INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA

PATIENTERS UPPLEVELSE AV ATT GENOMGÅ BYTE AV PERKUTAN NEFROSTOMIKATETER PÅ RÖNTGENAVDELNING

- En fenomenologisk studie

Ivan Jelisic

Examensarbete:	30 hp
Kurs:	Examensarbete för master inom omvårdnad, radiografi, vårdvetenskap
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT/2022
Handledare:	Maud Lundén
Examinator:	May Bazzi

Titel svensk:	Patienters upplevelse av att genomgå byte av perkutan nefrostomikateter på röntgenavdelning – en fenomenologisk studie
Titel engelsk:	Patient experience of undergoing a percutaneous nephrostomy tube change in a radiology department – a phenomenological study
Examensarbete:	30 hp
Kurs:	Examensarbete för master inom omvårdnad, radiografi, vårdpedagogik
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT/2022
Handledare:	Maud Lundén
Examinator:	May Bazzi
Nyckelord:	Perkutan nefrostomikateter, Upplevelse, Fenomenologi

---

Sammanfattning

Bakgrund: Till följd av sjukdom eller behandling kan patienter behöva en perkutan nefrostomikateter (PNS-kateter) tillfälligt eller kroniskt. Dessa PNS-katetrar behöver bytas vart tredje månad på en röntgenavdelning, s.k. PNS-byte. Lite är känt om patientupplevelsen av dessa byten förutom förekomsten av smärta och oro. Ett byte är en enkel, men ändå invasiv intervention, i vilken patienten regelbundet lämnar sig i händerna på personal i en högteknologisk miljö. Avsaknaden av kvalitativ forskning om PNS-byten gör det svårare att förstå fenomenet vilket potentiellt skulle kunna tänkas leda till sämre omvårdnad.
Syfte: Syftet med denna studie var att ta reda på patientens upplevelse av att regelbundet genomgå byte av perkutan nefrostomikateter på röntgenavdelning.
Metod: Tre patienter rekryterades för semistrukturerade intervjuer. Fenomenologisk metod enligt Giorgi användes för att närma sig patientens livsvärld och beskriva essensen av fenomenet PNS-byte utifrån patientens perspektiv.
Resultat: Upplevelsen av PNS-byte kan liknas vid att patienten har en mur mellan sig själv och personalen, vilket skapar känslan av ett ”jag och dem”. Muren raseras och byggs upp kontinuerligt vilket får patienten att tidvis kännas sig delaktig och tidvis övergiven. Tre sammanhängande delkomponenter belyser fenomenet närmre; (1) det regelbundna bytets oregelbundna kvalité; (2) balansen mellan att samspela med personalen och känna sig utlämnad, och; (3) betydelsen av röntgenavdelningens miljö.
Slutsats: Röntgensjuksköterskan har en viktig roll i att lyfta patientens livsvärld för att inte patienten ska känna sig åsidosatt genom att interagera med patienten och *se* patienten. Kroppen blir för patienten en potentiell smärtkälla som såväl röntgensjuksköterskan som radiologen behöver ha i åtanke för att minimera lidandet för patienten. Genomlysningsrummet i vilken PNS-bytet genomförs lämnar inte några större intryck på patienten.

Nyckelord: Perkutan nefrostomikateter, Upplevelse, Fenomenologi

Abstract

Background: Due to disease or treatment patients may temporarily or chronically need a percutaneous nephrostomy tube. These tubes need to be changed every third month in a radiology department. Little is known about the patient experience regarding the replacement of these tubes, except for the presence of pain and anxiety. The tube change is in theory quite simple yet an invasive intervention, where the patients put themselves in the hands of staff in a high-tech environment. The lack of qualitative research regarding the experience of undergoing a tube change makes it difficult to understand the phenomenon, which could potentially lead to less effective care.
Aim: The aim of this study was to unveil the meaning of regularly undergoing nephrostomy tube change in a radiology department through a patient perspective.
Method: Three patients were recruited for semi-structured interviews. Giorgi's descriptive phenomenological method was used to gain access to the lifeworld of the patients and to describe the general structure of the phenomenon.
Results: The experience of undergoing a tube change is comparable to having a wall between the patient and the staff, which generates a feeling of "they and I". This wall is regularly torn down and rebuilt which sometimes strengthens patient participation sometimes evoke feelings of abandonment. Three constituents related to each other further elucidates the phenomenon: (1) The inconsistent quality of the regular replacement; (2) the balance of interacting with the staff and feeling abandoned, and; (3) the importance of the radiological environment.
Conclusion: The radiographer has a vital part in acknowledging the patient's lifeworld to prevent the patient's feelings of loneliness by interacting with and *seeing* the patient. The patient's body is a potential source for pain and the radiographer as well as the radiologist need to keep that in mind in order to minimize the patient's suffering. The fluoroscopy room, in which the tube change takes place, doesn't leave any particular impressions on the patient.

Key words: Percutaneous nephrostomy tube, Percutaneous nephrostomy catheter, Patient experience, Phenomenology

Vill tacka min sambo Jonathan som stått ut med mig när jag varit som mest disträ i samband med uppsatsen - tack för all mat du fixat och alla böcker du har hämtat för mig!
Vill säga tack till min lille hund Oliver, som var en liten valp när jag började skriva uppsatsen och som manat mig till att gå ut när jag själv glömt av att ta pauser.
Stort tack till Maud för värdefull handledning genom hela processen.
Och även ett tack till min vän Miguel som med sina insikter om forskning och skrivande varit ett värdefullt bollplank.

Förord

När jag började studera till röntgensjuksköterska förstod jag inte i vilken utsträckning jag präglades av det naturvetenskapliga paradigmet. Mina åsikter kring vad vetenskaplig kunskap är och hur den erhålls var så fixerade av det som objektivt kunde mätas och generaliseras. Jag förstod inte hur denna reduktion skapade en lucka i vad det innebär att vara människa. Det blev en omvälvande upplevelse att slutligen se storheten i att även lyfta fram människans upplevelse.

Inte nog med att denna typ av forskning skapar en värdefull förståelse för den andre, men att bedriva kvalitativ forskning väckte även min kreativa sida på ett oväntat sätt. Jag har alltid gillat att skriva, men att arbeta som röntgensjuksköterska innebär att ens kreativitet får utlopp på ett annat sätt. Genom att nu ha fått ta del av patienters berättelser och rigoröst analyserat dessa, har jag fått skriva fram insikter som inte varit självklara för mig tidigare.

För mig har det alltid varit värdefullt att förstå andra för att i förlängningen förstå mig själv; då blir det nog inte mer optimalt än när man släpper tankarna om allt man tror sig veta och i stället öppna upp sig för någon annans värld.

Innehållsförteckning

Inledning ... 3
Bakgrund ... 3
Njurar och urinvägar ... 3
Hydronefros ... 4
Interventionell radiologi ... 4
Genomlysning ... 5
Interventionell vårdpersonal ... 5
Perkutan nefrostomi ... 6
Indikationer ... 6
Perkutana nefrostomikatetrar ... 6
Byte av perkutan nefrostomikateter ... 7
Indikationer ... 7
Patientförberedelser ... 7
Bytesmetodik – steg för steg ... 8
Eftervård ... 9
Patientupplevelse – att leva med PNS-kateter ... 9
Teoretisk referensram: personcentrerad vård ... 10
Definition ... 10
Från objekt till subjekt ... 10
Livsberättelse ... 10
Partnerskap ... 11
Personcentrerad vård i en högteknologisk miljö ... 11
Problemformulering ... 11
Syfte ... 12
Metod ... 12
Vetenskapsteoretisk utgångspunkt ... 12
Fenomenologi ... 12
Livsvärld ... 12

Intentionalitet ... 13
Förförståelse ... 13
Giorgis fenomenologiska metodologi ... 14
Kontextbeskrivning ... 15
Rekrytering och urval ... 15
Datainsamling ... 16
Deltagare ... 17
Dataanalys ... 17
Etiska överväganden ... 19
Resultat ... 20
Generell struktur ... 20
Det regelbundna bytets oregelbundna kvalité ... 20
Balansen mellan att samspela med personalen och känna sig utlämnad ... 21
Betydelsen av röntgenavdelningens miljö ... 23
Diskussion ... 23
Metoddiskussion ... 23
Resultatdiskussion ... 26
Kliniska implikationer ... 31
Slutsats ... 32
Referenslista ... 33
Bilaga A. Forskningspersoninformation ... 38
Bilaga B. Intervjuguide ... 40

Inledning

Att arbeta som röntgensjuksköterska förutsätter en skicklighet i att hantera korta patientmöten under olika skeenden i människors liv. Utöver själva bildtagningen eller interventionen, strålskyddsoptimeringen och andra medicinska, tekniska och strålfysikaliska aspekter, bör patienter ges personcentrerad vård (Örnberg & Andersson, 2012), dvs. vård baserad på patientens resurser och förmågor och i samråd med patienten (Ekman et al., 2020). Tillsammans, som i ett partnerskap, samspelar röntgensjuksköterskan och patienten för att patienten ska få god vård i en högteknologisk miljö.

Interventioner som är en snabbt växande verksamhet inom radiologin (Lindgren et al., 2017) har kanske för gemene man, som i första hand ser radiologin som enbart en diagnostisk verksamhet, inte en lika självklar plats som konventionell röntgen, datortomografi eller magnetresonanstomografi. Att den är mer invasiv än övriga tekniker inom radiologin (om än inte lika invasiv som en operation) kan tänkas påverka patienter på ett mer existentiellt plan än att exempelvis få sin hand eller fot röntgad. Inläggning och regelbundna byten av perkutana nefrostomikatetrar (PNS-katetrar), dvs. urintappande katetrar som går från njurbäckenet och vidare ut genom huden i höjd med flanken, är ett exempel på en tämligen vanlig intervention (Hightower, 2014).

PNS-byten utförs regelbundet på patienter med en rad olika problem i njurar och urinvägar. Inom Västra Götalandsregionen, en av Sveriges 21 regioner med både universitetssjukhus samt en blandning av läns- och länsdelssjukhus, utfördes år 2021 ca 1100 PNS-byten (Västra Götalandsregionen, 2022), även om författaren till denna studie antar att alla PNS-byten inte har registrerats pga. felaktigt val av SoS-kod. Enligt Seldingersällskapet är man i startfasen av ett nationellt register för exempelvis PNS-byten varför det inte finns någon nationell statistik tillgänglig (personlig kommunikation, 1 juni 2022). Trots att såväl unga som äldre kan vara indicerade för en PNS-kateter upplever författaren till denna studie att det framförallt är den äldre befolkningen som har de långvarigt och som blir regelbundna besökare på röntgenavdelningen. Därmed finns en population med erfarenhet av dessa PNS-byten och som kan dela med sig av sin upplevelse vilken inte enkom är präglad av tillfälligheter. I förlängningen kan den bidra till evidensbaserad vård på röntgenavdelning.

Bakgrund

Njurar och urinvägar

Urinsystemet består av njurar, urinledare, urinblåsa och urinrör. Njurarnas huvuduppgifter är att reglera vätske- och elektrolytbalansen samt filtrera blodet från metaboliter och avfallsprodukter. På detta sätt bildar njurarna urin som går genom urinsystemet och vidare ut ur kroppen (Marieb, 2019).

Njuren är ett dorsalt beläget bönformat organ som i genomskärning består av tre huvuddelar: njurbark, njurmärg och njurbäcken. Det är njurbarken och njurmärgen som ansvarar för urinproduktionen. Njurbäckenet är förgrenat i s.k. njurkalkar i vilka urinen först samlas innan det fortsätter vidare till njurbäckenet och sedan övriga delar av urinsystemet (Marieb, 2019).

Hydronefros

Hydronefros är ett tillstånd i vilket njurbäckenet är dilaterat. Detta uppstår till följd av en obstruktion i urinvägarna som hindrar urinen från att passera vidare i urinsystemet, vilket skapar ett högre tryck i njurbäckenet och får som följd att denna vidgas. Ju långvarigare hydronefrosen är desto större risk att njuren skadas och att njurfunktionen därmed försämras. Åtgärdas den bakomliggande orsaken tidigt kan njurfunktionen återgå till det normala (Thotakura & Anjum, 2021).

Symptombilden vid hydronefros är t.ex. flanksmärta, illamående, kräkningar och minskad urinproduktion. Hydronefros diagnostiseras vanligtvis med datortomografi (DT) eller ultraljud. Fördelen med en DT-undersökning är att det även finns en möjlighet att kunna identifiera vad som är den bakomliggande orsaken till obstruktionen, t.ex. njursten. Obstruktionen kan antingen bero på intern kompression (pga. njursten, tumör, stenos, striktur) eller extern kompression (pga. graviditet, tumör med masseffekt, cystor runt njurbäckenet, trauma). Hydronefrosen kan vara såväl uni- som bilateral (Thotakura & Anjum, 2021)

Behandlingen vid hydronefros går ut på att åtgärda den bakomliggande orsaken. I ett akut skede kan dock njuren behöva avlastas och typ av avlastning beror på var obstruktionen sitter. Om obstruktionen föreligger vid njuren eller uretären kan man m.h.a. ett cystoskop sätta ett stent i uretären eller m.h.a. genomlysning sätta en PNS-kateter i njurbäckenet (Thotakura & Anjum, 2021).

Interventionell radiologi

Röntgen används inte enbart som diagnostisk teknik, utan har även en terapeutisk funktion vid s.k. radiologiska interventioner (Hightower, 2014). Vid en intervention kombineras genomlysning med någon form av ingrepp som ska lindra eller behandla sjukdom. Kännetecknande för interventioner är att de inte är lika invasiva som operationer, vilket resulterar i kortare återhämtningstid, kortare sjukhusvistelse och utgör ett alternativ för patienter som inte kan genomgå operation. Interventioner är heller inte lika dyra som operationer (Hightower, 2014).

Interventioner delas upp i två huvudkategorier, vaskulära och icke-vaskulära. Med ledare och kateter och m.h.a. genomlysning tar man sig fram till aktuellt kärl eller aktuellt område (t.ex. gallblåsa, pleura, spinalkanal, njurbäcken, abscess) för att utföra aktuell behandling (t.ex. ballongvidgning, stentinläggning, embolisering, dränage) (Hightower, 2014).

Genomlysning

Begreppet genomlysning innebär att man tar röntgenbilder (s.k. genomlysningsbilder) i realtid och på detta sätt kan man följa dynamiska processer i kroppen (Bushong, 2021); man kan likna det vid att man filmar eftersom man får upp en eller flera genomlysningsbilder per sekund. Genomlysning sker med pulsar, dvs. det sker ingen kontinuerlig exponering av röntgenstrålning från röntgenröret (även om exponeringspedalen hålls nedtryckt), utan det uppstår pauser mellan varje exponering. Syftet med detta är att reducera stråldosen till patient och omgivande personal (Bushong, 2021).

En vanlig variant av genomlysningsutrustning kallas C-båge. Som namnet antyder liknar den vid bokstaven C, där ena ändan utgörs av ett röntgenrör och den andra av en digital detektor, vilka båda rör sig synkront (Bushong, 2021). C-bågen går att rotera runt röntgenbordet för att få fram genomlysningsbilder från olika vinklar utan att patienten behöver vrida eller vända på sig. Beroende på modell och behov finns det C-bågar som är kopplade med röntgenbordet vilket kan tippas och positioneras i horisontellt och vertikalt läge och andra modeller där C-bågen är lösgjord från bordet som framförallt går att flytta i det horisontella planet (Bushong, 2021).

Interventionell vårdpersonal

Society of Interventional Radiology gav 2016 ut riktlinjer för rekommenderad personalstyrka vid interventioner (Baerlocher et al., 2016). Utöver radiologen som utför interventionen rekommenderade de minst tre personer till som skulle finnas tillgängliga: (1) en röntgensjuksköterska/sjuksköterska som assisterar radiologen, (2) en röntgensjuksköterska som hanterar röntgenutrustningen och tar fram material och (3) en sjuksköterska som övervakar patienten. Även narkospersonal kan bli aktuella vid ingrepp som kräver anestesi (Baerlocher et al., 2016). I Sverige skiljer sig rollfördelningen och personalstyrkan till viss del åt beroende på typ av interventionell verksamhet och lokala rutiner. Sett till den formella kompetensen är det företrädesvis röntgensjuksköterskor som ska assistera läkaren och ha hand om patienten (Bazzi, 2019).

I andra länder där röntgensjuksköterskan (radiologic technologist/radiographer) inte har samma medicinska och omvårdnadskompetens som röntgensjuksköterskan i Sverige, är det en radiologisk sjuksköterska (radiology nurse/interventional nurse) som har hand om patienten, men som även kan assistera radiologen (The Royal College of Nursing and The Royal College of Radiologists, 2014; Pagels, 2016). Att annan vårdpersonal än röntgensjuksköterskor söker sig till interventionsmiljön sker även i Sverige (bl.a. på grund av personalbrist), vilket får till följd att röntgensjuksköterskans professionella roll försvagas (Andersson et al., 2017). Men det är just (den svenska) röntgensjuksköterskan som enligt kompetensbeskrivningen har kunskapen om den peri-radiografiska processen och som därigenom kan navigera mellan teknik, omvårdnad av patient och strålsäkerhet (Örnberg & Andersson, 2012).

Perkutan nefrostomi

År 1955 beskrev Willard E. Goodwin för första gången tekniken bakom inläggning av en perkutan nefrostomikateter (PNS-inläggning) hos patienter med hydronefros. Han beskrev hur man med hjälp av röntgenbilder kunde lokalisera ett lämpligt insticksställe utifrån det visualiserade njurbäckenet och landmärken på patienten, varefter man stack patienten med en tjock nål och sedan förde in en PNS-kateter till njurbäckenet (Goodwin et al., 1955). Idag är tekniken i grunden densamma, men den bildåtergivande utrustningen, sticktekniken och materialet kan skilja sig åt (Young & Leslie, 2021).

Genomlysning, ultraljud, datortomografi och magnetresonanstomografi kan användas såväl för att återge urinvägarna som vägledning vid själva sticket (Fischbach et al., 2011; Pabon-Ramos et al., 2016), det vanligaste är dock genomlysning, ultraljud eller en kombination av båda (Young & Leslie, 2021).

Indikationer

En PNS-kateter sätts idag inte enbart in pga. hydronefros utan den kan behövas av en rad olika anledningar:

- Avlastande åtgärd; PNS-katetern behövs för att tömma njurbäckenet på urin. Avlastningen kan behövas av olika anledningar, t.ex. masseffekt som obstruerar urinvägarna eller striktur i urinvägarna, vilka hindrar urinen från att passera. Har patienten avstängd pyelit behöver njuren avlastas snarast (Young & Leslie, 2021).
- Som del av njurstensbehandling. PNS-katetern skapar en passage för utrustning som används för behandling av njurstenar. Gravida kvinnor har en särskild tendens att utveckla njursten (Young & Leslie, 2021).
- Urinavledning. Med PNS-katetern behöver inte urinen fortsätta vidare i urinvägarna vilket kan vara nödvändigt under pågående läkningsprocess av urinvägarna (Young & Leslie, 2021).
- Som del av urinvägsbehandling. PNS-kateterns direkta passage till urinvägarna möjliggör riktade och mindre invasiva behandlingar (Young & Leslie, 2021).
- Diagnostik. Genom att spruta in kontrastmedel i PNS-katetern kan t.ex. obstruktioner diagnostiseras (Young & Leslie, 2021).

Perkutana nefrostomikatetrar

De två huvudvarianterna av PNS-katetrar är de som fixeras i njuren antingen med eller utan ballong. Till de som fixeras utan ballong hör bl.a. *pigtail*-katetrar (namnet kommer av änden på PNS-katetern som påminner om en knorr). Dessa finns i sin tur i två varianter, med eller utan trådlås. Syftet med trådlåset är att m.h.a. en nylontråd vid munstycket spänna åt pigtail-änden för att få PNS-katetern bättre fixerad i njurbäckenet och slippa suturera fast PNS-katetern i

huden (Canales et al., 2005). I detta arbete definieras PNS-kateter som pigtail-kateter med trådlås.

Byte av perkutan nefrostomikateter

Indikationer

En PNS-kateter kan vara tillfällig eller beständig beroende på anledning till att patienten fått den. Oavsett anledning behöver den bytas ut på regelbunden basis eftersom den kan ockluderas av avlagringar t.ex. kristallutfällningar eller blodkoagel och därmed förlora sin funktion. Hur ofta PNS-bytet bör göras kan skilja sig åt, men ligger ofta mellan 1-4 månader (Huang et al., 2015). Det som bör tas i beaktande är upprepad förekomst av tidig ocklusion, patientens följsamhet av att regelbundet komma till röntgenavdelning för PNS-byte samt stråldos (Adamo et al., 2009; McDevitt et al., 2017).

Tecken på att PNS-katetern ockluderats är minskad alt. ingen urin, blod i urinen, feber, flanksmärta och urinläckage runt PNS-katetern. I värsta fall kan obstruktionen leda till sepsis (Adamo et al., 2009; Roshäll et al., 2020b). I ett initialt stadie testar man att spola igenom PNS-katetern. Fungerar den behöver inte patienten få PNS-katetern undersökt på röntgenavdelning (Roshäll et al., 2020b).

Att PNS-katetern rubbas från sitt läge är en annan anledning till att det kan bli aktuellt med ett byte. PNS-katetern kan antingen bli partiellt rubbad från sitt läge eller lossna helt. Det är ofta en olycklig händelse som är orsaken till en lägesrubbning, t.ex. att den utgående slangen hakat sig fast i något. En stor andel patienter som länge haft en PNS-kateter har varit med om minst en lägesändring (Panach-Navarrete et al., 2020).

Patientförberedelser

Patienter som utför PNS-byten polikliniskt får en kallelse med information om tid och ev. förberedelser. Generellt behövs inga förberedelser inför PNS-byten (Roshäll et al., 2020a), men nedanstående lokala riktlinjer förekommer på några svenska sjukhus:

- Fasta sex timmar före interventionen (Jelisic & Östangård, 2016; Andersson, 2019).
- Blodprover för att få reda på patientens blödningsstatus (PK, APTT, TPK, Hb) och ev. kreatininvärde (Fehrling, 2016; Stendlert, 2018).
- Antibiotikaprofylax. Remittenten ansvarar för om antibiotikaprofylax anses nödvändigt (Stendlert, 2018; Andersson, 2019; Brinck, 2020).

Vid ett PNS-byte är det röntgensjuksköterskan tillsammans med annan röntgensjuksköterska (alt. undersköterska) som har hand om patienten från det att patienten ropas upp till att patienten är färdig att gå hem.

På plats får patienten byta om inför PNS-bytet och ta på sig en patientskjorta. Patienten ombeds sedan lägga sig ned på genomlysningsbordet, där en venös infart sätts in och blodtrycket kontrolleras (The Northern Care Alliance NHS Group, 2015). Det finns lokala

riktlinjer på röntgenavdelningar gällande hur mycket information patienten ska få vid PNS-byten. Är det ett förstagångsbyte kan patienten exempelvis informeras mer noggrant om tillvägagångssättet. Har patienten genomfört flera PNS-byten kan de tillfrågas ifall de har någon fråga inför det aktuella bytet (Jelisic & Östangård, 2016).

Beroende på patientens allmäntillstånd och PNS-kateterns läge får patienten lägga sig i bukläge alternativt framstupa sidoläge så att patientens flank är vriden ca 30-45 grader mot underlaget (Brighton and Sussex University Hospital NHS Trust, 2018). Veckbildning över flanken kan förekomma när patienten ligger framstupa. För att undvika hudveck, särskilt om PNS-katetern är placerad därvid, kan en kudde eller handduk placeras under patientens midja. Patienten hamnar slutligen i en position med ryggen något vänd mot personalen (Karaolides et al., 2012).

PNS-bytet tar runt 30 minuter (från det att patienten är korrekt positionerad) och förutsätter att patienten ligger någorlunda komfortabel för att kunna behålla sin position eftersom interventionen görs i vaket tillstånd (Brighton and Sussex University Hospital NHS Trust, 2018). Bukläget som traditionellt kommit att användas vid nefrostomirelaterade interventioner är associerat med visst obehag (Valdivia Uría et al., 1998). Att med hjälp av kuddar förhindra tryck över kroppsdelar (t.ex. knä och armbågar) samt att i möjligaste mån åstadkomma en neutral kroppshållning är viktigt (Kwee et al., 2015).

Efter att patienten är korrekt positionerad ska materialet som PNS-katetern lagts om med avlägsnas försiktigt och ev. klisterrester tvättas bort. Kateterpåse och kopplingsstycke kopplas bort från PNS-katetern. Kvar på patienten är PNS-katetern som får stängas antingen med någon form av kork/backventil eller med en klämma/peang. PNS-katetern och omkringliggande hudområde steriltvättas noggrant. Operationsdukar klistras fast runt PNS-katetern och täcker större delen av patientens kropp (The Northern Care Alliance NHS Group, 2015).

Bytesmetodik – steg för steg

Vid ett byte, till skillnad från en nyinläggning, sker inget nytt stick i huden. Man använder sig istället av passagen som skapats i samband med tidigare inläggning för att föra in en ny PNS-kateter. Tekniken är densamma för alla perkutana kateterbyten, t.ex. för katetrar i gallblåsan, abscesser och i pleuran. Genomlysning används för visualisering och vägledning under hela processen (Maher et al., 2002).

Radiologen börjar med att spruta in kontrastmedel i PNS-katetern för att synliggöra njurbäckenet och uretären. En ledare (en mjuk metalltråd) förs in i PNS-katetern fram till dess att ledaren med god marginal befinner sig i njurbäckenet eller uretären. I ett första skede öppnar radiologen upp PNS-kateterns trådlåsmekanism för att pigtail-änden på PNS-katetern ska kunna rätas ut. Om den trots detta inte går att räta ut klipper eller skär radiologen bort munstycket på PNS-katetern för att ytterligare lossa på nylontråden När pigtail-änden slutligen går att räta ut dras PNS-katetern ut medan ledaren förblir kvar. En ny PNS-kateter träs på ledaren. Den nya PNS-katetern har antingen en metall- eller plastförstyvare som gör den lättare att föra in. När den nya PNS-katetern förts in en bit lossas förstyvaren och PNS-katetern förs vidare in mot

njurbäckenet. Förstyvaren och ledaren tas bort och på nytt sprutas kontrastmedel in för att kontrollera den nya PNS-kateterns läge. Slutligen fixerar radiologen pigtail-änden genom att dra åt nylontråden vid munstycket (Maher et al., 2002).

Vid komplicerade PNS-byten, t.ex. ocklusion av PNS-kateter som inte löses upp och hindrar ledaren från att nå njurbäckenet, appliceras även andra bytestekniker. Teknikerna går ofta ut på att få en ledare på plats för att slutligen trä över en ny PNS-kateter (Baron & McClennan, 1981; Pollack & Banner, 1982; Maher et al., 2002).

Eftervård

När PNS-katetern är på plats säkrar den assisterande röntgensjuksköterskan kateterläget, företrädesvis med hjälp av specialförband som försvårar lägesrubbning och ev. en sårfilm som extra förstärkning. PNS-katetern kopplas till ett kopplingsstycke som man fäster en kateterpåse till. Blodtrycket kontrolleras ytterligare en gång och den venösa infarten tas bort. På vissa sjukhus kan patienten direkt gå hem om interventionen förlupit utan komplikationer och patienten mår bra; på andra sjukhus hamnar patienten på avdelning för kortvarig observation och vila (The Northern Care Alliance NHS Group, 2015; Jelisic & Östangård, 2016; Björck, u.å.).

Patientupplevelse – att leva med PNS-kateter

Enstaka studier har gjorts för att undersöka hur det är att leva med en PNS-kateter (Bigum et al., 2015; Fernández-Cacho & Ayesa-Arriola, 2019). Överlag upplever patienter med PNS-katetrar sämre livskvalité. Att leva med PNS-kateter är kopplat till ökad oro och ångest. Att kateterns läge skulle rubbas och att regelbundet behöva byta PNS-katetern var en källa till oro. Oron var ofta kopplad till smärta och obehag vid byte samt hågkomsten av tidigare misslyckade interventioner. Även rädsla för kateterrelaterad infektion ökade oron (Bigum et al., 2015; Fernández-Cacho & Ayesa-Arriola, 2019).

PNS-katetern skapade inskränkningar i rörelsefriheten. Patienter kunde uppleva oro över att utföra vissa rörelser eftersom det potentiellt skulle kunna leda till en lägesrubbning av PNS-katetern. Detta resulterade i att de avstod från vardags- och fritidsaktiviteter (Bigum et al., 2015; Fernández-Cacho & Ayesa-Arriola, 2019).

Det upplevdes svårare att upprätthålla en god personvård med en PNS-kateter. Patienter upplevde att det tog tid att ha hand om PNS-katetern och svårigheter i att upprätthålla hygienen. Vissa tog hand om allt själva, medan andra fick hjälp av anhöriga eller vårdpersonal (Bigum et al., 2015; Fernández-Cacho & Ayesa-Arriola, 2019).

Patienter upplevde allmän informationsbrist rörande sin PNS-kateter. Flera patienter uppgav att de inte visste hur länge det var tänkt att de skulle ha PNS-katetern. En del upplevde att de inte fick tillräckligt med information gällande vem de skulle vända sig till om PNS-byten, byte

av material (kateterpåse och omläggningsförband) och för att få hjälp och råd (Bigum et al., 2015).

Teoretisk referensram: personcentrerad vård

Definition

Enligt röntgensjuksköterskans kompetensbeskrivning bör röntgensjuksköterskan verka för en personcentrerad vård (Örnberg & Andersson, 2012). Den personcentrerade vården grundar sig på att ta del av patientens livsberättelse och att vårdaren tillsammans med patienten, i ett s.k. partnerskap, lägger upp en plan för hur patienten ska uppnå hälsa. Denna hälsoplan bör vara baserad på patientens behov, resurser och möjligheter samt vårdarens professionella kunskap. Att allt sedan dokumenteras är en viktig aspekt för att övriga vårdare ska kunna ta del av vad som är överenskommet (Ekman et al., 2020). Ökad livskvalité, minskade vårdtider och förbättring av sjukvårdsekonomin är några fördelar som framkommit genom implementering av personcentrerad vård (Ekman et al., 2012)

Från objekt till subjekt

Framväxten av den personcentrerade vårdens kan ses som en reaktion på det biomedicinska perspektivet som länge dominerat inom vetenskapen. Genom reduktionen av människa till objekt (kropp, organ, sjukdom) har man tagit fram och utvecklat behandlingar som möjliggör ett längre liv. Men vad som går förlorat är hur människan själv uppfattar behandlingarna (Edvardsson, 2020). Den medicinska vetenskapen kan se objektivt på en människas kropp, men människan ifråga kan inte det, hon är samtidigt sin kropp. Vad som drabbar kroppen, drabbar även människans existens. Att även lyfta detta perspektiv handlar inte om att utesluta det biomedicinska i favör för den subjektiva upplevelsen, utan snarare att få fram en helhetsbild av ett fenomen (Kristensson Uggla, 2020).

Livsberättelse

Utgångpunkten vid personcentrerad vård är patientens livsberättelse. Genom berättelsen får man reda på vem någon är, dvs. det framträder en person med sina behov och önskemål som också råkar vara en patient (Kristensson Uggla, 2020). Att ta del av en patients narrativ ger information om dennes identitet, vilket är viktigt för att kunna identifiera mänskliga resurser och förmågor som i samråd med patienten kan utgöra en grund i hälsoplanen. Det är dock ett medvetet val hos vårdaren att kontakten som initieras med patienten grundar sig på livsberättelsen. Likväl inverkar vårdarens egen kompetens samt hur den lyssnar, tolkar och förstår berättelsen (Santamäki Fischer, 2020).

Partnerskap

Det finns alltid en form av asymmetri mellan patienten i behov av vård och den vårdande som genom sin kunskap och ställning kan ge patienten vård. Den personcentrerade vården syftar delvis på att jämna ut denna obalans genom att patienten sätts i fokus och ses som en resurs. På så sätt utvecklas ett ömsesidigt partnerskap där patienten blir delaktig och vårdaren med sin professionella kunskap och kunskap om patienten (utifrån livsberättelsen) kan lägga upp en gemensam hälsoplan. Tillsammans hittar man en väg som är anpassad efter just den aktuella patienten (Ekman et al., 2020). För att uppnå ett gott partnerskap lyfter Forsberg (2020) fram vikten av kontinuitet bland vårdare, dvs. att patienten har ett fåtal vårdare som ansvarar för att utveckla ett partnerskap med patienten.

Personcentrerad vård i en högteknologisk miljö

Den personcentrerade vården styrs, som namnet antyder, av personen ifråga men också av kontexten som denne befinner sig i. Vad som tas upp och omfattningen av livsberättelsen skiljer sig därmed åt (Edvardsson et al., 2020).

Röntgenmiljön och däribland interventionsmiljön, kan beskrivas som en högteknologisk miljö i likhet med intensivvårdsmiljön i vilken patienten är starkt beroende av andra (Forsberg, 2020). Att se människan i en sådan miljö är kantat av utmaningar, där det finns en risk att reducera människan till en kropp som ska behandlas. Samtidigt är det just kroppen som härbärgerar den unika personen (Forsberg, 2020).

Branzell and Marklund (2019) lyfter i sin kandidatuppsats om personcentrering på röntgen att det vid just interventioner finns tid för röntgensjuksköterskor att arbeta mer personcentrerat. Detta härleds från ett annorlunda arbetssätt och annan tidsram än vid diagnostiska undersökningar. De menar samtidigt på att det är många röntgensjuksköterskor som inte har en egentlig förståelse för definitionen av begreppet (Branzell & Marklund, 2019).

Problemformulering

Patienter kan pga. patologi, terapi eller behandling av njurar och urinvägar, behöva en uni- eller bilateral perkutan nefrostomikateter. En del patienter har dessa PNS-katetrar mer temporärt medan andra har dem livet ut. Oavsett hur länge det är tänkt att patienten ska ha en PNS-kateter behöver den regelbundet bytas ut, vanligen ca vart tredje månad för att hindra kristallutfällningar från att uppstå vilka försämrar PNS-kateterns funktion. År 2021 genomfördes ca 1100 PNS-byten inom Västra Götalandsregionen, varför man rent nationellt kan anta att omfattningen är större. Ett PNS-byte görs vanligtvis i ett genomlysningsrum på en röntgenavdelning. Radiologen utför bytet medan röntgensjuksköterskan assisterar radiologen och har hand om alla förberedelser, eftervård och beaktande av patientens välmående. Bytet är en relativt riskfri intervention, men kan också vara förenlig med smärta och post-interventionella komplikationer. Trots att ett PNS-byte är en ganska vanlig intervention är den

tämligen outforskad, fokus på befintlig forskning rör framför allt metodik vid inläggning av PNS-katetrar och ev. komplikationer. Enstaka studier om hur det är att leva med en PNS-kateter finns tillgängliga och beskriver livskvalitén i vardagslivet. Oro och ångest inför PNS-byte pga. minnen av smärta och misslyckade interventioner lyfts fram i dessa studier, vilket pekar på att interventionen kan vara en laddad upplevelse. Avsaknaden av kvalitativ forskning om hur patienter upplever själva PNS-bytet skapar sämre förutsättningar att som röntgensjuksköterska förstå fenomenet. Konsekvensen blir att den erfarenhetsbaserade kunskapen fortsätter att styra omvårdnaden utan någon egentlig förankring till vetenskaplig forskning som baseras på patienters faktiska upplevelse. Att lyfta patientens upplevelse av PNS-byten ur ett radiografiskt perspektiv kan skapa bättre förutsättningar för personcentrerad vård på röntgenavdelning.

Syfte

Syftet med denna studie är att utforska patienters upplevelser av att genomgå upprepade PNS-byten på en röntgenavdelning utifrån ett radiografiskt perspektiv.

Metod

Vetenskapsteoretisk utgångspunkt

I studien användes fenomenologisk metod enligt Giorgi (2009) för att kunna närma sig patienters livsvärld och därigenom beskriva den generella strukturen för vad PNS-byte som fenomen innebär för patienter.

Fenomenologi

Fenomenologin är en beskrivande väsensvetenskap som syftar till att finna essentiella strukturer av ett fenomen (Husserl, 1913/2004). Essensen eller väsendet är inte något som går att upptäcka genom en individuell upplevelse. Det är variationen i upplevelserna som möjliggör att man hittar essensen, dvs. det som utgör själva kopplingen mellan de olika erfarenheterna. Målet är att beskriva essensen på ett klart och tydligt sätt för att få bättre förståelse för fenomenet som studeras (Husserl, 1913/2004).

Livsvärld

Fenomenologin utvecklades av Edmund Husserl (1859-1938) som en kritik av den rådande naturvetenskapliga positivismen, dvs. vetenskapsteorin om att kunskap endast kan härledas från sinneserfarenheter (Husserl, 1936/2020). Husserl (1936/2020) menade på att positivismen ignorerar människors liv genom att ha sin utgångspunkt enbart i den empiriska världen, det objektiva, det som kan mätas och beräknas. Istället ville han genom fenomenologin lyfta fram

människans erfarenhet och hennes relation till världen som en källa för kunskap. Detta blev ett sätt att kombinera det subjektiva (den enskildes upplevelse och erfarenhet av världen) med det objektiva (världen som vi alla delar och är en del av) – relationen däremellan kom att ge upphov till begreppet *livsvärld*, som beskriver varje individs upplevelse av att leva i en värld som delas med andra subjekt (Husserl, 1936/2020). Genom att ta del av andras livsvärld får man möjlighet att utforska existentiella och mänskliga fenomen, såsom hälsa och sjukdom, och hur dessa påverkar individen. Fenomenologisk forskning kan därmed i praktiken hjälpa till med att tydliggöra vad patienter behöver för att uppleva en meningsfull tillvaro (Dahlberg, 2019).

Intentionalitet

Fenomenologin har i sig inte någon specifik metodologisk mall, utan forskningen präglas istället av en förståelse för viktiga begrepp och en följsamhet hos forskaren för att närma sig fenomenet och dess essens (Dahlberg et al., 2019).

Begreppet den *naturliga inställningen* myntades av Husserl och kännetecknar hur vårt vardagsliv är präglat av mening utan att vi egentligen ifrågasätter det. Mening uppstår genom att man varseblir något. Att något blir framställt för medvetandet alt. att medvetandet riktas mot något benämns *intentionalitet*. På så sätt sker ett kontinuerligt erfarande och upplevande av en värld som anses vara full av mening (Husserl, 1913/2004). Ser man t.ex. en mugg tar man förgivet att detta är en mugg; man ser det inte som en cylinderform, sluten på botten, öppen på ovansidan och med ett utskott (dvs. örat) på ena sidan. Varseblivningen och tolkningen sker spontant utan någon närmre eftertanke eller reflektion. Med erfarenheten har vi lärt oss hur en mugg ser ut och tillskriver alla framtida muggar vi ser den innebörden. Genom vår naturliga inställning skapar vi spontant mening genom varseblivning, eller som Merleau-Ponty uttryckte det, ”Because we are in the world, we are condemned to meaning” (Merleau-Ponty, 2014, p. 58). Den här varseblivningen gäller inte enbart sinnesintryck utan även tankar, känslor, fantasier och minnen är fyllda med mening som medvetandet kan riktas mot (Husserl, 1913/2004).

Förförståelse

Problemet med den naturliga inställningen är att den hindrar oss från att se andra innebörder eftersom man är präglad av förförståelse. För att forskningen ska anses vetenskaplig krävs därför ett medvetet förhållningssätt till denna förförståelse vilken Husserl benämner *bortkoppling* (*epoché*). Denna bortkoppling syftar till att sätta den naturliga inställningen ur spel genom att försöka tygla den egna förförståelsen och på så sätt uppnå ett förhöjt medvetande. Det handlar inte om att göra avkall på förförståelsen eftersom detta inte är möjligt, liksom Husserl skriver ”Den finns fortfarande där, i likhet med hur det som satts inom parentes finns kvar inom denna, och liksom det som kopplats bort finns kvar utanför bortkopplingens sammanhang” (Husserl, 1913/2004, p. 113). Istället vill man genom reflektionen åstadkomma en omdömessuspension för att tillåta annat att framträda (Husserl, 1913/2004). Detta tillvägagångssätt är en del av den *fenomenologiska reduktionen*.

Författaren till detta arbete har i mer än fem år arbetat på en röntgenavdelning på ett mindre regionsjukhus som gör ett antal PNS-byten i veckan. De flesta patienter som var potentiella kandidater till studien hade vid ett eller flera tillfällen haft författaren som assisterande röntgensjuksköterska i samband med PNS-byten. Kontinuiteten har utvecklat ett partnerskap mellan dessa patienter och författaren, genom vilken författaren kunnat anpassa olika omvårdnadsåtgärder utifrån patienternas resurser och önskemål. På så sätt har författaren utvecklat en förförståelse för patientens perspektiv. Denna förförståelse inbegriper bl.a. hur PNS-byten är associerat med viss smärta och obehag, hur tidsåtgången på bytet kan vara en källa för såväl glädje (vid snabbare byten) och oro (vid byten med längre tidsåtgång) samt hur kontinuiteten av vårdpersonalen kan ses som en trygghetsbefrämjande åtgärd.

Patientens livsberättelse med röntgenavdelningen som kontext blir troligtvis inte lika omfattande som t.ex. den för inneliggande patienter på vårdavdelning. Det korta målinriktade mötet på röntgen skapar andra förutsättningar där författaren upplever att livsberättelsen kommer fortlöpande under pågående intervention. Litteraturen kan få livsberättelsen att te sig som något som kommer fram genom ett systematiskt tillvägagångssätt (Fors & Forsgren, 2020). Författaren menar istället att livsberättelsen framträder kontinuerligt i form av olika utsagor och kroppsliga uttryck från patienten. Som röntgensjuksköterska bör man kunna ”uppmärksamma vårdtagarens upplevelser av obehag och smärta och lindra dessa genom adekvata åtgärder” (Örnberg & Andersson, 2012, p. 12), vilket kan anses vara en viktig del av omvårdnaden vid PNS-byten. Genom att uppmärksamma subtila och uttalade tecken till obehag får man indirekt en viss förförståelse för hur patienten upplever mindre trevliga aspekter av bytet. Syns inga sådana tecken skulle man istället kunna ana att patienten upplever en trygghet som kan bero riktade eller omedvetna omvårdnadsåtgärder.

Giorgis fenomenologiska metodologi

Det finns olika sätt att tillämpa fenomenologi som metodologi vid vetenskaplig forskning. Giorgi, Colaizzi, van Kaam och Dahlberg har alla tagit fram olika riktlinjer för metodologi (Beck, 2021). I detta arbete används metoden framtagen av Giorgi.

Giorgis metodologi (2009) tar avstamp från Husserls fenomenologi och fastän han har psykologi som sitt huvudområde, menar han på att hans metodologi är så pass generisk att den kan tillämpas på andra humanvetenskaper, däribland omvårdnad (och enligt författaren till denna studie även för radiografi). Syftet med metoden är att beskriva strukturen av ett fenomen. Denna struktur bör täcka in alla variationer av ett fenomen. Strukturen bör vara präglad av ett perspektiv (t.ex. radiografi), kontext (t.ex. röntgenavdelning) och fenomen (t.ex. PNS-byte). Imaginär variation är en viktig del i skapandet av strukturen genom att forskaren kreativt prövar sig framåt i att hitta ett så precist uttryck som möjligt utan att ta bort eller lägga till något som inte härrör från studieobjekten (Giorgi, 2009).

Datainsamlingen är inte beroende av många studieobjekt, men man bör ha minst tre deltagare. Det viktiga är att få detaljerade, variationsrika och komplexa beskrivningar av fenomenet (inte tolkningar, förklaringar eller dylikt). Forskaren behöver få deltagarna att

beskriva fenomenet så uttömmande som möjligt utan att leda in de på något specifikt spår. Vid dataanalysen använder sig forskaren av fenomenologisk reduktion. Förutom bortkoppling handlar det även om att forskaren har fokus på hur något upplevs, inte att man ger akt på det faktiskt upplevda (Giorgi, 2009).

Kontextbeskrivning

Studien rekryterade patienter från två mindre regionsjukhus (sjukhus A och sjukhus B). Bägge sjukhusen utför PNS-byten i genomlysningsrum med samma genomlysningsapparat med tillhörande takhängda monitorer. I sjukhus A finns det utöver genomlysningsapparaten även ett lungstativ med tillhörande röntgenrör.

På sjukhus A kommer patienten direkt till röntgenavdelningen och anmäler sig i receptionen. Patienten ledsagas in i en toalett i anslutning till manöverrummet som fungerar som omklädningsrum. I toaletten finns en toalettstol, en stol, ett handfat och vägghängt skåp med kläder och lakan. Efter fullgjort ombyte passerar patienten manöverrummet och kommer sedan in i genomlysningsrummet.

På sjukhus B kommer patienten först till en avdelning där patienten förbereds inför PNS-bytet. Patienten kommer ombytt och ev. premedicinerad (smärtstillande och/eller lugnande) till röntgenavdelningen i en patientsäng. Patienten placeras i en korridor utanför genomlysningsrummet. Korridoren ligger i nära anslutning till entrén för röntgenavdelningen där andra patienter anmäler sig. Korridoren har ingen alkov för patientsängar.

Rekrytering och urval

Mellan november 2021 och februari 2022 rekryterades patienter som gick på regelbundna PNS-byten på två mindre regionsjukhus till studien. I ett första skede rekryterades enbart patienter från sjukhus A, men pga. svårigheter att rekrytera patienter inkluderades sjukhus B fr.o.m. januari 2021.

För att inkluderas i studien skulle patienten ha genomgått minst fem PNS-byten. Personalansvarig för bokning bifogade forskningspersoninformation (FPI) i kallelsen för aktuella patienter (se bilaga A). Urvalet var för övrigt inte baserat på t.ex. kön eller ålder, utan (1) att tillfället för bytet sammanföll med rekryteringstiden för studien och (2) minst fem tidigare genomgångna byten.

Patienter som var aktuella för studien tillfrågades muntligt om deltagande av den assisterande röntgensjuksköterskan (ej författaren) först efter fullgjort PNS-byte. Tog patienten själv upp studien före, t.ex. över telefon inför PNS-byte eller i samband med byte men innan röntgensjuksköterskan hunnit tillfråga, informerades patienten om själva studien och ev. spörsmål besvarades av insatt personal. Patienter som önskade delta fick information om att de dagen efter PNS-bytet skulle bli kontaktade över telefon av författaren för studien. Vid detta samtal kunde syftet förklaras ytterligare och frågor besvaras. De som tillfrågats och var fortsatt

intresserade av att medverka i studien bjöds in till intervju på överenskommen tid och plats, exempelvis hemma hos patienten eller i avskilt rum på sjukhuset.

På sjukhus A utfördes totalt 24 PNS-byten mellan november 2021 och februari 2022. 16 FPI skickades ut under denna period till patienter som uppfyllde inklusionskriterierna. Flertal av dessa patienter uppvisade intresse att delta efter genomgånget PNS-byte och dessa blev nästkommande dag uppringda av författaren. Sammanlagt var det tre patienter som ställde upp på intervju. Bortfallet berodde på en rad olika anledningar:

- Patient önskade inte delta vid första eller andra tillfrågan
- Assisterande röntgensjuksköterska glömde fråga patient om deltagande i studien
- Patient kom in för ett akut PNS-byte pga. dysfunktion av PNS-katetern
- Övrig orsak som försvårade intervjumöjligheter (ex. patient som hamnade på korttidsboende, patient som önskade att hemtjänstpersonal som varit med vid bytet också skulle delta i intervjun)

Vid ett tillfälle hade en patient som skulle genomgå sitt andra PNS-byte av misstag fått FPI:n i kallelsen. Patienten uppvisade stort intresse att delta. På grund av svårigheter att rekrytera deltagare till studien beslutade författaren i samråd med handledaren att därför inkludera patienten.

På sjukhus B fanns det bara en patient som uppfyllde inklusionskriterierna mellan januari och februari 2022 och som även valde att delta i studien.

Datainsamling

Samma morgon som intervjun var tänkt ringde författaren upp patienten för att kontrollera att denne var i tillräckligt gott skick att orka medverka i intervjun.

Intervjuerna spelades in på diktafon och inspelning påbörjades efter en formell introduktion av upplägg och syfte med studien. Patienten informerades om frivilligheten att delta och lämnade ett muntligt samtycke i början på ljudinspelningen. Ett inledande småprat innan intervjun var till för att skapa ett positivt socialt klimat och knyta an till patienten (Kvale, 2007). Intervjuerna var semistrukturerade, dvs. med ”målinriktade” öppna frågor med syfte att fånga patientens livsvärld (Kvale, 2007) vid PNS-byten. En intervjuguide (se bilaga B) hade tagits fram som bestod av frågor rörande olika teman. Denna skulle enbart ses som ett hjälpande verktyg ifall patienten var fåordig och författaren behövde leda in patienten på något tema att prata om.

Inledningsvis fick patienten frågan hur denne upplever PNS-byten (”Kan du beskriva hur du upplever att byta din kateter på röntgen?”) Olika aspekter av bytet som patienten lyfte följdes upp med följdfrågor (”kan du berätta/utveckla mer…”, ”förklara hur du tänker…”, ”kan du ge exempel på vad du menar…”, osv.) för att få en rik bild av upplevelsen. Varför-frågor försöktes i möjligaste mån undvikas för att patienten inte skulle tolka sin egen upplevelse (Kvale, 2007). Det är genom fenomenets variationer som just det essentiella, det oföränderliga, i fenomenet blir tydligt (Husserl, 1913/2004), varför följdfrågorna spelade en väsentlig roll i

datainsamlingen. Utöver den öppna inledande frågan tog författaren även avstamp från teman i intervjuguiden (ex. bra/dålig upplevelse, personal, miljö). Fokus låg på att i möjligaste mån få patienten att tala fritt och själv lyfta sina egna erfarenheter och att som intervjuare enbart vara följsam i patientens berättelse och hörsam efter meningsbärande utsagor och uttryck. När mening uppfattades gick författaren vidare med detta.

Under intervjun gjordes kontinuerliga anteckningar om olika erfarenheter som patienten nämnt i förbigående. Dessa återkom författaren till i ett senare skede för att inte avbryta patienten i det aktuella flödet. Inspelningen avslutades när båda parterna kom överens om att det inte fanns något mer att säga. Den inspelade intervjun varade i genomsnitt 53 min 24 s (min-max: 46 min 46 s - 60 min 47 s).

Ljudupptagningen transkriberades ord för ord. Även längre pauser och framträdande yttringar (ex. förställd röst, betoningar) skrevs fram för att fånga det som fanns mellan raderna (Kvale, 2007). Namn och annat som kunde röja patientens identitet avidentifierades.

Varje intervju vidgade författarens förförståelse genom att patienterna upplyste nya aspekter av bytet. Det gjordes dock inga tillägg till intervjuguiden.

Deltagare

Bakgrundsinformation om deltagarna presenteras i tabell 1. Patienterna som rekryterades till studien kom från två olika sjukhus vilka benämn A och B i tabellen. För att beräkna på ett ungefär hur många gånger patienten genomgått PNS-byten multiplicerades antal år som patienten haft en PNS-kateter med fyra (eftersom byten i regel görs fyra gånger per år). Av olika anledningar kan patienter behöva genomgå ännu fler byten per år.

Tabell 1: Deltagarbeskrivning

Deltagare	Kön	Ålder (år)	Sjukhus	Tidsperiod med PNS-byte (år)	Beräknat antal PNS-byten (st)
1	Kvinna	87	A	≈10	40
2	Man	73	A	≈0,5	2
3	Kvinna	84	B	≈5	20

Dataanalys

Dataanalysen följde de tre stegen enligt Giorgis modell (2009).

I ett första skede lästes den transkriberade texten i sin helhet för att få en övergripande uppfattning om upplevelsen av PNS-byte utifrån ett radiografiskt perspektiv.

I det andra skedet fastställdes meningsbärande enheter. Eftersom en intervju kan vara omfattande anser Giorgi (2009) att man behöver avgränsa beskrivningen för att göra den hanterbar för analys. Detta gjordes genom att dela upp beskrivningen i meningsbärande enheter.

Genom att läsa den transkriberade intervjun på nytt gjordes en markering varje gång beskrivningen ändrade betydelse. Det som klassificerades som meningsbärande var utsagor relaterade till syftet. På detta sätt skapade enheterna en överblick över olika beskrivningar. Giorgi (2009) menar dock på att dessa enheter inte är oberoende av varandra utan att de hänger samman och att det behövs en holistisk förståelse av texten.

I det tredje skedet transformerades beskrivningarna som var präglade av den naturliga inställningen till en fenomenologisk beskrivning m.h.a. en kolumnuppställning. I ett initialt skede sammanfattades de meningsbärande enheterna i en kolumn nästintill ordagrant men i tredje person för att hålla en viss distans (Giorgi, 2009). I nästa kolumn gjordes en första transformering av beskrivningen. Vid transformeringen användes ett fenomenologiskt och radiografiskt perspektiv för att lyfta fram radiografiska[1] dimensioner av PNS-bytet m.h.a. den fenomenologiska reduktionen. I vissa fall behövdes ytterligare en kolumn där ännu en transformering utfördes för att få fram en mer kärnfull beskrivning (för exempel på transformeringsprocessen se tabell 2). Dessa transformerade beskrivningar bör enligt Giorgi (2009) skilja sig åt från patienternas beskrivningar genom att vara mer (radiografiskt) övergripande, utan att för den delen vara universella. Slutligen hade man flera fenomenologiska radiografiska beskrivningar av bytet vilka utgjorde en grund för att få fram en generell struktur.

Den generella strukturen skulle täcka in alla variationer i beskrivningen av PNS-bytet. Detta uppnåddes genom ett holistiskt förhållningssätt till de transformerade beskrivningarna. Transformerade beskrivningar som utgjorde variationer beskrevs under en oföränderlig struktur (invariant) som sedan sattes i relation till övriga oföränderliga strukturer. För att slutligen undersöka om den generella strukturen var stringent togs vissa delar bort för att undersöka om beskrivningen fortfarande var hållbar eller om den borttagna delen var essentiell för strukturen.

Tabell 2: Transformeringsprocess

Meningsbärande enheter från transkriberad intervju i tredje person	Första transformering	Andra transformering
De här två sista gångerna var allting bra. Men innan dess alltså. Eftersom A aldrig visste vem som satte igång och vad de gjorde. Nu har de lärt sig att säga ”nu är katetern ute” och då vet A att den smärtan har gått över. […] Ja den upplevs som tryck faktiskt. Det är det A inte har vetat, om det har känt den där smärtan för att de drar ut den eller för att de sätter in den. Men någonstans i det hela så har det känts som att man försökt komma ut genom buken.	A menar på att den tidigare ovissheten över de olika delmomenten vid ett PNS-byte försvårade hennes förhållande till smärtan eftersom hon inte visste när den skulle uppstå. A menar på att den nuvarande insikten över smärtans uppkomst pga. utdragande av kateter, utgör någon form av milstolpe under ett PNS-byte. Smärtan som A upplever är tryckartad och som att något tränger ut genom buken.	[Ansågs ej nödvändigt med ytterligare en transformering]

[1] Radiografi i denna studie definieras utifrån Svensk förening för röntgensjuksköterskors (u.å.) definition: ”Radiografi är ett tvärvetenskapligt kunskapsområde som hämtar kunskaper främst från omvårdnad, bild- och funktionsmedicin, strålningsfysik samt medicin. Radiografi involverar samtliga fyra områden och relationen dem emellan.” Denna definition framhäver fyra olika vetenskapsområden vars perspektiv togs i beaktande under dataanalysen på ett övergripande sätt eftersom den tvärvetenskapliga radiografin inte förutsätter någon större fördjupning i respektive område utan fokus ligger mer på relationen mellan dessa.

[Om upplevelse av eftervård] A upplever det lite stressigt. För de står ju och väntar allihopa på att A ska komma ut från omklädningsrummet så att de kan plocka in nästa. […] Eftersom de står rakt upp och ner. A upplevde detsamma när A bad hemtjänsten vara här medan A duschade och då stod de med benen i kors ute i hallen när A kom ut igen. […] A försöker skynda sig så gott jag kan. Men A måste ju hitta grejer hon inte ser. Känna efter så A inte får på sig allting avigt. Så att… Men A klarar ju sig själv fortfarande utom det att A måste be om hjälp med kappan för den är för tung för att på båda ärmarna.	A menar på att hon inte får den tid hon behöver för att göra sig i ordning efter genomgånget byte eftersom personalen med sitt manande kroppsspråk gör henne stressad. A menar på att hon i regel är självständig men stressen gör henne orolig att hon kommer missa något.	A menar på att hon i regel är självständig, men att personalens manande kroppsspråk stressar henne att göra sig i ordning efter genomgånget byte, att hon blir orolig att missa något.

Etiska överväganden

Studien fick godkänt av Etikgruppen vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs Universitet och därutöver var Helsingforsdeklarationens forskningsetiska riktlinjer (World Medical Association, 2013) vägledande under hela forskningsprocessen. Patienter som deltog i studien fick vid flertal tillfällen muntlig och skriftlig information om studien (i samband med FPI, efter fullgjort PNS-byte, över telefon och precis före intervjun), frivilligheten att delta i studien och att närsomhelst kunna avbryta sitt deltagande utan att behöva förklara varför. Alla patienter som deltog lämnade muntligt samtycke vilket spelades in.

För att patienterna skulle veta att deltagandet i studien var frivilligt tillfrågades de först efter fullgjort PNS-byte av assisterande röntgensjuksköterska och fick sedan betänketid innan de nästkommande dag tillfrågades av författaren över telefon. Eftersom författaren tidigare varit assisterande röntgensjuksköterska för flera patienter, dels för en av patienterna som deltog i studien och dels för andra patienter som inte valde att delta i studien, skedde rekryteringen i första hand genom annan vårdpersonal. Patienterna informerades om konfidentialitetskravet (World Medical Association, 2013) som författaren förhöll sig till och att studiens resultat (i form av citat) inte skulle kunna härledas till en specifik patient, dels för att patienterna skulle våga yttra sig om negativa aspekter, dels för att de skulle vara införstådda med att vad de yttrat inte på något sätt skulle ligga dem till last vid framtida PNS-byten.

Att patienterna fick dela med sig av sina upplevelser sågs som en vinst ur patientperspektivet eftersom de mer aktivt fick ta plats genom att dela med sig av sin livsvärld. Genom att få lyfta sina perspektiv fick patienterna framträda i en värld där de i vanliga fall befinner sig i underläge och samtidigt få tillfälle att ventilera om vad de varit med om. Författaren informerade patienterna hur deras upplevelser skulle kunna komma att förbättra vården inte bara för andra, men förhoppningsvis också för de själva.

Resultat

Resultatet av studien presenterar först den generella strukturen av patienters upplevelse av att genomgå upprepade PNS-byten. Därefter redovisas tre kategorier vilka syftar till att skapa en vidare förståelse av upplevelsen av PNS-byten: (1) Det regelbundna bytets oregelbundna kvalité; (2) Balansen mellan att samspela med personalen och känna sig utlämnad, och; (3) Betydelsen av röntgenavdelningens miljö.

Generell struktur

Essensen av fenomenet regelbundet PNS-byte på en röntgenavdelning kan jämföras med en mur mellan patient och personal[2] som kontinuerligt raseras och byggs upp, där bägge parter ömsom samspelar ömsom befinner sig i var sin värld, vilket får patienten att pendla mellan att både känna sig delaktig och övergiven. Upplevelsen av skilda världar grundar sig på en kroppslig bortvändhet, men också på det skilda förhållningssätt mellan patient och personal. Å ena sidan upplever patienten bytet utifrån sin kropp och själ och anlägger ett individuellt perspektiv på vad som är värdefullt, å andra sidan upplever patienten sig som en uppgift personalen ska utföra. Uppgiftsorienteringen frammanar känslan av att vara ett objekt vilket väcker patientens behov att bli hörsammad men ändå förbli eftergiven. Patienten bedömer kontinuerligt personalens förmåga att inkludera patienten samt deras skicklighet att byta och fixera PNS-katetern. Kvalitén på PNS-bytena upplevs ojämn trots dess regelbundenhet. Patienten upplever maktlöshet över att alltid behöva förhålla sig till den varierande kompetensen. Med hjälp av utvecklade strategier hanterar patienten eventuella lidanden relaterade till utförandet. Den högteknologiska miljön i vilken PNS-bytet utförs upplevs som välkänd om än inte alltid optimerad för patientens bekvämlighet. Upplevelsen av ankomsten till röntgenavdelningen och resursbristen lämnar dock intryck av något otillräckligt.

Det regelbundna bytets oregelbundna kvalité

Upprepade PNS-byten under flera års tid medför att patienten får träffa flera olika röntgensjuksköterskor och radiologer fastän kontinuitet uppfattas som en trygghetsskapande åtgärd, under förutsättning att personalen lämnade ett gott intryck. Cirkulationen av personal mellan varje PNS-byte resulterar i att patienten upplever en varierande kvalité av såväl interventionen som omvårdnaden från både röntgensjuksköterskan och radiologen.

Variationen av personal, framför allt variationen av radiologer som utför bytet, får som konsekvens att patienten kan utveckla en viss oro inför PNS-bytet. Denna oro bottnar i en ovisshet över PNS-bytets utfall eftersom patienten genom sina erfarenheter är medveten om att det både kan bära och brista beroende på vilken radiolog som utför bytet, för ”*det har varit*

[2] Personal används som ett samlingsbegrepp för röntgensjuksköterskor, radiologer och ev. undersköterskor när patienten inte syftar till någon specifik yrkesgrupp.

väldigt ojämnt och vad jag verkligen kan anmärka på fortfarande så är det att jag aldrig vet vilken läkare som ska komma och operera […] Det är skrämmande. Jag är rädd. Jag sover inte natten innan." Patienten kan uppleva sig själv som ett försöksobjekt som radiologer, utan tillräcklig kompetens, får öva på vilket skapar känslor av vanmakt hos patienten. Ett lågt förtroende framställs genom aktivt byte av vårdgivare.

Patienten upplever att följande faktorer skiljer sig åt mellan radiologers genomförande av PNS-byten: (1) förekomsten av komplicerade förlopp, t.ex. svårigheter att dra ut den gamla PNS-katetern (2) tidslängden och (3) förekomsten av smärta eller obehag. Dessa faktorer påverkar patientens upplevelse enskilt eller enligt en viss följd. En kort tid upplevs som positiv medan en lång tid väcker tankar om vad som är orsaken. Ett byte är per automatik inte förenat med smärta, utan smärtan är ofta sekundär och smärtan uppstår antingen till följd av komplicerade förlopp eller att tiden på bytet blir förlängd. Patienten beskriver två former av smärtor, den ena som beror på utförandet och den andra som beror på kroppen. Kroppspositionen kan i sig utlösa smärta, men patientens upplevelse av ineffektiv personal som förlänger tiden för bytet kan också utlösa smärtan genom att tvinga patienten till kroppsställningen en längre stund, *"och det blir ju en ställning som du inte, du får inte röra dig, du får ligga stilla så här. Och det menar jag, hela den tiden innan de är klara, innan allting är färdigt, innan operatören är klar, innan jag äntligen får… så gör det skitont.*" Den utförandeutlösta smärtan styrs enligt patientens upplevelse av läkarens skicklighet.

Patientens kännedom om potentiella smärtsamma delar av interventionen möjliggör en beredskap som kan te sig lindrande. I viss utsträckning behöver patienten, ensam eller med hjälp av röntgensjuksköterskan, finna kommunikativa, fysiska, mentala, och/eller farmakologiska strategier (ex. smärtstillande och/eller lugnande inför PNS-byte) för att uppleva mindre smärta och anspänning i samband med PNS-bytet, men också för att inte hindra personalen från att utföra sitt arbete genom att kunna vara eftergiven. Till kommunikativa strategier hör att patienten kommunicerar smärtan eftersom det upplevs som ett effektivt sätt att bli hörsammad på. De mentala strategierna handlar om att aktivt styra bort oroande tankar, medan de fysiska strategierna inbegriper att optimera kroppspositioneringen med olika hjälpmedel.

Balansen mellan att samspela med personalen och känna sig utlämnad

Att ha kroppen positionerad enligt personalens behov skapar en känsla av bortvändhet i både bokstavlig och bildlig bemärkelse. Att patienten inte kan se personalen liknas vid att de båda befinner sig i två vitt skilda världar. Patienten kan uppleva sig som övergiven och denna känsla kompenseras inte av kommunikation när den sker bakom ryggen på patienten, utan framför allt genom att ha en person i patientens blickfång. Patienten hade "*gärna sett att någon stod där och bara kollade mig och bara såg på mitt minspel om det gör ont eller inte ont.*" Patienten är, trots sin bortvändhet, lyhörd för kommunikationen sinsemellan personal, men att denna lyhördhet inte nödvändigtvis är reciprok.

Kommunikationen vid ett PNS-byte sker både mellan patient och personal samt sinsemellan personalen, med risk för att patienten upplever sig förbisedd och reducerad när den senare tar överhanden, ”*internt snack om maskinerna, det var viktigare än den där människan som låg på bären*.” Patienten bedömer personalens kommunikativa förmåga utifrån den tillhandahållna informationen, hur väl personalen tilltalar patienten på ett sätt som känns genuint och det sätt på vilket personalen kommunicerar verbalt. Patienten upplever sig insatt i stora delar av PNS-bytet och beskriver hur denna information skapar en form av beredskap för de olika momenten. När kommunikationen är som bäst upphör patienten att vara ett objekt och ges ökad möjlighet att vara delaktig, som när ”*stämningen var så god så de drog in mig i deras samvaro.*”

Röntgensjuksköterskan, som redan i samband med förberedelserna etablerar en relation med patienten, får en fördel gentemot radiologen. Röntgensjuksköterskan får rollen som ledsagare som lotsar patienten genom hela interventionen. Radiologen har en mer anonym roll i och med sitt sena inträde, men också som följd av att patienten har ryggen vänd mot radiologen under större delen av PNS-bytet, vilket påverkar patienten som gärna vill ”*hänga upp saker och ting på någonting, hur ser doktorn ut, eller hur, vem är det, och så vidare*.”

Patienten är införstådd i personalens olika roller och använder olika mått på skicklighet för att definiera kompetensen hos röntgensjuksköterskan respektive radiologen. Medan radiologens skicklighet framför allt baseras på utförandet av PNS-bytet, baseras röntgensjuksköterskans kompetens på det peri-radiografiska: förberedelser, eftervård, maskinhantering och teamarbete, som ”*sista gången var det ett jättebra gäng för de kände varandra, de visste vad de skulle göra, de hade förberett sig och så. Men det är inte så vanligt vill jag påstå.”*

Personalens uppträdande påverkar också förtroendet som patienten hyser för dem, där ett lugnt och behärskat bemötande upplevs som en kompetensmarkör. Patienten kan dock uppleva en ambivalens gentemot skiftningar i uppträdandet hos röntgensjuksköterskan. Efter fullgjort PNS-byte kan patienten uppleva sig som oönskad ifall röntgensjuksköterskan uppvisar brådska, även om tidigare etablerad kontakt upplevts som positiv, ”*DÅ har de bråttom, då jag ska iväg. Ojojoj. Det är fort, fort, fort*!”

Eftervården upplevs som bristfällig när röntgensjuksköterskans omläggning av PNS-katetern inte återställs i ursprungligt skick. Patienten upplever att röntgensjuksköterskan ser omläggningen som sekundär, medan den för patienten har en avgörande betydelse för hur det kommer att vara att leva med PNS-katetern. Patienten upplever det som att röntgensjuksköterskan förminskar arbetet med att iordningsställa PNS-kateter, kopplingsstycke och urinpåse på ett för patienten anpassat sätt genom att inte återställa det i ursprungligt skick, för ”*det blev ju inte som vanligt. Nej, jag tycker att det skulle de göra lite bättre. För kommer man ner och har sett så snygg ut som man kom ner och de klipper upp och grejar och allting. Och sen säger: ”Det här får du fixa sen” det är ju bara halva jobbet.*” Det är istället standardiserade arbetssätt och standardiserat material som genomsyrar eftervården. Patientens upplevelse av brist på materiella resurser på röntgenavdelningen får som följd att patienten själv ser sig nödgad att ta med eget eftervårdsrelaterat material till PNS-bytet.

Betydelsen av röntgenavdelningens miljö

Miljön som patienten vistas i precis innan inträdet till genomlysningsrummet har en negativ inverkan på patientens sinnesstämning när miljön inte upplevs som optimalt utformad. Patienten upplever en omedvetenhet hos personalen gällande brister i denna miljö. Denna miljö skulle kunna beskrivas som antingen öppen (ex. en sängvänthall eller korridor) eller sluten (ex. en toalett).

Den öppna miljön ger upphov till känslor av övergivenhet när patienten lämnas ensam kvar. Personalen styr när patienten tillåts träda in i genomlysningsrummet. Tiden i den öppna miljön medför blickar från andra patienter vilket får till följd att patientens integritet inskränks, för ”*om inte de* [personalen] *är klara, vilket de inte ofta var klara då, så har man ju bara den där lilla nattskjortan. Man sitter där och så har du hela stora röntgen här. Folk går förbi och så. Väldigt obehagligt och ligga där […] Jag känner mig betittad och avklädd*”. Patienten upplever dessa blickar som avklädande och får patienten att framstå som sjuk.

Den slutna miljön lämnar ett undermåligt intryck när det inte upplevs anpassat efter omständigheterna, exempelvis gällande storlek och brist på faciliteter (exempelvis värdeskåp och skohorn). Förekomsten av en toalettstol i den slutna miljön ger upphov till en reaktion inom patienten. Patienten upplever inte att en toalett går att jämställa med ett omklädningsrum.

Genomlysningsrummet ger upphov till känslan av kontinuitet eftersom miljön ter sig bekant och lämnar inga överraskningar sett till rummets utformning och den sterila miljön. Röntgenbordet har däremot en framträdande roll sett till upplevelsen av genomlysningsrummet. Röntgenbordets utformning påverkar patientens bekvämlighet och känsla av trygghet. Bekvämligheten beror framförallt på hur patienten uppfattar röntgenbordets hårdhet, där en mjuk och bred brits upplevs som mer fördelaktig och skapar bättre förutsättningar för den obligatoriska kroppspositionen. Finesser i bordets rörelsemönster, såsom sänkning till marknivå, upplevs gynna tryggheten. Däremot upplever patienterna att röntgenbordet inte är optimerat för röntgenpersonalen som tvingas till obekväma arbetsställningar för att utföra vissa moment runtomkring patienten.

Patienten uppvisar en uppfinningsrikedom till följd av upplevda negativa aspekter vid PNS-byten. Dessa yttrar sig i innovationer som patienten upplever skulle förbättra upplevelsen, exempelvis en spegel i genomlysningsrummet för att kunna se vad som pågår bakom ryggen.

Diskussion

Metoddiskussion

En kvalitativ studie med fenomenologisk ansats ansågs vara det mest optimala sättet att få ta del av patienternas upplevelse av att genomgå PNS-byten, då metoden syftar till att lägga människans livsvärld i fokus (Husserl, 1913/2004). Den generella strukturen som genererades och som baseras på patienternas beskrivningar anser Giorgi (2009) gör ett starkt anspråk på kunskap eftersom den inte grundar sig på tolkning utan på faktisk rådata, eller som Giorgi

(2009) skriver: ”Descriptions reveal more than what the describer is aware of, and that is one reason the method works.” (p. 181). Genom den precist formulerade beskrivningen skapas en bättre förståelse av fenomenet (Dahlberg, 2019), vilken i förlängningen visar på vad man som röntgensjuksköterska behöver ta i beaktande för att ge patienten god vård vid PNS-byten.

Patienter som deltog i studien skulle ha genomgått minst fem PNS-byten. Anledningen till en miniminivå på fem var en strävan efter en upplevelserik bild av byten. Vid ett första byte är det tänkbart att patientens upplevelse fortfarande präglas av inläggningen som är associerat med ett eller flera stick innan PNS-katetern kommer på plats. Vid byten sker inga nya stick, däremot kan radiologen och assisterande röntgensjuksköterskan skilja sig åt mellan gångerna, liksom patientens dagsform. Fem byten ansåg författaren vara en rimlig miniminivå eftersom patienterna hade fått mer erfarenheter om regelbundna byten och dess premisser. En patient som inkluderades hade dock bara genomgått två byten. Detta medförde att patientens upplevelse blev mindre variationsrik i jämförelse med de övrigas. Författaren fick påtala att det var bytet som var av intresse för att inte låta inläggningen prägla upplevelsen, eftersom patienten inte hade lika många upplevelser av bytet. Vinsten blev dock en blandad grupp patienter med varierande erfarenhet av PNS-byte. Man kan tänka sig att någon som är mindre van även är mer uppmärksam eftersom det mesta ter sig nytt.

Till viss del kan resultatet tyckas luta åt det mer negativa hållet. Detta skulle kunna bero på att det är de negativa erfarenheterna som lämnar störst intryck hos patienterna. När det endast blir negativa aspekter som lyfts upp gällande ett visst moment, går det inte att utröna om det enbart är en variation, varför resultatet skrivs ut som en oföränderlig struktur.

Att tre patienter valdes ut och inte fler berodde på att intervjumaterialet ansågs tillräckligt upplevelserikt, dels för att författaren ansåg att det uppstod viss mättnad i data eftersom det bara tillkom variationer av samma oföränderliga strukturer, dels pga. bristen på tid för att hinna med studien inom tidsramen för uppsatsen. Giorgi (2009) menar på att det behövs minst tre deltagare om datamaterialet är tillräckligt omfångsrikt och att det inte handlar om mängden deltagare utan variationsrikedomen gällande beskrivningen av upplevelsen. När det uppstår många variationer uppstår möjligheten att enklare finna den oföränderliga strukturen som täcker in alla dessa variationer (Giorgi, 2009). I efterhand kan man fundera om man borde inkluderat alla patienter som genomgår PNS-byten. Även patienten som enbart genomgick två PNS-byten gav en upplevelserik bild av bytet, vilket författaren inte trodde skulle ske.

En eventuell brist skulle vara homogeniteten i gruppen sett till ålder. Det skulle potentiellt kunna vara denna faktor som resulterade i att mättnad uppnåddes i ett så tidigt stadium som efter tre patienter. Möjligtvis skulle fenomenets variationer blivit ännu tydligare ifall studien inkluderat en yngre patient vilket potentiellt hade lett fram till att andra oföränderliga strukturer skrivits ut i den generella strukturen.

Avsaknaden av statistik om patientkaraktäristika vid PNS-byten gör det svårt att uttala sig om det framförallt är äldre patienter som genomgår dessa byten livet ut. Hydronefros i sig förekommer mellan 0,15-0,67% av hela populationen och är vanligare bland män än kvinnor (Mevorach et al., 2007); all hydronefros behöver dock inte behandlas med en PNS-kateter. Män

över 60 år är drabbas oftare av hydronefros till följd av prostatasjukdomar och efterföljande komplikationer, medan det för kvinnor är vanligare att drabbas av hydronefros mellan 20-60 års ålder till följd av graviditet och gynekologiska sjukdomar. Upp till 80% av alla gravida kvinnor har hydronefros, men där det inte är kontraindicerat anses stent i uretären vara förstahandsalternativet för att lindra smärta och/eller för att avvärja njursvikt. Att drabbas av njursten (som potentiellt kan leda till hydronefros) är i Sverige vanligast mellan 20-50 års ålder och drabbar oftare män. (Damber, 2018). Prostatasjukdomar, tumörer i buken, samt njurstenar är den vanligaste orsaken till hydronefros bland den äldre befolkningen (Thotakura & Anjum, 2021). Författaren menar på att det framförallt är äldre patienter som genomgår dessa byten livet ut, medan yngre patienter har PNS-katetern mer tillfälligt inför stenbehandling eller graviditet. På så sätt blir fenomenet mer anpassat efter den mest drabbade gruppen, vilket skulle kunna ses som en vinst i sig, men med konsekvensen att den essentiella strukturen av fenomenet tappar något av sitt generalitet.

Att intervjun inte genomfördes samma dag, dvs. direkt efter PNS-byte var för att det senaste bytet inte skulle prägla upplevelsen alltför mycket, men också för att patienten skulle få tid att ta ställning till deltagande i studien. Eftersom intervjun gjordes i ett senare skede antog författaren till studien att den senaste upplevelsen skulle smälta mer samman med tidigare byten. Syftet var inte att belysa upplevelsen av ett PNS-byte, utan en helhetsupplevelse präglade av alla genomgångna PNS-byten.

Att författaren vid ett tillfälle haft hand om en av patienterna som deltog i studien hade såväl sina för- som nackdelar. Genom att inte var en främling för denne hade patienten möjligtvis enklare för att öppna upp sig. En tänkbar risk skulle vara att patienten inte vågat yppa negativa aspekter om byten, antingen för att inte såra författaren eller oro för att inte garanteras god vård av författaren vid framtida byten.

Vid intervjuerna fanns i förväg bestämda teman i intervjuguiden att lyfta ifall patienternas beskrivningar inte ansågs vara tillräckligt detaljerade. Dessa teman tog författaren själv fram och baserades dels på den egna förförståelsen dels på ämnen där författaren inte ansågs lägga någon egen värdering. Man kan tycka att detta frångår fenomenologins bortkoppling genom att aktivt applicera sin egen förförståelse på vad man vill att patienten ska prata om. Kvale (2007) menar att teman enbart riktar medvetandet åt ett visst håll, men patientens upplevelse förblir fortfarande dennes egna kring det aktuella temat.

Dataanalysen kan till viss del anses vara godtycklig. De transformerade beskrivningarna och den generella strukturen som tas fram skulle inte nödvändigtvis erhållits av en annan författare, vilket kan ifrågasätta reliabiliteten i studien. Giorgi (2009) betonar vikten av en *critical other* som styrker eller motsäger författarens egen analys. Denna critical other kan i det andra skedet av analysen bidra med sina transformerade beskrivningar och jämföra dessa med författarens egna. I denna studie undersökte författarens handledare om det rådde konsensus mellan författarens utvalda meningsbärande enheter och de transformerade beskrivningarna i en av intervjuerna. Detta gav upphov till såväl bekräftelse av vissa transformerade beskrivningar som en efterföljande modifiering av vissa beskrivningar vilket kom att stärka reliabiliteten.

Giorgis *critical other* är även författaren till föreliggande arbete som ständigt ska förhålla sig kritisk mot sina resultat och beskriva sin process och struktur så explicit som möjligt för att andra också ska kunna förstå förförståelsen som ligger till grund, följa analysprocessen och förstå dess slutprodukt (Giorgi, 2009), Detta befrämjar den övergripande validiteten och tillförlitligheten i studien. Att författarens förförståelse visar sig bli bekräftat i resultatet kan tänkas bero på att förförståelsen återspeglat verkligheten alternativt att författaren låtit den egna förförståelsen prägla resultatet, vilket läsaren till uppsatsen får vara vaksam inför.

Genom ett litet urval av frivilliga deltagare går det inte att generalisera resultaten till en större population (Kvale, 2007). Det aktuella perspektivet (radiografi), kontexten (röntgenavdelning) och fenomenet (PNS-byte) gör det ännu svårare att generalisera (Giorgi, 2009). Men en generalisering är heller inte av intresse vid kvalitativa intervjustudier, utan snarare att fundera över hur studiens resultat kan gälla även i andra kontexter än den som studerades (Kvale, 2007); i detta fall var kontexten genomlysningsrummet på en röntgenavdelning där patienten genomgår ett upprepat ingrepp i vaket tillstånd. Genom det radiografiska perspektivet är man inte ute efter någon universell struktur (vilken är filosofers eftersträvan), men man vill ändå att resultaten ska transcendera själva fenomenet som studerades (Giorgi, 2009). Resultatet i föreliggande studie borde i viss utsträckning kunna tillämpas på andra interventioner i högteknologisk miljö, operationer som utförs i vaket tillstånd och i viss utsträckning ingrepp som görs på upprepad basis.

Resultatdiskussion

Resultatet lyfter explicit och implicit fram patientens upplevelse av att vara ett försöksobjekt i händerna på radiologer vars kompetens varierar. Även om resultatet i regel blir detsamma (dvs. fullgjort PNS-byte) verkar det vara själva förloppet som har betydelse för upplevelsen. Patientens tidigare minnen av smärtsamma och komplikationsfyllda förlopp samt en upprepad upplevelse av mindre skickliga radiologer frammanar hos patienten känslan av att vara ett försöksobjekt, vilket i sin tur vållar oro inför och vid framtida byten. Negativa upplevelser kan leda till minskat/tappat förtroende, vilket även haft som följd att patienten aktivt bytt vårdgivare. Detta överensstämmer med studien av Day et al. (2015) som undersökte patienters upplevelse att genomgå upprepade dräninläggningar i bukhålan. Patienterna i studien upplevde att upprepade dräninläggningar som förlupit komplikationsfritt var viktigt för att känna tillit och förtroende till läkaren (Day et al., 2015).

PNS-byten är unika genom dess regelbundenhet vilket kan tänkas påverka upplevelsen annorlunda än ingrepp som bara genomgås någon enstaka gång. Det sker en kontinuerlig ansamling av erfarenheter där olika förlopp kan ställas i relation till varandra. Utifrån Watsons behavioristiska teori, i vilken upprepningen av externa stimuli ger upphov till en betingad emotionell respons (Watson & Rayner, 1920/2000), skulle man kunna se det som att upprepade negativa erfarenheter av PNS-byten (pga. smärta och komplikationer) lett till oro och rädsla som emotionell respons. Men så som oron och rädslan lärts in, borde även motsatsen vara

möjlig genom att få uppleva flera positiva erfarenheter av byten i följd. Frågan man får ställa sig är hur man kan garantera positiva byten sett till de faktiska resurserna.

Förekomst av oro och ångest pga. smärta vid PNS-byten har noterats i andra studier (Bigum et al., 2015; Fernández-Cacho & Ayesa-Arriola, 2019), men eftersom dessa studier fokuserat på hur det är att leva med en PNS-kateter och inte på upplevelsen av bytet har det tidigare inte skapats förutsättningar att förstå bytesförloppet utifrån patientens perspektiv. Patienternas upplevelse i denna studie visar på att bytet kan generera ett lidande som uppstår till följd av oro, övergivenhet och smärta. Smärtan vållas framför allt av radiologens utförande och kroppsställningen som röntgensjuksköterskan manar patienten till att ha; den ena utförandestyrd och den andra mer kroppsligt relaterad.

För att minimera smärtan pga. kroppsställningen menar författaren på att patienten inte ska behöva ligga i bukläge längre än nödvändigt, vilket förutsätter att röntgensjuksköterskan har god planerings- och samordningsförmåga. Röntgensjuksköterskan bör därför vara väl förberedd när patienten lägger sig till rätta (exempelvis att allt är framdukat) och att radiologens inträde sammanfaller med att patienten precis hunnit bli steriltvättad och sterilklädd. Andra studier som undersökt hur patienten upplever att göra interventioner och operationer i vaket tillstånd lyfter likväl fram en kroppsligt relaterad smärta pga. kroppspositionen (Lundén et al., 2006; Tinnfält & Nilsson, 2011; Lundén et al., 2013). Det vakna tillståndet vid interventioner innebär en utmaning för vårdpersonal eftersom kroppsutlöst smärta kan uppfattas mer tydligt och att personalen mer aktivt behöver hitta åtgärder för att lindra den. Åtgärder får tänkas vara anpassade efter interventionen och patientens förutsättningar. Att förstå vad patienten gynnas av kan dels bero på personalens erfarenheter om lämpliga åtgärder dels att personalen samspelar med patienten för att hitta strategier som fungerar för patienten.

Resultatet i studien visade hur patienten upplever sig ömsom ha stöd av personalen och ömsom vara ensam i sin egen smärta. Scarry (1985) beskriver upplevelsen av smärta så här: ”To have great pain is to have certainty; to hear that another person has pain is to have doubt” (p. 7). Det finns därmed ett oavsiktligt glapp mellan patientens upplevelse av smärta och personalens bristande förståelse av denna. Scarry (1985) beskriver hur patienten som får vård kan acceptera smärta eftersom den ses som tidsbegränsad, antas ha ett syfte och patienten upplever sig ha någon form av kontroll, men smärtan är fortfarande närvarande. Smärtan är enligt Scarry (1985) språkligt svår att förmedla och den kan få förspråkliga uttryck i form av ljud, rop och skrik. God vård förutsätter en uppmärksamhet hos personalen som bör uppmärksamma smärtan, som kanske inte helt och hållet kan förstås, men i alla fall för att få mer klarhet i den för att kunna tolka den (mer) rätt. (Scarry, 1985). Författaren till denna studie menar på att denna observans för smärta är en viktig del av livsberättelsen.

Röntgenverksamheten handlar i mångt och mycket om att aktivt utsätta kroppen för något som potentiellt kan upplevas som smärtsamt (alt. frammana lidande). Att veta när någon upplever smärta blir ett indirekt sätt att identifiera begränsningar, men även behov, hos patienten. Att aktivt ta del av livsberättelsen genom att vara nyfiken på patientens förståelse av sin livsvärld skapar ytterligare förutsättningar när det kommer till att ta del av patientens

upplevelse av smärta eller den radiografiska undersökningen/behandlingen överhuvudtaget (”vill du beskriva din smärta?”, ”hur kan vi göra för att du ska må bättre?”, ”vad är dina tankar om dagens byte?”, ”vad tänker du att vi kan göra för att du ska få en bra upplevelse?”). Man bör inte underskatta denna enkla nyfikenhet, speciellt då det är ett krav för röntgensjuksköterskan att verka för personcentrerade vård (Örnberg & Andersson, 2012) och ett sätt att försöka överbrygga det tidigare nämnda glappet mellan personal och patient. Människan är dynamisk sett till hur hon ser på hälsa, och vilka behov, resurser och begränsningar hon har (Orem, 2001). Detta innebär att man aldrig bör ta för givet att en omvårdnadsstrategi vid ett byte kommer fungera lika bra andra gånger, möjligen som vägledande, varför kontinuiteten av livsberättelsen blir nödvändig. Man bör aldrig sluta vara nyfiken på patienten och vad som är relevant och viktigt för denne just där och då.

Patienterna i denna studie lyfter alla fram föreställningen av ett ”jag och dem”, i vilken patienten tidvis upplever sig som ensam och hur det ligger i personalens händer att skapa ett samspel med patienten för att mildra denna upplevelse. Känslan av ensamhet blir som tydligast när patienten har sin rygg vänd mot personalen vilket upplevs som en slags fysisk barriär mot personalen, men föreställningen bottnar även i skillnaderna i hur patienten förhåller sig till sig själv respektive hur personalen förhåller sig till patienten. Upplevelsen av denna barriär återkommer även i Karlsson et al. (2012) studie där operationsdukarna skapar begränsningar i synfältet. I båda fallen blir patienten visuellt begränsad vilket frammanar känslan av att vara ensam och övergiven. Man kan tänka sig att patienten vid exempelvis operationer behöver ligga på ett specifikt sätt för att optimera förutsättningarna för operationen. PNS-byten och PNS-inläggningar rymmer dock en flexibilitet gällande patientpositioneringen. Bukläget eller det framstupa sidoläget har länge ansetts som klinisk praxis eftersom det vid PNS-inläggning anses som en teoretiskt säkrare metod för att inte råka sticka igenom bukorgan, framförallt tjocktarmen (Valdivia Uría et al., 1998). Men studier på PNS-inläggningar där patienten ligger i uppvridet ryggläge (mellan 30-45 grader från röntgenbordet) har visat sig vara minst lika säkra och effektiva (Cormio et al., 2007; Arrabal-Polo et al., 2011). Vid PNS-byten där det inte ens sker något stick borde det därmed inte vara något problem. Man kan tänka sig att PNS-kateterns utgående position som kan vara belägen någonstans mellan höftbenskammen och ryggraden skulle kunna utgöra ett hinder för åtkomsten när patienten är i uppvridet ryggläge; likväl kan läget påverka hur väl njuren visualiseras med genomlysning. Utgör inte dessa någon form av hinder skulle denna andra kroppsställning tänkas generera en annorlunda upplevelse för patienten genom att inte ha ryggen mot personalen. Ytterligare en vinst med det uppvridna ryggläget är att den upplevs bekvämare för patienten (Cormio et al., 2007; Arrabal-Polo et al., 2011).

Resultatet visar även på hur avsaknaden av ögonkontakt, till följd av kroppspositionen, ytterligare bidrar till känslan av övergivenhet. Ögonkontakten upplevs av patienten som ännu viktigare än den muntliga kommunikationen. Detta bekräftas även i studien av Karlsson et al. (2012) som lyfter fram vikten av ögonkontakt för att patienten inte känna sig utlämnad och de poängterar likväl hur man inte ska underskatta betydelsen av ögonkontakt.

Röntgensjuksköterskan, å ena sidan, etablerar tidigt en kontakt med patienten vilken utvecklas naturligt i samband med förberedelserna ihop med patienten. Radiologen, å andra sidan, visar sig enbart kort för patienten i samband med sin presentation och lämnar mest ett anonymt intryck trots att det är i händerna på radiologen som patienten mest överlåter sig till.

Levinas, en fransk filosof, myntade begreppet *face of the other*[3] (Levinas, 1969). Han menade på att den andres (dvs. medmänniskans) ansikte har ett ursprungligt uttryck av värnlöshet som framställer en önskan om att inte bli skadad (egentligen dödad). Ansiktet hos den andre hyser närvaro av mänsklighet och i denna uppstår det en frändskap mellan jaget och den andre. Trots alla olikheter människor emellan finns det något essentiellt mänskligt i den andre som påminner en om jaget. Den andres ansikte väcker hos jaget ett etiskt anspråk att inte skada den andre (Levinas, 1969). Även om Levinas inte menar ansikte i bokstavlig bemärkelse (1969), så menar författaren till denna studie att det finns ett värde i att han just använder ansiktet som metafor eftersom ansiktet med sina ögon och uttryck rymmer något unikt mänskligt. Häri skulle potentiellt en förklaring gå att finna till att patienten lyfter betydelsen av ögonkontakt, inte bara som ett sätt att bli mer delaktig men också ett sätt att försöka få personalen att värna om en. Avsaknaden av ögonkontakt leder till upplevelsen av försvarslöshet och objektifiering, i vilken patienten reduceras till en PNS-kateter som ska bytas. Att personalen får ta del av patientens ansikte gör att personalen får förhålla sig till både människan och de olika stegen av PNS-bytet. ”The epiphany of the face” (p. 199), som Levinas (1969) omnämner det, borde få personalen att anlägga ett etiskt perspektiv kring sitt utförande och göra val som rymmer såväl en pragmatisk och en etiskt försvarbar dimension.

Patientens försvarslöshet påverkar inte patientens eftergivenhet att underlätta för personalen, men frammanar också ett mod som yttrar sig i att patienten vågar göra sig hörsammad. Det handlar exempelvis om att explicit uttrycka sin smärta och om att acceptera en kroppsposition som både är godkänd av personalen och optimal för patienten. Detta skiljer sig delvis från Karlsson et al. (2012) studie som undersökt upplevelsen av att genomgå en höft-/knäprotesoperation i vaket tillstånd. Patienten befinner sig där i en balansgång mellan att vilja överlåta sin kropp till personalen i hopp om ett bra resultat och samtidigt hysa en förhoppning om att kunna bli hörsammad (Karlsson et al., 2012). PNS-bytespatienten hoppas inte på hörsamhet snarare kräver den, vilket skulle kunna tolkas som att patienten är mer bekväm med röntgenpersonalen eller möjligen att de tidigare erfarenheterna gett upphov till mer skinn på näsan.

Kontinuitet av vårdpersonal lyfts fram som en viktig del inom den personcentrerade vården (Forsberg, 2020), vilket dock problematiseras i denna studie genom att det utöver kontinuitet även verkar förutsättas ett positivt genomgånget förlopp av den tidigare vården. Relationskontinuiteten, som enligt Haggerty et al. (2003) är en av tre former av kontinuiteter och som baseras på fortgående relationer mellan patient och vårdgivare, är troligen den som får främst betydelse vid PNS-byten. Trots att röntgensjuksköterskans möte med patienten vid ett

[3] I löpande text kommer en direktöversättning av begreppet att användas: *den andres ansikte.*

byte inte sträcker sig mer än någon timme eller två så kan man anta att den upprepade kontakten leder till en patientkännedom som är viktig för att befrämja den personcentrerade vården. Genom upprepad kontakt får personalen möjligheten att regelbundet ta del av patientens livsberättelse och över tid utvecklas ett partnerskap, som patienterna i denna studie såg som trygghetsbefrämjande genom igenkänning av medverkande personal. Patienterna i denna studie upplevde ett varierande intresse från röntgensjuksköterskans håll att interagera med patienten, några visade på ett genuint intresse medan andra knappt såg åt patienten. Huruvida bytet av själva PNS-katetern får ett större fokus än patienten skulle potentiellt vara en förklaring.

Patientens upplevelse av röntgensjuksköterskans delvis bristfälliga eftervård kan ses som en annan konsekvens av hur övriga moment inte ses som lika viktiga som själva bytet av PNS-kateter. I själva verket är det just vid moment som eftervård som röntgensjuksköterskan har det fulla ansvaret att fixera och iordningsställa PNS-kateter, kopplingsstycke och urinpåse. Till följd av bristfällig fixering, avsaknad av vissa materiella resurser som fixeringsplåster och/eller felanpassad längd på urinpåsens slang behövde patienten på egen hand återställa materialet i ursprungligt läge och skick, vilket väckte känslan av att röntgensjuksköterskan var oförstående för betydelsen av detta moment för patienten. Detta tydliggör återigen det glapp där personalen och patient har olika perspektiv.

Det glapp som tidigare diskuterades, i samband de olika uppfattningarna av smärta, återkommer av andra anledningar under vårdförloppet. Toombs (1992) påtalar att det har sin grund i diskrepansen mellan patientens och vårdpersonalens livsvärld. Patienten förstår sin ohälsa utifrån sin livsvärld, medan personalen utöver sin egen förförståelse även anlägger ett vetenskapligt perspektiv på patientens ohälsa (Toombs, 1992). Ju längre ifrån patientens livsvärld man som personal hamnar desto svårare får man att förstå patienten, även om det man gör bottnar i något uppgiftsorienterat som syftar till att göra gott. Författaren till denna studie menar på att göra gott är mer än att assistera vid terapeutiska interventioner. Vårdpersonal som även försöker förstå patientens livsvärld har visats vara bättre på att ta hand om patienter (Toombs, 1992).

Resultatet i denna studie visar hur miljön i genomlysningsrummet blir närmast sekundär i jämförelse med bytets förlopp och de interpersonella relationerna mellan patient och personal. Genomlysningsrummet noteras framför allt i dess brister, exempelvis en hård brits, men inte i dess avancerade teknik som utgörs av C-bågen, styrkonsol och bildskärmar. Detta skulle åter kunna härledas till att interventionerna upprepas regelbundet och att detta resulterar i en slags hemblindhet. Andra studier i interventionsmiljö (Lundén et al., 2015; Bazzi et al., 2020) lyfter heller inte fram miljön som något större hinder, bortsett från den smala bristen. I dessa studier ses interventionsmiljön som något imponerande, hoppingivande och trygghetsbefrämjande (Lundén et al., 2015; Bazzi et al., 2020), vilket inte framkom fram i aktuell studie. Det skulle kunna bero på att nyhetens behag försvinner vid upprepad procedur, medan interventionen i övriga studier var något av engångsföreteelse för patienterna. Adler (1990) menar på att den högteknologiska miljön som röntgenmiljön innebär utgör en risk för personalen att reducera patienten till sin sjukdom. I studien av Bazzi et al. (2020) accepterar patienten detta

förhållningssätt för att skapa bättre förutsättningar för sin vård. Denna barriär som den högteknologiska miljön utgör för omvårdnaden (Adler, 1990) accepteras inte på samma sätt av patienter som regelbundet genomgår PNS-byten.

Denna studie visar på den unika patientupplevelsen som kommer sig av upprepningen av interventionen. För att nå mer generella insikter kring fenomenet skulle man vid framtida forskning kunna intervjua en större mängd patienter med större variation sett till ålder, samt inkludera flera sjukhus för att fånga upp variationer i utförande och dess eventuella betydelse.

Kliniska implikationer

PNS-byten utförs polikliniskt på regelbunden basis. Det borde finnas en möjlighet för patienten att i förväg få information om vilken radiolog som ska utföra ingreppet. Visserligen är flödet av patienter på en röntgenverksamhet hög, vilket kan leda till att den som har tid (och kompetens) får utföra bytet. Finns möjlighet för bättre samordning kring planering skulle det ur ett patientperspektiv möjligtvis upplevas betryggande att i förväg veta vem som utför bytet.

Miljön som patienten vistas i före PNS-bytet bör vara sluten ex. en sängvänthall med möjlighet till avskärmning eller i form av ett omklädningsrum (inte en WC).

Den som utför själva bytet har ett ansvar i att inhysa trygghet i patienten. Upplever radiologen en vacklande tilltro till sin egen förmåga pga. oerfarenhet bör detta lyftas samt vilka specifika åtgärder som satts in för att säkerställa att patienten inte ska bli lidande på grund av detta, ex. närvaro av erfaren radiolog.

För att skapa större delaktighet och få patienten att uppleva sig mindre utlämnad kan man använda sig av olika strategier beroende på patient och resurser: (1) att man utför PNS-bytet i uppvridet ryggläge (ex. på äldre patienter som har svårt att ligga på magen, om patienten har stomi) alternativt att anpassa det framstupa sidoläget så att patientens huvud ligger vänt mot personalen, (2) att under bytesförloppet ha en röntgensjuksköterska/undersköterska placerad vid huvudändan hos patienten för att kunna uppmärksamma tecken på obehag och kommunicera med patienten alternativt att tillfråga patienten om denne önskar att någon står vid dennes huvudända.

Eftersom patienterna i denna studie upplevde svårigheter att ligga på mage/framstupa sidoläge bör röntgensjuksköterskan sträva efter att planera och samordna bytet så att patienten behöver ligga så kort tid på bukläge som det är möjligt. Finns det två röntgensjuksköterskor kan den icke-sterilklädda börja med att avlägsna gammal fixering och frigöra PNS-katetern, för att direkt därpå överlåta åt den sterilklädda att börja steriltvätta. Radiologen bör vara redo att påbörja byte direkt efter steriltvätt och sterilklädsel av patient.

Röntgensjuksköterskan bör i samråd med patienten optimera omläggningen utefter patientens önskemål och materiella förutsättningar. Röntgenavdelningar som utför polikliniska PNS-byten bör i vissa fall se över materialet som används vid omläggning av PNS-kateter och överväga om ev. extramaterial skulle utgöra ett kostsamt hinder för att matcha patientens behov.

Röntgensjuksköterskan bör under varje byte ha någon form av direkt/indirekt dialog med patienten som rör själva bytesförloppet och patientens uppfattning om sin dagsform för att bättre kunna identifiera ev. behov. Omvårdnadsåtgärder bör dokumenteras för att personal vid nästkommande byte ska ha en viss förståelse för patientens behov. Röntgensjuksköterskan som assisterar vid ett byte har likväl ett ansvar att se över dokumentation av tidigare omvårdnadsbehov.

Medan enstaka implikationer är förbehållna just ett PNS-bytet (exempelvis patientpositioneringen) är de övriga implikationerna applicerbara på andra radiologiska interventioner och ev. på operativa ingrepp som görs i vaket tillstånd

Slutsats

Vid PNS-byten finns det en viss risk att personalen åsidosätter patientens livsvärld och delaktighet ifall dessa styrs av ett uppgiftsorienterat fokus. Följden blir ett ”jag och dem” i vilken patienten delvis upplever sig övergiven av personalen, vilket cementeras av att patienten har ryggen vänd mot dem under själva PNS-bytet. Trots den fysiska närheten vållar avsaknaden av ögonkontakt en särskild dimension av övergivenhet. Det är upp till personalen, och framför allt röntgensjuksköterskan, att närma sig, samspela och se patienten för att göra patienten mer delaktig och minimera denna känsla av ensamhet. Kroppen blir för patienten en källa för smärta och smärtgraden styrs av radiologens utförande och hur väl röntgensjuksköterskan optimerar kroppsställningen för patienten. Att överlåta sin kropp till personal upplevs som ett lotteri, i vilket utfallet varierar från gång till annan gällande såväl utförandet av PNS-bytet som eftervården. Utan framtagna strategier för att hantera oro och smärta, kan PNS-bytet bli en utmaning för patienten. Miljön som patienten befinner sig i före PNS-bytet kan rymma en viss förbättringspotential i att bli mer välkomnande för patienten, medan genomlysningsrummet är välkänt och patienten är införstådd i vad som förväntas när denne är på plats.

Referenslista

Adamo, R., Saad, W. E., & Brown, D. B. (2009). Management of nephrostomy drains and ureteral stents. *Tech Vasc Interv Radiol*, *12*(3), 193-204. https://doi.org/10.1053/j.tvir.2009.09.003

Adler, A. M. (1990). High technology: miracle or malady for patient care. *Radiol Technol*, *61*(6), 478-481.

Andersson, B. T., Lundgren, S. M., & Lundén, M. (2017). Trends that have influenced the Swedish radiography profession over the last four decades. *Radiography (Lond)*, *23*(4), 292-297. https://doi.org/10.1016/j.radi.2017.07.012

Andersson, P. (2019). *Nefrostomi, kateterbyte, röntgen Höglandet*. Region Jönköpings län. Retrieved 27 september, 2021 from https://folkhalsaochsjukvard.rjl.se/dokument/evo/73eafde8-2e92-4f55-9135-80af113bf1f9?pageId=20626

Arrabal-Polo, M. A., Arrabal-Martin, M., Saz, T., & Paiz, P. (2011). Emergency percutaneous nephrostomy in supine-oblique position without cushion. *Urol Res*, *39*(6), 521-522. https://doi.org/10.1007/s00240-011-0384-8

Baerlocher, M. O., Kennedy, S. A., Ward, T. J., Nikolic, B., Bakal, C. W., Lewis, C. A., Winick, A. B., Niedzwiecki, G. A., Haskal, Z. J., & Matsumoto, A. H. (2016). Society of Interventional Radiology Position Statement: Staffing Guidelines for the Interventional Radiology Suite. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*, *27*(5), 618-622. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jvir.2016.02.010

Baron, R. L., & McClennan, B. L. (1981). Replacing the occluded percutaneous nephrostomy catheter. *Radiology*, *141*(3), 824-824. https://doi.org/10.1148/radiology.141.3.7302241

Bazzi, M. (2019). *Patients and Staff in the Hybrid Operating Room: Experiences and Challenges* [Doktorsavhandling, Göteborgs Universitet]. Göteborg. https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/60818/2/gupea_2077_60818_2.pdf

Bazzi, M., Lundèn, M., Ahlberg, K., Bergbom, I., Hellström, M., Lundgren, S. M., & Fridh, I. (2020). Patients' lived experiences of waiting for and undergoing endovascular aortic repair in a hybrid operating room: A qualitative study. *J Clin Nurs*, *29*(5-6), 810-820. https://doi.org/10.1111/jocn.15129

Beck, C. T. (2021). *Introduction to phenomenology: focus on methodology*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.

Bigum, L. H., Spielmann, M. E., Juhl, G., & Rasmussen, A. (2015). A qualitative study exploring male cancer patients' experiences with percutaneous nephrostomy. *Scand J Urol*, *49*(2), 162-168. https://doi.org/10.3109/21681805.2014.938694

Björck, G. (u.å.). *Perkutan nefropyelostomi (PNP) - byte*. Västra Götalandsregionen, Skaraborgs sjukus. Retrieved 27 september, 2021 from https://alfresco-offentlig.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/23401/Perkutan%20nefropyelostomi%20(PNP)%20-%20byte.pdf?a=false&guest=true

Branzell, Z., & Marklund, O. (2019). *Personcentrerad eller patientcentrerad vård inom rönten: En intervjustudie* Uppsala Universitet]. Digitala Vetenskapliga Arkivet. http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1305910/FULLTEXT01.pdf

Brighton and Sussex University Hospital NHS Trust. (2018). *Change of Nephrostomy*. https://www.bsuh.nhs.uk/wp-content/uploads/sites/5/2016/09/change-of-nephrostomy.pdf

Brinck, A. (2020). *Percutan Nefrostomi (PNS) - vuxen patient - PM (för enet gastro/uro/thorax)*. Region Skåne. Retrieved 27 september, 2021 from https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/med-omraden/bild-funktion/angio/nefrostomi-vuxna---pm-for-gut.pdf

Bushong, S. C. (2021). *Radiologic science for technologists: physics, biology, and protection* (12th ed.). St. Louis: Elsevier.

Canales, B. K., Hendlin, K., Braasch, M., Antolak, C., Reddy, A., Odeh, B., & Monga, M. (2005). Percutaneous nephrostomy catheters: Drainage flow and retention strength. *Urology*, *66*(2), 261-265. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.urology.2005.03.030

Cormio, L., Annese, P., Corvasce, T., De Siati, M., Turri, F. P., Lorusso, F., Pentimone, S., Perrone, A., & Carrieri, G. (2007). Percutaneous nephrostomy in supine position. *Urology*, *69*(2), 377-380. https://doi.org/10.1016/j.urology.2007.01.020

Dahlberg, H., Ellingsen, S., Martinsen, B., & Rosberg, S. (2019). Inledning. In D. Helena, E. Sidsel, M. Bente, & R. Susanne (Eds.), *Fenomenologi i praktiken*. Stockholm: Liber.

Dahlberg, K. (2019). Den fenomenologiska livsvärlden. In *Fenomenologi i praktiken*. Liber: Stockholm.

Damber, J.-E. (2018). Sten- och tumörsjukdomar i urinvägarna. In *Läkemedelsboken*. Läkemedelsverket. https://lakemedelsboken.se/kapitel/nefrologi-urologi/sten-_och_tumorsjukdomar_i_urinvagarna.html#g1_6

Day, R., Hollywood, C., Durrant, D., & Perkins, P. (2015). Patient experience of non-malignant ascites and its treatment: a qualitative study. *Int J Palliat Nurs*, *21*(8), 372-379. https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.8.372

Edvardsson, D. (2020). Inledning. In D. Edvardsson & A. Backman (Eds.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (2nd ed.). Lund: Studentlitteratur.

Edvardsson, D., Backman, A., & Wallin, A. O. (2020). Kritisk reflektion utifrån personcentrerad omvårdnad. In D. Edvardsson & A. Backman (Eds.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (2nd ed.). Lund: Studentlitteratur.

Ekman, I., Lundberg, M., Lood, Q., Swedberg, K., & Norberg, A. (2020). Personcentrering - en etik i praktikten. In I. Ekman (Ed.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik* (2nd ed.). Stockholm: Liber.

Ekman, I., Wolf, A., Olsson, L. E., Taft, C., Dudas, K., Schaufelberger, M., & Swedberg, K. (2012). Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *Eur Heart J*, *33*(9), 1112-1119. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehr306

Fehrling, M. (2016). *Pyelostomikateter - inläggning, byte och dragning*. Västra Götalandsregionen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset. https://alfresco-offentlig.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/13895/Pyelostomikateter%20-%20inl%c3%a4ggning%2c%20byte%20och%20dragning.pdf?a=false&guest=true

Fernández-Cacho, L. M., & Ayesa-Arriola, R. (2019). Quality of life, pain and anxiety in patients with nephrostomy tubes. *Rev Lat Am Enfermagem*, *27*, e3191. https://doi.org/10.1590/1518-8345.3039.3191

Fischbach, F., Porsch, M., Krenzien, F., Pech, M., Dudeck, O., Bunke, J., Liehr, U. B., & Ricke, J. (2011). MR imaging guided percutaneous nephrostomy using a 1.0 Tesla

open MR scanner. *Cardiovasc Intervent Radiol*, *34*(4), 857-863. https://doi.org/10.1007/s00270-010-0065-y
Fors, A., & Forsgren, E. (2020). Personcentrerade samtal. In I. Ekman (Ed.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik* (2nd ed.). Stockholm: Liber.
Forsberg, A. (2020). Personcentrerad intensivvård - att se personen bakom tekniken. In I. Ekman (Ed.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik* (2nd ed.). Stockholm: Liber.
Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology: a modified husserlian approach*. Pittsburgh: Duquesne Univ Press.
Goodwin, W. E., Casey, W. C., & Woolf, W. (1955). PERCUTANEOUS TROCAR (NEEDLE) NEPHROSTOMY IN HYDRONEPHROSIS. *Journal of the American Medical Association*, *157*(11), 891-894. https://doi.org/10.1001/jama.1955.02950280015005
Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *Bmj*, *327*(7425), 1219-1221. https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219
Hightower, N. M. (2014). Angiography and Interventional Procedures. In J. P. Lampignano & C. W. P. James (Eds.), *Textbook of radiographic positioning and related anatomy* (8th ed.). St. Louis: Elsevier/Mosby.
Huang, S. Y., Engstrom, B. I., Lungren, M. P., & Kim, C. Y. (2015). Management of dysfunctional catheters and tubes inserted by interventional radiology. *Semin Intervent Radiol*, *32*(2), 67-77. https://doi.org/10.1055/s-0035-1549371
Husserl, E. (1913/2004). *Idéer till en ren fenomenologi och fenomenologisk filosofi*. Stockholm: Thales.
Husserl, E. (1936/2020). *De europeiska vetenskapernas kris och den transcendentala fenomenologin*. Stockholm: Thales.
Jelisic, I., & Östangård, E. (2016). *Perkutan nefrostomibyte*. [Opublicerat material]. Alingsås lasarett.
Karaolides, T., Moraitis, K., Bach, C., Masood, J., & Buchholz, N. (2012). Positions for percutaneous nephrolithotomy: Thirty-five years of evolution. *Arab J Urol*, *10*(3), 307-316. https://doi.org/10.1016/j.aju.2012.06.005
Karlsson, A. C., Ekebergh, M., Mauléon, A. L., & Almerud Österberg, S. (2012). "Is that my leg?" patients' experiences of being awake during regional anesthesia and surgery. *J Perianesth Nurs*, *27*(3), 155-164. https://doi.org/10.1016/j.jopan.2012.02.005
Kristensson Uggla, B. (2020). Personfilosofi - filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård. In I. Ekman (Ed.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård : från filosofi till praktik* (2nd ed.). Stockholm: Liber.
Kvale, S. (2007). *Doing interviews* (1st ed.). Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
Kwee, M. M., Ho, Y. H., & Rozen, W. M. (2015). The prone position during surgery and its complications: a systematic review and evidence-based guidelines. *Int Surg*, *100*(2), 292-303. https://doi.org/10.9738/intsurg-d-13-00256.1
Levinas, E. (1969). *Totality and infinity: an essay on exteriority*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
Lindgren, H., Åkesson, M., & Ledin, T. (2017). Interventionell radiologi är nu certifierad i Sverige. *Läkartidningen*, *114*(22).

Lundén, M., Lundgren, S. M., Persson, L.-O., & Lepp, M. (2015). Patients' feelings and experiences during and after peripheral percutaneous transluminal angioplasty. *Radiography*, *21*(1), e9-e15. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.radi.2014.06.006

Lundén, M., Lundgren, S. M., Persson, L. O., & Lepp, M. (2013). Patients' experiences and feelings before undergoing peripheral percutaneous transluminal angioplasty. *J Vasc Nurs*, *31*(4), 158-164. https://doi.org/10.1016/j.jvn.2013.03.003

Lundén, M. H., Bengtson, A., & Lundgren, S. M. (2006). Hours during and after coronary intervention and angiography. *Clin Nurs Res*, *15*(4), 274-289. https://doi.org/10.1177/1054773806291855

Maher, M. M., Kealey, S., McNamara, A., O'Laoide, R., Gibney, R. G., & Malone, D. E. (2002). Management of visceral interventional radiology catheters: a troubleshooting guide for interventional radiologists. *Radiographics*, *22*(2), 305-322. https://doi.org/10.1148/radiographics.22.2.g02mr20305

Marieb, E. N. (2019). The Urinary System. In K. Hoehn (Ed.), *Human anatomy & physiology* (11th ed.). Harlow: Pearson Education Limited.

McDevitt, J. L., Acosta-Torres, S., Zhang, N., Hu, T., Odu, A., Wang, J., Xi, Y., Lamus, D., Miller, D. S., & Pillai, A. K. (2017). Long-Term Percutaneous Nephrostomy Management of Malignant Urinary Obstruction: Estimation of Optimal Exchange Frequency and Estimation of the Financial Impact of Patient Compliance. *J Vasc Interv Radiol*, *28*(7), 1036-1042.e1038. https://doi.org/10.1016/j.jvir.2017.02.031

Merleau-Ponty, M. (2014). *Phenomenology of Perception*. London: Routledge.

Mevorach, R. A., Hulbert, W. C., & Rabinowitz, R. (2007). Hydronephrosis. In L. C. Garfunkel, J. M. Kaczorowski, & C. Christy (Eds.), *Pediatric Clinical Advisor (Second Edition)* (pp. 283-284). Mosby. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-032303506-4.10159-2

Orem, D. E. (2001). *Nursing : concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.

Pabon-Ramos, W. M., Dariushnia, S. R., Walker, T. G., d'Othée, B. J., Ganguli, S., Midia, M., Siddiqi, N., Kalva, S. P., & Nikolic, B. (2016). Quality Improvement Guidelines for Percutaneous Nephrostomy. *J Vasc Interv Radiol*, *27*(3), 410-414. https://doi.org/10.1016/j.jvir.2015.11.045

Pagels, S. (2016). *Hett om att heta*. Vårdfokus. Retrieved 1 oktober, 2021 from https://www.vardfokus.se/yrkesroller/rontgensjukskoterska/hett-om-att-heta/

Panach-Navarrete, J., Tonazzi-Zorrilla, R., & Martínez-Jabaloyas, J. M. (2020). Dislodgement in Long-Term Patients with Nephrostomy Tube: Risk Factors and Comparative Analysis Between Two Catheter Designs. *J Endourol*, *34*(2), 227-232. https://doi.org/10.1089/end.2019.0655

Pollack, H. M., & Banner, M. P. (1982). Replacing blocked or dislodged percutaneous nephrostomy and ureteral stent catheters. *Radiology*, *145*(1), 203-205. https://doi.org/10.1148/radiology.145.1.7122880

Roshäll, B., Ross-Nyberg, C., & Danielsson, G. (2020a). *Inläggning och patientinformation*. Vårdhandboken. Retrieved 27 september, 2021 from https://www.vardhandboken.se/katetrar-sonder-och-dran/nefrostomi/inlaggning-och-patientinformation/

Roshäll, B., Ross-Nyberg, C., & Danielsson, G. (2020b). *Nefrostomi*. Vårdhandboken. Retrieved 7 september from https://www.vardhandboken.se/katetrar-sonder-och-dran/nefrostomi

Santamäki Fischer, R. (2020). Livet som berättelse - en grund för personcentrerad omvårdnad. In D. Edvardsson & A. Backman (Eds.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (2nd ed.). Lund: Studentlitteratur.

Scarry, E. (1985). *The body in pain: the making and unmaking of the world*. New York: Oxford Univ. Press.

Stendlert, R. (2018). *Nefrostomibyte*. Region Kronoberg. Retrieved 27 september, 2021 from http://dokpub.regionkronoberg.se/OpenDoc.aspx?Id=114559

The Northern Care Alliance NHS Group. (2015). *Nephrostomy Tube Change: An information guide*. Retrieved 6 juni, 2022 from https://www.pat.nhs.uk/downloads/New%20NCA%20Leaflets/Radiology/973%20-%20Nephrostomy%20Tube%20Change.pdf

The Royal College of Nursing and The Royal College of Radiologists. (2014). *Guidelines for nursing care in interventional radiology*. London: The Royal College of Radiologists and the Royal College of Nursing. Retrieved 1 oktober, 2021 from https://www.rcr.ac.uk/system/files/publication/field_publication_files/BFCR%2814%297_Guidelines_nursing_interventional_radiology.pdf

Thotakura, R., & Anjum, F. (2021). Hydronephrosis And Hydroureter. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Tinnfält, I., & Nilsson, U. (2011). Patients' experiences of intraoperative care during abdominal aortic aneurysm repair under local anesthesia. *J Perianesth Nurs*, *26*(2), 81-88. https://doi.org/10.1016/j.jopan.2011.01.009

Toombs, S. K. (1992). *The meaning of illness: a phenomenological account of the different perspectives of physician and patient*. Dordrecht: Kluwer.

Valdivia Uría, J. G., Valle Gerhold, J., López López, J. A., Villarroya Rodriguez, S., Ambroj Navarro, C., Ramirez Fabián, M., Rodriguez Bazalo, J. M., & Sánchez Elipe, M. A. (1998). Technique and complications of percutaneous nephroscopy: experience with 557 patients in the supine position. *J Urol*, *160*(6 Pt 1), 1975-1978. https://doi.org/10.1016/s0022-5347(01)62217-1

Västra Götalandsregionen. (2022). *Data från VGR Kostnadskalkyler 2021*.

Watson, J. B., & Rayner, R. (1920/2000). Conditioned emotional reactions. *American Psychologist*, *55*(3), 313-317. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.3.313

World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Jama*, *310*(20), 2191-2194. https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053

Young, M., & Leslie, S. W. (2021). Percutaneous Nephrostomy. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Örnberg, G., & Andersson, B. (2012). *Kompetensbeskrivning för legitimerad röntgensjuksköterska*. TMG Sthlm. Retrieved 16 september from https://static1.squarespace.com/static/5e273ba0d40a2118838e3a5e/t/5ef46500afc08b727c3cb9b0/1593074951572/komptetensbeskrivning_2012_02_20.pdf

Bilaga A. Forskningspersoninformation

FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

Bakgrund och syfte

En nefrostomikateter kan av olika orsaker behövas under en längre tid. Eftersom det över tid kan bli stopp i katetern behöver den bytas ca vart tredje månad (ibland oftare). Ett byte är en intervention som går tämligen fort och är inte associerad med några större risker. Det kan dock förekomma smärta och ibland även efterföljande komplikationer, t.ex. rodnad runt katetern. Syftet med studien är att undersöka hur personer som lever med en nefrostomikateter upplever att genomgå dessa byten på Alingsås lasaretts radiologimottagning.

Studien är en del av ett examensarbete för master inom radiografi som genomförs av student på Göteborgs Universitet.

Förfrågan om deltagande

Du tillfrågas om deltagande i studien eftersom du regelbundet byter din PNS-kateter på lasarettet där studien görs.

Hur går studien till?

Det här informationsbrevet distribueras till samtliga som regelbundet byter ut sin nefrostomikateter på Alingsås lasarett. Du kommer efter nästa PNS-byte tillfrågas av den assisterande röntgensjuksköterskan om du önskar att delta i studien. Om du tackar ja kommer ansvarig för studien att kontakta dig inom närmsta dagarna på telefon och ge dig mer information. Du får då möjlighet att ställa ytterligare frågor. Tillsammans med ansvarig för studien kommer ni överens om tid och plats för intervju. Intervjun beräknas ta ca 20-60 minuter och kommer spelas in på diktafon.

Vilka är riskerna?

Vi ser inte att studien medför några risker för dig. Dock är det möjligt att du kan uppfatta det känsligt att berätta om upplevelser som har att göra med negativa erfarenheter.

Finns det några fördelar?

Vi ser att vi kan förbättra kvalitén i vården vi ger vid framtida PNS-byten genom att få ta del dina erfarenheter.

Hantering av data och sekretess

Ljudfilerna kommer att vara kodade och avidentifierade och endast ansvarig för studien kommer ha tillgång till dem. Ljudinspelningen kommer skrivas ut i text som studieansvariga kan ta del av. Namn eller information som skulle kunna röja identiteten kommer att avidentifieras. När resultatet presenteras så kommer det inte vara möjligt att se vad just du svarat.

Data och personuppgifter i studien hanteras i enlighet med EU:s dataskyddsförordning, General Data Protection Regulation (GDPR) och Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679. Göteborgs universitet har ett dataskyddsombud som kan nås via e-post: dataskydd@gu.se, eller telefon: 031-786 00 00.

Hur får jag information om studiens resultat?

Examensarbetet kommer att presenteras muntligt vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa och arbetet kan komma att bli publiceras i universitets databas för uppsatser (www.gupea.ub.gu.se). Ett skriftligt exemplar kommer arkiveras på Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet. Personal på Alingsås lasarett kommer även få ta del av resultatet.

Du kan få ta del av resultatet genom att kontakta ansvariga för studien.

Frivillighet

Ditt deltagande är frivilligt. Du har när som helst, utan särskild förklaring, rätt att avbryta.

Ersättning

Ingen ersättning utgår.

Ansvariga för studien

Student:
Ivan Jelisic
gusjeliv@student.gu.se
0769-472809

Handledare:
Maud Lundén
maud.lunden@gu.se
0766-185620

Bilaga B. Intervjuguide

Intervjuguide

Innan inspelning

Du gör de här byten regelbundet på röntgen och har stor erfarenhet kring hur det är att genomgå byten. Jag önskar ta del av den erfarenheten. Hoppas kunna förbättra vården genom att veta hur du som patient upplever bytet.

Kommer vilja att du beskriver din upplevelse av kateterbyten och kommer ställa följdfrågor för att kunna få en bred bild över din upplevelse.

Kommer spela in intervjun på diktafon. Enbart jag som har tillgång till det inspelade materialet. Jag kommer att skriva ner ord för ord vad vi säger. Finns det något som skulle kunna härleda till dig kommer jag att skriva om det så det inte går att identifiera. Jag, min handledare och eventuellt examinator kommer ha tillgång till den transkriberade intervjun, ingen annan. När jag skriver mitt resultat kan jag komma att använda mig av citat från intervjun. Kommer publicera mitt arbete på universitetets databas och dela med mig av kunskapen till mina kollegor. Du kan även få ta del av dem om du önskar.

<u>Frågor till patienten:</u>

Är det något du undrar över?

<u>Beskrivning om mig (innan inledande fråga).</u>

Jag har jobbat här på lasarettet i mer än 5 år. Skriver nu på mitt mastersarbete. Varit med och assisterat mycket på byten och inläggningar av katetrar. Önskar kunna ta fram ny kunskap som gör vården bättre. Har inte intervjuat någon tidigare, hoppas kunna göra det på ett bra och respektfullt sätt.

Intervju

<u>Samtycke:</u>

- Muntligt

<u>Inledande fråga</u>:

- Kan du beskriva hur du upplever att göra kateterbyten här på röntgen?

<u>Teman:</u>

Specifik händelse (vad präglar deras upplevelse?)

- Kan du beskriva någon speciell händelse du varit med om vid ett kateterbyte? → Ta avstamp från den

Ett bra byte (vad är det?)

- Skulle du kunna beskriva ett kateterbyte som du tyckte gick bra?
- Vad upplever du gör ett kateterbyte bra?
    - Har du upplevt detta själv? (Ifall det blir för generellt) → Berätta

Ett dåligt byte (vad är det?)

- Skulle du kunna beskriva ett kateterbyte som du tyckte gick dåligt?
- Vad upplever du gör ett kateterbyte dåligt?
    - Har du upplevt detta själv? (Ifall det blir för generellt) → Berätta

Information (vad vet dem?)

- Hur skulle du beskriva att ett byte går till?

Miljö (omklädningsrummet, bordet du ligger på, rummet, de roterande delarna)

- Kan du beskriva hur du upplever omgivningen och miljön när du gör ett kateterbyte?
- Skulle du kunna berätta om hur det är att ligga på undersökningsbordet?

Personal (läkare, röntgensjuksköterska, undersköterska)

- Kan du berätta om hur du upplever personalen vid ett kateterbyte?
    - Ev. specificera röntgensjuksköterska/radiolog

Coping

- Kan du berätta vad du tänker på under ett byte?

Personcentrerad vård

- Hur ser du på begreppet personcentrerad vård?
- Vad är din upplevelse av personcentrerad vård vid ett byte?

Ev. Direktfrågor:

- Har du upplevt oro inför kateterbyte? Varför upplever du oro inför ett byte?
- Har du något sätt att hantera jobbiga situationer på?
- Förekommer smärta vid ett byte?

<u>Avslut:</u>

Ev. Beskriv vad du fått lära dig genom att lyssna på patienten.

Har du något mer du önskar tillägga?

Tänka på. Upprepa nyckelord, upprepa det sista personen säger frågande och pausa/vänta in