vilka förutsättningar delegeringen skall gälla. En delegering är alltid personlig och tidsbestämd och får högst gälla ett år eller under en viss tid. Hälso- och sjukvårdspersonal som är reellt och formellt kompetent får utdela en delegering. Formell kompetens innebär att yrkesutövandet kräver legitimation eller godkänd högskoleutbildning som lett till yrkesexamen (a a).

Överlåtelse av en arbetsuppgift får göras till någon som saknar formell kompetens men är reellt kompetent för arbetsuppgiften. Med reell kompetens menas att innehålla praktisk erfarenhet eller fortbildning inom det uppgiften för delegeringen avser (SOSFS 1997:14).

Överlåtelse av en arbetsuppgift får bara ske då man kan försäkra sig om att god och säker vård bedrivs, delegeringen får inte vara gjord på grund av ekonomiska skäl eller för att lösa rådande personal brist. Alla delegeringsbeslut skall dokumenteras. Dokumentationen skall innehålla vilken arbetsuppgift som delegeras, till vem man delegerat, delegationens giltighet samt datum då beslutet fattades. Både delegeraren samt den som kommer att motta delegationen skall underteckna delegationsbeslutet. Återkallelse eller ändringar i delegerings beslut skall även dokumenteras. Delegeringsbeslutet bör dokumenteras innan en arbetsuppgift utförs (Raduu, 2009).

All sjukvård styrs av Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Omvårdnad ska främja hälsa och förebygga ohälsa. Omvårdnadsåtgärder innebär att sjuvårdspersonal i samverkan med patienten och hans/hennes närstående tydliggör både för fysisk, psykisk, social och andlig hälsa. Alla människor skall få lika vård. Patienter skall få individuell information, vård, undersökning, behandling, val av vårdgivare samt vårdgaranti. Om informationen inte

kan lämnas till enskild patient av viss själ skall den lämnas istället till patientens närstående (Raduu, 2009).

Behandling med kateter av urinblåsa skall alltid journalföras i enlighet med Patientjournalagen (1985:562):

”Vid vård av patienter inom hälso- och sjukvården skall föras för varje patient och får inte vara gemensam för flera patienter. Med vård avses i denna lag även undersökning och behandling.”

Egenvård

Med egenvård bör patienten uppmuntras så att patientens normala aktiviteter kan upprätthållas. För att öka patientens trygghet med kateterbehandlingen bör patient och eventuellt närstående vara väl informerade om hygien, hantering av kateter, kateterventil, urinuppsamlingspåse, fixering, möjlighet att variera hjälpmedel för olika aktiviteter, vilka komplikationer man bör vara uppmärksam på och var hjälp finns tillgänglig. Då kan problemet som till exempel ett stopp i kateter undvikas om någon handlingsberedskap är tillgänglig i hemmet (Wilde, 2002).

Tidigare forskning

I en fenomenologisk studie av Kralik et al (2007) undersökte forskarna kvinnliga samt manliga patienters upplevelser med kvarliggande urinkateter och deras olika strategier att hantera och leva med kateter. Resultatet visade att det som ledde till förbättring i deras livskvalitet som bärare av KAD var att deltagarna lärde sig om egenvård och att uppleva att de hade kontroll i situationen. Studien tog även upp deltagarnas upplevelser av urinkateter under studiens sju teman i resultaten. Deltagarna i studien upplevde kvarliggande urinkateter som besvärlig/jobbig, obekvämt samt en rädsla för komplikationer. Risken för urinvägsinfektion, som förekom hos alla deltagare, var ett problem som stört deras liv. För vissa deltagare var urinkatetern en ovälkommen indikation på att deras sjukdom fortskrider (a a).

I en kvalitativ grounded theory studie av Logan et al (2007) visade resultatet att tillräcklig information och begriplig instruktion av sjukvårdspersonal ger patienterna möjligheter att ta kontroll och bemästra kateteriseringsbehandling. Sjuksköterskornas kompetens, dvs. kommunikationsförmåga samt en lugnande strategi underlättar patienternas lärande och hjälper till att bevara information. Teknisk svårighet i lärandet upplevdes av deltagarna av båda könen. Deltagarna upplevde även en rädsla för infektionsrisk och återinsjuknande i urinvägsinfektion vid egenvård. Att leva med kvarliggande urinrörskateter upplevdes av deltagarna som besvärande, skamfyllt och ångestväckande (a a).

Studier har även utförts då det gäller smärtupplevelse och olika bedövningsläkemedel. Chung m fl (2007) har i en randomiserade dubbelblind studie jämfört lidocaine gel och vattenbaserad glidmedels effekter i samband med insättningen av urinrörskateter. En visuell analog skala (VAS) på 100 mm användes för att mäta patienternas smärtupplevelser före och efter proceduren. Resultatet visade att smärtan under KAD insättning var lägre vid

användning av lidocain gel med median poäng av 6 mm jämfört med 33 mm poäng i glidmedel gel (a a).

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med denna studie är att beskriva kvinnliga patienters upplevelse av att erhålla urinrörskateter.

Frågeställningar

- Hur upplever kvinnliga patienter kateterisering av urinblåsan?
- Vilken information, vilket stöd och bemötande upplever patienterna att de fått av sjuksköterskor i samband med kateterisering?

Avgränsningar

För att avgränsa materialet valdes att studera kvinnors upplevelse av kateterisering av urinblåsan. Behandlingen avgränsades till KAD via urinröret och exkluderade alla andra metoder för att avlasta blåsan från urin.

METOD

Studien är en empirisk intervju undersökning med kvalitativ innehållsanalys. Kvalitativa studier är tillämpliga för att beskriva människornas upplevelse och förståelse av sin livsvärld (Trost, 2010).

Urval

Studien genomfördes vid en vårdavdelning vid Skånes universitetssjukhus, Malmö (SUS, Malmö). Författarna kontaktade klinisk universitetslektor vid Malmö högskola, Hälsa och samhälle för att finna lämpliga avdelningar att utföra studien vid. Kontakt togs med ansvarig avdelningschef som rekommenderats via klinisk lektor. Informationsbrev (bilaga 1) och deltagarnas samtyckes blanketter (bilaga 2) lämnades till avdelningschefen en vecka innan intervjuerna påbörjades för att delas ut till de utvalda informanterna i förväg.

Urvalet begränsades till kvinnor med KAD behandling i ålder från 18 år och uppåt. Exklusions kriterierna var patienter med kognitiv svikt, samt kvinnor som inte behärskade svenska språket. Inga begränsningar gjordes för hur länge katetern planerades vara kvarliggande eller om informanten tidigare haft urinkateter.

Informanterna valdes av s.k. gatekeepers eller nyckelpersoner. Antalet informanter utgjordes slutligen av 6 kvinnor i ålder 32-68 år. Ytterligare en intervju genomfördes för att kontrollera mättnaden i materialet d v s för att säkerställa att inget nytt framkom (Polit & Beck, 2006). Enligt Trost (2010) ska antalet intervjuer begränsas till ett antal mellan 4 till 8 personer. Trost (2010) menar att många intervjuer leder till att materialet blir ohanterligt

och kommer att sakna överblicken och andra viktiga detaljer som förenar eller som skiljer (a a).

KAD behandlingen hos fyra av sex informanter var kortvarig, varierade mellan 12 timmar och 3 dagar. En informant hade KAD under 12 timmar, en hade KAD under 24 timmar, en under 3 dagar, en informant skulle fortsätta med KAD behandlingen under hela sjukhusvistelsen och den sista informanten kommer inte ihåg tiden för KAD behandlingen.

Datainsamling

En intervjuguide utformades och ställdes till samtliga informanter (Bilaga 3). I intervjuer med kvalitativ ansats har intervjuaren oftast en intervjuguide med mer eller mindre konkret utformade frågor (Allebeck & Hansagi, 2005). Det är av värde att använda strukturerade frågeformulär för att uppnå syftet och att i förväg formuleras frågeformuläret av forskarna som sedan ställs på samma sätt till alla deltagare (Granskär & Höglund- Nielsen, 2008).

Båda författarna deltog under samtliga intervjuer. Den ena intervjuade och den andra ansvarade för ljudinspelningen. Skälen till att båda författarna deltog på alla intervjuerna var för att inte missa någon viktig information och för att få bättre förståelse samt komplettera varandra (Trost, 2010). Samtliga intervjuer spelades in med inspelningsprogram, Audacity, som utgjordes av en bärbar data med headset och inspelning i mobilen för säkerhetskull i samband med informanternas samtycke. En intervju test genomfördes veckan innan intervjustart för att försäkra att materialet fungerar.

Intervjun startades med en upprepning av studiens information och inlämning av samtyckesblankett från samtliga informanter. Intervju 1 och 2 skedde första dag på planerad intervju veckan. Intervju 3 och 4 skedde efter transkriberingen av de två första intervjuerna. Intervju 5 skedde sista dagen på veckan samt efter transkribering av intervju 3 och 4. Intervju 6 skedde efter transkriberingen av intervju 5. Tiden på respektive intervjuerna varierade mellan 10-20 minuter. Intervjuerna ägde rum på olika platsen på avdelningen som "gate keepers" valde i förväg.

Dataanalys

Insamlad data analyserades samt bearbetades med manifest innehållsanalys ansats (Graneheim & Lundman, 2004). Graneheim & Lundman (2004) påpekar att manifestanalysen beskriver vad texten säger, behandlar innehållet, aspekten och beskriver synliga och uppenbara komponenter. Metoden fokuserar på tolkning av texter och används framförallt inom beteendevetenskap, humanvetenskap och vårdvetenskap. Detta kan användas på olika texter och tolkningar samt kan ske på olika nivåer (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008). Metoden bedöms lämplig för denna studie eftersom denna metod används till för att granska tolkade texter, såsom utskriften av bandade intervjuer, observationsprotokoll, dagböcker, journaler och videofilmer (a a).

Författarna använde olika koder efter varje avslutad intervju. Intervjuerna transkriberades separat av både författarna med hjälp av Microsoft Office Excel program efter varje intervju. Varje intervju identifierades med meningsbärande enheter som var citat från

intervjun. Efteråt kondenserades texterna så att de blev kortare och lätthanterliga samtidigt som det centrala innehållet bevarades. Varje meningsbärande enhet benämndes med kod för att underlätta för författarna att reflektera över de insamlade data på ett nytt sätt. Underkategorier skapades efter avslutade koder som utgör en del av kategorin. Flera underkategorier skapade tillsammans en kategori. En kategori bestod av flera koder som hade liknande innehåll. Det innebär att innehållet i kategorierna har gemenskap och skiljer sig från innehållit i andra kategorier (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008). Diskussion skedde mellan författarna vid osäkerhet på hur innehållet skulle tolkas. Därefter jämfördes likheter och skillnader av transkriberingarna tillsammans. För att författarna ska få en övergripande uppfattning om den insamlade data lästes intervjuerna två gånger var för sig. Sedan reflekterade författarna tillsammans över textens huvudsakliga innehåll. För att öka trovärdigheten gjordes analysen upprepade gånger och påbörjades på nytt ställe för varje gång (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008).

Författarna skrev sedan resultatet med hjälp av en tabell som gjorde att alla kategorier och underkategorier var lätta att följa samt inget material missades att redovisas. För att kunna skriva ut resultatet eller se till att citatet var korrekt fick författarna gå tillbaka till ursprungstexten vid något enstaka tillfälle. En tabell skapades för att visa exempel på analysprocessen från meningsbärande enhet till kategori (bilaga 4).

Etisk övervägande

Projektplan skickades tillsammans med etikansökan till Hälsa och Samhälles etiska kommitté för att få tillstånd till att genomföra studien. Studien fick godkännandet av Hälsa och samhälles etikprövningsnämnd (beslutnummer Dnr HS60-10/804:2).

Författarna beaktade etiska aspekten i denna studie avseende anonymitet och konfidentialitet, det vill säga inga personuppgifter, namn eller citat som kan kopplas samman från informanternas personuppgifter redovisas. Intervjuerna gjordes även med en person i taget för att respektera patienternas integritet. Trost (2010) påpekar ämnen som konfidentialitet, anonymitet, information till deltagare och frivilligt medverkande. Informanterna informerades muntligt och skriftligt med hjälp av en informations bilaga/blad (bilaga 1). Informationsbilagan beskrevs studiens syfte och metod, frivillighet att delta och rättighet att avbryta när man vill. Polit och Beck (2006) menar ytterligare att deltagarna har rätt att ställa frågor, vägra att lämna information eller att dra sig ur studien. Deltagarna garanterades i informationsbilagan att all material som insamlats under intervjuerna behandlades konfidentiellt och avidentifierats. Inspelnings filer samt utskrifter avidentifierades och kodats efter transkribering.

RESULTAT

Resultatet efter analysfasen utgörs av fem huvudkategorier; Omväxlande information om KAD- behandlingen, betydelsen av KAD- behandlingen, överlåtelse vid KAD- behandlingen, upplevelse beroende på behandlingstiden och vikten av personalens bemötande.

Koder, subkategorier och kategori presenteras nedan (tabell 1)

Tabell 1: Kategorier, subkategorier och koder som framkommer i studiens intervjuer.

Kategori	Subkategori	Kod
Omväxlande information om KAD-behandlingen	Bra/tillräcklig information Avsaknad av information	<ul style="list-style-type: none"> • Bra information • Ingen betydelse med information • Ingen information gavs alternativt var bortglömd
Betydelsen av KAD-behandlingen	Nödvärdigt Ingen betydelse Trygghet	<ul style="list-style-type: none"> • Förståelse för ingreppet • Annat fokus än KAD behandling • säkerhetsåtgärd
Överlåtelse vid KAD-behandling	Behov av stöd	<ul style="list-style-type: none"> • Behövde hjälp/stöd • Erhöll stöd och hjälp
Upplevelse beroende på behandlingstiden	Saknar upplevelse/erfarenhet Negativ upplevelse Komplikationer Smärtupplevelse under KAD behandling	<ul style="list-style-type: none"> • Korttids behandling utan upplevelse • Obehagligt • Jobbigt • Oroligt • Sveda • Täta trängningar • inkontinens • Smärtfria
Vikten av personalens bemötande	Mycket nöjd Bra bemötande	<ul style="list-style-type: none"> • Välbemött • Inga problem • Bra

Omväxlande information om KAD- behandlingen

Information om KAD insättningen varierade från att den gavs till att den saknades. Vidare värderades kvaliteten på information som gavs och om den överhuvudtaget var nödvändig.

Tillräcklig information

Information om KAD insättningen ansågs av flera informanter vara bra och tillräcklig.

”Jag fick en beskrivning på att de kommer att sätta in den och att jag ska ha den under hela operationen. Och att den inte skulle tas här på sal i dag. Jag opererades i natt, att den skulle tas här på sal i dag. Så väldigt bra information kan jag känna. ” (Intervju 1)

“Ja! Det är för att man ska kissa under operation. Man har blivit opererad så man kan inte gå upp och kissa de första dagarna. Det går inte. ” (Intervju 2)

Avsaknad av information

Vissa informanter fick ingen information om KAD insättningen. Den ena informanten hade en akut operation och den andra kom inte ihåg om sjuksköterskan talade om KAD insättningen.

”Ingen! Det var en akut operation. [Tystnad] Ingen som jag kommer ihåg. Det hade inte spelat mig någon roll om de hade sagt att vi kommer att sätta KAD. Jag förutsätter allt som kravs när man kommer in. Så jag är nöjd men ingen information. [Tystnad]” (Intervju 4)

“Jag tror inte jag fick någon speciellt information faktisk. Alltså jag har inte märkt av det. Men det spelar ingen roll.[Skratt]” (Intervju 3)

Betydelse av KAD behandling

Nedan beskrivs informanternas tankar inför KAD insättningen.

Nödvändighet

KAD behandlingen var en nödvändig åtgärd under och efter operation för att kunna tömma blåsan. Den var speciellt nödvändig när problem i blåsan uppstår. En informant ansåg även KAD behandlingen som en *”jobbig grej”* vid långtidsanvändning.

”Jag skulle ha den här typen av KAD så kort tag, inte så lång tid. Och skulle man ha det varje dag så bli det rätt så jobbigt. Det är ju nödvändighet! Jag har problem med urinblåsan, så det är nödvändigt att tömma blåsan. Den töms inte av sig själv. Att tömma den manuellt. ” (Intervju 5)

Saknar betydelse

För vissa fokuserades inte tankarna kring själva KAD behandlingen utan fokus för tankarna var själva sjukdomstillståndet och operationen.

”Nej, Det var mycket annat som var värre. Så jag har inte tänkt på det som det var något stort grej. ” (Intervju 2)

Trygghet

För vissa av informanterna fanns en full förståelse av KAD behandlingen. Det en säkerhetsåtgärd under operation för att kunna undvika någon olycka. Dessutom ansågs att KAD behandlingen utfördes för att kunna ta onödiga vätskor ut ur kroppen.

”Det är inte så mycket att man kan göra. Utan för alla säkerhet att det inte ska hända någon olycka under operationen. Samtidigt är det en säkerhet för mig att de ska kolla att jag får i mig vätska, att den kommer ut från ett säkert ställe och inte stanna kvar i min kropp och blir något farligt av det. Jag tycker att det är helt ok! Bra grej! Det är ingen grej som man gör bara för att det är kul liksom det inte finns någon anledning till det.”

(Intervju 1)

Överlåtelse vid KAD behandling

Samtliga informanter fick och behövde stöd från vårdpersonalen med att sköta KAD:n efter insättning. Detta innefattade bland annat att byta och tömma urinuppsamlingspåse, fästa urinuppsamlingspåse på benet och att mäta urinmängden.

”Nej! Alltså det skötte dem. Jag har inte gjort något själv. Utan de har fixat allting så jag har inte behövt tänka på det [Tystnad] och hela tiden fått informationen att den pluggar vi. Så att när du behöver gå på toaletten tar vi den. Så att hela tiden har det varit information. Och de har fixat allting så jag har inte gjort någonting.” (Intervju 1)

”Så man behövde tänka så mycket på det själv utan de tar hand om det. Ja! Det behövde man.” (Intervju 2)

Upplevelsen beroende på behandlingstiden

Upplevelsen av att vara KAD bärare kunde variera beroende på behandlingstiden med KAD och hur fysiskt aktiva informanterna har varit under behandlingen.

Saknar upplevelse/erfarenhet

Två av informanterna saknade upplevelse eller erfarenhet på grund av kort KAD behandling som var 12 och 24 timmar samt att informanterna var sängliggande d v s var fysiskt inaktiva under behandlingen. Och den sista informanten som inte minns behandlingstiden hade ingen upplevelse av KAD därför att personalen drog ut den innan informanten steg ur sängen första gången efter operationen.

”Alltså jag har legat i sängen hela tiden. Så jag har inte känt något av det” (Intervju 1).

Negativ upplevelse

Informanterna beskrev olika aspekter på negativa upplevelser kopplade till behandlingen och tidigare erfarenheter av KAD behandling. Upplevelserna kopplades till hanteringen av katetern, hur det begränsade handlingsfriheten, tankar kring nästa steg då katetern skulle seponeras och rädsla för senkomplikationer.

”Så jag har inte haft den länge. De har ju tagit bort den innan jag gick upp från sängen så att säga. De andra gångerna har varit obehagligt” (Intervju 3).

En av informanterna skulle fortsätta med KAD behandling under hela sjukhusvistelsen och upplevde behandlingen som jobbig av bl a behöva gå runt med en slang och urinsamlings påse, duscha med en KAD och tömma påsen ofta även under natten.

"Alltså denna typ av kateter så är den jobbig när man ska duscha, måste tömma den ofta och att gå runt med den" (Intervju 5).

En informant upplevde oro under KAD behandlingen. Informanten var orolig för sen komplikation d v s komplikation efter KAD utdrag, att inte klara av att tömma blåsan och behöva behandlas ytterligare med KAD. Oro över tillvägagångssättet då KAD:n skulle seponeras förmedlades också.

"Nää! Det var lite oroligt att man kan behöva sätta in kateter när jag är vaken, om det var så att urinen inte kom i gång efter kateter utdrag. Det enda jag funderade över var hur kommer att göra när de drar ut den?" (Intervju 4).

Komplikationer vid KAD- behandling

Några informanter upplevde enstaka vanligt förekommande komplikationer efter KAD-behandlingen. Någon upplevde täta trängningar och någon annan upplevde svårighet med att tömma urinblåsan.

"Att man sitter liksom tre kvarts och det kommer ingenting och ändå var jag jätte kisse nödig" (Intervju 6)

Smärtupplevelse vid KAD behandling

Samtliga informanter berättade att KAD behandlingen varit smärtfri.

"Nej! Det funkade jätte smidigt. Kändes ingenting" (Intervju 4).

"Det var inte obehagligt alls. Det tyckte jag inte" (Intervju 2).

Vikten av personalens bemötande

Alla informanter var nöjda med personalens bemötande under sjukhusvistelsen. Det varierade mellan mycket bra och bra bemötande.

Mycket nöjd

De flesta informanter var mycket nöjda med personalens bemötande genom ett snabbt svar:

"Alltså överlag de har varit väldigt duktiga och trevliga, kommit in och kollat om jag behövde mer smärtlindring. Väldigt positivt. Väldigt engagerad. Faktiskt! Det har varit väldigt bra bemötande. Till och med sjuksköterskan som tog emot mig igår natt var nere här och kollade hur det var med mig. Och det känns lite extra när de har intresset för mig eftersom hon har släppt mig på någon annans bord liksom. Men då kom hon ändå. Det var väldigt trevligt och positivt faktiskt" (Intervju 1).

”Jätte bra! Bra bemötande. Våldigt lugna, trygga, sakliga, förklarande och omhändertagande” (Intervju 4).

Bra bemötande

För vissa informanter upplevde också bra bemötande men enligt författarna lät det som bara bra och nöjda med bemötandet.

”Jag tyckte det var bra. Nja! Nej de var snälla och de tog hand om dig så man behöver inte tänka så mycket på det själv utan de tar hand om det” (Intervju 2).

”Rätt bra! Jätte bra! Nä, de ställde upp och är vänliga. Ingenting och klaga på. De har inte gjort något fel. Fungerade bra” (Intervju 5).

DISKUSSION

Studiens syfte var att beskriva kvinnliga patienters upplevelse av att erhålla urinrörskateter genom att intervjua kvinnor som genomgått kateterisering av urinvägarna och att analysera insamlad intervju material med innehållsanalys. Studiens diskussion är uppdelad i två delar, metoddiskussion och resultatdiskussion.

Metoddiskussion

I metoddiskussionens del förs ett resonemang kring urval, intervjuer, etiska aspekter, datainsamling, dataanalys samt studiens styrka och svagheter som uppkommit under studiens gång.

Urval

Antal informanter begränsades till kvinnor i åldersintervallet 18 år och uppåt enligt inkluderingskriterierna. Syftet med åldersgränsen var för att underlätta för författarna att finna informanter till 4-8 intervjuer. Den faktiska åldersspridningen visade sig bli mellan 32-65 år. Trost (2010) menar att urvalet skall vara heterogent inom den givna homogeniteten, det bör finnas variation. Således kan fastslås att yngre kvinnor och äldre kvinnor inte finns representerade i denna studies material, vilket också kan ha påverkat resultatet och får anses som en begränsning.

Fem informanter valdes ut. Enligt Trost (2010) ska antalet intervjuer begränsas till mellan 4 och 8 personer. Trost (2010) menar att många intervjuer leder till att materialet blir ohanterligt och kommer att sakna överblick och andra viktiga detaljer som förenar eller som skiljer (a a).

Efter att alla fem intervjuer hade transkriberats och kodats upplevde författarna mättnad. För att säkerställa att inget nytt skulle framkomma genomfördes ytterligare en intervju. Polit & Beck (2006) menar att många forskare använder mättnadsprincipen, vilken uppstår när koder och kategorier i datamaterialet upprepas och blir överflödigt så att ingen ny information tillkommer.

Tre nyckelpersoner (gate-keepers) användes för att välja ut rätt informanter för studien. Ett problem var att nyckelpersonerna styrde urvalet för mycket av informanterna samtidigt som de inte hade läst inklusionskriterierna i informationsbrevet. Trost (2010) påpekar att det finns en risk som kan förekomma vid användning av dessa nyckelpersoner då de kan styra urvalet för mycket.

Studiens genomförande

Eftersom få informanter inte läst informationsbrevet fick författarna gå igenom informationsbrevets innehåll för informanterna samt tillfrågade om fortsatt intresse till att delta studien. Polit & Beck (2006) påpekar att deltagarna har rätt att ställa frågor, vägra att lämna information samt att dra sig ur studien.

En bärbar dator med inspelningsprogram, ”Audacity”, headset användes under samtliga intervjuer. För att säkerställa att materialet fungerade gjorde författarna ett intervjustest veckan innan intervjustart. Fördelen vid användning av detta instrument var att det var billigt, lätthanterligt, gick att lyssna till tonfall och ordval flera gånger. Vidare behövde inga anteckningar föras utan att författarna istället kunde koncentrera sig på frågorna och svaren.

Då intervjumaterialet skulle transkriberas upptäcktes att det inte gick att skicka inspelade filer till en annan dator. Författarna skulle utföra transkriberingarna och analysen individuellt vilket innebar att båda behövde ha tillgång till materialet från intervjuinspelningarna. Beslut togs att även använda mobiltelefon för en extra inspelning under intervjuerna. Eftersom mobiltelefoninspelningen inte nämndes i informationsbrevet fick författarna informanternas godkännande innan användning av mobiltelefonen. Nackdelen med användning av detta instrument var att det var tidskrävande då det var besvärligt att spola fram och tillbaka för att leta rätt på en detalj.

Författarna kompletterade varandra med att en gjorde intervjun och att den andra var ansvarig för ljudinspelningen. Syftet med detta var att enligt Trost (2010) intervjueren skulle kunna utföra en bättre intervju med större informationsmängd och förståelse jämfört med om endast en författare skulle intervju ensam. Författarna ansåg att detta tillvägagångssätt var en styrka i studien. Trost (2010) menar att det kan vara ett gott stöd att vara två om de två är samspelade. Då utför författarna en bättre intervju med större informationsmängd och förståelse än om endast en skulle intervju.

En strukturerad intervjuguide (bilaga 3) användes med öppna frågor som en vägledning för samtliga intervjuer. Alla intervjuer hade samma ordning på frågorna. Enligt Trost (2010) ska frågorna komma som följer av svaren annars finns det risk att ett svar på en helt annan fråga hamnar på fel plats vid oordning på frågorna.

De flesta frågor var öppna med syftet att fånga informanternas egna berättelser utan att styra in dem i givna svar. Följdfrågor ställdes för att författarna skulle säkerställa att intervjuguidens samtliga områden behandlades och för att inte missa viktig information som kan vara av värde för den representerade studien (Granskär & Höglund- Nielsen, 2008).

Samtliga intervjuer utfördes på avdelningen. Avdelningschefen och författarna kom överens om att den bästa tiden för de fem intervjuer var efter klockan 14.00 på eftermiddagen då detta var den tid då det brukade vara som lugnast på avdelningen. En intervju gjordes klockan 10 på förmiddagen för att patienten skulle skrivas ut under eftermiddagen.

Den första intervjun ägde rum på en sal för två patienter. Informanten (intervju 1) var nyopererad och sängliggande samt kunde inte förflytta sig till ett annat rum. Av denna anledning utfördes intervjun på patientens rum. Nackdelen var att en annan sängliggande patient fanns närvarande i salen under intervjun. Endast ett draperi hängde mellan sängarna. Vidare stördes intervjun av att en sjuksköterskestudent kom in i rummet, öppnade fönstret och väckte patienten i andra sängen. Detta kan ha påverkat informantens svar på frågorna under intervjun.

Andra intervjun ägde rum i personalens dagrum. Nackdelen med denna intervju var att informantens anhörig deltog under intervjun samt risken att bli störd var stor. Detta kan ha även påverkat informantens svar på frågorna under intervjun. Enligt Trost (2010) skall det inte finnas åhörare och miljön skall vara så ostörd som möjligt. Resten av intervjuerna skedde på ett ostört undersökningsrum.

Författarna nämnde i informationsbrevet att längden på studiens intervjuer skulle vara ca 20-30 minuter. Efter att författarna exkluderade frågor som handlar om smärtupplevelser från intervjuguiden blev tiden på samtliga intervjuerna kortare, 10-20 minuter. Enligt Trost (2010) är 10-20 minuter för kort tid för att få fram tillräckligt med information. Däremot var författarna oerfarna intervjuare som intervjuade postoperativa patienter och en timme eller mer kunde vara påfrestande för informanterna. Dessutom ansåg författarna att tydliga frågor hade ställts till samtliga informanter och inga frågor på intervjufrågorna förekom från informanterna under samtliga intervjuer.

Etiska aspekter

Författarna valde att beskriva kvinnors upplevelse av kateterisering av urinblåsan då det ingår i sjuksköterskans kompetensområde och var ett intresseområde för författarna. Däremot kan ämnet upplevas som ett känsligt ämne att diskutera för informanterna och detta måste tas i beaktande då intervjuerna ska genomföras. Trots (2010) menar att i vissa sammanhang skall intervjuaren och informanten vara av samma kön och menar vidare att det skulle vara oförskämt att göra annorlunda.

Studien berörde ett känsligt ämne som författarna också nämnt ovan, därför avgränsades urvalet till endast kvinnor. Författarna kunde även genomföra intervjuerna i en fokusgrupp, men för att skydda och beakta informanternas identitet och integritet gjordes intervjuerna var för sig (Trost, 2010). Författarna har tagit hänsyn till detta i denna studie.

Dataanalys

En kvalitativ innehållsanalys användes för att analysera insamlat material. Innehållsanalys innefattar olika analysnivåer; manifest analys (ytlig och beskrivande) och latent analys (fördjupande och analyserande). Då tiden var tidsbegränsad för analysfasen valde författarna att fokusera på att utföra en manifest innehållsanalysnivå beskriven i Granskär & Höglund-Nielsen (2008). Metoden upplevdes lättstrukturerad, lätthanterlig samt ansågs som en lämplig metod i förhållande till studiens forskningsfråga. Vid användning av innehållsanalysmetoden upplevdes dock metoden som tidskrävande när det gäller transkriberingar, i vilket enligt Granskär & Höglund-Nielsen (2008) är en nackdel.

Författarna presenterade informanternas åsikter med citat i resultatanalysen för att öka trovärdigheten. Dessutom ansåg Granskär & Höglund-Nielsen (2008) att det ska finnas möjlighet för läsaren att bedöma studiens giltighet genom att använda citat från intervjuer.

Resultatdiskussion

Resultatet diskuteras utifrån studiens fem huvudkategorier kopplade till bland annat bakgrundsfakta samt relevant befintlig forskning. Det är upplagt så för att göra diskussionen mer översiktlig.

Omväxlande information om KAD- behandlingen

Resultaten visade att vissa informanter ansåg att informationen inför KAD-insättningen var tillräcklig/bra. Samtliga informanter fick information om KAD-insättningen från en sjuksköterska och en informant fick information från en läkare i samband med information inför operation. Enligt ICN: S etiska kod för sjuksköterskor Socialstyrelsen (2007) är en av sjuksköterskornas ansvar att patienten får information i samband med vård och behandling.

Några informanter fick ingen information. Avsaknad av information om katetriseringen skedde på grund av olika faktorer bl.a. att informanten hade genomgått en akut operation. Författarna ansåg detta som en avsaknad information om KAD- behandlingen. Dock var informationen viktigt för patienterna, i vilket Logan et al (2007) beskriver. Studiens resultat kom fram till att tillräcklig information och begriplig instruktion av sjukvårdspersonal ger patienterna möjligheter att ta kontroll och bemästra behandlingen.

Betydelse av KAD- behandlingen

Fem informanter hade positiva tankar om KAD- behandlingen, d v s. att KAD- behandlingen var nödvändigt under operationen. Patienterna hade förståelse för KAD och att KAD- behandlingen var nödvändig för en säker behandling. Weemhoff et al (2010) påpekar att överfyllning av urinblåsan kan orsaka en negativ inverkan på det kirurgiska resultatet.

En informant fann inte någon mening av själva KAD- behandlingen. Informanten tyckte att det var mycket annat som informanten skulle tänka på än själva KAD- behandlingen. Eftersom författarna inte visste något om informanternas hälsotillstånd innan intervjuerna, d v s. vilka specifika indikationer varje informant hade innan operation kunde författarna inte bedöma informantens situation. Bland annat kan psykisk stress

förekomma inför operation. Trots att de flesta patienterna hade varit med om omfattande operationsbeslut upplevde patienterna oro, rädsla och förlust av kontroll under operationsdagen (Almås, 2002).

Två av studiens informanter upplevde övergående problem vid blåstömning i 1-2 dagar efter KAD- utdrag. Informanterna saknade information om KAD- komplikationer samt att de var oförberedda. Almås (2002) menar att patienter bör få information om att följande komplikationer kan förekomma (a a).

Överlåtelse vid KAD- behandlingen

Upplevelsen av behov av stöd från sjukvårdspersonalen var aktuell hos fem av informanterna. Den sjätte informanten jobbade själv inom sjukvården samt kunde själv hantera KAD- skötseln. Därför upplevde informanten inget behov av stöd. Trots det fick informanten hjälp med KAD- skötsel eftersom att hon behandlades som patient och inte som vårdgivare. Författarna uppfattade behandlingstiden vara kortvarig, mellan 12 timmar och 3 dygn, hos samtliga informanter. Enligt Schumm & Lamm (2008) definieras kortvarig kateterisering upp till 14 dagars behandling. Detta var orsaken till att vårdpersonalen skötte KAD- skötseln hos alla informanter och att inget behov fanns att ge utbildning för egenvård av patienterna.

En av studiens informanter hade inkontinens och hade tidigare haft KAD under tre veckor. Informanten upplevde behandlingen som jobbig. I det här fallet fick informanten instruktioner och utbildning angående skötsel och egenvård av KAD samt hjälp med KAD- byte av en distriktssköterska på vårdcentralen. Enligt Kralik et al (2007) är det nödvändigt att lära patienten KAD- skötsel samt egenvård vid långvarig KAD- behandling eller vid längre KAD- behandlingsperiod för att patienten ska kunna uppnå upplevelsen av kontroll i situationen (a a).

Upplevelse beroende på behandlingstiden

Upplevelsen kring KAD- behandlingen kunde variera beroende på behandlingstiden. På grund av kort behandlingstid, mindre än 24 timmar till 3 dygn, och att informanterna sov kunde inte informanterna komma ihåg och berätta om själva upplevelsen. Weemhoff et al (2010) menar att kvarliggande kateter kan tas bort den första dagen efter operationen. Däremot fanns det en informant som tidigare behandlats med KAD i tre veckor som upplevde KAD- behandlingen som jobbig och obehaglig. Detta bekräftades även i en studie av Kralik et al (2007) där deltagarna upplevde obehag och att det kändes jobbigt vid långtids KAD- behandling.

En informant kände oro samt rädsla under utdragningen av KAD. Informanten oroades över att urinen inte skulle komma i gång efter KAD-utdragningen och att personalen skulle behöva sätta en ny KAD när informanten var vaken. Oron kan anses vara obefogad då Tanabe et al (2004) visar i resultatet av studierna att urinkateteriseringen bland kvinnor inte är smärtsam.

Komplikationerna som förekom 1-2 dagar hos två informanter var sveda, täta trängningar och inkontinens. Enligt Almås (2002) är nämnda komplikationer vanligt förekommande

efter KAD- behandlingen. Vanligtvis återfår patienter kontrollen över blåsan efter en till två dagar. Denna tid kan förändras bl.a. beroende på hur länge patienterna hade haft kateter samt om urinen innehåller bakterier (a a).

Eftersom alla studiens informanter behandlades kort tid med KAD i postoperativt syfte saknade informanterna tecken på UVI (Schumm & Lamm, 2008). Dock enligt Nazarko (2009) är urinvägsinfektion (UVI) en vanlig förekommande KAD- komplikation vid långtidsbehandling och enligt Schumm & Lam (2008) ökar risken att utveckla UVI från en kvarliggande kateter (KAD) med 3-6% per dag.

Alla sex informanter var smärtfria efter KAD- behandlingen. Någon upplevde obehag men ingen smärta. Författarna ansåg att den smärtfria upplevelsen kunde vara kopplad till analgetikas effekt efter operation. Ett viktigt mål i den postoperativa omvårdnaden är att patienterna ska vara så smärtfria och avslappnade som möjligt under hela förloppet. Därför skall en nyopererad patient ha en fortsatt effekt av de läkemedel som administreras under anestesi. För läkemedel som opiater, t ex morfin, är det viktigt att ge små doser till patienten i början av uppvakningsperioden och att öka dosen vid behov. Doseringen av smärtstillande skall anpassas till den enskilde patientens behov och detta varierar beroende ingreppets storlek och art (Almås, 2002).

Vikten av personalens bemötande

Samtliga informanter var nöjda med personalens bemötande. Personalens bemötande var viktigt för patienterna, d v s. att patienterna skulle kunna känna sig trygga, lugna, tagna på allvar och trivas under hela sjukhusvistelsen. Studien som gjordes av Logan et al (2007) påpekar att sjukvårdspersonalens kompetens och ett gott bemötande hjälper patienternas lärande, att bevara informationen samt att bemästra situationen.

Smärtupplevelser vid KAD- insättning

Kategorin smärtupplevelse vid KAD- insättning exkluderades eftersom alla informanter fick KAD under narkos i samband med operation. KAD under narkos är vanligt vid större ingrepp, en del urologiska ingrepp och vid behandling av riskpatienter som brukar behandlas med kateter (Almås, 2002). Vid en tidigare studie angående smärtupplevelse vid insättning av urinrörskateter var resultatet att deltagarna upplevde smärtan vid KAD- insättningen men att den minskades vid användning av lidocain gel (Chung m fl, 2007).

SLUTSATS

Syftet med denna studie är att beskriva kvinnliga patienters upplevelse av att erhålla urinrörskateter. Kvinnliga patienterna hade fått varierande information om KAD- insättningen, d v s allt ifrån tillräcklig information till helt avsaknad av information. Att ge tillräcklig information till patienten innan KAD- behandling leder till att patienten får en inblick i hur behandlingen går till, en bättre förståelse om behandlingen, samt att undvika överraskningar för patienten. Kvinnliga patienterna behövde stöd för att sköta KAD, d v s. att tömma och byta urinuppsamlingspåse, fästa påsen på benet samt att mäta urinmängden. Kvinnliga patienterna har fått ett gott bemötande från vårdpersonal under

hela KAD- behandlingen. Författarna kom även fram till att upplevelsen under KAD- behandlingen kunde variera beroende på behandlingstiden.

För vidare forskning i detta ämne rekommenderar författarna att forskarna väljer deltagare med olika kön, att använda en väl informerad ”gatekeeper” samt att även välja deltagare som är i vaket tillstånd under KAD- insättningen. Författarna rekommenderar även att användning av datorprogrammet, Auda City för att bearbeta intervjuer.

REFERENSER

Allebeck, P & Hansagi, H (2005) *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Almås, H (2002) *Klinisk omvårdnad 2*. (1: a uppl.) Liber AB: Stockholm.

Bjålie J G, Sand O & Sjaastad Ö (1998). *Människokroppen. Fysiologi och anatomi*. Stockholm: Liber AB.

Björkman, E & Karlsson, K (2008) *Medicinsk teknik för sjuksköterskor*. (3: e uppl.) Studentlitteratur.

Brosnahan, J et al (2004) Types of urethral catheters for management of short-term voiding problems in hospitalised adults. *Evidenced Based Nursing*, 7(3), 85-97.

Chung, C et al (2007) Comparison of lignocaine and water-based lubricating gels for female urethral catheterization: A randomized controlled trial. *Emergency Medicine Australasia*, 19, 315-319.

Davenport, K et al (2005) Evidence for the use of silver-alloy-coated urethral catheters. *Journal of hospital infection*, 60 (4), 298-303.

Gerhardsen, H (2009) (red.). *Norstedts svenska synonymordbok*. (5: e uppl.) Stockholm: Norstedts

Gokula, RR et al (2004), Inappropriate use of urinary catheters in elderly patients at a midwestern community teaching hospital. *American Journal of Infection control*, 32(4), 196-199.

Graneheim, UH & Lundman, B (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedure and measure to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Granskär M & Höglund-Nielsen B (2008) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763

Khan, AA et al (2007) Developing a strategy to reduce the high morbidity of patients with long-term catheters: the BioMed catheter research clinic. *British Journal of Urology International*, 100(6), 1298-1301.

Kralik, D, Seymour, L, Eastwood, S & Koch, T (2007) Managing the self: living with an indwelling urinary catheter. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (7b), 177-185

- Kristoffersen, N.J. (red.) (1998) *Allmän omvårdnad*, del 3. Stockholm: Liber.
- Logan, K et al (2007) Patients' experiences of learning clean intermittent self-catheterization: a qualitative study. *Journal of Advance Nursing*, 62(1), 32-40.
- Lundholm, R. (2006) Vårdrelaterade infektioner – vad är det, hur vanliga är de, vilka drabbas och vilka konsekvenser får de? Socialstyrelsen. *Att förebygga vårdrelaterade infektioner. Ett kunskapsunderlag.* (s. 19-30). Stockholm: Socialstyrelsen
- McNulty, C et al (2003) Prevalence of urinary catheterization in UK nursing homes. *Journal of Hospital Infection*, 55, 119-123.
- Nazarko, L (2009) Providing effective evidence-based catheter management. *British Journal of Nursing*, 18(7), 4-12.
- Patientjournalagen, SFS (1985:562)
- Polit, D & Beck, C (2006) *Essential of nursing research. Methods, appraisal and utilization (6th edition)*. Philadelphia: Lippincott
- Raadu, G (2009) (red.) *Författningshandbok för personal inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Liber AB.
- Robinson, J (2009) Urinary catheterization: assessing the best options for patients. *Nursing Standard*, 23(29), 40-45.
- Schönebeck, J (2003) *Blåskatetern och dess bruk*. Stad: Ove Halls Offset AB.
- Schumm, K & Lam, T B L (2008) Types of urethral catheters for management of short-term voiding problems in hospitalized adults: a short version Cochrane review. *Neurourology and Urodynamics*, 27(8), 738-746.
- Sjuksköterskeförening, (2007) *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*.
><http://www.swenurse.se/library/documents/Publikationer/ICNs%20etiska%20kod%20för%20sjuksköterskor.pdf>< 2010-12-07
- Smittskyddsinstitutet (2008) Vård hygien, *Basala hygien rutiner*
><http://www.smittskyddsinstitutet.se/amnesomraden/vardhygien/basala-hygienerutiner/>
<2010-12-08
- Socialstyrelsen (2005) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 1997:14, *Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Sveriges Kommuner och Landsting (2008) *Förebygg vårdrelaterade urinvägsinfektioner: Nationell satsning för ökad patientsäkerhet*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting

Tammelin, A (2005) Urinkatetrar och antibiotikabehandling – följsamheten till riktlinjer kan bli bättre. *Läkartidningen*, 102(6), 378-381.

Tanabe, P et al (2004) Factors affecting pain scores during urethral catheterization. *Academic Emergency Medicine* 11(6), 699-702.

Trost, J (2010) *Kvalitativa Intervjuer*. (4:e uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Vårdhandboken (2010) *Katetreringen av urinblåsa. KAD kvinna*.
><http://www.vardhandboken.se/Texter/Kateterisering-av-urinblasa/KAD-kvinna/>< 2010-11-11

Vårdhandboken (2010b) *Katetreringen av urinblåsa. KAD, komplikationer*. >
<http://www.vardhandboken.se/Texter/Kateterisering-av-urinblasa/KAD-komplikationer/>< 2010-11-11

Vårdhandboken (2010c) *Katetreringen av urinblåsa. Omvårdnadsåtgärder*
><http://www.vardhandboken.se/Texter/Kateterisering-av-urinblasa/Omvardnadsatgarder/>< 2010-12-08

Vårdhandboken (2010d) *Katetreringen av urinblåsa. Urinvägar och information*. >
http://vardhandboken.se/Texter/Kateterisering-av-urinblasa/Urinvagar_och_information/ <2010-12-08

Vårdhandboken (2010e) *Katetreringen av urinblåsa. Översikt*
><http://www.vardhandboken.se/Texter/Kateterisering-av-urinblasa/Oversikt/><2011-01-11

Webster, J et al (2001) Water or antiseptic for periurethral cleaning before urinary catheterization: A randomized controlled trial. *American Journal of Infection Control*, 29 (6), 389-394.

Weemhoff, M et al (2010) Postoperative catheterization after anterior colporrhaphy: 2 versus 5 days. A multicentre randomized controlled trial. *International Urogynecology Journal*, 21, 0937-3462.

WHO, 2002 *Prevention of hospital-acquired infections, A practical guide*.
> http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_CDS_CSR_EPH_2002.12.pdf<2010-11-10

Wilde, M (2002) Understanding Urinary Catheter Problems from the patient's point of view. *Home Healthcare Nurse*, 20(7), 449-455.

BILAGOR

Bilaga 1. Informationsbrev

Bilaga 2. Samtycke

Bilaga 3. Intervjuguide

Bilaga 4. Exempel på analysprocessen

Projektets titel: Kvinnors upplevelser vid urinkateterisering**Datum: 2010-09-29****Studiens ansvarig:
Analyn Bernados och Fatema Al-rudainy****HSS07195@student.mah.se
HSS08034@student.mah.se****Studerar vid Malmöhögskolan,
Hälsa och Samhälle, 206 05 Malmö
Tfn: 040-6657000****Utbildning:
Sjuksköterskeprogrammet
Termin 5****Hej!**

Vi är två sjuksköterskestudenter från Malmö högskolan som under höstterminen 2010 ska göra vårt examensarbete i området omvårdnad. Våra namn är Analyn Bernados och Fatema Al-rudainy.

Syftet med studien är att beskriva kvinnliga patienternas upplevelse av urinkateterisering. Våra förhoppningar med denna studie är att kunskapen samt förståelsen som rör kateterisering av urinblåsan ska kunna öka då patientens egna upplevelser beskrivs. Genom att uppmärksamma patientens upplevelser kan sjuksköterskor och övriga hälso- och sjukvårdspersonal få kunskap om hur de bästa kan tillmötesgå och förbättra omvårdnaden vid insättning av kateter i framtida vård.

Vi har planerat att intervjua kvinnliga patienter i åldern 18 år och uppåt med fokus på deras upplevelser av att få och att ha kateter via urinblåsan. Frågor som information, smärtupplevelser och bemötande kommer att tas upp. Då du har fått/eller sedan tidigare har kateter önskar vi att du vill delta i en kortare intervju på cirka 20-30 minuter. Intervjuerna kommer att genomföras under veckorna 46-47. Platsen för intervjun kommer att ske utifrån informanternas önskemål. Vårt förslag är på samma avdelning. Intervjun kommer att gå till så att du besvarar frågor som vi kommer att använda från en frågeguide. Intervjuerna kommer att dokumenteras via bandinspelning med hjälp av en bärbar dator och anteckningar.

Allt material kommer att behandlas konfidentiellt och dina uppgifter kommer att avidentifieras och skyddas genom att använda koder. Alla deltagarna i undersökningen är frivilliga, d v s du kan när som helst avbryta ditt deltagande i undersökningen. Till detta blad medföljer en blankett där du fyller i om du är intresserad av att delta i studien. Denna blankett lämnar du sedan till din ansvariga sjuksköterska.

Om du har flera frågor som har med denna undersökning att göra eller deltagandet får du gärna kontakta oss via mail (se ovan) eller per telefon:

Analyn Bernados 073-652 59 64 och Fatema Al-rudainy 073-567 64 04
Sjuksköterskestudenter vid Hälsa och samhälle, Malmö högskola.

Formulär

Samtycke

(lämnas tillsammans med bilaga 1 till deltagare
i projektet för underskrift)

Bilaga 2

Projektets titel: <i>(ifylles av student)</i> Kvinnors upplevelser vid urinkateterisering	Datum: <i>(ifylles av student)</i> 29 september 2010
Studieansvarig/a: <i>(ifylles av student)</i> Fatema Al-rudainy Analyn Bernados Kjaerran Din E-post som student vid Malmö högskola: ej din privata e-post <i>(ifylles av student)</i> HSS07195@student.mah.se HSS08034@student.mah.se	Studerar vid Malmö högskola, Hälsa och samhälle, 206 05 Malmö, Tfn 040-6657000 Utbildning: <i>(ifylles av student)</i> Sjuksköterskeprogrammet Nivå: <i>(ifylles av student)</i> Termin 5
<p>Jag har muntligen informerats om studien och tagit del av bifogad skriftlig information. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.</p>	
<p>Jag lämnar härmed mitt samtycke till att delta i ovanstående undersökning:</p> <p>Datum:</p> <p>Deltagarens underskrift:</p>	

INTERVJUGUIDE

(Bilaga 3)

Öppen inledande frågeställning:

Beskriv hur det var att få kateter.

Stödfrågor:

Kan du berätta hur kände du inför att du skulle få katetern insatt?

Vilken information fick du innan kateterbehandlingen?

Upplevde du detta som tillräckligt eller var det något du saknade?

Vem var det som gav dig information?

Upplevde du någon smärta vid KAD insättningen?

Om svaret är ja, hur upplevde du smärtan med en skala från 0 till 10, då 0 tolkas som ingen upplevd smärta och 10 intensivt/outhärdlig smärta?

Berättade du att du upplevde smärta?

Vad gjordes?

Kan du berätta hur det är att vara bärare av kateter?

Vad känner du att du behöver stöd i?

Vad upplever du att du kan hantera självständigt?

Finns det några problem/komplikationer som du upplevt efter insättningen av katetern?

Hur upplever du personalens bemötande?

Demografiska uppgifter:

Ålder?

Har du haft kateter tidigare (hur ofta)?

Hur länge har nuvarande kateter suttit?

Bilaga 4. Exempel på analysprocessen: meningsbärande enhet, kondenserad meningsenhet, kod, under kategori och kategori.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Så väldigt bra information hela tiden kan jag känna. Ja! Det är för att man ska kunna kissa under operationen Man sa bara att man skulle sätta in en KAD. Jag tycker inte att det Spelar någon roll. Det var nödvändigt för operationen	Bra information Hela tiden Bra information Pat är nöjd Pat fick informati on,	bra info. Bra info. nöjd Fick info	Bra och tillräcklig info.	Omväxlande information om KAD insättning
Inget! Det var en akut operation.	Fick ingen info.	Ingen info	Saknar information	
Det är ju nödvändigheten! Jag har problem med urinblåsan. Nää! Det var mycket annat som var värre. Så jag har inte tänkt på det som om det var något stort grej Så är det inte man kan göra. Det är för säkerhet att det inte ska Hända någon olycka under operationen	Det var nödvändigt det var annat som som hon tänkte på Förståelse om Kad behandlig	Nödvändigt Kad betydde ej mycket säkerhet/förståelse	Tankar vid KAD info	
Alltså jag har legat i sängen hela tiden. De fixade allt. Ja! det behövde man. Och det skötte de det bra Det skötte jag ju inte! De tog ut det innan jag gick upp ur sängen Alltså de bytte påsen. Det hade de skött bra, skönt. Det är så jobbigt man måste tömma den hela tiden.. så hjälp Behöver man	Fick hjälp. Hon Var sängliggande Pat var i behov av Stöd med KAD Pat behövde hjälp Från personalen Pat behövde pers onalens stöd pat behlvede hjälp med kad fö den är Jobbig att ha	Behövde hjälp behövde stöd behövde hjälp behövde stöd Behövde stöd	Behov av stöd	Överlåtelse vid KAD- behandling
Alltså jag har legat i säng hela tiden. Så jag har inte känt något av Det. Så jag har inte haft det länge. De har ju tagit bort den innan jag Steg ur sängen.	Pat hade haft kad I säng och under 12h bara	hade inga upplevelser av kad	Saknar upplevelser/ erfarenhet	Upplevelse beroende behandlingstiden
Det har varit obehagligt	upplevde obehag Som KAD bärare	obehagligt	Känslor	
Alltså denna typ av kateter så är den jobbig när man ska duscha, måste tömma den ofta, och att gå runt med den	pat upplever den kad jobbig	jobbigt		
Nää! Det var lite oroligt att man kan behöva sätta in KAD när jag Är vaken, om det var så att urinen inte kom i gång efter KAD ut- Drag Det enda jag funderade över var hur det kommer att göra när de drar ut den.?	Pat kände oro in- för en annan KAD insättning pat kände oro inför Kad utdrag	orolig		
Nej! Det funkade ju jätte smidigt. Kändes ingenting och det känd- es inte jobbigt. Det enda jag funderade över var hur det kommer att göra när de drar ut den.. Ja! Man kände inget men man slapp gå på toa. När man drar ut så känns det som om man vill kissa hela tiden	upplevde kad smidig kände inget av KAD	ingen smärta	Smärt upplevelse under KAD- behandling	