



UPPLEVELSEN AV VÅRD OCH STÖD EFTER SEPSIS

En kvalitativ innehållsanalys

THE EXPERIENCE OF CARE AND SUPPORT AFTER SEPSIS

A qualitative content analysis

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad
Grundnivå
15 Högskolepoäng
Hösttermin 2020

Författare: Julia Ek
Maria Zakrisson

SAMMANFATTNING

Titel:	Upplevelsen av vård och stöd efter sepsis
Författare:	Ek, Julia; Zakrisson, Maria
Institution:	Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G, 15 hp
Handledare:	Bergman, Karin
Examinator:	Berglund, Mia
Sidor:	30
Nyckelord:	Eftervård, Livskvalité, post-sepsis, sepsis, överlevande.

Bakgrund: Sepsis är ett globalt hälsoproblem ibland jordens befolkning. 49 miljoner drabbas runt om i världen och de patienter som överlevt riskerar att få komplicerade komplikationer som följd. Det innebär att de drabbade är i behov av hjälp och stöd för att kunna ta sig tillbaka till det vardagliga livet.

Syfte: Syftet är att belysa hur eftervården upplevs av individer som drabbats av sepsis.

Metod: Studien är en empirisk enkätstudie som analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Informanterna kontaktades via ett sepsisforum på Facebook och även kontakter via sepsisfonden. Informanterna besvarade fyra frågor som berörde upplevelsen av eftervården.

Resultat: Resultatet består av fyra olika teman: Frånvaro av uppföljning, försummad av vården, kunskapsbrist i vården och god vårdkontakt. Utifrån informanternas egna ord i studien, som beskriver individernas egen upplevelse av eftervården, kunna få en ökad förståelse om det finns positiva eller negativa erfarenheter om eftervården.

Slutsats: Vården har ett ansvar att guida, informera och följa upp patienterna på bästa sätt.

ABSTRACT

Title: The experience of care and support after sepsis.

Author: Ek, Julia; Zakrisson, Maria

Department: School of Health and Education, University of Skövde

Course: Degree of Bachelor of Science in Nursing, Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Supervisor: Bergman, Karin

Examiner: Berglund, Mia

Pages: 30

Keywords: After care, Post-sepsis, Sepsis, Survivors, Quality of life.

Background: Sepsis has become a global health problem among the population in the world, about 49 million people are affected around the world. The patients who have survived are at risk of getting complications. This means that some people need care and support to be able to go back to their normal life.

Aim: The purpose of the study is to illustrate how the aftercare is experienced by individuals affected by sepsis.

Method: The study is made of a qualitative content analysis with a questionnaire. Participants were contacted on a sepsis-forum on Facebook and sepsis foundation. Participants answered four questions that concerned the experience of aftercare. Choice of method and analysis produced four themes that form the basis for the results.

Result: The result is made of four different themes: Lack of follow-up, neglected by care, lack of knowledge care and god care. The study is based on the informant's own words, which describe the people's own experience of aftercare, to gain an increased understanding of whether there are positive or negative experiences about aftercare.

Conclusion: The healthcare system has a responsibility to educate, guide and follow up this group.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Sepsis	1
Diagnostik och behandling	2
Att drabbas av post-sepsis.....	2
Lidande	3
Hälsa och Livsvärld	4
Personcentrerad vård.....	4
Eftervård och sjuksköterskans roll.....	5
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	7
METOD	8
Urval	8
Facebokgrupp-sepsisforum	8
Sepsisfonden.....	8
Datainsamling	9
Enkät.....	9
Analys	10
Etiska överväganden	10
Förförståelse	11
RESULTAT	12
Frånvaro av uppföljning.....	12
Försummad av vården.....	13
Kunskapsbrist i vården.....	14
God vårdkontakt	16
Resultatsammanfattning.....	17
DISKUSSION	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	20
Konklusion.....	22
Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet.....	22
REFERENSER	24

BILAGOR

1. Innehållsanalys
2. Enkätfrågor
3. Temaanalys
4. Informationsbrev/Samtyckesblankett

INLEDNING

Sepsis börjar bli allt mer vanligt och har blivit ett globalt hälsoproblem bland jordens befolkning. Ungefär 49 miljoner individer drabbas av sepsis och 11 miljoner dör runt om i världen (World Health Organization, 2020a). Det rapporteras att sepsisvården lider av allvarlig kunskapsbrist och det finns ett akut behov av datainsamling kring sepsis (World Health Organization, 2020b). Individer som överlevt sepsis kan få komplicerade åkommor och är i behov av hjälp och stöd för att kunna ta sig tillbaka till det vardagliga livet. Individernas berättelser bidrar till kunskap hos sjukvårdspersonal som får en ökad förståelse och kan lindra lidande och främja hälsa hos individer som drabbats av sepsis.

BAKGRUND

Sepsis

Sepsis karaktäriseras med ett akut insjuknande, ofta med hög feber, frossa och i vissa fall låg temperatur. Det är även vanligt att individen har ett omtöcknat allmäntillstånd och är förvirrad (Ericson & Ericson, 2012). Sepsis är ett livshotande tillstånd och orsakas av att mikroorganismer som till exempel virus, bakterier eller patogena svampar orsakar infektion i blodet. Tillståndet uppkommer på grund av ett stort systemiskt svar på infektionen och leder till dysfunktion i ett eller flera organ i kroppen (Eriksson & Eriksson, 2012). Ungefär 49 miljoner individer drabbas av sepsis årligen världen över, varav 11 miljoner avlider eller drabbas av allvarliga komplikationer (World Health Organization, 2020a). I Sverige är det omkring 40 000 individer som drabbas av sepsis varje år och 20% avlider på grund av infektionen (sepsisfonden, 2020). Under det första året efter sepsis insjuknande är mortaliteten hög, den sepsisassocierade risken för att dö kan kvarstå upp till 5 år efter sjukhusvistelse (Quartin et al., 1997; Keenan & Dodek., 2003).

Vid infektion kan ursprunget vara antingen primär eller sekundär (sepsisfonden, 2020). Vid en primär sepsis har infektionen uppkommit direkt i blodbanan. Det kan ske vid exempelvis pneumoni eller vid en urosepsis där båda orsakar infektion inifrån och gör blodet förorenat. Vid en sekundär sepsis uppkommer infektionen från en annan primär infektion. Det uppkommer sekundärt efter exempelvis ett sår eller protes som orsakat infektion och har som följd spritt sig vidare ut i blodbanan. Immunologin vid en sepsisinfektion innebär att det sker en kraftig cytokinfrisättning. När en individ drabbas av sepsis aktiveras kärlendotelets celler, samt att det sker en frisättning av inflammatoriska och fagocyterade celler (Ericson & Ericson, 2012). När ett septiskt tillstånd uppkommer reagerar kroppen med att utsöndra olika inflammatoriska signalsubstanser, cytokiner och kemokiner. Som följd aktiverar signalsubstanserna immuncellerna som därmed påverkar kroppens blodkärl (Ericson & Ericson, 2010; Gyawali et al., 2019). Sepsis behöver inte alltid uppkomma på grund av att patogener tagit sig ut i blodbanan, utan kan även innebära att det skett en överreaktion av kroppens immunförsvar (Mostel et al., 2019). Tillståndet kan ske på

antingen cell eller organnivå och det kan exempelvis medföra ett ökat genomsläpp från blodkärlen, vilket leder till läckage från blodbanan. Läckaget får till följd ett minskat blodtryck som medför till försämrad syretillförsel ut i viktiga organ. Det påverkar individens allmäntillstånd negativt med nedsatt medvetande, njursvikt, hjärtsvikt samt andra organdysfunktioner (Sepsisfonden, 2020).

Diagnostik och behandling

Diagnosen ställs när patientens parametrar avviker från det normala. Det bedöms bland annat med SIRS (Systemic Inflammatory Responce Syndrome) och föreligger om patienten uppfyller minst 2 av kriterierna ökad puls över 90 slag/minuten, kroppstemperatur över 38 grader eller under 36 grader, andningsfrekvens över 20 andetag/minuten eller ökad mängd vita blodkroppar i blodet (Singer et al., 2016; Sjösten et al., 2019). Vid misstanke görs en blododling för att få fram patogen som orsakat infektionen. Även biomarkörerna CRP (C-reaktivt protein) och PCT (Procalcitonin) används idag rutinmässigt för att upptäcka en bakteriell sepsis (Ljungström et al., 2017). Proverna bör utföras innan eventuell antibiotikabehandling har påbörjats. Eftersom antalet bakterier i blodet fortfarande kan vara för lågt när det första provet tas, rekommenderas två provtagningar med 15 minuters mellanrum för att undvika att en felställd diagnos görs (Ericsson & Ericson, 2012). Sepsis är ett tidkänsligt tillstånd. Därför är det viktigt att hitta patienter som uppvisar symtom av sepsis tidigt, för att snabbt kunna sätta in rätt sorts antibiotikabehandling (Sjösten et al., 2019). Patienter som upptäcks tidigt har stor chans att tillfriskna utan bestående men, medan de som har gått med infektionen länge kan få bestående konsekvenser som följd eller leda till för tidig död. Patienter som fått diagnosen bör övervakas kontinuerligt med vitala parametrar, med avsikt att uppmärksamma en eventuell försämring samt utveckling av septisk chock. Tillförsel av vätska peroralt eller intravenös, beroende på allmäntillstånd, ges direkt till patienten eftersom febern kan medföra vätskebrist och även öka energibehovet i kroppen (Ericson & Ericson, 2012). Wójcik et al (2019) skriver att det inte finns specifika diagnostiska metoder eller standarder för rehabilitering, det saknas riktlinjer för omhändertagande av sepsis och post-sepsis.

Att drabbas av post-sepsis

Post-sepsissyndrom är ett framväxande patologiskt tillstånd som har fått ett intresse bland kliniker och forskare under det senaste två decennierna. De individer som drabbats av post-sepsis präglas av en signifikant ökad risk för dödsfall och en dålig hälsorelaterad livskvalitet i samband med långsiktiga effekter som kvarstår. Dessa inkluderar neurokognitiva försämringar, funktionshinder, psykisk ohälsa och försämrat medicinskt tillstånd (Mostel et al., 2019). Individer som har haft sepsis kan drabbas av kognitiva funktionsnedsättningar. Det kan visa sig i form kognitiv trötthet som kan uttrycka sig genom koncentrationssvårigheter, minnesförlust, talsvårigheter, desorientering och brist på motivation samt ökad passivitet. Långvarig smärta och psykologiska reaktioner som posttraumatiskt stressyndrom. Dessa kan ha stor inverkan i det vardagliga livet där fritidsintressen, arbete och andra sociala aktiviteter påverkas. Rehabilitering och eftervård behövs ofta under en längre tid för att individen skall kunna hantera sin nya vardag (Menezes

Silveira et al., 2015). Individens självuppfattning kan ändras på grund av kroppslig och psykisk förändring orsakat av sepsis, det leder till stressande oenighet mellan individens inre representation och jaget. En känsla av hjälplöshet och brist på kontroll kan infinna sig och beroende av andras stöd för att klara av vardagen (König et al., 2019). När en person drabbas av en livskris innebär det att individens personlighet blir belastad. Det sker ofta när en förlust av något slag hotar eller förändrar personens livsvärld negativt (Eide och Eide, 2007). Individer som drabbats av sepsis kan även få fysisk problematik som följd. Det kan innefatta amputation, organsvikt och muskelsvaghet som leder till dysfunktion av kroppens funktioner. Kronisk smärta är ett tillstånd som kan uppkomma efter sjukdomen. Det kan påverka en individ så pass mycket att olika hjälpmedel måste tilltas. Till exempel om en person drabbas av kronisk smärta i ena benet som följd, kan det påverka vardagen på det viset att personen inte kan gå och stödja benet och får använda sig av kryckor eller rullstol för att klara av vardagen. Att berövas från sina fysiska förmågor påverkar den personliga friheten samt förmågan att vara fysiskt aktiv. Stöd från anhöriga är också en viktig del för att personen ska känna sig trygg och kunna återgå till sin vardag (König et al., 2019).

Lidande

Lidande är ett begrepp som väcker känslor och är en essentiell del genom hela människans liv. Definitionen är kopplat till personens egna upplevelser och kan känneteckna både fysisk och psykisk smärta, med motgångar eller förluster (Arman & Ekebergh, 2015b). De komplikationer som uppstår efter sepsis kan påverka den drabbade på ett sätt som kan skapa olika typer av lidande (König et al., 2019). Eriksson (1994) beskriver hur vården kan lindra en persons lidande genom att vidimera. Det vill säga, bekräfta patientens lidande och därmed ökar möjligheten för patienten att förstå och acceptera sitt tillstånd. Enligt Arman och Ekebergh (2015b) är ett lidande ett individuellt och unikt tillstånd. Eftersom lidandet upplevs olika hos varje enskild individ är det viktigt att förhålla sig till den individuella upplevelsen. Lidandet kan exempelvis hanteras genom fysisk och psykisk rehabilitering ur ett omvårdnadsperspektiv hör lidandet ihop med människans helhet. Det behövs alltså ett litet lidande i livet för att kunna förstå och uppleva en god hälsa.

Lidandet kan visa sig i tre olika dimensioner: livslidande, sjukdomslidande och vårdlidande. Livslidandet uppstår när livssituationen förändras och berör människans existens av dignitet och självbild. Ofta för denna typ av lidande med sig osäkerhet och väcker fundering inför framtiden. Ett sjukdomslidande uppstår av en sjukdom, ohälsa eller biverkningar av en behandling. Utebliven, otillräcklig eller felaktig vård kallas för vårdlidande. Det sker exempelvis när vården har ett kränkande beteende mot en patient, orsakar en fysisk skada eller att patienten blir utlämnad och övergiven (Eriksson, 1994). Arman och Ekebergh (2015a) skriver ”talar vi om lidande måste vi se hela människan som lider, man kan inte fokusera på en sjukdom eller kroppsdel. Sjukdom är ofta orsak till lidande, men det är en människa som lider, en hel människa” (s.23).

Hälsa och Livsvärld

Hälsa definieras både utifrån naturvetenskapligt och existentiellt perspektiv. Ur det naturvetenskapliga perspektivet uppkommer det en god hälsa när biologiska system i kroppen fungerar optimalt. Det existentiella och naturvetenskapliga dimensionerna är starkt sammanflätande, till exempel psykisk ohälsa kan ge upphov till kroppslig ohälsa och omvänt (Arman & Ekebergh, 2015b). Det existentiella perspektivet innefattar livets frågor om att leva eller inte leva, ohälsa eller hälsa påverkar själva livet (Arman & Ekebergh, 2015c). Med ett livsvärldsperspektiv av hälsan framhåller personens erfarenhet och upplevelsen av hälsan. Således är fokuset på individens förståelse av vad hälsa innebär. Hälsan är mångdimensionell vilket innebär att det har olika betydelse för individer, som kan vara med om olika situationer. Hälsan är inte konstant utan förändras och speglar individens aktuella livssituation (Arman & Ekebergh, 2015b).

Livsvärlden är ett filosofiskt koncept som utvecklades av filosofen Edmund Husserl. Det avser de personliga upplevelser som människor genomgår och genom möten med andra människor. Vi delar samma värld eller sammanhang till exempel en viss situation, men vi har olika sätt att närma oss och förstå den, beroende på våra personliga erfarenheter. Varje enskild individs upplevelse av oss själva (vårt själv) som är centralt i livsvärlden. Självet beskrivs som föreställningen om oss själva. Livsvärlden är inte värld för sig själv, som kan särskiljas från en person, utan människan som den representerar (Nordberg, 2017; Ekebergh & Lindberg, 2020). Följaktligen fortsätter vi försöka förstå situationer, oss själva, andra människor, relationer med andra och världen i allmänhet. Livsvärlden innebär också alltid ett existentiellt sammanhang, att den alltid delas med andra, men samtidigt upplevs den individuellt genom våra personliga erfarenheter. Det är den värld av upplevelser som kan delas med andra, men som är unikt och subjektivt för varje enskild individ (Ekebergh & Lindberg, 2020). Livsvärlden blir synlig genom att patienten får uttrycka sin berättelse. Berättelsen kan också vara ordlös genom att kommunikationen sker via kroppsspråket med ett leende eller en handling (Dahlberg & Ekman, 2017).

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård innebär den vård som prioriterar och tillgodoser patientens upplevelser av hälsa och sjukdom. Det kan exempelvis vara att vårdpersonal tillgodoser och respekterar personens andliga och existentiella prioriteringar i livet, men även de psykiska och fysiska behoven som uppstått vid ohälsa. När vårdpersonal har denna tolkning i åtanke i sitt arbete kan hälsa främjas utifrån patientens enskilda behov (Dahlberg & Ekman, 2017). Vårdande innebär god omvårdnad med inriktning att stödja, hjälpa och stärka människor. En god vård kännetecknas när sjuksköterskan har ett professionellt visat engagemang, samt reflekterande synsätt (Ekebergh, 2015). För att kunna vårda korrekt så krävs det förståelse för vad som stärker livskraften hos patienten och på så sätt hjälpa patienten att hitta vägar till att stärka hälsoprocesserna. Då behövs insikt i patientens livsvärld det vill säga patientens levda sammanhang som den individ som patienten utgör. Grunden till synsättet är medvetenhet om medmänsklighet sjuksköterskan nyttjar sin egen mänsklighet för att förstå patientens mänsklighet. Det räcker inte endast med kognitiv kompetens som sjuksköterska, utan det

behövs en emotionell och förkroppsligad kompetens. Det innebär att ha en intuitiv förmåga och kan förstå och ana vad som rör sig inom patienten (Dahlberg & Ekman, 2017; Institutionen för hälsa och lärande, 2017; Riegel et al., 2018).

Enligt den Caritativa vårdteorin är det viktigt att vårda patienten utifrån ett humanistiskt bärande begrepp som lindra lidande, god vårdrelation, värdighet, vård-gemenskap, försoning, främja liv och hälsa. Vi människor är ömsesidigt beroende av varandra, att vara patient är extra sårbart då individen är beroende av andra. En god vårdande relation stärker gemenskapen mellan patient och vårdgivare, gemenskapen underlättar och lindrar det båda parterna. Sjuksköterskans vilja att vårda och göra gott blir mött och patientens känsla av att bli sedd och lyssnad får det via den goda vård som ges (Arman & Ekebergh, 2015b).

Enligt svensk sjuksköterskeförening (2016) har personcentrerad vård och patientcentrerad vård inte exakt samma betydelse trots att de överlappar varandra. Begreppen skiljer sig på det sättet att den patientcentrerade vården har ett fokus som riktar sig mot behandling och sjukdom. Medan den personcentrerade vården riktar sig mot personen bakom sjukdomen och öppnar upp den enskildes åsikter som exempelvis prioriteringar, behov och värderingar. Sjuksköterskan bör ha dessa skillnader i åtanke när dom vårdar en patient för en sjukdom, då alla patienter inte har samma behov eller önskemål av vården.

När omvårdnadspersonal utövar personcentrerad vård i sitt arbete är det viktigt att se hela människan ur ett helhetsperspektiv. Att se patienten ur ett helhetsperspektiv innebär att vården tar hänsyn till hela människan som innefattar kropp, själ och ande. Det kroppsliga kan ses som det biologiska hos människan, medan de själsliga och andliga kan ses som det psykologiska. Tillsammans sammansvetsas dessa tre och bildar en helhet (Eriksson, 2014). Enligt 1 §, kap. 3, i SFS 2017:30 finns olika krav på vad som kännetecknar god vård. En god vård ska bygga på att visa respekt för självbestämmandet och omvårdnad skall i möjligaste utsträckning genomföras i samråd med den berörde. Vården bör vara personcentrerad och både information och tydliga direktiv skall ges till personen angående hälsotillstånd och möjliga alternativ till behandling.

Eftervård och sjuksköterskans roll

Eftervård är ett begrepp som omfattar flera olika insatser från olika professioner då den medicinska behandlingen på sjukhuset är avslutad. Eftervård planeras i nära samverkan mellan sjukvårdspersonal och patienten som bidrar till gynnsam vårdövergång, så patienten får rätt vård på korrekt nivå. Eftervård innefattar bedömning av patientens behov, rehabiliterande insatser, psykosociala insatser och kompetensutveckling (Socialstyrelsen, 2020). Eftervården kan ske i hemmet eller i de boendet som patienten lever i. Insatsen kan variera i tid och intensitet. Sjuksköterskan hjälper till att strukturera upp insatserna och lyssnar in patientens önskan om i vilken ordning stödet ska komma. Kommunikerar med anhöriga, patienten, arbetsterapeut, fysioterapeut, läkare och fungerar ofta som en länk mellan varje grupp. Sjuksköterskor engagerar sig i en rehabiliterande strategi genom att balansera behovet av stöd och hjälp i deras dagliga aktiviteter och uppmuntran självständighet (Digby et al, 2020). Sjuksköterskans ansvarsområde är också vårdandet och

att uppmärksamma eventuella avvikelser i patientens hälsa. Hälso- och sjukvårdspersonal arbetar under övergripande lagar som styr arbetet mot en säker och stabil vård Eide & Eide (2007).

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska sjukvårdspersonal arbeta för att förhindra uppkomst av sjukdom och ohälsa. För att skapa en trygghet hos patienterna bör sjukvården utövas på ett sätt så kraven uppfylls för en god och säker vård (1§, Kap. 3, i SFS 2017:30). Yrkesrollen är skyldig att informera, undervisa och även stödja patienterna. Det är viktigt att sjuksköterskan utgår från patienternas individuella behov och även lutar på dess ord vad gäller uppkomst av symtom och ohälsa (1 § Kap 3, i SFS 2014:821). Sjuksköterskan har fyra grundläggande ansvarsområden i vården. Dessa fyra områden är att främja hälsa och välbefinnande, förebygga sjukdom, lindra lidande samt återställa hälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Sjuksköterskan har en avgörande roll i tidig identifikation och handhavande av vården hos patienter som insjuknar i sepsis (Kleinpell et al., 2019). Eftersom många patienter har skiftande symtom innebär det att sjuksköterskan måste vara ständigt dynamisk och flexibel. God omvårdnad bör involvera en persons livsvärld med hens behov av stöd (Eide & Eide, 2007). Utgångspunkten har ett fokus mot en personcentrerad vård, där vårdpersonalen ger stöd åt patienter utifrån deras eget behov av stöttning, på så sätt stärka patientens livskraft. Det krävs att vara lyhörd och lyssna till patientens upplevelse och erfarenhet av sin situation och hur livet ter sig. Det är även viktigt att våga fråga patienter hur dom vill ha det, samt vara beredd på skiftande svar mellan olika individer. Efter att ha vårdat en patient och haft kontakt med närstående är det sjuksköterskans ansvar att informera om när, hur och vart de ska vända sig vid eventuella problem eller frågor (Arman et al, 2015; Arman & Ekeberg, 2015b). Hos sjuksköterskan behövs det etisk kunskap, som innebär att ge god omvårdnad. Etisk kunskap har till grund att utforska upplevelser och mening i livet. Det är en kvalitet som grundar sig i autentisk närvaro som bland annat innehåller kunskap, erfarenhet, instinkt och intuition. Denna etiska kunskap hämtar sjuksköterskan från de inre resurserna och kapacitet utifrån en omvårdnadsakademisk grund (Gulino Schaub., 2012).

PROBLEMFORMULERING

Sepsis är ett allvarligt tillstånd som kan påverka individens livsvärld som hjärntrötthet och kroppslig förändring. Individer som drabbats av sepsis kan ha ett behov av stöd i hemmet efter det akuta sjukdomstillståndet. Behov av stöd kan se olika ut beroende på vilka komplikationer en individ drabbats av. Dock saknas det tillräcklig kunskap om hur eftervården, stödet och rehabiliteringen ser ut för individer som drabbats av sepsis. Författarna vill bidra med kunskap till professionen och ämnet omvårdnad genom att lyfta fram brister och styrkor i dagens eftervård som deltagarna i studien upplever. Behöver denna grupp ett större stöd från vårdpersonal för att uppnå hälsa i sin nya livssituation. Genom att lyfta fram eftervården vid sepsis vill författarna synliggöra den komplexa situation när individerna har återgått till det vardagliga livet. Avsikten är att öka kunskapen hos vårdpersonal hur en individ mår efter insjuknandet av sepsis och vilka behov som kan finnas hos individen.

SYFTE

Syftet är att belysa hur eftervården upplevs av individer som drabbats av sepsis.

METOD

För att svara på studiens syfte genomfördes en kvalitativ innehållsanalys. Henricson & Billhult (2012) menar att den kvalitativa metoden är mest lämpad när författarna eftersträvar en ökad förståelse runt innehållet av ett specifikt fenomen. Henricsson och Billhult menar vidare att den kvalitativa designen grundar sig ur ett holistiskt synsätt hos människan, där det fysiska och psykiska förenas till en enhet. Synsättet inriktar sig på att identifiera individernas egna levda erfarenheter och innebär att det aldrig kan finnas någon absolut sanning när det kommer till upplevelse skildring och erfarenheter. För att få en ökad förståelse och svar på frågeställningarna sker insamling av data genom öppna enkätfrågor, eftersom det är informanternas egna beskrivningar och upplevelser som eftertraktas. Enligt Dahlberg (2017) beskriver den kvalitativa metoden människors individuella upplevelser, känslor och åsikter. Den lyfter även samman hur olika berättelser hänger ihop samt hur de skiljer sig.

Urval

I urvalet inkluderades individer som drabbats av sepsis, som var medlemmar i ett sepsisforum på Facebook och via mailkontakter från sepsisfonden. Frågor om kön och ålder exkluderades i formulärets innehåll (se bilaga 4), och kommer inte presenteras i studiens resultat. Det är ett sätt att säkra informanternas anonymitet. Berättelserna som inkluderas och presenteras i resultatet berör patienternas perspektiv eftersom det ingår i studiens syfte. En geografisk avgränsning gjordes till Sverige, ingen geografisk avgränsning gjordes inom olika län i Sverige eftersom både sepsisforum och sepsisfonden har medlemmar över hela landet.

Facebookgrupp-sepsisforum

Sepsisforum är ett forum på Facebook som inkluderar anhöriga och individerna som drabbats av sepsis. Den 7 september år 2020 hade sepsisforumet 495 medlemmar. För att bli medlem i Facebookgruppen behövs ett godkännande från en administratör. Forumet är skapad för individer som drabbats av sepsis och anhöriga, där tankar och erfarenheter kan delas samt ge varandra stöttning.

Sepsisfonden

Sepsisfonden är en plattform med huvudsyfte att samla in medel till högkvalitativa forskningsprojekt för att både förbättra diagnostiken och även behandlingen (Sepsisfonden, 2020). På hemsidan finns även information om sepsis, patientberättelser och vad som är aktuellt inom ämnet och berör sepsis.

Datainsamling

Datainsamlingen ska enligt Dahlberg (2014) tydliggöra tillvägagångssätt av insamlat material. Dahlberg beskriver vidare att när syftet är att söka efter material som ger ökad förståelse om andra individers upplevelser, krävs det att författarna är öppensinnade och följsamma för att det inte påverka eller styra materialet. Insamling av datamaterialet genomfördes under två veckors period från 2020-08-30 till 2020-09-13, och informanterna fick möjligheten att besvara fyra öppna frågor som berörde upplevelsen av eftervården samt läsa informationsformuläret (se bilaga 2 och 4). Tillvägagångssättet är uppdelat i olika steg som förklarar datainsamlingen.

I första steget gjordes en medlemsförfrågan till forumet som godkändes av grundaren. För att undersöka om eventuellt intresse att delta i studien, gjordes en inledande förfrågan 2020-04-14 med information och idéer till medlemmarna. I förfrågan framkom det att ett 20 tal medlemmar var intresserad av att delta i studien. Den inledande förfrågan om att delta innehöll information om författarna och det övergripande syftet med studien. I andra steget sammanställdes en enkät med öppna frågor som skickades in till berörd handledare för granskning. I enkäten innehölls även ett informationsbrev och samtyckesblankett som godkändes av berörd handledare från Högskolan i Skövde. De frågor som ställdes i enkäten berörde studiens syfte, att undersöka hur eftervården upplevdes av individerna efter att ha drabbats av sepsis, med ett inriktat fokus mot informanternas egna upplevelser (se bilaga 2). I det tredje steget skickades både enkät och formuläret ut i slutet av vecka 35 i Sepsisforumet. Eftersom ett lågt antal svar inkom under vecka 36, kontaktades Sepsisfonden som bidrog med en lista med tänkbara informanter. Informanterna har tidigare givit sitt samtycke att kontaktas, i ändamål att kunna tänka sig delta i studier. Tre besvarade enkäter tillkom via detta tillvägagångssätt, som numrerades efter insamling. I fjärde steget skickades en påminnelse ut till sepsisforumet 2020-09-07. I samband med påminnelsen framkom att svårigheter hade uppstått när informanterna skulle svara på enkäten och därmed togs beslutet att digitalisera enkäten via google-docs. Efter att enkäten digitaliserades tillkom 15 informanter. Enkäten togs bort på Sepsisforumet 2020-09-14 och samlades in för vidare analys. Totalt 18 besvarade enkäter samlades in, varav alla svar ansågs vara relevant till studiens syfte. För att inte röja informanternas identitet numrerades enkäterna efter insamling, all information om informanterna annullerades direkt efter resultatsammanställningen.

Enkät

Enkäten bestod av fyra öppna frågor där informanterna skrev ned sina berättelser och upplevelser (Bilaga 2). Öppna frågor valdes för att få en fördjupad förståelse och inblick i informanternas egna upplevelser av eftervården. (Eide & Eide, 2007) beskriver positiviteten med öppna frågor och fördelen med att de kan ge unika svar. I svaren kan informanterna uttrycka exakt vad de tycker och känner om ett ämne eller fenomen, vilket kan ge författarna oväntade möjligheter eller avvikelser som inte beaktats tidigare.

Analys

En kvalitativ innehållsanalys innebär att den som granskar beskriver och undersöker noga informanternas upplevelser. Därefter analyserar författarna likheter och skillnader mellan informanternas berättelser (Dahlborg-Lyckhage, 2017; Dahlberg, 2017). Formuleringar i de individuella berättelserna presenteras med citat från dess innehåll. Citaten kommer skapa olika teman och innebär att en ny helhet har framställts (Dahlberg, 2017). Besvarade enkäter har analyserats av Dahlborg-Lyckhage (2017) förklaring av tillvägagångssätt i tre steg. I steg ett lästes enkäternas svar ett flertal gånger av författarna för att få en djup förståelse av varje berättelse och svar i enkäten. Varje enkät analyserades och bearbetades först enskilt, som sedan diskuterades mellan författarna om förekomna likheter och skillnader. Enligt Dahlborg-Lyckhage (2017) startar analysen när datamaterialet är så pass genomläst för att kunna bearbeta olika delar ur texten. Den analysmetod som valdes var manifest metod och innebär enligt Dahlborg-Lyckhage att författarna analyserar det uppenbara och textnära innehållet i texten. I steg två delades texterna upp i mindre delar genom att finna meningar i materialet som svarar på studiens syfte, kunde därmed meningsbärande enheter skapas. Meningsbärande enheter innebär att meningar eller fraser som är relevant för ställda frågeställningar plockas ut. Dessa meningar skall väljas på ett sådant sätt att den omgivande textens sammanhang runt enheten kvarstår. Därefter gjordes en kondensering av de meningsbärande delarna. Vid en kondensering av en vald meningsenhet bibehålls det centrala innehållet i meningen, samtidigt som den kortas ned. Därefter kortades enheterna ned ytterligare till koder som bestod av ett sammanfattande ord, som betecknade innehållet av de ursprungliga meningsenheterna. Utifrån detta kunde relevanta teman ur texterna utväljas (se bilaga 1 och 3). I det tredje steget kunde författarna med hjälp av meningsenheterna sammanställa texternas olika delar till en ny helhet, som berörde den individuella upplevelsen av eftervården efter att drabbats av sepsis.

För att få en mer djupgående överblick över alla enkäternas svar, i förhållande till de olika teman som sammanstälts gjordes en övergripande temaanalys (se bilaga 3). De fyra teman som sammanstälts i innehållsanalysen färgkodades var för sig. Författarna läste enkäterna högt för varandra, diskuterade och färglade texternas olika delar utefter den färg som ansågs tillhöra ett specifikt tema.

Etiska överväganden

Etiska överväganden görs innan, under tiden och även efter examensarbetets gång. Det innebär att etiska reflektioner görs genomgående och karaktäristiskt av författarna under arbetets gång genom diskussion (Stryhn, 2007; Kjellström, 2017). Helsingforsdeklarationen är en riktlinje som är en central del inom forskningsetik och innehåller etiska principer och riktlinjer för individer som skapar medicinsk forskning. Enligt deklarationens beskrivningar är det av stor vikt att ta hänsyn och respektera deltagarna i studien, för att inte orsaka ett onödigt lidande. Enligt deklarationen är det även av stor vikt att aldrig låta vetenskapen dominera över deltagaren och dennes integritet. De som forskar har en plikt att skydda individernas hälsa samt ta hänsyn till deras rättigheter (World Medical Association, 2008).

En sammanställning av informationsbrev och samtyckesblankett gjordes och lades ut på sepsisforum och skickades till den e-mail lista som författarna fick från sepsisfonden. Informationen innehöll studiens syfte, upplägg och författarnas kontaktuppgifter. Vetenskapsrådet (2002) Utefter samtyckeskravet har deltagarna rätt att bestämma över sin medverkan samt på vilka villkor de skall delta i studien. Detta togs i åtanke då det var frivilligt att delta och informanterna hade möjlighet avbryta sin medverkan om så önskas utan att behöva ange orsak. Enligt World Medical Association (2008) ska informanternas uppgifter hanteras konfidentiellt och personliga uppgifter ska förvaras och skyddas från obehöriga. Författarna har hanterat känslig information på ett sådant sätt så obehöriga inte kan identifiera eller röja informanternas identitet. Det gjordes genom att allt material avidentifierades så de enskilda inte kunde urskiljas. Vetenskapsrådet (2002) skriver att insamlat material ska användas endast i forskningsändamål enligt nyttjandekravet. Varje informant fick därför ett nummer, som även placerades efter varje citat denna tillhörde och togs bort när resultatet var sammanställt.

Förförståelse

Förförståelse handlar enligt Dahlberg (2014) om människans tidigare arbetslivserfarenheter eller personligt erfarenheter i livet. Dessa erfarenheter är värdefulla, men kan likaså hindra en person från att förstå och ta till sig nya intryck och även lärdomar. Dahlberg beskriver vidare att förutfattade meningar har skapats utifrån dessa erfarenheter och att människan dömer en situation i förväg och blockerar från att vara öppen till ny förståelse.

Författarna har en viss förförståelse inom det berörda ämnet. Den förförståelse som finns inom det berörda ämnet eftervård är på ett personligt plan. Förförståelsen är från ett anhörigperspektiv eftersom en av författarna har en nära anhörig som drabbats av sepsis och fått bestående komplikationer som följd. Erfarenheten har beaktats om den förförståelse som föreligger och har diskuterats djupgående för att inte avspeglas i resultatet.

RESULTAT

Resultatet är uppbyggt av informanternas egna upplevelser och beskrivna erfarenheter av eftervården. Utifrån de upplevda erfarenheterna fanns 4 teman: *Frånvaro av uppföljning, försummad av vården, kunskapsbrist i vården och god vårdkontakt.*

Frånvaro av uppföljning

Den del av informanterna som upplevde frånvaro av uppföljning har inte fått stöd av vården efter sin sjukhusvistelse. De uttrycktes att de har vårdats på sjukhus på grund av ett kritiskt tillstånd som varit påfrestande både psykiskt och fysiskt. Att få komma hem till sin naturliga vardag är vad både vården och informanterna strävar efter. Vid hemkomsten fanns det frågor och funderingar om vart de kunde vända sig för att få hjälp och stöd för att klara av vardagen. Informanterna betonade att de följer som sepsis kan medföra komplicerar vardagen. De beskrevs även en frånvaro av uppföljning från vårdens sida. Upplevelsen var att de blev hemskickade utan information om uppföljning trots att de fortfarande kände sig svårt sjuka. ”Jag upplever att eftervården var noll. Ingen uppföljning, sjukt att skicka hem en så sjuk person” Brist på information bidrog till oro inför hemgång då de inte kunde förbereda sig mentalt. Att bli utskriven utan att få information eller veta vart han eller hon kunde vända sig, för att får svar på frågor och även hjälp vid problem skapade oro. Det beskrevs även en liknande uppfattning av eftervården efter sjukhusvistelsen. ”Eftervården är noll... Jag har inte haft någon eftervård och aldrig blivit erbjuden.” När stödet från vårdens sida inte fanns skapades en känsla av att bli bortglömd och åsidosatt av vården.

De beskrev även en frånvaro av stöd från vården sida, efter att dom hade vårdats klart för sin sjukdom. De hade önskat ett uppföljande besök där de hade kunnat ställa frågor om själva sjukdomen för att få en möjlighet att förstå vad som faktiskt har hänt. ”Först och främst skulle jag vilja haft ett uppföljande besök hos infektionsläkare som kunde svara på allt som hände med kroppen efter allt det den varit igenom”. De framkom även att dem som fått bestående komplikationer, som kräver psykisk eller fysisk rehabilitering efter att ha drabbats av sepsis eller septisk chock. En del av dessa problem blir bättre över tid, medan andra inte blir det. Ett uppföljande besök med information om själva sjukdomen hade hjälpt att bättre kunna förstå och acceptera sitt nuvarande tillstånd. Att de kände sig utelämnade gjorde att de upplevde en rädsla och brist av engagemang från vården. Utsattheten skapade även känsla av maktlöshet, då ingen tog deras behov i akt eller på allvar.

Det uttrycktes att vården skilde sig under tiden de vårdades för sepsis och efter att dem vårdats klart. ”Men så fort du är ansedd ”utom fara” så har de inget mer med en att göra.” Det var även svårt att vara mottaglig till viktig information eller tacka ja till att få prata med någon. ”när man skrivs ut från sjukhuset får man frågan, vill du prata med psykolog. Nä det vill man inte, man vill bara hem.” De uttryckte att dom hade önskat få frågan igen men under ett senare skede. ”...efter några månader när kroppen fortfarande inte orkar, och hjärnan är utbränd och blir stressad så fort kroppen mår lite illa eller du får huvudvärk. Då hade man behövt någon att prata med.” De kände en press på sig och betonade att de skulle vara glada

att dom klarat sig. De påvisade även en rädsla att inte ha någon att prata med som kunde lugna dem i olika situationer.

En märkbar upplevelse som betonades var att det behövdes mer information och rådgivning. De menade att trots att dom är färdigbehandlad för sin sepsisdiagnos betyder det inte att han eller hon är färdigbehandlad för de uppkomna efterföljderna. Vården bör fortsätta även i hemmet, eftersom livet har förändrats både fysiskt och psykiskt för många. Den nya livssituation som uppkom gjorde att de kände sig otrygga eftersom vetskapen om vart man skulle vända sig inte fanns. ”Önskar att det fanns ett standardiserat post-septiskvårdprogram!” En önskan fanns om att få ett post-sepsis vårdprogram, där patienter som drabbats av sepsis kunde vända sig för information och stöd och även möta andra i samma situation. Genom att strukturera upp vården vid hemgång kan öka möjligheten till en bättre livssituation samt upplevelsen av eftervården.

Försummad av vården

De informanter som upplevde försummelse av vården saknade eftervård, de behövde söka information på egenhand eller behövt ”bråka” med vården för att få den hjälp dem behöver. Informanterna måste själva kämpa för den vård det är i behov av, att till exempel få remiss till infektionsläkare ”Jag var dessutom tvungen att själv begära att träffa en infektionsläkare för att se att allt var bra. Kändes som att man blev lämnad vind för våg.”. Att bli lämnad utan att få professionell hjälp leder till att de måste söka kunskap på annat håll som alla gånger inte är tillförlitlig ”Jag har fått kämpa mig till den hjälp som jag har nu och sökt en massa information på nätet som inte alltid var tillförlitligt.”

Dom som fått vård av hjärnskadeteamet, visat sig vara ett stort stöd och hjälp för att acceptera sitt tillstånd. Att få hjälp och stöd med att få sjukdomsinsikt, det kan ta tid eller aldrig bli till fullo återhämtade efter insjuknandet. Många fick själva sätta ned foten och kräva hjälp av vården. ” Dock jag själv som fick slåss för det, precis som jag nu efter 4 år måste bråka för remiss eftersom mina vårdkontakter verkar säkra på att jag har utvecklat ME/CFS av min Sepsis.”. De som fått uppföljning hos infektionsläkare känner sig också lämnade och ensamma, med funderingar och oro över skador som åsamkats dem. ”Men ändå saknar jag någon form av årskontroll och hur det fungerar hemma och om mina skador förbättras eller blir sämre”. Det alla har gemensamt är att det är försummade och ensamma med sitt illabefinnande och med mycket tankar kring vad som sker psykisk och fysiskt.

Flertalet beskrev att de måste tjata sig till att få träffa rätt läkare. Vården är obefintlig och att få gå med oro över att sår inte läker efter att ha tillbringat lång tid på sjukhus och blivit opererad flera gånger. Som patient behöves en trygg vårdkontakt, vilket ej erhållits ”Skulle ha känt mig tryggare med en ordentlig kontaktperson, istället för att träffa olika sköterskor och läkare hela tiden.”. Ensamhet och saknaden av trygghet i vården och att inte bli sedd av vårdpersonalen skapar ett vårdlidande. Att inte få en fast vårdkontakt efter att ha upplevt en livsomvälvande traumatisk händelse som sepsis medför.

Det beskrivs även vara påfrestande att själv behöva ta tag i problem eller få svar på sina frågor. ”Jag fick ingen eftervård överhuvudtaget utan har fått uppsöka all information själv då jag hade tusen obesvarade frågor”. Att inte få information eller veta vart man ska vända sig för att få rätt vård skapade en känsla av otrygghet.”... behöver mer hjälp vid hemgång och hjälpa till där. Det är oerhört tufft att ta detta själv att ringa runt och fråga och be om hjälp när man knappt klarar sig själv hemma.” När informationen från vårdens sida brast skapades även en otrygghet, speciellt när den berörde själv behövde söka efter hjälp. Då sepsis erfars medföra psykisk problematik som innefattar hjärntrötthet, koncentrations och uppmärksamhetsproblem. Då en del redan är omtumlad av dessa sekundära problem, skapades en ängslan över att behöva anstränga sig för att få hjälp eller svar på sina frågor av vårdpersonal.

Om informanterna som drabbats av sepsis, inte får rätt vård av någon med gott helhetsperspektiv medförs ett lidande i vardagen. Informanterna berättade att de började jobba trots daglig migrän, vatten i lungorna och flertalet andra faktorer som skapade lidande i vardagen. Efter 2 års tid har symptomen ökat och begränsar därmed vardagen, mycket mer vila krävs för att orka med dagen. Efter 4 års post-sepsis sjukdom är många kronisk sjuka. Att behöva vila i 20-21 timmar per dygn för att inte må dåligt i kroppen och för att kunna hantera sin sjukdom. ”Jag är helt övertygad om jag är mkt sämre idag än vad jag kunde ha varit med rätt stöd.”.

Informanterna upplevde att ingen brydde sig om hur måendet var, utan all fokus låg på den infekterade höften. ”har bara fått bra efter vård för min höft inget för sepsisen”. Flera upplevde att vårdpersonal glömmer helhetsperspektivet, att det endast fått hjälp med fysiska hinder som begränsar dem i vardagen. ”Om ni med eftervård menar den vård man fått efter sjukhusvistelsen så kan jag bara säga att den varit enbart inriktat på praktiska lösningar av mitt leverne.”. Om vårdpersonalen saknar ett helhetsperspektiv orsakar det lidande. I dessa fall begränsas vården till det synliga problem som uppkom efter att ha drabbats av efter sepsis.

Informanterna uttrycker att hälso- och sjukvården måste forska mer och införskaffa en permanent uppföljning för alla de individer som drabbats av sepsis i samhället. För alla som inte vet vart de skall vända sig för att få hjälp eller inte blir trodda på. Vissa individer kanske inte ens kopplar ihop själva symptomen med sepsisen och vården hjälper inte till med det håller. ”Vi har alla våra skador efter Sepsis och väldigt många blir aldrig friska igen. **DETTA MÅSTE SÄTTAS I SAMBAND MED INFEKTIONEN!**”.

Kunskapsbrist i vården

Genomgående uttryckte informanterna en bristande kunskap hos vårdpersonal. De uttrycker att de får vård men att vården är bristfällig. Det beskrevs i en situation där en anhörig var tvungen att stå på sig för att få vård. Det framkom en upplevelse av att ambulanspersonal varit beredda att åka till vårdcentralen trots avvikande vården, det upplevdes en

kunskapsbrist hos ambulanspersonalen. Men anhörig envisades att ambulanspersonalen skulle köra till sjukhus.

Bättre kunskap inom ambulanspersonal, deras kunskap här var ju under all kritik! Hade de kört mig till vårdcentralen så hade jag dött i ambulansen, de såg inte tecken på sepsis fast att det var ju det jag drabbats av.

Flertalet uttryckte att sjukvårdspersonal på vårdcentralen har bristande kunskap om sepsis och post-sepsis. Bristerna leder till otrygghet hos de som drabbats av sepsis och fått komplikationer som följd. ”Önskar bättre kunskap om sepsis ibland läkare på vårdcentralen. Har ändå en bra läkare där, men mycket som jag märker att han inte har svar på.” Vidare bekräftades liknande händelse på vårdcentralen ”När min infektion var utläkt och jag ansågs färdigbehandlad avslutades mitt ärende och jag hänvisades till vårdcentralen som inte kunde svara på alla frågor jag hade kring min återhämtning både fysiskt och psykiskt”. Infektionsläkare har också bristande helhetssyn när det bemöter individer som drabbats av sepsis. De som fått uppföljning av infektionsläkare har fått söka information själva.

Det jag har fått veta om vad som kan hända efter sepsis har jag själv hittat på nätet och Facebook grupper så mycket mer info om hur man kan må efteråt vem man kan prata med och hjälp att ta kontakt med berörda personer för jag va inte kapabel att göra det blev helt asocial bla.

Informanterna upplevde att gynekologen hade en bristande kunskap kring sepsis. Efter sjukhusvistelsen på IVA fick informanten endast ett uppföljningsbesök enbart på förlossningen ”inget annat var intressant verkar det som”. Det framkom att de inte fick information om vad sepsis gör med kroppen inte heller direktiv om vad som är att förvänta sig framåt, vad som kan vara normala problem. De upplevde också att allmänläkare på vårdcentralen var okunnig och har inte den kunskapen om sepsis, med andra ord ingen direkt stöttning.

På grund av okunskap inom vården är det många vårdgivare som skyller på psyket och patienten ordinerar antidepressiva utan noggrannare utredning. Det beskrivs att post-sepsis vården likar den äldre psykiatriska vården då patienter fick diagnoser som hysteri. ”Precis som det nu pratas om rehab för vissa efter Corona (som ofta även är en post-sepsispatient) så måste det finnas en rehabilitering för andra post-infektioner vid behov”. Informanterna vill att det sker en förändring i omhändertagandet av post-sepsisvården. De informanterna som vårdats på gynekologisk akutvårdsmottagning och nyligen fött barn hade gått med obehandlad endometrit, påtalar kunskapsbrist kring sepsis bland personalen. ”Mer fakta och kunskap! Vetskap om att det är vanligt att tappa håret, huden, naglar mm. Bristande kunskapen hos gyn-läkare kring info som rör själva sepsisen, infektionen.”.

Det är svårt att få information och hjälp kring svårigheter som uppkommit i kroppen efter sepsis. De uttrycker att kunskapen kring post-sepsistillstånd är begränsad i dagens hälso- och sjukvård ” Jag är undersköterska och vet vad en Sepsis är, men tycket kunskapen är usel om Postsepsis.”. När sepsisen orsakat hjärntrötthet kan någon timmes aktivitet orsaka sänsliggande i flera dagar efter att gjort för mycket.” Just hjärntrötthet är också svårt att få information och hjälp för, kunskap saknas”.

Det krävs mer diskussioner om den förändring som sker vid efter en allvarlig sepsis. Att inte känna igen sig själv och dessutom bli av med kroppsdelar eller att inte känna igen sin kropp. Det framkom att det ett behov av att få av prata med någon för att kunna sortera bland tankarna efter att ha blivit drabbad av en så svår sjukdom. ”Jag blev erbjuden en kurator vid ett tillfälle på sjukhuset men han betedde sig som han var rädd för mig och hade aldrig varit med om att stötta en nyamputerad patient”. Några av informanterna har fantastiska familj som stöttat och peppat igenom svåra stunder. Men de tänker ofta på de som är ensamma eller om familjerna inte orkar stötta. Vem skall hjälpa dom igenom svåra situationer. ”Det behövs verkligen insatser nu, innan vi har ännu fler i samhället som har post-infektionsproblem, belastar vården och blir kroniskt sjuka.”.

God vårdkontakt

God vårdkontakt är en viktig del inom sjukvården för att patienter ska känna sig trygga. Efter att ha vårdats på sjukhus för sepsis upplevde en del av informanterna god eftervård.

När jag kom hem fick jag en underbar sköterska på vc. Hon hjälpte mig med att komma i kontakt med en sjukgymnast eftersom jag inte kunde röra armen. Fick även tid hos psykolog som finns på vc eftersom jag mådde jättedåligt.

Att känna trygghet till sjuksköterskan på vårdcentralen gjorde att informanten kunde se en ljusare framtid med rehabilitering för att klara av sin vardag. Ytterligare beskrivs den positiva vikten av att personalen kommunicerade med varandra mellan olika professioner.

Innan jag hann påbörja sjukgymnastik på min vårdcentral så hade jag ett besök hos min neurolog. ...och tog upp mina svårigheter med honom. Han pratade med en logoped och hon i sin tur pratade med en rehabiläkare så jag fick komma till ett hjärnskadeteam där hela jag gick igenom.

Personal som tog ansvar att ge relevant och uppdaterad information, gjorde att informanterna kunde vara aktiv i sin egen vård. En god eftervård centrerade även uppföljning och kontroll av eventuell förbättring eller försämring.

De som redan har god kontakt med personal för andra sjukdomar upplevde god kontakt på grund av att dom redan kände vårdpersonalen. Kontinuiteten mellan personal och patient skapade ett förtroende och minskade oro. ”...på min vårdcentral var dom underbara då jag har god kontakt med en läkare som behandlar mina andra sjukdomar. Jag fick komma 2 ggr

/veckan o lägga om alla såren i fötter o händer.” Informanterna beskrev en trygghet när kontakten med vårdpersonal redan var etablerad sedan tidigare. Eftersom kontakt redan fanns mellan patienten och vårdpersonalen, blev människan bakom sjukdomen tydlig för personalen. Det framkom även att det var uppskattat att få stöd utan att behöva be om det. Upplevelsen av att vården brydde sig och var professionell i sin yrkesroll var viktigt.

Sepsis kan medföra fysisk och psykisk problematik. Därför är det viktigt för de drabbade att snabbt få rehabilitering för att komma till ett funktionellt liv. Informanterna beskrev att de fått god uppföljning och stöd efter sjukhusvistelse. ”Förvånansvärt bra. Med ett och ett halvt års rehab med ett team av sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och läkare.” Att få snabb psykisk och fysisk rehabilitering ansågs vara viktig för att tillgodose det psykiskt välmående och minska lidande. Ytterligare beskrevs eftervården på ett liknande vis ”En snabb början på rehab och att jag fick fortsätta så länge! Just sjukgymnastiken har varit det viktigaste för att överhuvudtaget komma tillbaka till ett fungerande vardagsliv.” Uppskattning av att få delta och diskutera olika beslutsprocesser i sin vård gjorde att informanterna hade kontroll och var delaktig i sin egen vård. Många betonade att ett engagemang från vårdens sida skapade ett välbefinnande och minskade oron över att bli bortglömd eller åsidosatt.

Resultatsammanfattning

Avslutningsvis är informanternas egna upplevelser många och flertalet beskriver att det hade önskat mer ansträngning från vården sida. Att få komma hem efter att ha vårdats för septiskt tillstånd med påföljder av psykiska och fysiska problem var en omställning i vardagen. En önskan om att kunna återgå till en funktionell vardag var viktigt för informanter. När vården är frånvarande och inte följer upp de patienter som vårdats för sepsis, skapades en känsla av oro på grund av brist på engagemang från vårdens sida. Ett uppföljande besök med information och kontroll hade hjälpt att kunna förstå och acceptera det nya tillståndet. Att bli lämnad ensam av vården med tankar om sitt tillstånd eller att inte få något svar på sina frågor, gjorde att många kände sig försummad av vården. Det som skapade påfrestningar i vardagen var även att behöva strida sig till att få rätt vård. Brist på kunskap hos vårdpersonal upplevdes om sjukdomen och dess sekundära negativa effekter. Men även en kunskapsbrist inom rehabiliterande åtgärder upplevs av informanterna. Inom vården är god vårdkontakt och kontinuitet viktig för att patienter ska känna sig trygga. De som vårdats tidigare inom vården och redan hade en fast vårdpunkt för andra sjukdomar kände sig trygga och hade redan ett uppbyggt förtroende till vården.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet var att belysa hur individer upplever eftervården efter att ha drabbats av sepsis. Resultatet är baserat på informanternas erfarenheter utifrån de frågeställningar som fanns i enkäten. Enkätfrågor valdes för att få ökad förståelse för upplevda erfarenheter av eftervården, eftersom det är informanternas upplevelser som eftertraktas. Besvarade enkäter analyserades med en kvalitativ innehållsanalys. Metoden anser författarna var relevant för att svara på studiens syfte, eftersom innehållsanalys sammansvetsar olika delar i en text och kan därför ge en ökad förståelse om berört ämne (Dahlborg-Lyckhage, 2017). En kvalitativ innehållsanalys kan analyseras på en manifest eller latent nivå. Skillnaden är att den manifesta nivån är en beskrivning och den latent är en tolkning av innehållets betydelse (Danielson, 2017). I detta examensarbete tillämpades en manifest metod eftersom det gav möjlighet att få fram ett beskrivande resultat ur olika synvinklar i förhållande till det valda området. Författarna valde att göra en empirisk studie istället litteraturoversikt av vetenskapliga artiklar där materialet redan är tolkat av andra författare. Det minskade även risken att göra en feltolkning. Dahlborg-Lyckhage (2017) skriver att ett det är av stor vikt att forskaren utgår från primärkällan för att inte ska bli en långsiktig feltolkning i slutändan. Författarna har noga beskrivit tillvägagångssätt av metodval av urval, datainsamling och analys, för att stärka studiens tillförlitlighet.

Datainsamlingen pågick under två veckors tid. Informationsbrev, samtyckesblankett och enkät skickades ut i slutet av vecka 35 i sepsisforumet. Under vecka 36 tog författarna beslutet att kontakta sepsisfonden på grund av ett lågt av inkomna svar. Sepsisfonden bidrog med en lista där tänkbara individer hade givit sitt samtycke att kontaktas. En påminnelse i slutet av vecka 36. Det framkom efter påminnelsen att det var svårt att skriva i formuläret för dom som inte hade dator och enbart använde sig av mobilen. Enkäten och Formuläret gjordes om och digitaliserades i google-docs. Det författarna hade kunnat göra annorlunda med formuläret, är att göra informationsbrevet kortare men ändå på ett koncist sätt, för att underlätta för de individer som drabbats av hjärntrötthet eller endast hade tillgång till mobil. Ytterligare ett alternativ är att skickat ut en videoinspelning där författarna förklarar muntligt vad begreppet eftervård innebär samt läser upp frågeställningar som ställs. Eftersom många av informanterna är hjärntrötta kan det vara till stor hjälp att kunna spela upp denna inspelning igen och lyssna tills han eller hon förstår. Ett annat alternativ som hade varit relevant för att få fram studiens syfte var en intervjustudie. Men på grund av den pandemi drabbade världen våren 2020, valde författarna att välja bort det alternativet på grund av smittskyddsskäl. Det övervägdes också att ha intervjuer via zoom, men då en del av informanterna inte hade dator eller webbkamera valdes alternativet bort. Fördelen hade varit att styra frågorna med olika följdfrågor, för att få fram mer exakta svar och även personliga intryck och känslor under samtalen.

Analysprocessen genomfördes i tre steg enligt Dahlborg-Lyckhage (2017) beskrivning, med en kvalitativ ansats där författarna noggrant granskat informanternas svar både enskilt och tillsammans. Genom att läsa svaren enskilt påverkades inte författarna av varandras åsikter

eller värderingar. Vilket ökar trovärdigheten då vi ej influerades av varandra. Därefter lästes återigen svaren, fast högt för varandra för att finna relevanta meningsenheter som besvarade studiens syfte. Insamlat material ha analyserat systematiskt utefter Dahlborg- Lyckhages olika steg för att bevara innehållet under analysprocessens. För att upprätthålla tillförlitligheten i materialet har författarna med försiktighet kondenserat meningsenheterna för att behålla originalbudskapet i störst möjliga mån. Utifrån det innehåll som fanns i svaren gav stor vikt av att inte ifrågasätta, tvivla eller styra informanternas upplevelser och därmed förvanska resultatets innehåll. Enligt Ekeberg (2015) är individer olika och därmed kan liknande upplevelser uppfattas på olika sätt. Därför ansåg författarna att det var viktigt att inte misstro informanternas upplevelser av eftervården, då det är deras individuella känslor. Fyra teman framkom i analysen som blev grunden till resultatet. Dahlberg (2014) betonar vikten att analysera och skapa olika teman, med hjälp av en innehållsanalys, eftersom det blir ett strukturerat innehåll i det slutliga resultatet. De citat som valts har analyserats noga för att få fram ett relevant innehåll för att göra tillförlitligheten så trovärdig som möjligt.

Enkäten bestod av öppna enkätfrågor. Öppna frågor ansågs relevant för att få en fördjupad förståelse över personliga erfarenheter inom valt område. Öppna frågor kan ofta leda till att den som svarar ger längre svar och kan då ge mer information än vad en sluten fråga ger. Nackdelarna med öppna frågor att de kan finnas ett begränsat antal svarsalternativ. Den som frågar kan också känna till svarsalternativen (Dysthe, 1996; Trost & Hultåker (2017)). Fördelen är även att det ger unika och personliga svar. I enkäten kan informanterna skriva och uttrycka känslor som kan ge författarna oväntade möjligheter men det kan även ge problem som inte har beaktats tidigare. Det författarna upplevde som var negativt med öppna enkätfrågor var att svaren fick ett brett innehåll och gjorde det svårt att tolka en del av svaren, därför hade slutna frågor varit ett alternativ.

När en kvalitativ innehållsanalys utförs kan enligt Dahlberg (2014) en förförståelse föreligga. Det innebär att erfarenheter avspeglas i resultatet och påverkar trovärdigheten negativt (Lundman och Hällgren-Graneheim, 2017; svenska sjuksköterskeförening, 2006). I examensarbetet innefattar den förförståelse som berör upplevelsen av eftervården efter att ha drabbats av sepsis. Den förförståelse som föreligger är personliga erfarenheter, arbete på akutmottagning och hjärtavdelning. Författarna anser att den förförståelse som kan avspeglas i resultatet ligger på ett personligt plan och har diskuterats noga och djupgående för att inte avspeglas i studiens resultat. Överförbarhet i en kvalitativ studie innebär i vilken utsträckning ett resultat kan återges eller relatera till andra patientgrupper. Det innefattar hur trovärdigt, pålitligt eller tillförlitligt resultatet är och kan därmed bedömas om studiens resultat kan överföras till andra situationer (Henricson, 2012). En del individer som drabbats av sepsis får inga komplikationer, medan vissa kan få allvarliga komplikationer som är bestående eller går att behandla med rätt rehabilitering. I det här fallet anser författarna att överförbarheten innefattar de patienter som får bestående problem efter att ha drabbats av sjukdomen.

Att delta i studien var frivilligt och informanterna kunde avbryta när som helst utan att behöva ange varför. Den information som inkom behandlades konfidentiellt, vilket innebär att ingen obehörig får tillgång till materialet (World Medical Association, 2008). Allt material avidentifierades, så att enskilda individer inte kunde urskiljas. Varje enkät fick en

siffra, exempelvis informant 1 och informant 2. Efter resultatsammanställningen annullerades även denna information, för att minska risken att röja identitet. Resultatet presenterades på gruppnivå, vilket innebär att individuella uppgifter inte kommer redovisas för sig. Det ökar också säkerheten för att inte röja informanternas identitet (Vetenskapsrådet, 2002). Att delta i studien var frivilligt och när informanterna besvarade enkäterna behövde inte ålder och kön nämnas. Majoriteten av medlemmarna var dock kvinnor i sepsis-forumet, vilket ger en sannolikhet att flertalet av informanterna i studien var kvinnor. Författarna valde att exkludera ålder och kön för att skydda informanternas identitet. Nackdelen är att det inte går att undersöka om det finns olika skillnader i materialet och om det hade tolkats på ett annorlunda sätt. Fördelen med att ha med ålder och kön är att få en tydlig blick över vilka som drabbas, så preventiva åtgärder kan sättas in.

Resultatdiskussion

I studiens resultat framkom olika teman som författarna lade extra märke till: *Frånvaro av uppföljning, försummad av vården, kunskapsbrist i vården och god vårdkontakt*. När författarna i studien analyserade de besvarade enkäterna uppmärksammades informanternas berättelser av likheter och skillnader. Tre av fyra teman hade en negativ känsla hos författarna, temat god vårdkontakt upplevdes positivt.

Resultatet visar att informanternas *frånvaro av uppföljning* skapar ett *vårdlidande*. Det framträder vidare att vårdbehovet inte blir bemött av svenska hälso- och sjukvården. Det styrks av Huang et al (2019) Deltagarna är ifrån 41 olika länder och som genomlevt sepsis. De rapporterade missnöje med sjukhusstödet och tjänster som involverade sepsis och post-sepsisvård, ett betydande antal av deltagarna angav att tjänsten inte fanns. Deltagarna noterade att de inte fick psykologiskstöd efter sjukhusvistelsen, inte håller utbildning och information om post-sepsis men och inget socialt stöd. Det styrker ytterligare att det finns ett undermåligt omhändertagande av individer som drabbats av sepsis, inte bara i Sverige men i många andra länder i världen. Chao et al (2014) beskriver att överlevande som fick rehabilitering hade en betydligt lägre risk för dödlighet inom 10 år. Dessutom är frekvensen av rehabiliteringen en viktig faktor, hög frekvens av rehabilitering minskar dödligheten ännu mer. Vid utskrivning visar det att individer med post-sepsis överfördes mer sällan till rehabilitering än patienter med andra diagnoser. Det styrker ytterligare omhändertagande av post-sepsis drabbade patienter troligen är bristfällig. Det bekräftar också att informanterna har ett behov av rehabilitering, stöd och hjälp och avsaknaden skapar ett onödigt lidande hos individer som inte får sina behov tillgodosedda. Svanström et al (2013) beskriver att det skapar ett lidande i förhållande till de vårdbehov vilket innefattar ett lidande där patienten känner sig misstrodd och misshandlad. När patienternas perspektiv på sjukdom och hälsa förbises skapar det lidande för patienten. Det medför också att patienterna känner sig ignorerade eller objektiverade påföljden blir att patientens autonomi minskas, vilket gör patienten sårbar och en känsla av maktlöshet infinner sig. Lidandet som uppstår är ett resultat av att hälso- och sjukvården förlorat helhetssynen och den personcentrerade inställningen till vården. Lidandet tvingar patienterna att kämpa för sitt eget vårdbehov. Det styrks vidare av de informanterna som beskriver att det fått söka upp all information på egenhand. De beskriver en oro och maktlöshet och det är tvingade till att kämpa för den vård de anser sig behöva.

Resultatet i denna enkätstudie visar *försummelse i vården* bristande *helhetsperspektiv* och *personcentrerad* vård. Det som framkom var att informanterna fått vård men vårdgivaren saknar helhetsperspektiv då vården endast riktar in sig på fysiska synliga hinder. Då personcentrerat vårdbegrepp är relativt nytt ämne hittades endast artiklar om patientcentrerad vård. Esmaeili et al (2014) beskriver att avsaknaden av specifika, definierade riktlinjer inom omvårdnad som en barriär för patientcentrerad vård. Definierade instruktioner kring omvårdnadsuppgifter och ledningsprinciper är nödvändiga riktlinjer för att uppnå patientcentrerad vård och för att förbättra patienternas tillfredsställelse. Det styrks ytterligare av (Chao et al., 2014; Huang et al., 2019) att en standardiserat omhändertagande saknas, då individer i studierna påtalar brister i hälso- och sjukvårdens struktur. Informanterna beskriver tydligt via sina upplevelser att vården har ett bristande helhetsperspektiv. Enligt Esmaeili et al (2014) behövs en helhetssyn för tillhandahållandet av patientcentrerad vård. En helhetssyn innefattar att fokusera uppmärksamheten på patientens och deras familjs behov, samt lösa patientens bekymmer under sjukhusvistelsen och efter utskrivningen. Den bristande kunskap i tillhandahållandet av vård är ett betydande hinder för patientcentrerad vård. Orsaken kan vara en föråldrad omvårdnads kunskap och bristande yrkesutövning. Informanterna uttrycker att vårdpersonal endast fokuserar på praktiska lösningar och de saknar en fast vårdkontakt därav kan det orsaka brister i helhetsperspektivet. För att tillhandahålla helhetsperspektiv i vården är det viktigt att inkludera omvårdnads perspektiv (Siyun Chen et al., 2017). Bristande gemensam förståelse för lagarbete är också en faktor som påverkar patientcentrerad vård. Sjuksköterskorna föreslog att omvårdnad inte skulle ges isolerat. Med andra ord är det viktigt att överväga patientens prioriteringar av övrigyrkesgrupper så som läkare, radiologer och undersköterskor för att uppnå patientcentrerad vård. Ytterligare hinder för att uppnå patientcentrerad vård är att vårdpersonal strävar efter egna intressen och jobbar för motsatta mål kontra patientens önskan. Det är viktigt hälso- och sjukvårdsarbetare, som medlemmar i vård teamet, också har patientcentrerat vårdperspektiv (Esmaeili et al., 2014). Vårdpersonal som strävar efter kunskapsutveckling och utövar arbetet på ett empatiskt sätt kan bidra till ökat förståelse gentemot patienterna, som därmed vidgar synen på personcentrerad vård (Socialstyrelsen, 2017).

Resultatet visar vidare en *kunskapsbrist i vården* som försvårar för patienterna att uppnå *hälsa* och en god livsvärld. Vilket bekräftas av Sang et al (2019) som hävdar att kunskapen angående post-sepsis är bristfällig och att sepsis är en hög prioritet inom varje vårdorganisation just nu. Kunskapen och medvetenheten om pre-sepsis har förbättrats men inte kring post-sepsis. Sökning på CINAHL gjordes. CINAHL är en sökmotor för vetenskapliga artiklar inom hälso- och sjukvården. Vid sökning på post-sepsis kom endast 30 tal artiklar upp och sökningen på cancer gav 4,2 miljoner artiklar. Det dör 9,6 miljoner i cancer och det dör 11 miljoner i sepsis (World Health Organization, 2020c; World Health Organization, 2020a). Det styrker ytterligare att det råder kunskapsbrist om post-sepsisstillståndet och att det inte forskas tillräckligt inom området. Det påverkar patienternas möjlighet till hälsa då det inte finns ett standardiserat omhändertagande. En forskargrupp i USA gör en studie som utvärderar ett mångfacetterat patientcentrerat övergångsprogram STAR, som är till för att stötta sepsisöverlevare både deras omedelbara behov och det långsiktiga utmaningar att hantera effekterna av sepsis. Interventionen bygger på en sepsissjuksköterska som koordinerar vars syfte är att bemyndiga patienten eller vårdgivare

att hantera patientens hälsotillstånd under och efter interventionstiden. Det finns inga tidigare riktlinjer som förtydligar ett effektivt ingripande eller verklig implementering för hälso- och sjukvården, som fokuserar på förbättring av sjuklighet och dödlighet hos individer som drabbats av sepsis. Efter att studien är avslutad kommer den ge omfattande data om effektiviteten i att leverera post-sepsisvård av bästa praxis genom proaktiv vårdkoordination för att förbättra resultaten för patienterna (Kolwalkowski et al., 2019). STAR studien kan vara en start för att förbättra informanternas hälsa och livsvärld men påvisar också att kunskapen är liten om post-sepsisvården. Lärandet är basen för individens förståelse, livsvärlden är plattformen för lärande och genom reflektion börjar inlärningsprocessen (Ekebergh, 2007). Vilket styrker informanternas upplevelse av bristande kunskap och information i vården. Informanternas lärande om post-sepsis begränsas.

I resultatet framkommer det att informanterna upplevt en *god vårdkontakt* då vårdpersonalen haft en god kommunikation med patienten och förtroende. Informanterna som uttrycker upplevelsen av god vårdkontakt har ofta en etablerad kontakt sedan innan sitt insjuknande i sepsis. *Sjuksköterskans roll* är att skapa en god vårdande relation med patienten och förebygga ohälsa. Tehranineshat et al (2019) skriver att det är viktigt att sjuksköterskan agerar som ett känslomässigt stöd och har en god kommunikationsförmåga för få en effektiv interaktion mellan anhöriga och patienter. Genom att inneha dessa kvalitéer i vårdandet åstadkommer sjuksköterskan en empatisk omvårdnad. Informanterna uttryckte att det fick rätt stöd och att vårdpersonal såg deras behov av hjälp och en god kommunikation fans. Tehranineshat et al (2019) genom att använda god kommunikationsförmåga skapa ett förtroende hos patienten som att uttrycka godhet och mental tillhörighet med patienten. För att vårda med empati, måste sjuksköterskan betrakta patienten som en helhet och tillgodose hennes eller hans behov, ge omvårdnad i linje med alla aspekter av de mänskliga behoven, både fysiska, sociala och andliga. Informanterna angav att det fick en god vård och att vårdpersonalen såg deras behov så att de kunde återgå till ett fungerande vardagsliv.

Konklusion

De slutsatser som dras i denna studie är att individer som vårdats för sepsis upplever en avsaknad av eftervården och att den behöver bli bättre och mer strukturerat. Endast de individer som har varit i kontakt med vården tidigare uttryckte sig ha en god eftervård då det redan hade en fast vårdkontakt trots de fanns det brister. Eftervården innefattar tiden efter att ha vårdats för sepsis på sjukhus. Det belystes även i denna studie att individer som drabbats av sepsis fått olika sorters komplikationer och är därmed i behov av olika sorters hjälp efteråt. Vården har därför ett stort ansvar att vara mer påläst för att kunna guida, informera och följa upp patienterna på rätt sätt för att minska vårdlidande.

Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet

Studiens syfte var att belysa hur eftervården upplevs av patienter som överlevt sepsis. Det framkommer i resultatet att det behövs mer kunskap från vårdens sida och informanterna beskriver att de hade önskat mer engagemang från vårdens sida. Patienter som drabbats av sepsis kan få sekundära påföljder och en del återhämtar sig aldrig helt. Sjukvården måste

sätta dessa påföljder och symtom i samband med infektionen. Om vården hade haft mer kunskap och riktlinjer om specifikt patienter som haft sepsis, hade patienterna känt sig tryggare i olika vårdsituationer. Förslag på förbättring i eftervården är att skapa tydliga riktlinjer som alla berörda yrken i vården kan använda sig av. Det kan minska risken att patienter känner sig bortglömt eller försummad av vården på grund av att det finns brister från vårdens sida.

Slutligen resulterar denna studie i att det behövs mer kunskap, information och rådgivning för att ge patienter möjlighet till god vård med stöd och uppföljning. Det behövs fler forskningsstudier om post-sepsis och eftervård, med ett stort antal deltagare. Det större forskningsunderlaget kommer hjälpa vårdpersonalen att förstå problematiken. Den ökade kunskapen kommer stödja utveckling och uppbyggandet av ett tryggare omhändertagande efter sjukhusvistelsen. Det hade även vart intressant att belysa ett nytt perspektiv genom att undersöka hur vårdpersonalen upplever deras erfarenheter av eftervård till patienter som vårdats för sepsis. Det kan vara användbar forskning för att kunna framställa specifika riktlinjer som vårdpersonal i olika positioner kan använda sig av. Författarna har varit i kontakt med en infektionsklinik och frågat hur eftervården ser ut för de individer som drabbats av sepsis. Infektionskliniken uttrycker att det är ett komplext problem och infektionsläkaren kan inte ansvara för alla sepsis patienter för att det inte kan inneha kompetens inom alla områden i kroppen. Dagens vård är inte uppbyggd så att infektionskliniken i dagsläget kan ta hand om patientgruppen då det är en extrem mängd individer. Till exempel om en kronisk KAD (kvarliggande kateter) byts och patienten får en urosepsis så är det urologen som behöver göra en bedömning av tillvägagångssätt och fortsatt vård. Därav inser författarna att det behövs ett omfattande kunskapslyft för alla professioner inom vården ortopedi, gynekologi, kirurgi, medicinska avdelningar och kardiologi om vad post-sepsis innebär och vilken påverkan det har på varje enskild individ. Det behövs även en patientförening som kan tillvarata erfarenheter av sjukdomstillståndet och ge information och stödsamtal, samt stärka patienternas röst.

REFERENSER

- Arman, M. & Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (2015). Vårdandets etik. I. Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (Red). *Teoretiska grunder för omvårdnad*. (2:a uppl., s.93-110). Liber.
- Arman, M. & Ekebergh, M. (2015a). Vårdvetenskap och dess betydelse för sjuksköterskans omvårdnadsarbete. I. Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (Red). *Teoretiska grunder för omvårdnad*. (2:a uppl., s.15-24). Liber.
- Arman, M. & Ekebergh, M. (2015b). Människans hälsa och lidande. I. Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (Red). *Teoretiska grunder för omvårdnad*. (2:a uppl., 63-90). Liber.
- Arman, M. & Ekebergh, M. (2015c). Patientens värd- när människan blir patient. I. Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (Red). *Teoretiska grunder för omvårdnad*. (2:a uppl., s.27-60). Liber.
- Chao, P.-W., Shih, C.-J., Lee, Y.-J., Tseng, C.-M., Kuo, S.-C., Shih, Y.-N., Chou, K.-T., Tarng, D.-C., Li, S.-Y., Ou, S.-M., & Chen, Y.-T. (2014). Association of postdischarge rehabilitation with mortality in intensive care unit survivors of sepsis. *American Journal of Respiratory & Critical Care Medicine*, 190(9), 1003–1011. <https://doi.org.libraryproxy.his.se/10.1164/rccm.201406-1170OC>
- Dahlberg, K. & Ekman, I. (2017). Att lyssna på och förstå patienters berättelser – några teoretiska utgångspunkter. I. Dahlberg, K. & Ekman, I. (red). *Vägen till patientens värld och personcentreradvård*. (1:a uppl., s.23-43). Liber.
- Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa och vårdande*. Natur & Kultur.
- Dahlborg-Lyckhage, E. (2017). Att analysera berättelser (narrativer). I. Friber, F. (red) *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3:e uppl., s.171-180). Studentlitteratur.
- Danielsson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. Henricson, M. (Red). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (2:a uppl., s.285-299). Studentlitteratur.
- Digby, R., Bolster, D., Hughes, L., Perta, A., & Bucknall, T. K. (2020). Examining subacute nurses' roles in a changing healthcare context. *Journal of Clinical Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.), 29(13/14), 2260–2274. <https://doi.org/10.1111/jocn.15235>
- Dysthe, O. (1996). *Det flerstämmiga klassrummet*. (1:a uppl). Studentlitteratur.

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: Relationsetik, samarbete & konfliktlösning*. (2:a uppl) Studentlitteratur.

Ekebergh, M. (2007). Lifeworld-based reflection and learning: a contribution to the reflective practice in nursing and nursing education. *Reflective Practice*, 8(3), 331–343. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1080/14623940701424835>

Ekebergh, M. (2015). Vårdande. I. Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red). *Teoretiska grunder för omvårdnad*. (2:a uppl., s.121-1267). Liber.

Ekebergh, M., & Lindberg, E. (2020). The interaction between learning and caring - the patient's narrative as a foundation for lifeworld-led reflection in learning and caring. *Reflective Practice*, 21(4), 552–564. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1080/14623943.2020.1783223>

Ericson, E. & Ericson T. (2010). *Klinisk mikrobiologi: infektioner, immunologi, vårdhygien*. (4:e uppl). Liber.

Ericson, E. & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar: Patofysiologi, omvårdnad, behandling*. (4:e uppl). Studentlitteratur.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan* (2:a uppl.). Liber.

Eriksson, K. (2014). *Vårdprocessen* (5:e uppl.). Liber.

Esmaeili M, Ali Cheraghi M, Salsali M. (2014). Barriers to patient-centered care: a thematic analysis study. *International Journal Of Nursing Knowledge*. 2-8. Doi: [10.1111/2047-3095.12012](https://doi.org/10.1111/2047-3095.12012)

Granja, C., Dias, C., Costa-Pereira, A., Sarmiento, A. (2004). Quality of life of survivors from severe sepsis and septic shock may be similar to that of others who survive critical illness. *Critical Care*, (8), R91-R98. <https://doi.org/10.1186/cc2818>

Gulino Schaub, B., Luck, S., & Dossey, B. (2012). Integrative Nurse Coaching for Health and Wellness. *Alternative & Complementary Therapies*, 18(1), 14–20. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1089/act.2012.18110>

Gyawali, B., Ramakrishna., & Dhamoon, A.S. (2019). Sepsis: The evolution in definition, pathophysiology, and management. *SAGE open med*, (7), DOI: [10.1177/2050312119835043](https://doi.org/10.1177/2050312119835043)

- Henricson, M. & Billhult A. (2012). Kvalitativ design. I. Henricson, M (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (1:a upp., s.130-149). Studentlitteratur.
- Henricson, M. (2012). Diskussion. I. Henricson, M (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - Från idé till examination inom omvårdnad* (1:a upp., s.471-479). Studentlitteratur.
- Huang, C. Y., Daniels, R., Lembo, A., Hartog, C., O'Brien, J., Heymann, T., Reinhart, K., & Nguyen, H. B. (2019). Life after sepsis: an international survey of survivors to understand the post-sepsis syndrome. *International Journal for Quality in Health Care*, 31(3), 191–198. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1093/intqhc/mzy137>
- Högskolan i Skövde. (2017). *Ämnet omvårdnad – definition, beskrivning och progression*. Hämtad den 27 april 2020 från Högskolan i Skövdes webbplats: <https://map.his.se/PageFiles/3459/Omv%C3%A5rdnad%20-%20beskrivning%20och%20definition.pdf>
- Keenan S., Dodek P. (2003). Survival as an Outcome for ICU Patients. I. Angus D.C., Carlet J. (red) *Surviving Intensive Care. Update in Intensive Care Medicine*, (Vol 39., s.3-19). Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-55733-0_1
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I. Henricson, M. (Red). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (2:a uppl., s.58-80). Studentlitteratur
- Kleinpell, R., Blot, S., Boulanger, C., Fulbrook, P., & Blackwood, B. (2019). International critical care nursing considerations and quality indicators for the 2017 surviving sepsis campaign guidelines. *Intensive Care Medicine*, 45(11), 1663–1666. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1007/s00134-019-05780-1>
- Kowalkowski, M., Chou, S.-H., McWilliams, A., Lashley, C., Murphy, S., Rossman, W., Papali, A., Heffner, A., Russo, M., Burke, L., Gibbs, M., Taylor, S. P., On behalf of Atrium Health ACORN Investigators, Brown, R., Cunningham, K., Evans, S. L., Furney, S., Hetherington, T., Howard, D., & Lindblom, S. (2019). Structured, proactive care coordination versus usual care for Improving Morbidity during Post-Acute Care Transitions for Sepsis (IMPACTS): a pragmatic, randomized controlled trial. *Trials*, 20(1), N.PAG. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1186/s13063-019-3792-7>
- König, C., Matt, B., Kortgen, A., Turnbull, A. E., & Hartog, C. S. (2019). What matters most to sepsis survivors: a qualitative analysis to identify specific health-related quality of life domains. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation - An Official Journal of the International Society of Quality of Life Research*, 28(3), 637. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-2028-8>

Ljungström, L., Pernestig, A.K., Jacobsson, G., Andersson, R., Usener, B., & Tilevik, D. (2017). Diagnostic accuracy of procalcitonin, neutrophil-lymphocyte count ratio, C-reactive protein, and lactate in patients with suspected bacterial sepsis. *PLoS ONE*, 12(7), e0181704. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181704>

Lundman, B. & Hällgren-Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.211-226). Studentlitteratur.

Menezes Silveira, L., Marosti Dessotte, C. A., Spadoti Dantas, R. A., Rozário Matioli, M., & Stabile, A. M. (2015). Health-related quality of life in sepsis survivors. *Rev Rene*, 16(3), 451–459. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.15253/2175-6783.2015000300019>

Mostel, Z., Perl, A., Marck, M., Mehdi, S. F., Lowell, B., Bathija, S., Santosh, R., Pavlov, V. A., Chavan, S. S., & Roth, J. (2019). Post-sepsis syndrome – an evolving entity that afflicts survivors of sepsis. *Molecular Medicine*, 26(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s10020-019-0132-z>

Nordberg, A. (2017). Personcentrerad omvårdnad av personer med avancerad demens. I. Dahlberg, K. & Ekman, I. (red). *Vägen till patientens värld och personcentreradvård*. (1:a uppl., s.204-216). Liber.

Quartin, A. A., Schein, R. M., Kett, D. H., & Peduzzi, P. N. (1997). Magnitude and duration of the effect of sepsis on survival. Department of Veterans Affairs Systemic Sepsis Cooperative Studies Group. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 277(13), 1058–1063. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1001/jama.277.13.1058>

Riegel, F., Oliveira Crossetti, M. da G., & Silveira Siqueira, D. (2018). Contributions of Jean Watson's theory to holistic critical thinking of nurses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 2072–2076. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1590/0034-7167-2017-0065>

Sangan, V. (2019). Post-sepsis syndrome: overview of a relatively new diagnosis. *Nursing Times*, 115(8), 19–21.

Sepsisfonden (2020). *Sepsisfonden – för att vi vill rädda liv!* Hämtad den 8 oktober, 2020, från <https://sepsisfonden.se/om-sepsisfonden/>

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*: Stockholm: Socialdepartement. Hämtad 21 april, 2020, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Stockholm: Socialdepartement. Hämtad 21 april, 2020, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

SFS 2003:460. Lag (2003:460) om etikprovning av forskning som avser människor. Stockholm: Socialdepartement. Hämtad 5 oktober, 2020, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Singer, M., Clifford, S., Deutschman, C., Seymour, C., Shankar-Hari, M., Annane, D., Bauer, M., Bellomo, R., Benard, G., Chiche, J.D., Coopersmith, G., Hotchkiss, R., Levy, M., Marshall, J., Martin, G., Opal, S., Rubenfield, G., Van det poll, T., Vincent, J.L. & Angus, D. (2016). The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 315(8), 801-10. doi:10.1001/jama.2016.0287

Siyun Chen, C., Wai-Chi Chan, S., Moon Fai Chan, Suk Foon Yap, Wenru Wang, & Yanika Kowitlawaku. (2017). Nurses' Perceptions of Psychosocial Care and Barriers to Its Provision: A Qualitative Study. *Journal of Nursing Research (Lippincott Williams & Wilkins)*, 25(6), 411–418. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1097/JNR.0000000000000185>

Sjösten, O., Nilsson, J., Herlitz, J., Axelsson, C., Jiménez-Herrera, M., & Andersson Hagiwara, M. (2019). The prehospital assessment of patients with a final hospital diagnosis of sepsis: Results of an observational study. *Australasian Emergency Care*, 22(3), 187–192. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.auec.2019.02.002>

Socialstyrelsen. (2017). *Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan- Nationell vägledning*. (Artikel.nr: 2017-10-25) <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2017-10-25.pdf>

Socialstyrelsen. (2020). *Rehabilitering i samband med covid-19 – stöd för planering*. (Artikel.nr: 2020-11-7010) https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-11-7010.pdf?fbclid=IwAR0b0vu-fC3z1dK1P-T4J7H4g3SvP9Sd-dUDNe-aXR0sbRoH3n0l_rJ_slw

Stryhn, H. (2007). *Etik och omvårdnad*. (1:a uppl). Studentlitteratur.

Svanström, R., Johansson Sundler, A., Berglund, M., & Westin, L. (2013). Suffering caused by care—elderly patients' experiences in community care. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*, 8(0), 1–10. <https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.20603>

Svensk sjuksköterskeförening (2006). *Erfarenhetsbaserad kunskap*. Hämtade den 28 september, 2020, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/forskning-och-utveckling-publikationer/erfarenhetsbaseradkunskap.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (2016). *Personcentrerad vård*. Hämtade den 2 oktober, 2020, från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf

Svensk sjuksköterskeförening (2017). ICN:s *Etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad den 24 april, 2020, från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf

Tehranineshat, B., Rakhshan, M., **Torabizadeh**, C., & Fararouei, M. (2019). Nurses', patients', and family caregivers' perceptions of compassionate nursing care. *Nursing Ethics*, 26(6), 1707–1720. <https://doi.org/10.1177/0969733018777884>

Trost, J & Hultåker, O. (2017). *Enkätboken*. (5:e uppl). Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk samhällsvetenskaplig forskning* (2ISBN:91-7307-008-4). Retrieved from Elanders Gotab: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Wilcox, M., Donnelly, J. P., & Lone, N. I. (2020). Correction to: Understanding gender disparities in outcomes after sepsis. *Intensive Care Medicine*, 46(5), 1086. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06006-5>

Wójcik, B., Superata, J., Nguyen, H. B., & Szygula, Z. (2019). Exploration of Different Rehabilitation Routes for Sepsis Survivors with Monitoring of Health Status and Quality of Life: RehaSep Trial Protocol. *Advances in Therapy*, 36(10), 2968–2978. <https://doi.org.libraryproxy.his.se/10.1007/s12325-019-01047-9>

World Health Organization. (2020a). *Sepsis*. Hämtad den 14 November, 2020, från https://www.who.int/health-topics/sepsis#tab=tab_1

World Health Organization. (2020b). *Who calls for global action on sepsis – cause of 1 in 5 deaths worldwide*. Hämtad den 14 November, 2020, från <https://www.who.int/news/item/08-09-2020-who-calls-for-global-action-on-sepsis---cause-of-1-in-5-deaths-worldwide>

World Health Organization. (2020c). *Cancer*. Hämtad den 22 November, 2020 från https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1

World Medical Association. (2008). *Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Retrieved from <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2013-JAMA.pdf>

Bilaga 1

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Underteman	Teman
Jag var dessutom tvungen att själv begära att träffa en infektionsläkare för att se att allt var bra. Kändes som att man blev lämnad vind för våg.	Lämnad vind för våg	Lämnad	Utsatthet	Försummad av vården
Önskar bättre kunskap om sepsis ibland läkare på vårdcentralen. Har ändå en bra läkare där, men mycket som jag märker att han inte har svar på.	... önskar bättre kunskap om sepsis på vårdcentralen... Mycket som han inte har Svar på.	Kunskap	Okunnighet	Kunskapsbrist i vården
På min vårdcentral var dom underbara ... fick komma 2 ggr /veckan o lägga om alla såren på fötter o händer.	Vårdcentralen var underbara	Underbara	Underbara personal	God vårdkontakt
Obefintlig. Har inte haft ett enda uppföljande besök.	Obefintlig. Har inte haft upplöjande ett besök	Obefintlig	Bortglömd	Frånvaro av uppföljning
Endast ett återbesök med läkaren ...har inget att klaga på.	Ett återbesök. Inget att klaga på.	Återbesök	Uppföljning	God vårdkontakt

<p>Förvånansvärt bra. Med ett och ett halvt års rehab med ett team av sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och läkare.</p>	<p>Ett och halv års rehab</p>	<p>Rehab</p>	<p>Uppföljning</p>	<p>God vårdkontakt</p>
<p>Nästan obefintlig eftervård, har fortfarande oläkta sår efter transplantation, besöker plastikmottagningen var och varannan vecka. Tjatar mig till att träffa läkare ibland, men han verkar lätt irriterad.</p>	<p>Nästan obefintlig eftervård.</p>	<p>Obefintlig</p>	<p>Bortglömd</p>	<p>Frånvaro av uppföljning</p>
<p>Bra under sjukhusvistelse. Därefter rätt ensam och ovisst kring vad som kommer att följa i kölvattnet.</p>	<p>Ensam och ovisst vad som kommer följa i kölvattnet</p>	<p>Ensam</p>	<p>Ovisshet</p>	<p>Frånvaro av uppföljning</p>
<p>Efter utskrivning fick jag möjlighet till sjukgymnastik och ett uppföljningsmöte om vad som hänt ett halvår senare. I övrigt inget mer. ... veta mer om vad för stöd man kan få om besvären inte avtar/upphör.</p>	<p>...Sjukgymnastik och ett uppföljningsmöte. ...inget mer stöd.</p>	<p>Stöd</p>	<p>Kunskapsbrist</p>	<p>Kunskapsbrist i vården</p>
<p>...jag har bara fått bra eftervård för min höft inget för sepsisen.</p>	<p>Ingen eftervård för Sepsisen</p>	<p>Eftervård</p>	<p>Bortglömd</p>	<p>Frånvaro av uppföljning</p>

Jag har inte haft någon eftervård och aldrig blivit erbjuden.	Har inte haft någon eftervård eller erbjuden.	Eftervård	Bortglömd	Frånvaro av uppföljning
Jag fick ingen eftervård.	Ingen eftervård	Eftervård	Bortglömd	Frånvaro av uppföljning
Jag fick ingen eftervård överhuvudtaget utan har fått uppsöka all information själv då jag hade tusen obesvarade frågor.	Ingen eftervård utan fått uppsöka information själv	Eftervård	Bortglömd	Frånvaro av uppföljning
Jag kan inte säga att jag direkt fick någon eftervård för min räkning.	Fick inte direkt någon eftervård	Eftervård	Ensam	Frånvaro av uppföljning
Eftervården finns inte, det är ensamt.	Eftervården finns inte	Eftervård	Ensam	Frånvaro av uppföljning
Har inte haft någon eftervård trots att jag inte kunnat stödja, böja mitt högerben, min fot har blivit som droppfoten på en strokepat.	Inte haft någon eftervård	Eftervård	Bortglömd	Frånvaro av uppföljning
Om ni med eftervård menar den vård man fått efter sjukhusvistelsen så kan jag bara säga att den varit enbart inriktat på praktiska lösningar av mitt leverne.	Eftervård enbart inriktad på praktiska lösningar.	Inriktad	Okunnighet	Kunskapsbrist i våden

Jag upplever att eftervården var noll. Ingen uppföljning, sjukt att skicka hem en så sjuk person med 2 v.	Upplever att eftervården var noll.	Eftervård	Bortglömd	Frånvaro av uppföljning
---	------------------------------------	-----------	-----------	-------------------------

Bilaga 2

1	Beskriv och berätta om när du fick sepsis
2	Beskriv hur du har upplevt eftervården?
3	Vad har du upplevt som fungerat bra med eftervården?
4	Är det något som du saknat eller som kunde fungerat bättre med eftervården?

Bilaga 3

Informant	Kunskapsbrist i vården	Frånvaro av uppföljning	God vårdkontakt	Försummad av vården
1		X	X	X
2	X	X	X	X
3		X	X	X
4		X		
5			X	
6	X		X	
7				X
8	X	X		X
9				X
10	X		X	X
11		X		X
12		X		
13	X	X		X
14		X		
15		X		
16		X		
17	X			X
18	X	X		X
ANTAL:	7st	13st	6st	11st.

Bilaga 4

<https://forms.gle/tt4oE6VxWXT8hZd37>

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie. I dagsläget saknas det forskning om vad som kännetecknar eftervården samt hur personer som drabbats av sepsis mår i efterförloppet. Därför vill vi titta närmare på hur eftervården och stödet har upplevts hos de personer som drabbats av sepsis.

Studiens syfte är att beskriva patienters som vårdats för sepsis egna upplevelser, samt erfarenheter och behov av eftervården. Alla patienter har rätt till en god vård, uppföljning och stöd för att kunna återhämta sig hemmet. Därför är det viktigt att få en ökad kunskap om hur patienter som vårdats för sepsis har upplevt eftervården.

Vi skulle vilja skicka en enkät till dig. Enkäten kommer beröra din upplevelse av vård och stöd efter sjukhusvistelsen. Enkäten beräknas ta ca 10-30 minuter och kan genomföras på valfri plats.

Deltagandet är frivilligt och du kan avbryta när som helst utan att du behöver ange varför. Den information du lämnar kommer att behandlas konfidentiellt, dvs. så att ingen obehörig får tillgång till den. Allt material kommer att avidentifieras, så att enskilda individer inte kan urskiljas. Resultat kommer att presenteras på gruppnivå, vilket innebär att uppgifter om enskilda personers inte kommer att redovisas för sig. Om du är intresserad kan vi delge dig resultatet av studien.

Studien ingår som ett examensarbete i sjuksköterskeprogrammet.

Om du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänliga hälsningar

Sjuksköterskestudent
Högskolan i Skövde
Maria Zakrisson
Tfn: XXXX-XXXXXX
A17marza@XXXXX.XXX

Sjuksköterskestudent
Högskolan i Skövde
Julia Ek
Tfn: XXXX-XXXXXX
B17julek@XXXXX.XXX

Handledare
Högskolan i Skövde
Karin Bergman
Tfn: XXXX-XX XX
Karin.bergman@XXX.XXX