



HÄLSOUNIVERSITETET
LINKÖPINGS UNIVERSITET

Det preoperativa informationssamtalets betydelse för patientens delaktighet i sin vård inom kolorektalkirurgi

The Significance of the Preoperative Information for Patient's Participation in Colorectal Surgery

**Agneta Aasa
Malin Hovbäck**

**Specialistsjuksköterska med inriktning kirurgisk vård 60 hp
Examensarbete 15 hp, avancerad nivå
Kvalitativ studie
Höstterminen 2011
Handledare: Carina Berterö, Universitetslektor, Professor
Institutionen för Medicin och Hälsa
Avdelning Omvårdnad**

Sammanfattning

Bakgrund: ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) är ett standardiserat multimodalt vårdprogram vid elektiv kolorektalkirurgi, som syftar till snabbare återhämtning och kortare vårdtider genom ett tvärprofessionellt samarbete. En vecka innan planerad operation träffar sjuksköterskan patienten för ett samtal om vårdförloppet.

Syfte: Att identifiera och beskriva patientens upplevelse av sjuksköterskans ERAS-samtal och dess betydelse för patientens delaktighet i sin vård.

Metod: Datainsamlingen skedde genom kvalitativa intervjuer. Tolv patienter, nio män och tre kvinnor har intervjuats. De ljudinspelade samtalen har transkriberats ordagrant och analyserats med hjälp av tolkande fenomenologisk analys (Interpretative Phenomenological Analysis).

Resultat: Analysarbetet resulterade i fem olika teman; bli sedd, trygghet, tillit, ansvar samt delaktighet. Alla teman relaterar till varandra och illustrerar en positiv och en negativ sida av den upplevda erfarenheten. Tillsammans bildar en helhet av upplevelsen; ERAS- samtalet och dess betydelse för patientens delaktighet.

Konklusion: Resultatet visar att patienterna känner sig sedda under informationssamtalet. Det är viktigt att bekräfta patienten och knyta an mer till informationssamtalet under vårdtiden för att patienterna ska vara delaktiga och ta eget ansvar. Tilliten till vårdpersonalen har betydelse för att patienterna ska känna trygghet. Studien visar att ERAS- samtalet upplevs strukturerat och individuellt men informationen måste följa patienterna under hela vårdtillfället.

Nyckelord: preoperativ information, delaktighet, tolkande fenomenologi, ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), kolorektalkirurgi.

Innehållsförteckning	sid
Inledning.....	1
Bakgrund.....	1
Kolorektal kirurgi.....	1
Återhämtning.....	2
Information.....	2
Preoperativ information.....	3
Empowerment.....	3
ERAS- konceptet.....	4
ERAS- samtalet.....	5
Syfte.....	6
Metod.....	6
Urval.....	7
Datainsamling.....	8
Analys.....	8
Etiska övervägande.....	9
Validitet.....	9
Resultat.....	10
Bli sedd.....	10
Trygghet.....	11
Tillit.....	12
Ansvar.....	13
Delaktighet.....	14
Diskussion.....	15
Metoddiskussion.....	15
Resultatdiskussion.....	16
Konklusion.....	20
Implikation.....	20
Referenser.....	21

Inledning

Inom vården pågår ständigt arbete med att förbättra rutiner och omhändertagande av patienter och närstående. Ett sådant område är information inför operation. ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) är ett standardiserat multimodalt vårdprogram vid kolorektalkirurgi, som genom ett tvärprofessionellt samarbete resulterar i snabbare återhämtning och kortare vårdtider (Kehlet & Wilmore 2002). En av hörnstenarna inom ERAS är detaljerad information till patienten. Sjuksköterskan träffar patienten en vecka innan den elektiva kolorektala operationen för ett ERAS-samtal. Där får patienten detaljerad information om vårdförloppet. Kehlet och Wilmore (2002) menar att det är betydelsefullt med preoperativ patientundervisning om innehållet i den postoperativa vårdplanen, för att kunna påverka individens beteendemönster efter operationen. Personalen kan stärka patienten till delaktighet inom vården och ta tillvara på patientens egen handlingskraft i sin vård, detta benämns empowerment (Klang Söderkvist 2008).

Patienters återhämtning efter en operation beror på både fysiska och psykiska faktorer (Ljungqvist et al. 2007; Varadhan et al. 2010a). Återhämtningen beskrivs som en process då patienterna strävar och kämpar för att komma tillbaka till vardagen (Allvin 2008). Flera kvantitativa studier (Fearon et al. 2005; Varadhan et al. 2010b) har utvärderat ERAS-konceptet men enligt vår kännedom har vi inte hittat någon kvalitativ studie om ERAS-samtalet. Vi som sjuksköterskor som vårdar dessa patienter som genomgår kolorektalkirurgi, upplever samtalet betydelsefullt för patientens vård men saknar en utvärdering av patienternas upplevelse.

Bakgrund

Kolorektal kirurgi

Till kolorektalkirurgi räknas sjukdomar i tjocktarm, ändtarm och analkanalen. Dessa sjukdomar kan delas in i; inflammatoriska tarmsjukdomar (Mb Crohn och ulcerös kolit), cancer i tjock- och ändtarm, funktionsrubbingar i tjock- och ändtarm (inkontinens och förstoppning) samt tillstånd i analkanalen, s.k. proktologiska åkommor (ex hemorrojder, sprickor samt fistlar) (Järhult et al. 2006). Varje år utförs ungefär 22 000 kolorektala operationer i Sverige. År 2008 diagnostiserades ca 6000 nya fall av kolorektalcancer (Socialstyrelsen 2008). Vid dessa operationer görs en resektion av tarmen. Kolons kärlanatomi samt anatomin för lymfavflödet från kolon avgör resektionsmarginalen. De operationer som utförs är högersidig hemikolektomi, transversumresektion, vänstersidig hemikolektomi, sigmoideumresektion, Hartmanns operation (som innebär att rektalstumpen sluts och en sigmoideostomi erhålls), samt subtotal kolektomi. Distalt belägna rektaltumörer opereras med rektumamputation och övriga rektaltumörer opereras med främre resektion.

Tjugofem procent av patienterna med kolorektalcancer diagnostiseras i samband med att de söker akut pga. obstruktion, perforation eller blödning. Hos dessa patienter är allmäntillståndet sämre och tumörsjukdomen mer avancerad än vid elektiv kirurgi. Det bidrar till att behandlingsresultaten inte är lika bra som vid elektiva ingrepp

(Socialstyrelsen 2007). All kirurgi är förknippad med risker och det kan aldrig garanteras att patienter inte får komplikationer (Jeppsson 2001). Den högsta incidensen av postoperativa komplikationer sker mellan 1-3 dagar efter operation (Thompson et al. 2003). Postoperativa komplikationer kan vara allmänna eller specifika för genomförda operationer och bör hanteras med hänsyn till patientens bakgrund. De allmänna postoperativa komplikationerna är kardiovaskulära som hjärtinfarkt och lungemboli. Även infektioner som pneumonier, urinvägsinfektioner och sepsis samt emboli och tromboser räknas som allmänna postoperativa komplikationer. Specifika komplikationer vid kolorektal kirurgi är anastomosinsufficiens, sårinfektioner, ileus samt abscesser (Haglund et al. 2002). Komplikationsfrekvensen vid traditionell kolorektalkirurgi är 15-20 % och ända upp till 45-48% (Mohn et al. 2009; Varadhan et al. 2010b).

Återhämtning

Postoperativ återhämtning beskrivs som en process utsträckt över flera månader, men ändå en begränsad period, då patienterna strävar och kämpar för att återgå till vardagen. Återhämtning handlar om en önskan att minska obehagliga fysiska symtom och uppnå emotionellt välbefinnande samt återta kontrollen över vardagliga funktioner samt fysiska, psykiska och sociala aktiviteter. Efter återhämtningen blir inte alltid återgången till vardagen som den var innan operationen (Allvin 2008). Patienters återhämtning efter en operation beror på både fysiska och psykiska faktorer. De fysiska faktorerna innebär återupptagande av tarmfunktion, adekvat smärtlindring samt fysisk aktivitet. Men är även beroende av att patienten har kunskap och förmåga att kunna/våga lämna sjukhusvården. Adekvat information pre- och postoperativt liksom upplevelsen av en trygg uppföljning efter avslutad vårdtid, har stor betydelse för förkortad vårdtid (Ljungqvist et al. 2007; Varadhan et al. 2010a).

Under sjukhusvistelsen kommer stödet främst från sjukvårdspersonalen som arbetar för att skapa optimala villkor för återhämtning och uppmuntrar patienten att delta i sin egen vård. Att personalen lyssnar och är lyhörd för individuella behov samt motiverar och hjälper patienten att använda sina egna resurser och kapacitet är en del i återhämtningen. Ålder, preoperativ fysisk status, diagnos samt typ av kirurgi, anses påverka återhämtningen. Diagnos och prognos påverkar individens vilja att delta under återhämtning. Sjukvårdspersonal har begränsad kunskap om återhämtningen efter sjukhusvistelsen (Allvin 2008).

Information

Enligt socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) ska sjuksköterskan ha förmåga att tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov i dialog med patienten och/eller närstående. Sjuksköterskan ska ge patienten stöd och vägledning för att möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling. I kompetensbeskrivningen ingår även att identifiera och bedöma patientens resurser och förmåga till egenvård samt följa upp patientens tillstånd efter undersökningar och behandlingar. Informera och undervisa patienten och/eller närstående och förvissa sig om att patienten och/eller närstående förstår given information. Motverka komplikationer i samband med sjukdom, vård och behandling

och kritiskt reflektera över befintliga rutiner och metoder samt inspirera till dialog om införande av ny kunskap (Socialstyrelsen 2005). I hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) § 2b meddelas att ”patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns” (Socialstyrelsen 2010).

Preoperativ information

Patienter som ska opereras kan drabbas av ångest, vilket kan märkas som känslor av osäkerhet, förlust av kontroll och minskad självkänsla, förväntan av postoperativ smärta och rädsla för separation från familjen. Patientens ångest minskar om hälso- och sjukvårdspersonal hade mer kunskap om vad som kan utlösa preoperativ ångest (Pritchard 2009). Det finns gott om bevis för att preoperativ information kan minska patientens oro inför operation. Välinformerade patienter känner mindre ångest och är lättare att mobilisera (Lithner & Zilling 2000). Forskning visar att preoperativ information kan leda till bättre vård och återhämtning efter kirurgi (Kruzik 2009). En del patienter behöver mindre information än andra, för mycket information skulle kunna öka stressnivå inför en stressande situation såsom en operation (Mitchell 2007).

Den mest förekommande preoperativa informationen består av både broschyrer som ges till patienten före en operation samt muntlig information från läkare och sjuksköterskor på operationsdagen. Patienten bör erhålla preoperativ information redan då operationen bestäms (Kruzik 2009), eftersom det är mer sannolikt att de kan ta till sig informationen innan inläggning på sjukhus. Patienten har då inte hunnit påverkats av sjukhusmiljön (Hughes 2002). Många patienter har svårt att förstå den givna informationen då den kan vara komplicerad. Behovet är stort av personanpassad information. Skriftlig information (minskar personalbehov) kompletterar den muntliga informationen och patienten kan själv uppdatera sig vid behov (Walker 2007). Patienter som inte har någon tidigare erfarenhet av sjukvård har ett större behov av information än patienter som tidigare varit opererade eller inneliggande på sjukhus. De mer erfarna patienterna har en ökad förmåga att själva söka information (Grønnestad & Blystad 2004). Den preoperativa informationen ska förbereda patienter så att de får utökad kontroll över sin situation och kan leda till positivt postoperativt resultat (Kent 1998).

Sjukvårdspersonal måste bli medveten om fördelarna och möjligheterna till ekonomiska besparingar genom preoperativ information (Garretson 2004). Kirurger underskattar generellt patienternas önskan om att ta emot omfattande information innan ett kirurgiskt ingrepp. Det behöver utvecklas strategier för att förbättra informationen (Keulers et al. 2008). För att patienten ska bli välinformerad krävs en samordnad tvärprofessionell satsning (Garretson 2004).

Empowerment

Begreppet empowerment innebär att personalen stärker patienten till delaktighet inom vården och tar tillvara på patientens egen handlingskraft i sin vård (Klang Söderkvist 2008). Det kan definieras som en etablerad relation mellan sjuksköterska

och patient med ett överförande av viss makt och kontroll till patienten (Sahlsten et al. 2008). Sjuksköterskor och patienter samarbetar för att identifiera nödvändig information, resurser och stöd som patienterna behöver för att optimera sin hälsa och få en känsla av meningsfullhet, självbestämmande, kompetens och inverkan på sina liv. Hos patienter som är obekanta med sjukhusmiljö kan det uppstå en känsla av maktlöshet. Detta kan undvikas redan vid första kontakten med patienten genom att vinna patientens förtroende och låta patienten bekanta sig med sjukhusmiljön och dess rutiner. För att undvika en känsla av maktobalans mellan sjuksköterska och patient är det viktigt att förklara varför vården är nödvändig innan den utförs (Spence Laschinger et al. 2010). Att inte vara tillräckligt med personal och brist på tid för att kunna kommunicera och skapa en relation till patienterna är faktorer som hindrar patientdelaktighet (Sahlsten et al. 2005).

Målet med empowerment är att skapa en öppen och tillåtande miljö som underlättar för patientens medbestämmande, engagemang och kontroll. Patienten är då jämbördig med sjukvårdspersonalen eftersom patienten har unik kunskap om sin egen hälsa men har begränsad kunskap om sjukdomen. Det blir därför en balansgång mellan personalens akutvårdstänkande där anvisningar och information ges, till att vara mer handledare och ”coacha” patienten. Resultatet ska leda till ökad patientdelaktighet och minskad osäkerhet och stress. Detta förstärker läkningsprocessen och patientens välbefinnande (Klang Söderkvist 2008). Information och undervisning baserad på medicinsk terminologi har visats utgöra ett stort hinder för empowerment. (Beaver et al. 2005).

För att patienten skall uppleva delaktighet är det viktigt att sjuksköterskan ser på patienten som en individ. Information ska inte ges enbart med hjälp av standardiserade förfaranden, utan utgå från individuella behov i kombination med förklaringar (Eldh et al. 2006). Brist på uppmuntran från personalen och oförmåga att lyssna på patientens åsikter är negativt för empowerment. Anhöriga kan ibland vara ett hinder för patientens delaktighet genom att de tar beslut över patientens huvud. Det har betydelse för patientens delaktighet hur sjuksköterskan hanterar anhörigas åsikter/önskningsar och i vilken grad de anhöriga ska få vara med att bestämma (Sahlsten et al. 2005).

ERAS- konceptet

ERAS är ett standardiserat vårdprogram som innehåller ett antal olika åtgärder jämfört med traditionell vård. Det multimodala vårdprogrammet har beskrivits av prof. Kehlet och medarbetare vid Hvidovres Universitetssjukhus i Köpenhamn, Danmark. Genom att införa ett standardiserat vårdprogram, så kan vårdtiden för elektiv kolonkirurgi minska från 8-11 dagar till 2-3 dagar (Kehlet & Wilmore 2002). Komplikationerna minskar med nästan 50 % (Varadhan et al. 2010b).

ERAS- konceptet syftar till att dämpa den stress som det kirurgiska traumat innebär men också till att stödja återkomsten av viktiga funktioner så snabbt som möjligt. Utgångspunkten i ERAS är att en välinformerad patient klarar vårdtiden bättre och känner mindre oro och smärta samt får en snabbare återhämtning med kortare vårdtid som följd. De s.k. multimodala metoderna som används är information, preoperativ kolhydratladdning (Preopdryck), minimalt invasiva operativa ingrepp (ev.

titthålsoperationer), optimal smärtbehandling med epidural bedövning per - och postoperativt, tidigt födointag samt intensiv postoperativ mobilisering (Basse et al. 2000; Kehlet & Wilmore 2002; Moiniche et al. 1995; Varadhan et al. 2010a). Informationen måste vara tydlig för att patienten ska ta den till sig. Patienten kan vara delaktig och själva påverka nutrition och mobilisering. Det är viktigt att patienten själv är medveten om vilken roll han/hon har i återhämtningen (Fearon et al. 2005).

En vårdplan som följer patienten under vårdtiden, innehållande flödesschema och regelbundna postoperativa kontroller, utformade efter medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet ger positiva effekter. Vårdplanen innehåller muntlig och skriftlig information till patient och närstående om vården och den beräknade vårdtiden. Samtliga vårdgivare följer en förutbestämd struktur bl.a. kring medicinska kontroller, matintag, mobilisering, smärtlindring och utskrivning. Eventuella avvikelser synliggörs i flödesschemat och gör det möjligt för vårdpersonalen att upptäcka komplikationer på ett tidigare stadium (Socialstyrelsen 2007).

ERAS- samtalet

En av hörnstenarna i ERAS- konceptet är preoperativ information. Informationen ska ges muntligt och skriftligt. Huvudsyftet är att patienten ska veta vad som kommer att hända under vårdtiden och lite om principerna i behandlingen. Patienten kommer på avsatt tid för att träffa en sjuksköterska (Fearon et al. 2005; Varadhan et al. 2010a). ERAS- samtalet utformas olika på olika kliniker. På aktuell kirurgisk klinik blir patienten kallad till ERAS- samtalet som äger rum på avdelningen ungefär en vecka innan operationen. Den skriftliga informationen får patienten med sig vid mottagningsbesöket, när beslut om operation tas. Samtalet på avdelningen tar två timmar, anhörig bjuds in att delta och i samband med besöket får patienten även träffa en narkosläkare. Under samtalet ges information om de tre faserna under vårdtiden (Kolorektala gastroteamet 2010).

Första fasen innehåller information om tiden fram till operationen samt inskrivningsdagen. Patienten får datum för inskrivning och information om förväntad vårdtid. Noggrann genomgång sker av den skriftliga patientinformationen samt de rutiner som gäller före operationen såsom fasta, dusch och Seaband för att förebygga illamående. Instruktioner ges om trombosprofylaxinjektion, Preopdryck (en klar kolhydratrik dryck som används för att öka patientens energireserver inför en operation) och ev. laxering. Detta är förberedelser som patienten själv ska utföra dagen innan operationen (Kolorektala gastroteamet 2010).

Andra fasen handlar om operationsdagen. Information ges om epiduralbedövning och KAD/Cystofix som sätts i samband med operationen. Patienten får information om de rutiner som gäller operationsdagens kväll angående mobilisering och nutrition (Kolorektala gastroteamet 2010).

Tredje fasen handlar återhämtningen dagarna efter operationen och fram till hemgång. Information ges om målsättningen med och vikten av mobilisering, nutrition samt smärtbehandling. Patienten får under vårdtiden en checklista på vad som gäller dagligen angående mobilisering och nutrition. Detta fylls i av patienten

själv med hjälp av personalen. Information angående utskrivningskriterierna ges samt rutiner kring sårvård och trombosprofylaxinjektionen. Information ges om uppföljning efter hemgång i form av telefonsamtal från vårdpersonal och återbesök till läkare (Kolorektala gastroteamet 2010).

Efter samtalet guidas patienten runt på avdelningen och får se patientsal, matsal, kylskåp med näringsdryck (att själv gå och hämta), gåbord för egen fysisk träning och personalbemanningstavla. Patienten får möjlighet att bekanta sig med personal som arbetar den dagen. Kontroller av längd och vikt görs och riskbedömning av fall, trycksår och undernäring. Vidare kontrollerar sjuksköterskan att ordinerade prover och undersökningar är utförda. Slutligen dokumenteras omvårdnadsstatus enligt VIPS sökord i patientens journal (Kolorektala gastroteamet 2010).

Genom den preoperativa informationen känner sig patienten stärkt och trygg samt vet sin roll i den postoperativa återhämtningen. När patienten ingår i ERAS- konceptet stärks patientens delaktighet och återhämtningen påskyndas med förkortad vårdtid som följd (Fearon et al. 2005). Enligt vår kännedom finns inga studier gjorda ur patientperspektiv gällande ERAS- samtalet, därför är det intressant att utvärdera detta.

Syfte

Att identifiera och beskriva patientens upplevelse av sjuksköterskans ERAS- samtal och dess betydelse för patientens delaktighet i sin vård.

Metod

Eftersom syftet med studien är att identifiera och beskriva patientens upplevelse av sjuksköterskans ERAS- samtal och dess betydelse för patientens delaktighet i sin vård så valdes en kvalitativ ansats med tolkande fenomenologi som metod. Tolkande fenomenologi har som fokus att ge värdefulla insikter om hur en viss person i ett givet sammanhang upplever en viss företeelse. Vanligtvis gäller detta fenomen som t.ex. erfarenheter av viss personlig betydelse, som en stor händelse i livet, eller utvecklingen av en viktig relation. Tolkande fenomenologi har sitt teoretiska ursprung i fenomenologi och hermeneutik, och viktiga idéer från Husserl, Heidegger och Merleau-Ponty har ofta framhållits. I denna studie har IPA (Interpretative Phenomenological Analysis) använts där forskaren försöker att komma åt informanternas upplevelser och tolka upplevelsen, där forskarens egen förförståelse har betydelse. Genom IPA beskrivs varje informants unika upplevelser likaväl som de gemensamma upplevelserna för informanterna. Syftet är inte att generalisera utan undersöka en specifik grupps erfarenheter. Vid användande av IPA ska forskarens egen förförståelse redovisas då den påverkar samspelet mellan informanten och tolkningen av resultatet (Smith et al. 2009). Som författare till denna studie finns en förförståelse; vi har under flera år arbetat med dessa patienter och känner oss väl insatta i vården kring patienter med kolorektala sjukdomar samt ERAS- konceptet och under intervjun pratar vi om ett gemensamt fenomen.

Urval

Urvalet var patienter som genomgått kolorektal kirurgi på den aktuella kliniken från december 2010 till mars 2011. Inklusionskriterierna var att patienterna ingick i ERAS- konceptet. Urvalet är ändamålsenligt valt och inte slumpmässigt. Tillstånd för att genomföra studien har inhämtats av berörd verksamhetschef (se bilaga 1).

Ett brev med förfrågan om deltagande i studien skickades till patienterna när de kommit hem efter genomförd operation (se bilaga 2). De som ville delta återsände en påskriven svarstalong och de kontaktades sedan via telefon (se bilaga 3). Patienterna fick välja tid och plats för intervjun. 12 patienter intervjuades sammanlagt, se Tabell 1.

Tabell 1. Flödesschema inklusion av patienter



Datansamling

Datansamlingen skedde genom kvalitativ intervju. Syftet med en kvalitativ forskningsintervju är att få fram beskrivningar av de intervjuades livsvärld med avsikt att tolka deras mening (Kvale et al. 2009). En intervjuguide utformades för att hålla fokus på syftet (se bilaga 4). Tre provintervjuer genomfördes innan den egentliga datansamlingen påbörjades för att testa intervjuguiden och själva intervjusituationen. Två av provintervjuerna kunde sedan användas, då de var av god kvalitet. Inga ändringar gjordes av intervjuguiden. Intervjuerna inleddes med en öppen fråga - Hur upplevde du samtalet med sjuksköterskan och vad betydde samtalet för dig i din fortsatta vård? Intervjuguiden bestod av tre frågeområden som handlade om patientens upplevelse av delaktighet, information och ansvar i sin vård. För att få patienterna att berätta mer upprepades patientens sista ord i meningen eller informanten ombads om förtydliganden. Informanterna fick själva välja tid och plats för intervjun. Elva av intervjuerna genomfördes i ett anhörigrum utanför avdelningen och en intervju genomfördes på ett konditori. Totalt genomfördes 12 intervjuer under december 2010 till april 2011, varav en uteslöts p.g.a. dålig kvalitet av intervjumaterialet. Nio män och tre kvinnor mellan 46-73 år intervjuades. Tiden för intervjuerna varierade mellan 20-35 minuter. Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant och de ljudinspelade samtalen användes till analysen (Kvale et al. 2009).

Analys

Intervjuerna transkriberades ordagrant, i nära anslutning till intervjusituationen, detta för att ha situationen i "färskt" minne. Transkriberingen har gjorts av samma person som intervjuade då eventuella oklarheter blir lättare att förstå när intervjuaren även lyssnar och transkriberar. Materialet analyserades steg för steg enligt Smith analysmetod IPA (Smith et al. 2009). Varje intervju analyserades var och en för sig. Den transkriberade intervjun läses igenom flera gånger för att på så sätt bekanta sig med texten och skapa sig ett helhetsintryck. De två första gångerna både lästes och avlyssnades intervjuerna parallellt. I vänster marginal noterades det som svarade upp mot syftet. Det skrevs med informantens egna ord t.ex. *veta i förväg*. Utifrån dessa marginalanteckningar och intervjutexten började olika teman träda fram som antecknades i höger marginal t.ex. *trygghet*. Tema är återkommande mönster av mening (idéer, tankar och känslor) i hela texten.

För varje transkript som analyserades framstod flera framträdande teman, dessa fördes över till var sitt separat papper för att försöka se samband, men även upptäcka det som sticker ut/skiljer sig. Detta gjordes för varje intervju separat. I nästa steg i analysen grupperades samtliga framträdande teman från alla intervjuer genom att likartade tema fördes samman. Till slut framstod fem slutgiltiga teman. För att kontrollera att inte övertolkning skett, utan att det återspeglade vad informanten berättat, gjordes jämförelse med intervjuutskriften under hela analysens gång. Analysmetoden verkar linjär men i själva verket gick författarna fram och tillbaka under analysen för att få de slutgiltiga temana att växa fram. Det sista steget i analysen är att tolka och förklara samtliga teman och styrka dessa med citat (Smith et al. 2009). Samtliga intervjuer och analyssteg har även lästs och bedömts av en person kompetent inom aktuellt område men icke involverad i datansamling.

Etiska övervägande

Helsingforsdeklarationens etiska principer för medicinsk forskning som omfattar människor samt Vetenskapsrådets etiska principer har tagits i beaktande (Vetenskapsrådet 2003; World Medical Association 2008). Med respekt för personer (autonomiprincipen) menas att var och en ska respektera andras förmåga och rätt till självbestämmande, medbestämmande och integritet. Informanterna har blivit skriftligt informerade om att det är frivilligt att delta och att de när som helst kan avbryta utan att ange skäl. Informanterna fick också själva välja tid och plats för intervjun. Hänsyn togs också till godhetsprincipen och principen att inte skada. Informanterna garanterades konfidentialitet, vilket innebär att privat data som kan identifiera deltagarna i undersökningen inte kommer att avslöjas. Allt material har förvarats inlåst och bandinspelningarna har varit separerade från intervjuutskriften. Rättvis principen innebär att alla personer ska behandlas lika. Erbjudande om att vara med i studien har skickats till alla som ingick i vårt urval, oavsett ålder, kön eller andra yttre faktorer (Vetenskapsrådet 2003; World Medical Association 2008). Vid genomförandet av en kvalitativ intervju ska hänsyn tas till personens integritet, vilket relateras människans personliga sfär. Vissa tankar och åsikter vill personen ha för sig själv, ingen kan tvinga någon att uttala dem. Personens inre känsla av vad som känns acceptabelt har betydelse gällande vad personen vill blotta om sig själv (Hermerén 1996). Denna lyhördhet och känslighet har funnits med under intervjuernas genomförande.

Validitet

I en kvalitativ studie kan kvalitén stärkas genom noggrann datainsamling och noggrant beskriven forskningsprocess. Forskaren ska vara engagerad och hängiven sitt ämne. För att stärka kvaliteten ställdes frågor via en intervjuguide med frågeområden som hade med syftet att göra. Informanterna ger resultatet och det är viktigt att tydligt beskriva och återge informanternas svar så exakt som möjligt och stärka sitt material med citat, för att validera materialet. Genom att beskriva ett fenomen tillräckligt detaljerat kan en utvärdering ske i vilken utsträckning de slutsatser som dras är överförbara till andra tider, miljöer, situationer och folk. Urvalet är beskrivet vilket gör att undersökningen skulle kunna genomföras på en liknande patientgrupp på ett annat sjukhus. Det är viktigt att resultat från en kvalitativ studie bidrar med ny kunskap eller information. Någon utöver forskarna ska granska arbetet fortlöpande för att utvärdera hur resultaten, tolkningarna och slutsatserna stöds av uppgifterna (Smith 2007; Smith et al. 2009). Handledare har under arbetets gång granskat arbetet. Vi har systematiskt arbetat med analysen och förhållit oss neutrala till data med handledarens hjälp.

Resultat

Analysarbetet resulterade i fem olika teman; bli sedd, trygghet, tillit, ansvar och delaktighet. Alla teman är avgränsade men relaterar till varandra och visar på olika nyanser av fenomenet. Resultatet beskrivs i löpande text och illustreras med citat från informanterna.

Bli sedd

Informanterna upplevde att de hade många frågor som de gick och funderade på innan operationen. Att få komma på avsatt tid en vecka innan operationen och träffa en sjuksköterska för ett samtal var betydelsefullt. Samtalet gjorde att informanterna upplevde att de blev sedda och att vårdpersonalen fanns där för dem. Detta gav också en bra känsla inför inläggningen en vecka senare. Det upplevdes som bättre med ett personligt möte än att bara få informationspapper hemskickat. Det uppskattades att det fanns tid att ställa frågor i lugn och ro, det var många frågetecken som rätades ut. Samtalet uppfattades som personligt och trivsamt, det gjorde att de kände sig välkomna.

”Jag kände mig omhändertagen på ett bra sätt, de bryr sig om vad som händer med en så det kändes bra” (9;56-58) (Intervju; radnummer)

Några hade inte varit i kontakt med sjukvården tidigare och visste därför inte vad de skulle fråga om. Dessa informanter och även de övriga som hade frågor uttryckte att informationen var tillräcklig, de hade fått svar på alla sina frågor. En informant upplevde att det blev mycket information på en gång och därmed inte gick att komma ihåg allt som sades. Det var av värde att informationen gavs en vecka innan operationen så tid fanns att bearbeta all information.

Att personalen presenterade sig och skrev upp sitt namn på rummet när de påbörjade sitt arbetspass var positivt. En informant fick en känsla av att inte bli sedd, inte betydelsefull av den han vände sig till för att få hjälp. Informanten upplevde det märkligt att det inte var samma personal som hade hand om honom och hans rumskamrat.

Efter operationen upplevde några att vårdpersonalen inte lyssnade på dem och att de inte fick gehör för frågor, angående sina mediciner, ev. matrestriktioner och frågor om operationen. Under informationssamtalet och inför operationen var informanten i centrum men under vårdtiden kändes det inte så. Informanten uttryckte att det fanns mycket personal på avdelningen men inte hos patienterna, vilket gjorde att informanten inte kände sig sedd under vårdtiden.

”... jag var ju inte ensam på salen så jag kunde ju inte hålla på att trycka på knappen för att få information”(11;114-116)

Några tyckte att det var bra att de kunde ringa dagen innan till avdelningen och få veta vilken tid som operationen skulle ske. Det var värdefullt att ha någon att ringa till vid eventuella frågor, att ha en kontakt.

Vid utskrivningen upplevde några informanter att de inte blev sedda då det gavs för lite information och tid. Det uppföljande telefonsamtalet efter vårdtiden kändes lika viktigt som samtalet innan operationen.

”... hon ringde ju då när jag kommit hem... en sköterska härifrån... det kändes ju bra alltså... bara att åka härifrån så är det inte slut”(5;368,374-375)

Trygghet

Informanterna uttryckte att det var en trygghet att få komma på informationssamtal. Det kändes viktigt att få se hur kirurgavdelningen såg ut och bli bekant med lokalerna. De som inte tidigare varit på sjukhus upplevde det positivt att få gå runt inne på avdelningen och se rummen samt få träffa en del personal, detta ingav trygghet. De kände igen sig när de sedan kom tillbaka, det var värdefullt att veta vart de skulle vara efter operationen. Hade informanten tidigare erfarenhet av sjukvård så kändes det inte lika viktigt.

”Sen att man fick titta lite på avdelningen... se hur avdelningen ser ut med salarna och bekvämligheter och allt runt omkring, vad maten serveras och så hade man koll på vad som kommer att hända en efter operation. Ju mer man vet om saker och ting så känns det ju lite lättare” (4;67,70-74)

Att ha läst den skriftliga informationen innan informationssamtalet gjorde att de kände sig trygga inför samtalet och vårdtiden. En informant uttryckte att det inte gick att vara mer förberedd .

”Just att man får papprena hem innan så man hinner tänka igenom vad man har för frågor” (10; 121-123)

Några kände en otrygghet när den skriftliga informationen inte stämde med den muntliga, t.ex. med fasteregler i samband med laxering och operation, samt när det är lämpligt att börja lyfta saker efter operationen.

Att få information från flera professioner gjorde informanterna mer trygga vilket gjorde att de fick en övergripande bild över hela förloppet.

Det var viktigt att veta hur dagarna skulle se ut innan och efter operationen, de såg framför sig hur det skulle bli och vad som var meningen med det som skulle göras. Informanterna uttryckte att det var en trygghet att få veta hur lång tid allting skulle ta och hur lång den förväntade vårdtiden skulle vara. Det var även en trygghet att veta vilken tid på dagen som operationen skulle ske, så att de inte behöva gå och fråga personalen hela tiden.

En informant uttryckte att det var skönt att det inte var några överraskningar som hände under vårdtiden, utan det blev som förväntat. Informationssamtalet gav en tydlig uppfattning vad som låg framför dem när de lämnade avdelningen en vecka innan operationen.

”Hon talade ju om allt hur det skulle gå till och det har stämt också i stort sett”
(6;10-13)

Genom att vara välinformerad och därmed förberedd kunde informanten ifrågasätta om det som sagts på informationssamtalet inte genomfördes under vårdtiden vilket gav trygghet. Informanterna uppfattade informationen i samtalet olika beroende vad som de själva hade fokus på. Några uppfattade att informationssamtalet bara handlade om tiden innan operationen medan någon annan informant upplevde att det handlade om smärtlindring. Informanterna upplevde därmed en trygghet inom de områden de själva hade fokus på.

Informanterna upplevde att det var en trygghet att ha med sig en anhörig på informationssamtalet. Det var värdefullt att kunna samtala om den information som gavs tillsammans hemma efteråt. Många anhöriga hade också frågor som kändes viktiga att få ställa under informationssamtalet.

Tillit

Informationssamtalet gjorde att informanterna upplevde ett lugn inför vårdtillfället, en informant uttryckte att det efter samtalet kändes mindre skrämmande och hotfullt att bli inlagd. De kände sig omhändertagna och upplevde tilltro till personalen och informanterna uttryckte att vårdpersonalen kändes kompetenta, att de visste vad de gjorde. Då vårdtillfället var en ny händelse för många, upplevde de att det hade stor betydelse att få hjälp av vårdpersonal som behärskar ämnet vilket gav en känsla av tillit.

”Det känns som det här är rutin för er och det är det ju naturligtvis men det är en jättegrej för mig då som aldrig varit med om det här innan så då är det otroligt viktigt att man får den känslan att man kommer till kompetenta människor som ska ta hand om det här då det är ju jätteviktigt. Jag kände mig inte som en i mängden”
(9;125-130)

Det fanns en oro att inte ha kontroll över situationen i samband med operationen. Genom att få tillfälle att prata med flera professioner förstärktes tilliten för sjukvården och detta gav informanterna en känsla av att ha kontroll över situationen. En informant uttryckte att det gick att somna lugnt kvällen innan operation.

”... så samtalet här i kombination med narkosläkarens samtal lugnade mig, det gjorde att det kändes bra, jag var lugn, inte nervös, inte rädd... Jag kunde somna utan att känna mig orolig”(3;127-129)

Några kände tvivel och osäkerhet över att det som personalen informerade om kunde stämma, såsom att kunna äta och gå upp direkt efter operationen. Genom att personalen förklarade hur det var möjligt och varför det var så viktigt blev det lättare att lita på informationen och de fick då tillit till vårdpersonalen. Förklaringarna gjorde att informanterna utförde handlingar som de annars inte skulle ha gjort.

”Jag litade nog på dem helt och hållet där... man var ju uppe och gick lite även om det tog emot, man fick ju det förklarat för mig varför man skulle göra det”(12;61-62,67-68)

Informanterna tyckte det var värdefullt när personalen förmedlade en positiv känsla att det här kommer gå bra och att det för var dag som går kommer att bli bättre.

Ansvar

Informanterna hade tagit ansvar och läst den skriftliga informationen hemma innan informationssamtalet. De hade funderat på ev. frågor som de sedan ställde under informationsamtalet. Många var medvetna om sitt eget ansvar och utförde de handlingar de var ålagda att göra innan, under och efter vårdtiden. De förstod att det var viktigt att ta ansvar och uttryckte att de inte bara kunde förvänta sig att de ska få allt, utan alla hade ett eget ansvar att det ska bli bra. Trots att det tog emot p.g.a. t.ex. smärta och dålig matlust utförde de det de skulle göra.

”Man visste att man ska försöka så fort som möjligt att komma igång med att komma upp, helst samma dag du kommer upp på avdelningen... Det kändes viktigt att försöka leva upp till det” (4;97-100, 137)

Några uttryckte en viss tveksamhet över att avsätta en dag till informationsamtalet, eftersom de fick ta ledigt från sitt arbete. Efteråt var det ingen som ångrade sitt beslut då de upplevde informationen viktig.

En informant uttryckte att inställningen att själv påskynda återhämtningen påverkades av informationsamtalet och var efter detta inställd på att bli aktiv i sin egen återhämtning. Informanten tog ansvar för sin återhämtning genom att sätta upp egna mål för dagarna efter operationen. Flera uttryckte att de följde instruktionerna som de hade fått och tog ansvar för det som de själva kunde påverka. En informant uttryckte att det var lättare att ta ansvar då instruktionerna var bra och om informanten trodde på dem, så följdes instruktionerna. Vissa trodde att om informationen uteblivit hade de följt sin egen känsla, t.ex. att inte gå upp ur sängen för mobilisering om det gjorde lite ont. Flera uttryckte att de gjorde allt de blev tillsagda att göra, men en informant tyckte det var viktigt att ha egna idéer och funderingar, att inte vara passiv och bara lämna ut sig till någon annan. Det upplevdes värdefullt att ha informationen på papper under vårdtiden, på så vis blev informanterna påminda om det som skulle göras och kunde då själva ta ansvar för det som var planerat.

”Bra att ha det på papper liksom, det var en liten extra koll på att nu måste jag göra det. Att man sen inte kunde följa det till punkt och pricka, det är ju en helt annan sak men man hade det att sträva mot iallafall” (2; 135-136)

En informant tyckte inte att informationsamtalet och vårdtiden hängde ihop. Mycket information som gavs på informationsamtalet följdes inte upp av vårdpersonalen under vårdtiden, det var som om det var två skilda delar det handlade om. Informanten tyckte också att det var svårt att under vårdtiden komma ihåg allt som

sades på informationssamtalet. Informanten tyckte att vårdpersonalen skulle knutit an mer till informationssamtalet under vårdtiden och kontrollerat att informanten gjorde det som skulle göras då det största ansvaret ligger på vårdpersonalen.

”Jag är en vuxen människa som får ta ansvar själv men det blev inte av... näringsdryckerna, det kunde jag ju ta själv men det gjorde jag inte. Vem har det övergripande ansvaret att kolla att patienterna sköter det de ska göra?” (11;315-316,320-322)

Delaktighet

Informanterna var delaktiga i sin vård genom att själva aktivt medverka och utföra vissa handlingar både innan, under och efter vårdtiden. Innan de blivit inlagda kunde de hemma t.ex. ta den blodförtunnande sprutan själv, dricka sin Preopdryck och även läsa den skriftliga information de fått hemskickat. En informant uttryckte att det därmed var skönt att slippa vara inlagd mer än nödvändigt.

Under vårdtiden var många delaktiga genom att fylla i sina checklistor angående matintag och mobilisering.

”... i början skrev ju dom vad jag åt och hur mycket jag drack... men sen fyllde jag i det själv”(7;151-152)

En informant förväntade sig att vara mer delaktig i sin vård efter att ha varit på informationssamtalet. Informanten fyllde aldrig i sin checklista som låg på sängbordet, utan upplevde att detta inte var viktigt att vara delaktig i eftersom personalen aldrig frågade om checklistan följdes.

Informanterna var också delaktiga i sin mobilisering. De var från början inställda på att mobiliseras tidigt och tog själva initiativ att komma upp och gå samt äta sina måltider i matsalen. Dom drev sig till fysisk aktivitet och ökade på träningen för varje dag.

”... jag tog mina promenader för att få igång magen, jag hämtade mat själv som jag åt där.”(8;88-89)

Efter informationssamtalet visste informanterna vad som skulle hända de postoperativa dagarna, de uttryckte därmed att det blev självklart att vara delaktig i sin egen vård. En informant tog själv initiativet att komma upp ur sängen på operationskvällen utan att vårdpersonal kommit med förslaget.

”... det var ju ingen som sa till mig på kvällen när jag kom upp från operation... upp och försök att röra på dig... utan det var ju mer man frågade hur kopplar jag loss det här... så jag kan kliva ur sängen” (5;173-176)

Många tyckte att de var delaktiga när de utförde sina aktiviteter medan en informant menade att delaktighet var att uttrycka sina behov för vårdpersonalen. En informant uttryckte att det var svårt att vara delaktig i vården då det hela tiden fanns

vårdpersonal i närheten som gjorde att informanten inte själv hann ta initiativ t.ex. till mobilisering. Genom att anhöriga deltog på informationssamtalet upplevde informanterna att båda kunde vara delaktiga i återhämtningen efter utskrivning till hemmet.

Alla teman är relaterade till varandra och illustrerar en positiv och en negativ sida av den upplevda erfarenheten. De visar på olika nyanser av fenomenet som tillsammans bildar en helhet av upplevelsen; ERAS- samtalet och dess påverkan på vårddagen.

Diskussion

Metoddiskussion

Då syftet med studien var att identifiera och beskriva informanternas upplevelse av informationssamtalet valdes en kvalitativ ansats. Olika metodologiska inriktningar diskuterades, såsom innehållsanalys, fenomenologi eller Grounded theory. För att nå djupet i patienternas upplevelser valdes tolkande fenomenologi som utforskar individens personliga upplevelse av en händelse. Med IPA undersöks den enskilda informantens upplevelse och vad som uppstår i mötet mellan informanten och forskaren. Forskarens förförståelse har betydelse för studien och påverkar hur informantens subjektiva upplevelse tolkas. Vår förförståelse underlättade intervjusituationen och påverkade tolkningen av resultatet. Trots detta försökte vi att vara neutrala och inte tolka in våra egna upplevelser. Urvalet är ändamålsenligt valt och inte slumpmässigt då vi i vår studie var vi intresserade av ERAS- patienternas upplevelse. Vid IPA kan data samlas in via semistrukturerade intervjuer och en intervjuguide upprättas som innehåller frågeområden som svarar mot syftet. Intervjuguiden används flexibelt och intervjuaren kan själv välja ordning för de olika frågeområdena. Informanten berättar sin upplevelse med egna ord och intervjuaren har en lyssnande roll. Intervjuguiden innehåller öppna frågor för att ge ett fylligt och rikt material. Det är då möjligt att gå djupare mot det som svarar mot syftet och uttala sig om den enskilde individen till motsatsen från vad som vore möjligt med kvantitativt instrument som vill generalisera. Fördelen med IPA är det öppna tillvägagångssättet som kan leda till ny kunskap. En intervjuguide användes som stöd för att hålla oss till syftet (Smith et al. 2009).

Efter diskussion och genomgång av provintervjuer med handledaren ändrades inget i intervjuguiden. Intervjuguiden svarade mot syftet och gav rikligt material. Kvaliteten på intervjuerna påverkades av att vi var oerfarna intervjuare (Kvale et al. 2009), vilket visade sig i att en intervju inte kunde användas. Under de första intervjuerna var det svårt att få informanterna att hålla sig enbart till syftet, då informanterna tilläts prata om mycket annat. Under datainsamlingens gång blev det bättre kvalitet på intervjuerna. Genom att ställa den första öppna frågan var det lätt för informanterna att börja prata om ämnet. Under samtalets gång använde vi frågeområdena i intervjuguiden upprepade gånger för att fånga upplevelserna från olika håll och för att få fylliga svar. Förtydligande efterfrågades och deras sista ord i meningarna upprepades för att informanterna skulle beskriva ytterligare och för att undvika att intervjuaren var styrande (Kvale et al. 2009).

Intervjuerna genomfördes från december 2010 till april 2011. Informanterna behövde inte förklara varför de inte ville delta men ett fåtal angav ett skäl t.ex. start av behandling. Urvalet har fler män än kvinnor men det representerades som fördelningen var bland de opererade under denna period. Alla intervjuer utom en ägde rum i anhörigrummet utanför avdelningen. Det poängterades noga vid förfrågan att de fick välja tid och plats för intervju. Då det flesta uttryckte att det inte spelade någon roll var intervjun ägde rum så föreslog vi några olika alternativ. Informanterna valde då att bli intervjuade på sjukhuset i samband med återbesöket. Under alla intervjuer var vi som författare till studien privatklädda för inte patienten skulle hamna i underläge och för att de skulle känna sig bekväma med situationen (Smith et al. 2009).

Under tidsperioden för datainsamlingen undvek författarna att vårda dessa patienter på vårdavdelningen för att inte påverka resultatet. Detta var svårt att hålla under de perioderna vi arbetade natt men då låg huvudansvaret hos en annan sjuksköterska. Författarna utförde endast stödjande insatser hos dessa patienter för att undvika att patienten skulle hamna i beroendeställning.

Under analysen användes Smith analysmetod steg för steg. IPA upplevdes vara strukturerad och väl beskriven (Smith et al. 2009). Första delen av analysen gjordes individuellt och separat. Detta gjordes genom att läsa igenom alla intervjuerna samt att göra marginalanteckningar och att hitta framträdande tema för varje intervjuutskrift. Efter detta träffades författarna och gick igenom analysen och vi upptäckte att vi hade tänkt liknande och hittat samma tema. De återstående analysstegen gjordes gemensamt vilket upplevdes som en styrka då vi båda är oerfarna i ämnet. Resultatet har förstärkts med citat från informanterna. Citaten stärker kvalitén och validiteten i studien. Vi har också noggrant beskrivet tillvägagångssättet i forskningsprocessen och valt ett ämne som engagerar oss. Handledare har under arbetets gång granskat arbetet (Smith et al. 2009). Vi anser att vi bidrar med ny kunskap i ämnet då informationssamtalets betydelse till vår kännedom inte har beskrivits i tidigare kvalitativa studier.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att identifiera och beskriva patienters upplevelse av ERAS-samtalet och dess betydelse för patienters delaktighet i sin vård. En av hörnstenarna i ERAS- konceptet är preoperativ information (Kehlet & Wilmore 2002).

Vårt resultat visar att informationssamtalet har stor betydelse för patienterna och analysarbetet resulterade i fem olika teman; bli sedd, trygghet, tillit, ansvar och delaktighet. För att patienterna ska känna sig välinformerade och vara förberedda inför en operation och återhämtning är informationssamtalet en viktig del i vårdförloppet (Fearon et al. 2005). Detta överensstämmer med Kents studie (1998), som redan då påtalade vikten av en välinformerad patient. Vår studie visar att informationssamtalet har betydelse för patienternas delaktighet och förmåga att ta ansvar för egna handlingar.

Resultatet från alla fem teman visar att informationssamtalet har betydelse för att patienterna ska känna sig bekräftade av vårdpersonalen. Samtalet upplevdes

personligt och det var värdefullt att avsatt tid fanns för att ställa frågor. Detta överensstämmer även med tidigare studie, att då sjuksköterskor tar sig tid för att informera preoperativt får patienterna en känsla av att känna sig viktiga och speciella. Patienternas ångest och stress minskas av det preoperativa samtalet (Lindwall et al. 2003).

I vår studie upplevde informanterna att de var i centrum under informationssamtalet men under vårdtiden upplevde några informanter sig som en i mängden, vilket resulterade i att delaktigheten hämmades. Vårdpersonal behöver under vårdtiden knyta an mer till den information som ges på informationssamtalet, annars upplevs inte informationen som viktig och patienten blir inte delaktig på det sätt som var önskat/är önskat. Stöd och uppmuntran har betydelse, för patientens delaktighet under vårdtiden. Studier bekräftar att lyssna och vara lyhörd för individuella behov (Allvin 2008), och att tid ges till patienten (Beaver et al. 2005) har betydelse för delaktigheten. Det upplevdes viktigt för patienterna att höra att imorgon kommer du må bättre samt ha mål för dagen, att ha något att sträva efter. Att fokusera på mål främjar delaktigheten, Sahlsten et. al. (2009) skriver i sin studie att det krävs ett nära samarbete med patienten och en vilja att lära känna patienten för att stimulera och optimera patientens delaktighet. Det är också viktigt att stärka patientens egenvårdskapacitet genom att motivera och fokusera på identifierade mål (Sahlsten et al. 2009). Positiv feedback är betydelsefullt för patientens delaktighet i sin återhämtning. Stödet från vårdpersonalen kan vara avgörande i patientens återhämtning (Norlyk & Harder 2009). Det kan vara ett hinder för delaktighet är att patienten inser sin egen oförmåga, brist på empati från vårdpersonalen och kvarvarande attityder och strukturer (Larsson et al. 2011).

Efter operationen uttryckte informanterna att det var svårt att komma ihåg informationen som getts vid informationssamtalet, informanterna uttryckte att de mest hade fokus på hur operationen hade gått. Vårdpersonalen behöver upprepa informationen som gavs på informationssamtalet under hela vårdtiden. Tidigare studie beskriver att om informationen ges kontinuerligt så ökar patientens delaktighet. Detta leder till att patienterna upplever att de har kontroll över situationen (Grönnestad & Blystad 2004). Allvin (2008) skriver i sin studie att informationen behöver upprepas under vårdtiden. Det är positivt för återhämtningen att den tänkta planen genomförs. Det är negativt för patientens återhämtning att få motsägelsefull information. Detta stämmer med vad våra informanter upplevde, de uttryckte att det var en trygghet att det blev som planerat. Några informanter upplevde också att de fick dubbla budskap både muntligt och skriftligt vilket gav en känsla av otrygghet.

Vårt resultat visar att patienterna upplevde sin delaktighet olika, en del ansågs sig delaktiga när de uttryckte sina behov medan andra menade att de var delaktiga när de utförde handlingar inom nutrition och mobilisering. Vårdpersonalen behöver vara medveten om att upplevelsen av delaktighet är olika för patienterna och det är viktigt att lyssna på patienterna (Eldh et al. 2006). Kontinuerliga samtal i syfte att utbyta kunskap gör att patienterna känner delaktighet. Det ger information och bekräftelse på att det som patienten säger tas till vara och respekteras (Kiessling 2004).

Informationssamtalet lade grunden för en känsla av tillit till personalen, informanterna upplevde personalen som kompetent, att de visste vad de gjorde. Detta bekräftas i tidigare studie att informationen gör att patienterna känner sig trygga, de upplever att personalen har den kunskap och kompetens som krävs och därmed ökar tilliten till vårdpersonalen (Grönnestad & Blystad 2004). Informanterna upplevde att information från flera olika professioner stärkte tilliten till personalen, patienten kände en trygghet då det gav en övergripande bild av vårdförloppet. Att ingå i ERAS- konceptet ger patienten tillit då konceptet upplevs strukturerat (Norlyk & Harder 2009). Resultatet visar att det uppstod tillit då personalen förklarade varför handlingar skulle utföras. Informanterna utförde då handlingar som de var tveksamma till såsom att äta fast en bit av tarmen var bortopererad eller att mobiliseras trots viss smärta. Genom att förklara varför handlingar ska utföras stärks delaktigheten (Spence Laschinger et al. 2010). Vårdpersonal måste försäkra sig om att patienten förstår den givna informationen för att kunna vara delaktig (Beaver et al. 2005). Vi anser att känna tillit till vårdpersonalen under vårdtillfället påverkar om patienterna följer den informationen som givits och är avgörande för att patienterna blir delaktiga.

Det var betydelsefullt att informationen ägde rum en vecka innan operation då det upplevdes vara mycket information som skulle bearbetas, detta överensstämmer med vad andra studier också funnit (Mitchell 2007). Informanterna upplevde det värdefullt att se lokalerna och personalen innan. Miljön upplevdes mindre skrämmande och hotfull. Det gav en trygghet att bekanta sig med lokalerna och att vara förberedd genom att ha läst den skriftliga informationen innan samtalet och inläggningen. Känslan av maktlöshet hos patienten minskar därmed (Spence Laschinger et al. 2010). Garretson (2004) menar att det optimala är strukturerad information där det ingår skriftlig information, samtal med sjuksköterska innan inläggning och en rundvandring på avdelningen. Medan Eldh et. al (2006) menar att strukturerad information hämmar delaktigheten och att informationen ska ges individuellt. Vårt resultat visar att patienterna upplevde det olika vad samtalet handlade om. Trots att de fick samma information, uppgav en informant att informationssamtalet handlade om smärtlindring medan en annan informant tyckte att det handlade om det som händer innan operationen. Vi anser att det är viktigt att vara lyhörd på vad varje patient behöver veta samt ge individuell information samtidigt som den är strukturerad. Patienterna har skiftande grad av oro och behöver därmed individuell information. Mitchell (2007) skriver i sin studie att patienter som ska opereras har fokus på det som ska komma, snarare än den information som ges. Informanter utan vårderfarenhet har svårt att veta vad de ska fråga om då allt är nytt för dem. Det blir då mer att de tar emot information. Studien av Grönnestad och Blystad (2004) visar att dessa patienter, utan vårderfarenhet har mer behov av information. ERAS- samtalet och dess struktur gör att patienten blir välinformerad om hela vårdförloppet och att inga detaljer glöms bort. Att det upplevs olika vad samtalet mest handlar om beror på patientens inställning. Det behöver inte vara negativt för patienten, då den ändå upplevs personlig. Den individuella informationen ges efter patientens behov och de utan vårderfarenhet får genom strukturen i samtalet information om hela vårdförloppet.

Informanterna upplevde att den skriftliga informationen var betydelsefull. De hade läst den innan informationssamtalet och var på så sätt förberedda med ev. frågor och

vad som skulle hända. Att ha fått möjlighet att läsa den i lugn och ro hemma betonade flera informanter som viktigt och de uttryckte att de kände sig förberedda inför samtalet. Kruzik (2009) betonar i sin studie att det är lättare att ta till sig informationen innan inläggning på sjukhus. Under vårdtiden läste informanterna den skriftliga informationen för att uppdatera sig själva och kunde därmed ta ansvar för det som var planerat. Det blev en påminnelse för dem själva att utföra det de kunde ta ansvar för. Den skriftliga informationen användes som en kontroll för att se om det planerade schemat följdes. Informanterna uppmärksammade om vårdpersonalen frångick schemat. Walker (2007) bekräftar i sin studie att den skriftliga informationen används för att uppdatera sig med.

Efter att ha varit på informationssamtalet var informanterna medvetna om sitt eget ansvar under vårdtiden och utförde sedan det som var bestämt att de skulle göra. Handlingar som de själva kunde påverka upplevdes inte svårt att ta ansvar för eller vara delaktig i och utföra såsom mobilisering och nutrition. Trots att det tog emot av t.ex. smärta och illamående utfördes det som de hade ansvar för. En informant tog inget eget ansvar utan uttryckte att vårdpersonalen skulle ha allt ansvar och tala om när handlingar skulle ske. Detta hämmade informantens delaktighet. Vårdpersonalen skulle ha påmint om och kontrollerat att de handlingar som informanten själv skulle ha utfört blev gjorda. På så vis skulle informanten ha fått ökad förståelse för att det var viktigt. Då inte någon påminde eller kontrollerade informanten upplevdes det som oviktigt att utföra det informanten skulle göra. Flera informanter uttryckte dock att de själva har ett ansvar att det ska bli bra och att få komma hem fort, därför upplevdes inte ansvaret som något betungande. I Norlyks och Harders studie (2009) beskrivs patientens vilja och motivation att ta ansvar för att återhämta sig snabbt och att vårdpersonalen ska låta patienten ta eget ansvar. Det krävs dock mod från patienten att våga ta ansvar. Vårdpersonalen måste ha patientfokus och ha insikt om patientens otrygghet för att kunna stärka patientens ansvar (Norlyk & Harder 2009). Efter informationssamtalet får patienterna ta ansvar för vissa handlingar, vårdpersonalen behöver dock uppmuntra och bekräfta patienten under hela vårdtiden anser vi, då informanterna kan vara osäkra i sin roll. Vi som författare anser att vårdpersonalen inte alltid är medveten om denna osäkerhet hos patienterna vilket kan var en förklaring till att patienterna inte alltid gör som vårdpersonalen informerat om.

Resultatet visar att det är viktigt att anhöriga blir involverade redan vid ERAS-samtalet för att kunna stötta patienten i återhämtningen. Anhöriga har då en stöttande roll i återhämtningen och kan påminna patienterna om det som sades på informationssamtalet och de blir på så vis också delaktiga. Liktydiga resultat finns i andra studier (Basse et al. 2000; Ljungqvist et al. 2007).

Resultatet visar att patienterna inte kände sig sedda vid utskrivningen då det gavs för lite information och tid. Informanterna hade önskat mer information om bl.a. ev. kostrestriktioner. Det bekräftas av tidigare studie att för lite information ges till patienter som genomgått bukkirurgi. Studien visar på vikten av att ge patienterna information vid utskrivning då patienten känner en osäkerhet och har många frågor (Williams 2008). Vårt resultat visar att det uppföljande telefonsamtalet upplevdes lika betydelsefullt som det preoperativa informationssamtalet. Detta bekräftas av en tidigare studie att en möjlighet att ge patienten stöd är ett uppföljande telefonsamtal efter utskrivning. Det är en stor utmaning som sjuksköterska att vara lyhörda och

uppmuntra patienterna att prata om sina svårigheter och behov. Sjuksköterskan är en viktig kontakt som ger vård, information, stöd och samordnar patienternas vård före och efter operationen som kan minska patienternas känslor av osäkerhet och rädsla (Jonsson et al. 2010).

Konklusion

Resultatet visar att patienterna känner sig sedda under informationssamtalet. Vårdpersonalen behöver dock knyta an mer till informationssamtalet under vårdtiden. Det är viktigt att bekräfta patienten för att de ska vara delaktiga och ta eget ansvar. Vårdtillfället är en ny och obekant händelse för många patienter och informationssamtalet ger trygghet genom att förbereda patienten på vad som ska hända samt ger möjlighet att bekanta sig med miljön. Tilliten till vårdpersonalen har betydelse för att patienterna ska känna trygghet och för att patienterna ska bli delaktiga i sin vård. Grunden till tilliten läggs redan vid informationssamtalet. Att få information om varför handlingar ska utföras, är avgörande för patientens delaktighet. Anhöriga har en betydande roll för att stötta patienterna i sin återhämtning. Informationen vid utskrivningen brister men det uppföljande telefonsamtalet en vecka efter utskrivning är betydelsefullt för patienterna. Denna studie visar att ERAS- samtalet upplevs strukturerat och individuellt men att informationen måste följa patienterna under hela vårdtillfället, vilket brister enligt denna studie.

Implikation

Studiens resultat visar på brister som informanterna upplevde, dessa har synliggjorts och ger kunskap som kan användas för att förbättra vårdtillfället för patienten.

Därför föreslås att:

- Vårdpersonalen måste bekräfta patienterna mer under hela vårdtiden.
- Vårdpersonalen behöver medvetandegöra patienternas ansvar och delaktighet och involvera patienterna mer genom att t.ex. fråga: Vad är dina mål för dagen? Är det något som du kan ta ansvar för själv?
- Det behöver även utvecklas en struktur för vilken information som ska ges i samband med utskrivningen och vem som ska ge denna.
- För att öka förutsättningarna för patientens delaktighet i sin vård, krävs att vårdpersonalen och patienterna är medvetna om varandras ansvar.
- Vårdpersonalen behöver påminna patienterna efter operation om vad som sagts på informationssamtalet, för deras tankar är upptagna med hur operationen har gått.

Referenslista

- Allvin, R., Ehnfors, M., Rawal, N. & Idvall, E. 2008. "*Experiences of the postoperative recovery process: an interview study.*" *Open Nurs J* 2:1-7.
- Basse, L., Hjort Jakobsen, D., Billesbolle, P., Werner, M. & Kehlet, H. 2000. "*A clinical pathway to accelerate recovery after colonic resection.*" *Ann Surg* 232(1):51-57.
- Beaver, K., Jones, D., Susnerwala, S., Craven, O., Tomlinson, M., Witham, G. & Luker, K.A. 2005. "*Exploring the decision-making preferences of people with colorectal cancer.*" *Health Expect* 8(2):103-113.
- Eldh, A.C., Ekman, I. & Ehnfors, M. 2006. "*Conditions for patient participation and non-participation in health care.*" *Nurs Ethics* 13(5):503-514.
- Fearon, K.C., Ljungqvist, O., Von Meyenfeldt, M., Revhaug, A., Dejong, C.H., Lassen, K., Nygren, J., Hausel, J., Soop, M., Andersen, J. & Kehlet, H. 2005. "*Enhanced recovery after surgery: a consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resection.*" *Clin Nutr* 24(3):466-477.
- Garretson, S. 2004. "*Benefits of pre-operative information programmes.*" *Nurs Stand* 18(47):33-37.
- Grönnestad, B.K. & Blystad, A. 2004. "*Patients' experience with information in connection with an operation -- a qualitative study.*" *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden* 24(4):4-8.
- Haglund, U., Hamberger, B., Arnér, S. & Wilhelmsson, J. 2002. *Kirurgi*. Stockholm: Liber.
- Hermerén, G. 1996. *Kunskapens pris : forskningsetiska problem och principer i humaniora och samhällsvetenskap*. Stockholm : Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet (HSFR)
- Hughes, S. 2002. "*The effects of giving patients pre-operative information.*" *Nurs Stand* 16(28):33-37.
- Jeppsson, B., Peterson, H-I, Risberg, B. 2001. *Kirurgi*. Lund: Studentlitteratur.
- Jonsson, C.A., Stenberg, A. & Frisman, G.H. 2010. "*The lived experience of the early postoperative period after colorectal cancer surgery.*" *Eur J Cancer Care (Engl)* 20(2):248-256.
- Järhult, J., Offenbartl, K. & Wilhelmsson, J. 2006. *Kirurgiboken : vård av patienter med kirurgiska, urologiska och ortopediska sjukdomar*. Stockholm: Liber.

- Kehlet, H. & Wilmore, D.W. 2002. *"Multimodal strategies to improve surgical outcome."* Am J Surg 183(6):630-641.
- Kent, E. 1998. *"Preoperative teaching: the role of the surgical nurse?"* Br J Theatre Nurs 8(7):34-36.
- Keulers, B.J., Scheltinga, M.R., Houterman, S., Van Der Wilt, G.J. & Spauwen, P.H. 2008. *"Surgeons underestimate their patients' desire for preoperative information."* World J Surg 32(6):964-970.
- Kiessling, T. & Kjellgren, K. 2004. *"Patienters upplevelser av delaktighet i vården."* Vård i Norden(4):31-35.
- Klang Söderkvist, B. 2008. Patientundervisning. Lund: Studentlitteratur.
- Kolorektala gastroteamet. 2010. Lokalt PM för Eras patienter (Kirurgkliniken Länssjukhuset Ryhov, Jönköping).
- Kruzik, N. 2009. *"Benefits of preoperative education for adult elective surgery patients."* AORN J 90(3):381-387.
- Kvale, S., Brinkmann, S. & Torhell, S.-E. 2009. Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, I.E., Sahlsten, M.J., Segesten, K. & Plos, K.A. 2011. *"Patients' perceptions of barriers for participation in nursing care."* Scand J Caring Sci 25(3):575-582.
- Lindwall, L., von Post, I. & Bergbom, I. 2003. *"Patients' and nurses' experiences of perioperative dialogues."* J Adv Nurs 43(3):246-253.
- Lithner, M. & Zilling, T. 2000. *"Pre- and postoperative information needs."* Patient Educ Couns 40(1):29-37.
- Ljungqvist, O., Hausel, J., Nygren, J., Thorell, A. & Soop, M. 2007. *"Preoperative patient preparation for enhanced recovery after surgery."* Transfus Altern Transfus Med 9(1):45-49.
- Mitchell, M. 2007. *"Psychological care of patients undergoing elective surgery."* Nurs Stand 21(30):48-55; quiz 58, 60.
- Mohn, A.C., Bernardshaw, S.V., Ristesund, S.M., Hovde Hansen, P.E. & Rokke, O. 2009. *"Enhanced recovery after colorectal surgery. Results from a prospective observational two-centre study."* Scand J Surg 98(3):155-159.
- Moiniche, S., Bulow, S., Hesselfeldt, P., Hestbaek, A. & Kehlet, H. 1995. *"Convalescence and hospital stay after colonic surgery with balanced analgesia, early oral feeding, and enforced mobilisation."* Eur J Surg 161(4):283-288.

- Norlyk, A. & Harder, I. 2009. "After colonic surgery: The lived experience of participating in a fast-track programme." *Int J Qual Stud Health Well-being* 4:170-180.
- Pritchard, M.J. 2009. "Managing anxiety in the elective surgical patient." *Br J Nurs* 18(7):416-419.
- Sahlsten, M.J., Larsson, I.E., Plos, K.A. & Lindencrona, C.S. 2005. "Hindrances for patient participation in nursing care." *Scand J Caring Sci* 19(3):223-229.
- Sahlsten, M.J., Larsson, I.E., Sjöström, B. & Plos, K.A. 2008. "An analysis of the concept of patient participation." *Nurs Forum* 43(1):2-11.
- Sahlsten, M.J., Larsson, I.E., Sjöström, B. & Plos, K.A. 2009. "Nurse strategies for optimising patient participation in nursing care." *Scand J Caring Sci* 23(3):490-497.
- Smith, J.A. 2007. *Qualitative psychology : a practical guide to research methods*. London: Sage.
- Smith, J.A., Flowers, P. & Larkin, M. 2009. *Interpretative phenomenological analysis : theory, method and research*. Los Angeles: Sage.
- Socialstyrelsen. 2005. "Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska" [Elektronisk resurs, hämtad oktober 06, 2010] http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf.
- Socialstyrelsen. 2007. "Nationella riktlinjer för kolorektalcancersjukvård : medicinskt och hälsoekonomiskt faktdokument" [Elektronisk resurs, hämtad oktober 06, 2010] <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/96F650D3-FE76-45B9-8715-DDCCC680C6CF/7266/20071024.pdf>.
- Socialstyrelsen. 2008. "Statistikdatabas: cancerstatistik" [Elektronisk resurs, hämtad oktober 06, 2010] <http://192.137.163.49/sdb/can/val.aspx>.
- Socialstyrelsen. 2010. *Författningshandboken 2010, HSL (Hälsa- och sjukvårdslagen), 1982:763. 41. uppl. Edition: Liber*.
- Spence Laschinger, H.K., Gilbert, S., Smith, L.M. & Leslie, K. 2010. "Towards a comprehensive theory of nurse/patient empowerment: applying Kanter's empowerment theory to patient care." *J Nurs Manag* 18(1):4-13.
- Thompson, J.S., Baxter, B.T., Allison, J.G., Johnson, F.E., Lee, K.K. & Park, W.Y. 2003. "Temporal patterns of postoperative complications." *Arch Surg* 138(6):596-602; discussion 602-593.
- Walker, J.A. 2007. "What is the effect of preoperative information on patient satisfaction?" *Br J Nurs* 16(1):27-32.

Varadhan, K.K., Lobo, D.N. & Ljungqvist, O. 2010a. "Enhanced recovery after surgery: the future of improving surgical care." *Crit Care Clin* 26(3):527-547.

Varadhan, K.K., Neal, K.R., Dejong, C.H., Fearon, K.C., Ljungqvist, O. & Lobo, D.N. 2010b. "The enhanced recovery after surgery (ERAS) pathway for patients undergoing major elective open colorectal surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials." *Clin Nutr* 29(4):434-440.

Vetenskapsrådet. 2003. "Riktlinjer för etisk värdering för medicinsk human forskning" [Elektronisk resurs, hämtad oktober 06, 2010]
http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/medicinsk_humanforskning_13.pdf.

Williams, B. 2008. "Supporting self-care of patients following general abdominal surgery." *J Clin Nurs* 17(5):584-592.

World Medical Association. 2008. "Helsingforsdeklarationen - etiska principer för medicinsk forskning på människor" [Elektronisk resurs, hämtad oktober 06, 2010]
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>.