



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Intraoperativ sammanfattning

- Nyttan av att ge en intraoperativ sammanfattning till nyopererade patienter.

Författare: Elin Nilsson
Mathias Johansson

Handledare: Bengt Svensson

Magisteruppsats

Våren 2019

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Intraoperativ sammanfattning

- Nyttan av att ge en intraoperativ sammanfattning till nyopererade patienter

Författare: Elin Nilsson
Mathias Johansson

Handledare: Bengt Svensson

Magisteruppsats

Våren 2019

Abstrakt

Bakgrund: I Sverige genomförs närmare 800 000 operationer årligen inom slutenvården. Att genomgå en operation kan upplevas som obehagligt och utlämnande då patienterna har begränsad insyn i den operativa verksamheten. Patienter som genomgår en operation efterfrågar utökad information om vad de genomgår i den intraoperativa fasen. **Syfte:** Syftet med studien var att beskriva patienternas upplevelser av att få en sammanfattning av det intraoperativa förloppet. **Metod:** Det intraoperativa förloppet sammanställdes i form av en sammanfattning som utvärderades med semistrukturerade intervjuer. Analysen genomfördes med en kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Resultatet presenteras i form av tre huvudkategorier *Vikten av mötet och det skrivna ordet – En nyvunnen insikt och kunskap – Betydelsen av att förstå och kunna dela med sig av det man genomlevt*, samt sex underkategorier. **Konklusion:** En intraoperativ sammanfattning har positiva effekter för patienterna i form av ökad trygghet, delaktighet och förståelse för deras intraoperativa vård.

Nyckelord

Information, intraoperativ sammanfattning, upplevelse

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

| | |
|--|----|
| Introduktion | 4 |
| Problemområde | 5 |
| Bakgrund | 5 |
| Perspektiv och utgångspunkter | 6 |
| Anestesi- samt operationssjuksköterskans roll och förhållningssätt | 6 |
| Att leva i sederat tillstånd | 7 |
| Syfte | 8 |
| Metod | 9 |
| Design | 9 |
| Urval | 9 |
| Instrument – Intraoperativ sammanfattning – intervju | 9 |
| Datainsamling | 10 |
| Förförståelse | 11 |
| Analys av data | 11 |
| Forskningsetiska avvägningar | 12 |
| Resultat | 14 |
| Vikten av mötet och det skrivna ordet | 14 |
| Sammanfattningens utformning och överlämnande påverkar möjligheten att tillgodogöra sig innehållet | 15 |
| En möjlighet att reflektera och blicka tillbaka | 16 |
| En nyvunnen insikt och kunskap | 17 |
| Ett oväntat resursbehov | 17 |
| Insikt och intresse för den intraoperativa processen | 18 |
| Betydelsen av att förstå och kunna dela med sig av det man genomlevt | 18 |
| Att känna trygghet | 18 |
| Möjlighet att dela sin upplevelse med närstående | 19 |
| Diskussion | 20 |
| Metoddiskussion | 20 |
| Resultatdiskussion | 22 |
| Konklusion och implikationer | 25 |
| Referenser | 26 |
| Bilaga 1 (6) | 32 |
| Bilaga 2 (6) | 35 |
| Bilaga 3 (6) | 36 |
| Bilaga 4 (6) | 39 |
| Bilaga 5 (6) | 42 |
| Bilaga 6 (6) | 44 |

Introduktion

Tänk dig att du vaknar upp efter en operation och har ont i halsen. Du förstår inte varför och funderingarna kring hur resultatet av operationen blev och vad som hänt från det att du somnade med mängder av okända människor runt omkring dig, tills det att du nyss vaknat börjar snurra i huvudet. Din kropp är delvis öm, smärtan diffus, slangar du inte vet funktionen av tangerar din kropp, och de pipande maskinerna är borta. Likaså alla de grönklädda människorna med munskydd som tidigare tyst omringat dig på operationssalen i väntan på att du skulle sluta dina ögon och somna. Det sista du minns är ögonen som mötte dina i just den stunden, alla lampor i taket, tystnaden trots alla människor som stod i rummet - vilken bryts av en mjuk röst, ett vänligt leende och de varma händerna som håller syrgasmasken över din näsa och mun som omsorgsfullt säger:

- *Tänk nu på någonting fint så ska du få sova en stund, jag är här hos dig hela tiden, och jag väcker dig om en stund, när vi är klara!*

En sjuksköterska kommer fram till dig och säger:

- *Allt har gått bra! Känns det okey? Har du ont?*

Men vad är det som har gått bra, vad har de gjort, vilka var alla de som var där, varför gjorde de allt det de gjorde?

Frågan du kanske ställer dig är: *Vad gjorde de egentligen med mig när jag sov?*

Problemområde

I Sverige har antalet operationer i slutenvården succesivt ökat sedan slutet av 90-talet från strax under 600 000 per år till strax under 800 000 år 2017 (Socialstyrelsen, 2018).

Att genomgå en operation är för många människor en livsomvälvande upplevelse (Karlsson, 2013). En del patienter kan även beskriva sitt liv utifrån innan och efter operationen (Åkesdotter-Gustavsson, 2008). Flertalet studier visar på att ett operativt ingrepp för många patienter är en emotionellt stor upplevelse och att förståelse, trygghet och information är avgörande delar för en god helhetsupplevelse av den perioperativa vården (Valeberg, 2013; Aasa, Hovbäck & Berterö, 2013). Att utelämnas sig i andras händer under den intraoperativa fasen kan för många patienter upplevas som skrämmande och obehaglig då de inte längre har kontroll över sin egen kropp och sitt eget varande, samtidigt som de saknar insikt och förståelse för vad som görs med dem under operationen (Åkesdotter-Gustavsson, 2008).

Patienternas upplevelser av att få information kring en specifik intraoperativ sammanfattning utifrån deras operation är dåligt redovisad inom den vetenskapliga litteraturen. Som sjuksköterskor med bakgrund i den postoperativa verksamheten erfar författarna att patienterna många gånger saknar nödvändig information om vad som skett intraoperativt. Samtidigt efterfrågar många patienter information om den intraoperativa fasen både i relation till de frågor de har beträffande det operativa ingreppet, och till de upplevelser patienterna erfar både fysiskt och psykiskt postoperativt.

Bakgrund

Med begreppet intraoperativ vård syftar författarna till den perioden från att patienten ankommer operationssalen till dess att patienten lämnar operationssalen. *Intra-* som prefix åsyftar till "tid under" (Collins Dictionary, 2012), medan begreppet *Per-* inte valdes då det huvudsakligen anges som *genom* (a.a.).

Begreppet upplevelse kan definieras som det en enskild individ upplever i en specifik situation. Denna upplevelse är individuell och förändras utifrån tidigare erfarenheter, kontext och sammanhang. Heidegger har vidareutvecklat begreppet i sådan mening att en upplevelse i sig kan medvetandegöras på ett nytt eller annorlunda vis vid förändring av kontexten en människa befinner sig i (Birkler, 2007).

Perspektiv och utgångspunkter

Svensk sjuksköterskeförening (2017) har sammanställt sex kärnkompetenser vars utgångspunkter verkar som grund i sjuksköterskans profession. Personcentrerad vård är en av kärnkompetenserna som åsyftar sjuksköterskans arbete med att möta varje enskild individ där hen befinner sig, identifiera och tillgodose de behov hen har (Socialstyrelsen, 2018b). Den personcentrerade vården är en viktig utgångspunkt i mötet mellan sjuksköterskan och patienten för att kunna identifiera både informations- och omvårdnadsbehov. Samtidigt skapar den goda förutsättningar för en ökad patientsäkerhet, trygghetsupplevelse, mottaglighet och förståelse för all den information sjuksköterskan förmedlar (a.a.), vilken många gånger kan vara såväl komplex som skrämmande.

Sjuksköterskan skall även utifrån sin kärnkompetens aktivt arbeta med informatik gentemot patienter, närstående och allmänheten (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Genom att aktivt arbeta med att skapa och sprida kunskap om såväl hälsa som ohälsa samt skapa förståelse för vad patienter har genomlevt i sin kontakt med vården kan ge ökad trygghet (Aasa, Hovbäck & Berterö, 2013). Ett flertal studier påvisar vikten av information till patienterna, och att detta genererar ett flertal positiva effekter. Samtidigt som det tydligt beskrivs att förståelse för vad man genomlevt som patient är av stor vikt för ens vidare emotionella bearbetning av upplevelsen (Åkerman, Ersson, Fridlund & Samuelson, 2013).

Anestesi- samt operationssjuksköterskans roll och förhållningssätt

Kärnkompetenserna återfinns även i kompetensbeskrivningarna för såväl anestesijuksköterskan som operationssjuksköterskan (RFAnIva, 2012; RFOp, 2011), vilka professionerna aktivt verkar utifrån. Ambitionsnivån beträffande såväl den egna kompetensen som kraven på sin omgivning hos dessa specialistsjuksköterskor är hög (Kilvered, Öhlen, Gustafsson, 2012). Anestesijuksköterskan ansvarar för patientens upplevelser inför operationen, samt den anesthesiologiska omvårdnaden. Anestesijuksköterskan ansvarar även för bedömningar, övervakning och dokumentation. De skall etablera och upprätthålla en fri luftväg för att kunna tillgodose patientens ventilation samtidigt som patientens cirkulation och vätskebalans skall kontrolleras och vid behov justeras (RFAnIva, 2012). Samtidigt ansvarar operationssjuksköterskan bland annat för att tillgodose att de hygieniska och aseptiska principerna upprätthålls så att det kirurgiska ingreppet kan genomföras på ett säkert sätt, samt förebyggande av smittspridning (RFOp, 2011). Operationssjuksköterskan ansvarar även för

upprätthållandet av en hög patientsäkerhet i relation till den medicintekniska utrustning som används såsom till exempel diatermi, röntgen med mera (a.a.).

I samband med den intraoperativa vården delar anesthesi- och operationssjuksköterskan på flera ansvarsområden. Det gemensamma målet som står i fokus är att bemöta och bevara patientens autonomi och värdighet utifrån dennes individuella behov. Det delade ansvaret består även av identitetskontroll, att verka förtroendeingivande och att utföra trygghetsskapande och skadeförebyggande omvårdnadsåtgärder. Utöver detta föreligger ett stort gemensamt ansvar för identifiering av potentiella utvecklingsområden som kan vara till gagn för patienterna i den intraoperativa omvårdnaden (RFOp, 2011; RFAnIva, 2012).

Operationsenheten upplevs av såväl patienter som övrig vårdpersonal som en relativt otillgänglig, svårförstådd och "dold" verksamhet (Hansen, 2012). En övervägande majoritet av befolkningen har liten eller ingen erfarenhet av operationssjukvård eller operationsenheter. Med anledning av detta kan patienterna uppleva både oro, rädsla och hot gentemot sin existens, även om det operativa ingreppet till sin natur är förhållandevis litet (a.a.). Då insynen till den operativa verksamheten är begränsad, finns det ett behov av att anesthesi- samt operationssjuksköterskan har förståelse för att vårdpersonal på andra enheter inte har full förståelse för den intraoperativa vården. Detta innebär att vårdpersonal utanför den operativa enheten kan ha svårigheter att delge patienter och närstående information om vad som hänt under den intraoperativa fasen. Inne på operationssalen bedrivs en högteknologisk och avancerad vård med patienten i fokus. Samtidigt som patienten är i fokus är det inte ovanligt med ett operationsteam på 5–6 personer som närvarar utöver patienten. Att som patient komma till en operationssal med så många människor, apparatur, ljud och inte själv ha kontroll över situationen kan väcka ett flertal olika känslor. Dessutom är det för många patienter en skrämmande situation att helt överlämna sig i främmande människors händer (Åkesdotter-Gustavsson, 2008).

Att leva i sederat tillstånd

Generell anesthesi av en patient innebär att försätta dem i en kontrollerad medvetslöshet där den sensoriska varseblivningen uteblir (Bodelsson, 2011). För många patienter kan denna vetskap vara skrämmande och skapa känslor av att förlora kontrollen i situationen (Karlsson, 2013).

“[...] Stina beskriver ingreppet i sin kropp som ett intrång hon inte har haft möjlighet att kontrollera eftersom hon varit nedsövd. Under den tid som Stina var nedsövd har kirurgen och medarbetarna tittat in i hennes kropp och studerat områden som hon själv inte har tillträde till och inte kan kontrollera. Att betraktas medan man sover kan kännas utlämnande i efterhand och frågan kvarstår Har jag betett mig som väntat eller?” (Karlstads universitet. Institutionen för samhällsvetenskap, 2005, s. 28.)

Åkerman et al. (2013) presenterar underlag för patienters upplevelse av att i efterförloppet av intensivvård få informationsunderlag i form av dagböcker (vidare kallat IVA-dagböcker) om vad de varit med om under vårdtiden, bland annat när de inte varit vid medvetande. Studien presenterar att närmre 90% av patienterna fick en ökad förståelse för vad de varit med om i samband med tiden på intensivvårdsavdelningen. De önskade att IVA-dagböckerna innehöll såväl medicinsk information om deras hälsotillstånd som omvårdnadsrelaterad information om hur de hanterats i sin dagliga omvårdnad. Även Bäckman & Walther (2001) har i sin studie noterat patienternas positiva inställning till IVA-dagböckerna som redogör för vad patienterna genomlevt. I studien framkommer också att närstående som har fått läsa dessa dagböcker i stor utsträckning uppskattat att få det bekräftat att personalen på ett bra vis vårdat deras närstående då de inte kunnat återberätta detta själva.

Underlaget som beskriver patienternas upplevelse av informationsbehov i samband med deras medvetslöshet är huvudsakligen undersökt inom intensivvården. Ett antal studier presenterar underlag som visar på att det föreligger önskemål från patienter som genomgår kirurgi att få reda på vad som händer under den intraoperativa fasen. Det klargörs dock inte hur patienterna önskar att informationen skall vara utformad, dess omfattning, eller detaljnivå. (Henselmans et al. 2012; Oswald et al. 2018).

Syfte

Syftet med studien var att beskriva patienternas upplevelser av att få en sammanfattning av det intraoperativa förloppet.

Metod

Design

Föreliggande studie genomfördes med bakgrund i att likartade studier riktade mot patientgruppen ej tidigare genomförts. Efter att informerat samtycke inhämtats från studiedeltagarna genomfördes studien i tre steg. Första steget innebar en noggrann observation av det intraoperativa förloppet och de åtgärder som genomfördes. Andra steget innebar att författarna kontrollerade sina noteringar kring de genomförda åtgärderna med ansvarig personal. Sedan sammanställdes en skriftlig personlig intraoperativ sammanfattning, vilken postoperativt överlämnades till patienten då hen återhämtat sig. Det tredje steget innebar en kvalitativ intervju för att utvärdera den detaljerade sammanfattningen samt deltagarnas upplevelse av densamma. Avsikten var att studera deltagarnas subjektiva upplevelser varvid den kvalitativa ansatsen ansågs bäst svara gentemot syftet (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008).

Urval

Inklusionskriterierna för studien var vuxna, över 18 år, oavsett könstillhörighet som skulle genomgå ett planerat nedre gastrointestiellt kirurgiskt ingrepp. Den avgränsade patientgruppen valdes med bakgrund i författarnas erfarenhet av att gruppen företrädesvis består av, efter omständigheterna fysiskt samt kognitivt välmående individer.

För att inkluderas i studien skulle deltagarna kunna förstå och tala svenska. Ett konsekutivt urval tillämpades för studien där urvalet baserades på de potentiella deltagare som under en specifik tidsperiod fanns tillgängliga, uppfyllde inklusionskriterierna och aktivt tackat ja till att medverka i studien (Polit & Beck, 2018; Jakobsson, 2011). Samtliga potentiella deltagare som uppfyllde inklusionskriterierna och planerades för operation under den begränsade samt förutbestämda tidsperioden tillfrågades om att delta. Samtliga tillfrågade tackade ja till att delta.

Instrument – Intraoperativ sammanfattning – intervju

Den intraoperativa sammanfattningen innehöll information om medicinsk behandling samt omvårdnadsåtgärder utförda intraoperativt. Den förklarade på ett enkelt sätt bakgrunden till dessa åtgärder samt förväntat utfall. Deltagarna erhöll i sammanfattningen information om

använd anestesimetod, genomförd övervakning, operativa förberedelser såsom positionering med mera. Sammanfattningen innehöll även en lättförståelig beskrivning av det operativa ingreppet samt tidsåtgång och involverad personal. Exempel på fiktiv sammanfattning återfinns i *bilaga 1*. Författarna tillämpade en utarbetad intervjuguide, *bilaga 2* i samband med de enskilda intervjuerna.

Datainsamling

Tillstånd om att få genomföra studien inhämtades från aktuella verksamhetschefer och enhetschefer genom ett skriftligt brev samt personligt besök med muntlig redogörelse av studiens bakgrund samt syfte, *bilaga 3* samt *bilaga 4*. Verksamhetschefen utsåg sedan en kontaktsjuksköterska på mottagningen som mellanhand. Denne fungerade som en länk mellan patienten och författarna. Mellanhanden erhöll ett informationsbrev, *bilaga 5* samt ett personligt besök för beskrivning av studien och dess inklusions- samt exklusionskriterier. Mellanhanden erhöll även det informationsunderlag som av mellanhanden skulle lämnas till de patienter som uppfyllde studiens inklusionskriterier samt samtyckesblanketter, *bilaga 6*. Författarna inhämtade det informerade samtycket preoperativt på avdelningen för att kunna svara på eventuella frågor från deltagarna.

Författarna närvarade vid deltagarnas operation samt sammanställde det intraoperativa förloppet i skriftlig form. I samband med operationen kontrollerades det muntligen med ansvariga sjuksköterskor inom respektive specialistområde vilka deltog i samband med det aktuella ingreppet att vårdförloppet uppfattats korrekt och att författarnas noteringar stämmer överens med vad som genomförts. Beskrivningen av det operativa ingreppet kontrollerades också tillsammans med ansvarig kirurg. Efter detta överlämnades den sammanställda intraoperativa sammanfattning till deltagaren som då också hade möjlighet att ställa frågor och vid behov få innehållet förtydligat. Tidpunkten för överlämnandet av materialet kunde inte i förväg specificeras då deltagarnas postoperativa mående fick styra när sammanfattningen lämnades. Deltagarna fick möjlighet att själva bestämma när och var på avdelningen de önskade att de uppföljande intervjuerna genomfördes (enskilt rum, samtalsrum mm.). Intervjuerna spelades in, för att senare transkriberas inför analysprocessen.

Intervjuerna genomfördes med semistrukturerad intervjumetod där frågorna som ställdes utifrån intervjuguiden var öppna och icke ledande. På så vis avsåg författarna kunna

identifiera deltagarnas upplevelser. En pilotintervju genomfördes, vilket i enlighet med Olsson & Sörensen (2011) kan göras med bakgrund av att undersöka om intervjuguiden svarar gentemot studiens syfte samt om frågorna behövde förändras. Då utfallet av pilotintervjun genererade ett fylligt material som svarade gentemot studiens syfte beslutade författarna i samråd med den aktuella deltagaren att inkludera materialet i studien.

Förförståelse

Författarna har erfarenhet av arbete med postoperativa patienter och var medvetna om att deras bakgrund riskerade att ge en vinklad bild av deltagarnas informationsbehov och upplevelser. För att minimera att förförståelsen påverkade resultatet bearbetade författarna insamlat intervjumaterial både enskilt och tillsammans. Detta för att minimera riskerna för att påverkas av tidigare erfarenheter.

Analys av data

Författarna analyserade det insamlade materialet med kvalitativ metod i form av en innehållsanalys baserad på beskrivningen av Lundman & Hällgren-Graneheim (2017). Efter de genomförda intervjuerna transkriberades materialet ord för ord för att ge en möjlighet till noggrann analys. Materialet lästes sedan igenom flera gånger av författarna enskilt för att på så vis ge en övergripande känsla för innehållet. Meningsbärande enheter identifierades enskilt av författarna för att sedan jämföras så att inget innehåll som svarade gentemot syftet förbisågs. De meningsbärande enheterna bestod av meningar, ord och stycken som svarade gentemot studiens syfte. De meningsbärande enheterna kondenserades sedan gemensamt för att minska volymen i materialet, utan att det förlorar sin mening och betydelse. Det kondenserade materialet kunde sedan generera koder genom att abstraheras. Koder med likartat innehåll genererade underkategorier samt kategorier. Det kodade materialet skulle inte kunna placeras i mer än en underkategori (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2017). Analysen genomfördes på både manifest och latent nivå. Genom det manifesta analyserades det konkreta i texten samtidigt som den latent förståelsen av materialet baserades på författarnas tolkning av texten (a.a).

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

| Meningsbärande enhet | Kondensering | Kod | Underkategori | Kategori |
|--|---|------------------------------|--|--|
| Kombinationseffekten tror jag är den bästa. Ett samtal med någon ihop med överlämnandet av pappret, det tror jag är det bästa. För då kan man ju ställa frågor, eh man kan maila och få svar med men här kan man ju alltså ställa frågor direkt av i och med att ni medverkar ju båda vid operationen så man kan ju faktiskt fråga så. | Bra med ett samtal i samband med överlämnandet så man kan ställa frågor och få svar direkt. | Bra med möjlighet att fråga. | Sammanfattningens utformning och överlämnande påverkar möjligheten att tillgodogöra sig innehållet | Vikten av mötet och det skrivna ordet |
| Att få de (informationen) i efterhand, aha var det så här det gick till och så, man får en större förståelse för hela processen tycker jag. | Information i efterhand ger större förståelse för processen. | Större förståelse. | Insikt och intresse för den intraoperativa processen | En nyvunnen insikt och kunskap |
| Jag tror nog det kan vara lite tryggnande att dom får svar på sina frågor [...] Dom har ju mycket oro ju (...) då är det ju bra om de kan läsa ett sånt papper. Då vet de ju vad som hänt. | Närståendes oro kan lindras genom vetskap om vad som hänt | Trygghet för närstående | Möjlighet att dela sin upplevelse med närstående | Betydelsen av att förstå och kunna dela med sig av det man genomlevt |

Forskningsetiska avvägningar

Med bakgrund i den tidigare beskrivningen av patientgruppen kunde författarna även konstatera att behandlingarna är företrädesvis kurativt inriktade och en övervägande majoritet av patienterna ser med tillförsikt på både behandling och sin egen framtid. Detta innebar inte att det gick att bortse från att det fanns risk för att deltagarna kunde ta illa vid sig i samband med att de ingående informerades om vad deras kropp utsatts för. Därav var det viktigt att den skriftliga information som gavs inte utformades så att den kunde missförstås eller kunde uppfattas som stötande. Särskild vikt lades vid att använda ett enkelt lättförståeligt språk,

befriat från medicinsk terminologi, i samband med överlämnandet av informationen fanns författarna närvarande för att kunna svara på frågor.

För att undvika en känsla av beroendeställning mellan författare och deltagare valdes en mellanhand ut för att fungera som en länk mellan den potentiella deltagaren och författarna i det första mötet där de introducerades för studiens upplägg. Det skriftliga samtycket inhämtades sedan av författarna på operationsdagen. På så vis fick deltagarna en möjlighet att ställa kompletterande frågor kring studien om behov förelåg.

I lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) tydliggörs att forskning endast får bedrivas med människor som i aktivt samförstånd samtyckt till att delta. I enlighet med World Medical Associations (2018) rekommendationer informerades samtliga deltagare i studien om att deras deltagande var helt frivilligt samt att de hade möjlighet att när som helst under studiens gång utan vidare förklaring avsluta sitt deltagande. Informationen erhöll patienterna både skriftligt vid mottagningsbesöket men även muntligt av författarna när samtyckesblanketten inhämtades på operationsdagen. Författarnas avsikt är inte att publicera studien som en vetenskaplig publikation, varvid godkännande från Etikprövningsnämnden inte var nödvändigt (SFS 2003:460). Innan studien genomförades inlämnades en komplett ansökan innehållande projektplan samt bilagor till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) vid Lunds universitet, institutionen för hälsovetenskaper för ett rådgivande yttrande. Yttrandet innehåll inga invändningar mot studien eller dess genomförande.

Samtliga deltagares intervjuer pseudonymiserades för att generera största möjliga konfidentialitet. Materialet förvarades i en låsbar brandbox i ett låsbart skåp i ett larmat utrymme vilket inga obehöriga äger tillträde till (Vetenskapsrådet, 2002). Med personuppgifter avsågs samtliga uppgifter som direkt eller indirekt kan kopplas till enskild individ. Endast uppgifter som behövs för studiens genomförande noterades (Codex, 2018). Genom ovan beskrivna metod och avvägningar ansågs informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002) tillgodosett.

Resultat

Totalt erbjöds tio personer att delta i studien. Samtliga tackade ja till att delta, vilket resulterade i ett utfall av att sex manliga och fyra kvinnliga deltagare, i en varierande ålder mellan 35 och 83 år, följdes genom den intraoperativa förloppet. Samtliga deltagare erhöll en intraoperativ sammanfattning. Av dessa intervjuades nio personer då en hade omfattande postoperativa komplikationer vilket gjorde att deltagaren avböjde intervjun. Analysen av de genomförda intervjuerna genererade tre huvudkategorier samt sex underkategorier, samt ett övergripande tema, se tabell 2.

Tabell 2 Översikt av underkategorier, kategorier och tema.

| Underkategori | Kategori | Tema |
|---|---|--|
| Sammanfattningens utformning och överlämnande påverkar möjligheten att tillgodogöra sig innehållet En möjlighet att reflektera och blicka tillbaka | Vikten av mötet och det skrivna ordet | Att förstå vad man genomlevt intraoperativt skapar trygghet och är betydelsefullt för både patienten och dess närstående |
| Ett oväntat resursbehov Insikt och intresse för den intraoperativa processen | En nyvunnen insikt och kunskap | |
| Att känna trygghet Möjlighet att dela sin upplevelse med närstående | Betydelsen av att förstå och kunna dela med sig av det man genomlevt | |

Vikten av mötet och det skrivna ordet

Analysen kring deltagarnas upplevelser av hur den intraoperativa sammanfattningens text gestaltade operationsförloppet och upplevelserna av den muntliga genomgången resulterade i två underkategorier. Dessa var *Sammanfattningens utformning och överlämnande påverkar möjligheten att tillgodogöra sig innehållet* och *En möjlighet att reflektera och blicka tillbaka*.

Sammanfattningens utformning och överlämnande påverkar möjligheten att tillgodogöra sig innehållet

Deltagarna gav uttryck för att sammanfattningens språk, utformning och omfattning hade betydelse för deras förmåga att kunna tillgodogöra sig informationen. De uppgav att om mängden information blev för mycket så kunde materialet kännas betungande att läsa och ta till sig.

”Därför att det var lättskrivet och inte för mycket skrivet, för då orkar man inte läsa det” (7.2–10)

Upplevelsen av att få en sammanfattning om en främmande och komplex situation på ett sådant vis att det ökade deltagarnas kunskap upplevdes positivt hos deltagarna. Språkbruket och förklaringarna i sammanfattningen var avgörande för att deltagarna skulle få denna upplevelse.

”Om man säger så, inte för som läkare emellan kan prata, utan så här pratar vi som inte kan termerna i sig själv. Det är väldigt rent och tydligt skrivit vad som hänt” (4.1–6)

”Nej, det stod inte på läkarspråk, det stod på svenska så jag förstod” [skratt] (7.1–9)

Ett lättförstått, begripligt språk ansågs viktigt för helhetsupplevelsen. Deltagarna påtalade att det var viktigt att balansen i språket inte övergick i en riktning där mottagaren kunde uppleva sig förminskad eller okunnig utifrån hur informationen var utformad. Detta var dock inget deltagarna själva kände utifrån sina intraoperativa sammanfattningar.

Deltagarna upplevde att detaljrikedomen i sammanfattningen beträffande det praktiska genomförandet såväl kring förberedelser som det rent kirurgiska var av värde. Det framkom även önskemål om att inkludera bilder i materialet vilket upplevdes kunna möjliggöra än mer insikt och var en önskvärd utveckling. Det förekom även önskemål om en motsvarande utökad information beträffande det postoperativa förloppet.

”Ska man lägga in en liten kanske ytterligare förbättringsförslag [...] eventuellt en bild, ett sånt här papper som visar att så här och så här ser det ut, hade säkert varit jättebra.” (1.1–1)

Deltagarna fann ett värde i att få informationen i skriftligt format kombinerat med ett personligt överlämnande, vilket gav dem möjlighet att diskutera och bearbeta materialet. Samtidigt som de fick möjlighet att ventilera eventuella frågeställningar som uppkom när de läste sammanfattningen. Det förekom dock delade meningar om den professionella kontakten som överlämnade och gick igenom underlaget behövde vara personal som medverkat vid ingreppet eller om det endast behövde vara personal med kunskap inom det specifika verksamhetsområdet.

”Ett samtal ihop med någon ihop med överlämnandet av pappret, det tror jag är det bästa, för då kan man ju ställa frågor” (4.1–6)

”Jag tror det kan räcka med annan personal, det tror jag. Som är utbildad därigenom, tror jag.” (7.1–9)

En möjlighet att reflektera och blicka tillbaka

Deltagarna såg ett värde och en nytta i det skriftliga formatet. Den intraoperativa sammanfattningen gav dem även på längre sikt en möjlighet att gå tillbaka och läsa igenom vad de har gått igenom.

”Det här är ju en bra sammanfattning, sånt här glömmar man ju så det är ju naturligtvis bra att man, just det, så här var det” (1.2–2)

Genom att gå tillbaka till materialet upplevde deltagarna att det kunde användas som en form av underlag för att bearbeta sina upplevelser. Det gav också en möjlighet för de att kontrollera att deras tankar om vad som hänt verkligen var det som gjorts under operationen. Deltagarna gav uttryck för att mycket av all muntlig information som delges dem under deras sjukhusvistelse passerar förbi mentalt då informationsflödet är väldigt omfattande. Det skriftliga formatet framkom i dessa fall som en bra möjlighet till återblick, verifiering och en möjlighet att begripliggöra vad deltagarna genomgått.

”Aa, så du kommer ihåg vad du har fått för information. Det måste ju återupprepas” (3.1–5)

”Jag kan nog tycka att det är kul att titta tillbaka på den sen. Jag tror inte jag har förstått det riktigt att jag har genomgått detta. Faktiskt fortfarande inte [...] Förstår i min tanke att om jag inte hade gjort detta hade jag ju dött. Så det fanns inget alternativ. Men jag kan ändå inte förstå det. (7.2–10)

En nyvunnen insikt och kunskap

Deltagarna upplevde att innehållet i sammanfattningen gav dem insikter som de inte tidigare haft någon som helst kunskap om. Analysen resulterade i två underkategorier: *Ett oväntat resursbehov* samt *Insikt och intresse för den intraoperativa processen*.

Ett oväntat resursbehov

Deltagarna noterade med förvåning och fascination att personalresurserna och tiden som krävdes för att genomföra deras operation inklusive alla förberedelser och kringarbete var betydligt större än vad de förväntat sig. Den nyvunna kunskapen genererade en känsla av nyfikenhet och intresse för förloppet och även en insikt över hur betydelsefull varje medarbetare i teamet är för deras egna slutresultat både medicinskt och omvårdnadsmissigt.

” [...] när man ser vilket, vilket gäng som har som ingår i det här, det är liksom inte en mans jobb, det här är ett team. Ehh och det är liksom inga fotbollslag som har en målvakt bara och en back, man har ju flera spelare som behöver lira ihop, det är samma sak inne på operation. Alla vet vad de ska göra [...]” (4.1–6)

Att få kännedom om namnen på vilka som vårdat en även om deltagarna inte träffat dem väckte en positiv känsla. Det upplevdes ge någon form av relationsbyggande effekt trots att ett fysiskt möte i vaket tillstånd inte ägt rum med alla inblandade på operationssalen. Samtidigt gav deltagarna uttryck för en form av vördnad gentemot personalen i sin insikt om hur omsorgsfullt och professionellt de tagits om hand i sin egen ”frånvaro”.

”Jag blev så halvt förvånad över att ni tänker så mycket på hur man ligger [...] Å sen det här var fantastiskt, sammanfattningen av om vilka som varit med och knåpat ihop en.” (1.1–1)

Insikt och intresse för den intraoperativa processen

En ökad förståelse för helheten om vad deltagarna varit med om framkom uttryckligen. Att deltagarna kronologiskt kunde följa med i processen från det att dem somnade tills det att dem vaknade och åter var vid medvetande genererade i en ökad förståelse för den operationen och dess betydelse. Samtidigt upplevdes informationen fungera som en brygga mellan deltagarnas kroppsliga närvaro och den mentala frånvaro de upplevt under operationen.

”Det viktigaste för mig, vad gjorde ni när jag inte var med. Jag var med men ändå inte med [...] nu vet jag ju vad som hände, i det här fallet. Jag visste liksom ingenting [...]” (4.1 – 6)

Den ökade kunskapen om vad deltagarna genomgått gav en förståelse och väckte ett intresse för att få mer information. Detta gav även deltagarna en känsla av personlig kunskapsutveckling och glädje i att förstå moment och detaljer som de inte kände till sen tidigare. Detta gällde både de medicinska och omvårdnadsrättsliga delarna.

” [...] frågor jag inte visste jag hade har blivit besvarade i detta, som sagt kanske hade jag inte undrat över den här delen [...].” (1.1–1)

” [...] hade man inte fått det så här detaljerat så hade man nog undrat mer över alla detaljer och vad som ledde till vad och varför man gjorde så [...].” (5.1–7).

Betydelsen av att förstå och kunna dela med sig av det man genomlevt

En nytta som tydligt framkom i analysen av intervjuerna handlar om en känsla av egen och närståendes ökade förståelse för ingreppet. Förståelsen ökar framförallt känslan av att ha fått en noggrann och professionell behandling. Analysen resulterade i två underkategorier: *Att känna trygghet* samt *Möjlighet att dela sin upplevelse med närstående*.

Att känna trygghet

Som tidigare beskrivits uttryckte deltagarna att den skriftliga sammanfattningen och processen kring densamma genererat en form av insikt och förståelse som gav en positiv upplevelse i form av ökad trygghet. Tryggheten grundade sig huvudsakligen i den helhetsbild som deltagarna upplevde att de fick. Detta gav deltagarna en möjlighet att känna att de hade en form av kontroll över vad som hänt och kunde på så vis relatera till och förstå vad de varit med om under den tiden de endast hade en fysisk närvaro.

”Då är det ju mer obehag att bara veta att du är sövd, du har vaknat, det här har hänt. Då är det mer trygghet att kunna läsa om vad som har hänt under det här förloppet. Då lite mer precist vad man har genomgått och vad som saknas inuti en.” (7.1 – 9).

”Det är ju som en, vad ska man säga. En saklig information [...] liksom vad läkarna har gjort med den kroppen som man liksom är ägare till. Det blir ju en trygghet att man får reda på det.” (2.2 – 2).

Möjlighet att dela sin upplevelse med närstående

Deltagarna beskrev att den intraoperativa sammanfattningen gav en möjlighet att informera och beskriva för deras närstående vad de gått igenom. Deltagarna uppgav att detta gav en ökad känsla av kontroll över situationen och en trygghet gentemot de närstående när de tydligt kunde beskriva vad som skett i samband med deras operation.

”Sen som jag har barn och de frågar ju väldigt mycket, och då är jag ju lite mer insatt i det och kan berätta. Inte liksom bara, nej de tog bort tjocktarmen utan har de ytterligare frågor så kan jag svara lite mer på de eller om andra har frågor att jag vet – du vet du vad de har gjort egentligen? Då kan jag ju säga ja, jag vet vad de har gjort, så jag tycker att den här informationen är viktig.” (7.1 – 9)

I de fall där deltagarna inte orkade eller ville beskriva detaljerat vad som hänt fanns det nu en möjlighet att låta de närstående ta del av den skriftliga sammanfattningen, vilket gav en betryggande känsla. Deltagarna noterade även att de närståendes upplevelse kring sammanfattningen gav dem ökad förståelse och insikt i vad deltagarna varit med om. Deltagarna upplevde att detta gav en trygghet för de närstående, att de fick ta del av information kring processen och få en förståelse trots att det inte har varit närvarande. Att deltagarna gavs möjligheten att involvera och delge sin närstående information kring det operativa förloppet gav en känsla av samhörighet. Vid informationsöverföringen från deltagaren till närstående upplevde deltagarna att de närståendes kunskap och förståelse ökade vilket verkade lugnande för båda parter.

”Jag tror nog att det kan vara lite tryggande, att de får svar på... eh sina frågor och undranden [...] om de kan läsa ett sånt papper så är det ju bra. Då vet dem ju vad som hänt.

(2.2 – 4)

Diskussion

Metoddiskussion

Studiens syfte var att beskriva deltagarnas upplevelser av att få en detaljerad sammanfattning av sin intraoperativa vård. Att ge den här typen av information till deltagarna postoperativt är till författarnas kännedom hittills oprövat i vetenskapliga studier. Det finns därför inte några modeller för utvärdering att hämta erfarenheter ifrån.

Vid forskningsstudier med kvalitativ utgångspunkt är begreppen trovärdighet, tillförlitlighet samt överförbarhet av största vikt att ta hänsyn till (Polit & Beck, 2018; Lundman & Hällgren-Graneheim, 2017). Med hänsyn till detta eftersträvades det att uppnå ett varierat urval av deltagare, dels i relation till att stärka överförbarheten men också dess trovärdighet och tillförlitlighet (Polit & Beck 2018, Henricsson & Billhult, 2012). Det konsekutiva urvalet resulterade i tio deltagare, varvid nio fullföljde hela studien, med en god spridning beträffande ålder och kön i relation till antalet deltagare. Samtidigt kan den begränsade tidsperioden då deltagarna rekryterades och studerades anses vara en belastning. Även om det begränsade antalet deltagare i studien kan anses belastande konstaterar Sandelowski (1995) att kvaliteten på det inhämtade underlaget och att studiens trovärdighet inte nödvändigtvis är knutet till antalet deltagare.

Författarnas avsikt att få en bred beskrivning av studiedeltagarnas upplevelser, uppnås bäst genom en kvalitativ metod där data samlas in via intervjuer med öppna frågor (Henricsson & Billhult, 2012). För att stärka studiens trovärdighet samt tillförlitlighet har författarna genomgående och noga följt de metदानvisningar som av Lundman & Hällgren-Graneheim (2017) bör tillämpas vid kvalitativa intervjuer och i analysprocessen. Innan den primära datainsamlingen genomfördes en pilotintervju för att testa intervjuguidens innehåll, vilket förespråkas av Olsson & Sörensen (2011). Då studien avsåg att belysa deltagarnas upplevelse utfördes kvalitativa intervjuer med öppna frågor för att främja en dialog som kunde generera information som svarade mot studiens syfte. Enskilda intervjuer valdes med bakgrund av Thomssons (2010) och Polit & Becks (2018) beskrivning av dess lämplighet att beskriva deltagarnas upplevelser. Intervjuerna skedde utan förutfattade meningar för att resultatet på bästa vis skall spegla deltagarnas levda erfarenheter och upplevelser (Henricsson & Billhult, 2012).

Författarna var medvetna om att deras förförståelse kunde påverka studiens resultat. I ett försök att undvika detta och öka trovärdigheten har författarnas förförståelse tydligt presenterats samt fortlöpande diskuterats mellan författarna och handledaren genom hela förberedelse-, insamlings- och analysprocessen (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2017). Samtidigt påtalar även Polit & Beck (2018) att en viss förförståelse kan vara positiv för författarnas förmåga att analysera insamlat material. För att stärka resultatets tillförlitlighet ytterligare presenteras exempel på analysförfarandet samt ett flertal citat. Detta avser ge läsaren ytterligare insikt i materialet samt transparent påvisa att författarna gjort en rimlig tolkning av deltagarnas upplevelser (a.a.).

Det konstaterade bortfallet av en deltagare i samband med intervjuförfarandet kan anses belastande för studien. Samtidigt bör det tas i beaktning att deltagaren har fullföljt deltagandet till den punkt att den intraoperativa sammanfattningen gått igenom. Patientens val att avsluta deltagandet skedde sedermera på grund av uppkomna komplikationer vilket påverkade deltagarens möjlighet och förmåga att vidare delta. Det skulle inte heller vara etiskt försvarbart att belasta deltagaren vidare i den uppkomna situationen enligt författarnas mening.

Författarna är medvetna om att deras vana och erfarenhet av intervjumetodik och analysprocessen är begränsad. Därav är det rimligt att anta att det kan ha påverkat intervjuerna, analyserna samt dess kvalitet och därmed även resultatets tillförlitlighet. Författarna kan konstatera att en svaghet i studien kan vara det faktum att de åsikter och information som framkommit från deltagarna företrädesvis varit av positiv karaktär. Deltagarna har varit medvetna om att författarna utformat den intraoperativa sammanfattningen. Därför bör det tas i beaktning att deltagarna kan ha upplevt det som svårt att komma med kritik med rädsla för att såra författarna i deras arbete. För att minimera denna risk har frågor ställts med direkta önskemål om förbättringsmöjligheter. Det går trots detta inte helt att bortse från det faktum att den beskrivna situationen belastar resultatet.

Resultatets överförbarhet är begränsad och kan bara anses giltig för den grupp som undersökts. Hur informationen skulle tas emot av andra patientgrupper kräver fortsatta studier. För att undersöka om studiens resultat är representativa för större grupper av patienter som dessutom opereras på olika sjukhus vore det nödvändigt att skapa en kvantitativ design.

Då föreliggande studie har haft ett stort fokus på den fysiska närvaron av författarna under det intraoperativa förloppet finns en medvetenhet om att den faktiska tidsåtgången är orimlig för en direkt implikation i klinisk verksamhet. Detta faktum påverkar den direkta överförbarheten i den form författarna genomfört studien. Därav föreligger det ett tydligt behov av vidare utveckling, utvärdering och effektivisering av det praktiska förfarandet innan en implikation i klinisk verksamhet kan anses genomförbar.

En utvärdering av den intraoperativa sammanfattningen i form av enkäter hade varit möjlig men då det inte sedan tidigare finns några specifika frågeformulär som riktar sig mot den aktuella eller liknande insatser ansågs det utsiktslöst att konstruera ett sådant utan att ha kvalitativa data att utgå ifrån (Whiting, 2008). Samtidigt genomfördes arbetet under begränsade ramar vad gäller tid och omfattning varvid författarna konstaterade att det ej var möjligt att uppnå ett adekvat antal deltagare för att generera ett trovärdigt resultat med kvantitativ ansats. Detta med utgångspunkt i att antalet operationer inom den aktuella verksamheten var begränsat under den tidsperioden studien genomfördes.

Resultatdiskussion

Det viktigaste resultatet i studien är att deltagarna är mycket positiva till att få en detaljerad information om sitt intraoperativa förlopp. Ingen av deltagarna rapporterade något obehag av att få veta hur deras kropp behandlats under operationen. Deltagarna beskrev en upplevelse av plötslig insikt i någonting som tidigare varit helt okänt, vilket även har noterats i ett flertal studier inriktade gentemot intensivvårdskontext (Bäckman & Walther, 2001; Åkerman, Granberg-Axéll, Ersson, Fridlund & Bergbom, 2010; Åkerman et al, 2013).

Då det till författarnas kännedom inte finns några liknande publikationer är det svårt att dra några säkra slutsatser kring resultatet. Studier som närmast är relaterade till föreliggande är sådana som studerat patienter och närstående upplevelser av intensivvårdsdagböcker. Ett antal av dessa visar att patienter som vårdats inom intensivvården sätter stort värde vid IVA-dagböckerna samt beskriver positiva effekter av att få en detaljerad personlig information om sitt tillstånd och sin behandling (Jones et al, 2010; Bäckman, Orwelius, Sjöberg, Fredrikson & Walther, 2010; Egerod & Bagger, 2010). Utifrån detta skulle man kunna dra slutsatsen att den personcentrerade vården och den personligt utformade sammanfattningen är av stor betydelse än mer för de patienter som inte längre själva har möjlighet att i realtid delta och inhämta

information om sin vård och omvårdnad. Att i efterförloppet kunna delaktiggöras genom att få information om vad man genomlevt genererar ett stort värde för patienterna vilket även tydligt speglar den strävan av inflytande och delaktighet den personcentrerade vården innebär (Jutterström, 2013; Bertakis & Azari, 2011).

Föreliggande studie skiljer sig dock i hög grad från de genomförda i intensivvårdskontexten på så vis att deltagarna varit tämligen friska patienter när de kommit till sjukhuset för ett planerat operativt ingrepp av kurativ karaktär. Den studerade patientgruppen har alltså inte befunnit sig i ett akut livshotande tillstånd, utan har snarare sett fram emot en operation vilken avsett förbättra deras livskvalité och bota deras sjukdomstillstånd. Det är fortsatt betydelsefullt att vara medveten om att patienter trots planerad kirurgi ofta kan uppleva en oro kring det trauma som ett operativt ingrepp innebär (Lee et al, 2016; Woldegrima, Fitwi, Yimer, Hailekiros, 2017). Deltagarna har haft väsentligen okomplicerade efterförlopp vilket kan påverka upplevelsen av den information de fått. Detta kan skilja sig från det mottagande som exempelvis den kritiskt sjuka patienten i behov av intensivvård upplever vid liknande informationsöverföring. En tydlig koppling kan ses utifrån att deltagarna och patienterna finner det positivt när de förstår innehållet i den information de får. Utformningen av informationen i form av kronologi, språk, text, innehåll med mera bidrar till en förståelse för det dem genomlevt samt en känsla av trygghet för hur väl omhändertagen och vårdad man blivit (Bäckman, 2011; Egerod & Bagger, 2010, Garrouste-Orgeas et al, 2014; Ednell, Siljegren, Engström, 2017). Detta kan i sin tur ha stor betydelse för den efterföljande bearbetningsprocessen (Åkerman et al, 2010; Åkerman et al, 2013; Egerod & Bagger, 2010).

Resultatet måste dock ställas i relation till det urval av deltagare som gjorts. Resultatet ger inte insyn i hur mer utsatta patientgrupper kan uppfatta hur det är att få en intraoperativ sammanfattning. I studien exkluderades patienter som skulle genomgå operation av recidiverande cancer eller operation av palliativ karaktär. Nyttan av en intraoperativ sammanfattning för exempelvis denna grupp är därför fortsatt okänd. Det är sannolikt att personer med komplicerade och livshotande tillstånd skulle kunna ha andra följdfrågor och därmed relatera till informationsunderlaget annorlunda. Författarna anser det dock troligt att informationen ändå skulle kunna upplevas som betydelsefull i någon form för denna grupp samt andra patientgrupper vilka genomgår ett operativt ingrepp.

Det framkom att deltagarna fann informationen värdefull i relation till sina närstående och för sin möjlighet att förmedla och beskriva vad de genomlevt. Det framkom att både deltagarna och de närstående kunde uppleva det som betryggande att kunna följa med i vad deltagarna gått igenom och få en ökad förståelse för processen. Den positiva effekten av information kring vårdförloppet finns tydligt beskriven i litteraturen i olika sammanhang (Sammut, 2017; Sibbern et al, 2017). Att informationen är korrekt, anpassad och förståelig för patienten regleras även i lagar, riktlinjer och de kompetensbeskrivningar som specialistsjuksköterskor inom anestesi och operationssjukvård arbetar utifrån i dagens hälso- och sjukvård (SFS 2014:821, SFS 2008:355; RFAAnIva, 2012; RFOP, 2011). Det åligger specialistsjuksköterskan att arbeta personcentrerat och att anpassa informationen på ett sätt så att patienter och närstående förstår och kan ta del av densamma (RFAAnIva, 2012; RFOP, 2011). Värdet av informationsunderlag om vårdförloppet till de närstående och dess betydelse i efterförloppet beskrivs även av Bäckman & Walther (2001) & Garrouste-Orgeas et al. (2014). Tillsammans skulle detta kunna tolkas som att betydelsen av en intraoperativ sammanfattning sträcker sig längre än till bara patienten. Den intraoperativa sammanfattningen som informationsunderlag kan ses som en viktig del i den personcentrerade vården, i synnerhet då dessa patienter själva inte kan ta till sig information under den aktuella delen av sitt vårdförlopp. Detta i sin tur kan sättas i relation till att välinformerade patienter upplever större delaktighet i sin vård (Jutterström, 2013) och har en större benägenhet att ta ansvar för sin egenvård. Detta skapar även förutsättningar för ett förbättrat samarbete mellan vårdpersonal och patient (Ekman, 2014, Sahm et al. 2012), vilket även skulle kunna påverka det postoperativa vårdförloppet positivt i form av ökad förståelse för vikten av följsamhet etc. Det kan noteras ett samband mellan att den personcentrerade vårdfilosofin som utgångspunkt i informationsöverföringen mellan vården och patienterna leder till att patienter upplever ett minskat behov av att ta kontakt med slutenvården (Bertakis & Azari, 2011).

Betydelsen och effekterna på lång sikt av detta kan inte utifrån föreliggande studie konstateras, utan kräver vidare studier med fokus på de eventuella långtidseffekterna av en intraoperativ sammanfattning för såväl patienter som närstående, samt dess eventuella socioekonomiska påverkan.

I föreliggande studie erhöll samtliga deltagare ett informationsmaterial som utgick från det verkliga operationsförlopp som deltagarna genomgått. Den var därför individuellt anpassad utifrån varje deltagares ingrepp och personligt utformad av författarna. Även om många

operationsmetoder och rutiner är standardiserade finns det idag inte några standardiserade operativa sammanfattningar som patienterna får ta del av i efterförloppet. Det positiva utfallet av föreliggande studie skapar en frågeställning om det finns skillnader i upplevelsen av att få en personlig respektive standardiserad intraoperativ sammanfattning. En jämförande studie där man slumpmässigt väljer ut patienter som får antingen en individuellt anpassad intraoperativ sammanfattning eller en standardiserad skulle kunna ge svar på frågan. En sådan studie skulle då behöva tillgång till kvantitativa mått så att jämförande analyser kan genomföras. Föreliggande studies kvalitativa resultat skulle kunna ligga till grund för att utveckla ett självskattningsformulär kring tillfredsställelsen med att erhålla en intraoperativ sammanfattning

Konklusion och implikationer

Studiens resultat visar tydligt på positiva effekter av att låta patienterna få en intraoperativ sammanfattning. Det kan konstateras att ytterligare forskning och studier krävs för att kunna dra slutsatser om hur utformning, uppbyggnad, omfattning och överlämnandet av en intraoperativa sammanfattning bör ske, samt vilka långsiktiga effekter och slutsatser man kan dra av densamma. Författarna anser som tidigare beskrivet att en direkt implikation i den beskrivna formen är ytterst begränsad. För att vidare kunna utveckla denna innovation innan implementering i klinisk verksamhet krävs även vidare studier på hur processen kan tidseffektiviseras och dess påverkan på innehåll och mottagandet.

Författarna ser trots detta ett värde i att området vidare utforskas samt en utveckling av implementeringsmöjligheterna. Att få en intraoperativ sammanfattning ger patienterna en ökad förståelse för det intraoperativa förloppet, och är en bidragande faktor till både trygghet och förståelse vilka är viktiga mål att uppfylla för den svenska hälso- och sjukvården i relation till patienterna. Väl utvecklat och utformat skulle denna informationen/sammanfattningen kunna bidra till att patienterna känner att de har kunskap och är trygga i att bedriva egenvård (i det här fallet postoperativ sådan), vilket i ett större samhällsperspektiv skulle kunna vara positivt för framtida effektivisering och utveckling av svensk hälso- och sjukvård.

Referenser

Aasa, A., Hovbäck, M., & Berterö, C. M. (2013). The importance of preoperative information for patient participation in colorectal surgery care. *Journal of Clinical Nursing*, 22(11/22), 1604-1612. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/101111/jocn.12110>

Bertakis KD, & Azari R. (2011). Patient-Centered care is Associated with Decreased health Care Utilization. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(3), 229-239. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.3122/jabfm.2011.03.100170>

Birkler, J. (2007). *Filosofie och omvårdnad: etik och människosyn*. Stockholm: Liber.

Bodelsson, M. (Red.). (2011). *Anestesiologi*. Studentlitteratur. Lund.

Bäckman, C.G. (2011). *The photo-diary and follow-up appointment on the ICU: giving back the time to patients and relatives : a descriptive and interventional study*. Diss. (sammanfattning) Linköping : Linköpings universitet, 2011. Linköping.

Bäckman CG, Orwelius L, Sjöberg F, Fredrikson M, & Walther SM. (2010). Long-term effect of the ICU-diary concept on quality of life after critical illness. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 54(6), 736–743. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1399-6576.2010.02230.x>

Bäckman CG., & Walther SM. (2001). Use of a personal diary written on the ICU during critical illness. *Intensive care med*, 27, 426-429. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1007/s001340000692>

Codex. (2018). *Personuppgifter*. Hämtad 11 december, 2018, från Codex, <http://www.codex.vr.se/manniska3.shtml>

Collins dictionary. (8. ed.) (2012). Glasgow: HarperCollins Publishers.

Ednell, A.-K., Siljegren, S., & Engström, Å. (2017). The ICU patient diary-A nursing intervention that is complicated in its simplicity: A qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 40, 70–76. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.iccn.2016.12.002>

Egerod I, & Bagger C. (2010). Patients' experiences of intensive care diaries—A focus group study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 26(5), 278–287. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.iccn.2010.07.002>

Ekman, I. (red.) (2014). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

Garrouste-Orgeas, M., Périer, A., Mouricou, P., Grégoire, C., Bruel, C., Brochon, S., Philippart, F., Max, A., Misset, B. (2014). Writing In and Reading ICU Diaries: Qualitative Study of Families' Experience in the ICU. *PLoS ONE* 9(10): e110146. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0110146>

Hansen, I (2012). Patientens psykosociala behov. I Dävøy, G.A.M., Eide, P.H. & Hansen, I. (red.), (2012). *Operationssjukvård: operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad* (s. 117–150). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (red.). *Vetenskaplig teori och metod*. (s. 133). Lund: Studentlitteratur.

Henselmans I, Jacobs M, van Berge Henegouwen MI, de Haes HC, Sprangers MA, & Smets EM. (2012). Postoperative information needs and communication barriers of esophageal cancer patients. *Patient Education & Counseling*, 88(1), 138–146. Hämtad från <http://ludwig.lub.lu.se/login?url=http://search.ebscohost.com/ludwig.lub.lu.se/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=ccm&AN=104459974&site=ehost-live>

Jakobsson, U. (2011). *Forskningens termer och begrepp: en ordbok*. Lund: Studentlitteratur.

Jones, C., Bäckman, C., Capuzzo, M., Egerod, I., Flaatten, H., Granja, C., ... Griffiths, R. D. (2010). Intensive care diaries reduce new onset post traumatic stress disorder following

critical illness: a randomised, controlled trial. *Critical Care*, 14(5), R168. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1186/cc9260>

Jutterström, L. (2013). *Illness integration, self-management and patient-centred support in type 2 diabetes*. Diss. Umeå: Umeå universitet, 2013. Umeå.

Karlstads universitet. Institutionen för samhällsvetenskap (2005). *Människan i det perioperativa vårdandet: antropologisk och etisk reflektion*. Karlstad: Institutionen för samhällsvetenskap, Avdelningen för religionsvetenskap, Karlstads universitet.

Karlsson, A-C (2013). Att vara vaken under operation i regional anestesi, Från patienters upplevelser till en vårdande modell. (Doktorsavhandling, Linneuniversitetet, Växjö) Hämtad 13 december, 2018, från:

<http://lnu.diva-portal.org/smash/get/diva2:666612/FULLTEXT01.pdf>

Kelvered, M., Öhlén, J., & Gustafsson, B. Å. (2012). Operating theatre nurses' experience of patient-related, intraoperative nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 449–457. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1471-6712.2011.00947.x>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lee, J-S., Park, Y-M., Ha, K-Y., Cho, S-W., Bak, G-H. & Kim, K-W. (2016). Preoperative anxiety about spinal surgery under general anesthesia. *European Spine Journal*, 25, 698-707. doi: [10.1007/s00586-015-3788-2](https://doi.org/10.1007/s00586-015-3788-2)

Lundman, B., & Hällgren-Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 219-234). Lund: Studentlitteratur AB.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Oswald, N., Hardman, J., Kerr, A., Bishay, E., Steyn, R., Rajesh, P., Naidu, B. (2018). Patients want more information after surgery: a prospective audit of satisfaction with perioperative information in lung cancer surgery. *Journal of Cardiothoracic Surgery*, 13, 1–N.PAG. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1186/s13019-018-0707-8>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2018). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer.

RFAAnIva - Riksföreningen för anestesi och intensivvård & svensk sjuksköterskeförening. (2012). *Komptensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anetesisjukvård*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 12 december, 2018, från <http://www.aniva.se/wp-content/uploads/2014/12/komp-beskrivning-anestesi.pdf>

RFOP - Riksföreningen för operationssjukvård & Svensk sjuksköterskeförening (2011). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot operationssjukvård*. Hämtad 11 december, 2018, från <http://www.rfop.se/media/1254/kompbeskrivning.pdf>

Sahm, L., Wolf, M., Curtis, L., Behan, R., Brennan, M., Gallwey, H., & Mc Carthy, S. (2012). What's in a label? An exploratory study of patient-centered drug instructions. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 68(5), 777–782. <https://doi.org/10.1007/s00228-011-1169-2>

Sammut, J. (2017). Patient information needs before and after ileo-anal pouch surgery. *Gastrointestinal Nursing*, 15(6), 26–33. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.12968/gasn.2017.15.6.26>

Sandelowski M. (1995). Focus on qualitative methods. Sample size in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 18(2), 179–183. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=ccm&AN=107413007&site=ehost-live>

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad 12 december, 2018 från Riksdagen,

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

SFS 2008:355. *Patientdatalag*, Hämtad 15 maj, 2019 från Riksdagen,

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355

SFS 2014:821. *Patientlag*. Hämtad 15 maj, 2019 från Riksdagen,

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Sibbern, T., Bull Sellevold, V., Steindal, S. A., Dale, C., Watt, W. J., & Dihle, A. (2017). Patients' experiences of enhanced recovery after surgery: a systematic review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 26(9–10), 1172–1188.

<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/jocn.13456>

Socialstyrelsen. (2018a). *Statistikdatabas för operationer i slutenvård*. Hämtad 10 december, 2018 från Socialstyrelsen.

[Http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/operationerislutenvard](http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/operationerislutenvard)

Socialstyrelsen. (2018b). *Jämlig hälsa, vård och omsorg: En god vård och omsorg ska kännetecknas av att den är personcentrerad, jämlig och säker*. Hämtad 11 januari, 2019 från Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/jamlikhalsa-vardochomsorg>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 11 december, 2018, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Thomsson, H. (2010). *Reflexiva intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Valeberg, B. T. (2013). Preoperativ information och bedömning. i I. L. Hovind, *Anestesiologisk omvårdnad* (ss. 321–331). Lund: Studentlitteratur

Vetenskapsrådet (2002). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Whiting, L. S. (2008). Semi-structured interviews: guidance for novice researchers. *Nursing Standard*, 22(23), 35-40. doi: 10.7748/ns2008.02.22.23.35.c6420

Woldegrima, Y.B., Fitwi, G.L., Yimer, H.T., Hailekiros, A.G. (2017). Prevalence and factors associated with preoperative anxiety among elective surgical patients at University of Gondar Hospital. Gondar, Northwest Ethiopia, 2017. A cross-sectional study. *International journal of surgery*, open 10 (2018) 21-29. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2017.11.001>

World Medical Association. (2018). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 14 december, 2018, från World Medical Association, <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Åkerman, E., Ersson, A., Fridlund, B., & Samuelson, K. (2013). Preferred content and usefulness of a photodiary as described by ICU-patients-A mixed method analysis. *Australian Critical Care*, 26(1), 29–35. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.aucc.2012.04.002>

Åkerman E, Granberg-Axéll A, Ersson A, Fridlund B, & Bergbom I. (2010). Use and practice of patient diaries in Swedish intensive care units: a national survey. *Nursing in Critical Care*, 15(1), 26–33. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1478-5153.2009.00364.x>

Åkersdotter-Gustavsson, B. (2008). *Att genomleva den perioperativa perioden vid akut och planerad ortopedisk kirurgi*. (Doktorsavhandling, Karolinska Institutet, Stockholm). Hämtad från <https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/38234/thesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



LUNDS
UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Patientinformation till deltagare i studien:

*Intraoperativ sammanfattning - Nyttan av att ge en intraoperativ sammanfattning till
nyopererade patienter*

Bäste XXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX.

Du har genomgått en operation där man har tagit bort en ca 30 cm lång del av den sista delen på tjocktarmen samt gjort en tillfällig stomi på tunntarmen.

I samband med operationen så sövdes du och medicinerna som har gjort att du sovit har du fått i plastkatetern du har i armen och i form av gas som du fått via inandningsluften. För att anestesipersonalen ska kunna hjälpa dig med andningen under operationen har du haft en plasttub nerförd i halsen. Detta kan göra att du i efterförloppet har ont eller känner obehag i halsen, vilket är helt normalt. I samband med sövningen och under hela operationen har anestesipersonalen övervakat både andning, puls, blodtryck, temperatur, hur du har syresatt dig och sett till att du inte haft ont. För att kunna mäta blodtrycket i realtid har du på din vänstra handled fått en så kallad artärnål (en plastkateter i artären, kopplad till en mätanordning). Denna avvecklades ute på uppvakningsavdelningen innan du fick åka till din vanliga avdelning igen. När du somnat fäste personalen en remsa i pannan på dig, med hjälp av denna har de kunnat mäta ditt sömndjup och reglera anestesin utifrån detta. När du somnat och anestesipersonalen skapat en friluftväg till dig märkte de att du var lite slemmig, mot detta fick du ett läkemedel som minskar salivproduktionen, därför kan du vara torr i munnen efter operationen. Du har även haft en ventrikelsond (en tunn slang ner i magsäcken) som sattes via näsan, denna slangen släpper ut luft, magsafter under operationen.

Innan operationen startade togs ett blodprov där man såg att du hade lite lågt kalium vilket man under operationen började korrigera med hjälp av dropp, denna korrigeringen fortsatte även efteråt. I samband med att man sövs sjunker ofta blodtrycket, för att motverka detta har du fått blodtryckshöjande läkemedel. Ditt blodtryck låg därför stabilt under hela operationen. Du har även fått muskelavslappnande läkemedel, detta för att kirurgen enklare skall kunna genomföra operationen. Detta läkemedel är ingenting som du kommer känna av i efterförloppet. Innan anestesi-personalen väckte dig fick du ett läkemedel som häver den muskelavslappnande effekten. Anestesisjuksköterskan har också givit läkemedel som verkar förebyggande mot illamående som kan uppkomma efter operationen.

Efter att du sövdes så har anestesi- samt operationspersonalen gemensamt positionerat och kontrollerat att du legat bra. Du har haft ett antal avlastande kuddar som stöd för att minimera riskerna för att du skulle få ont i efterförloppet, eller få tryckskador på huden under operationen. Härfter har operationspersonalen tvättat operationsområdet med en speciell sprit för att det skall vara så rent som möjligt inför operationen, och klätt in hela området med sterila skycken.

Eftersom man vid tithålskirurgi behöver vinkla operationsbädden så att huvudet lutar mycket neråt har du haft stöd mot axlarna för att inte glida på bordet. Man sprutar också in koldioxid i magen för att den skall spänna upp sig en del och ge mer utrymme för kirurgen att se och arbeta. Detta kan göra att man är lite öm i axlarna de kommande dagarna, vilket inte är farligt och kommer gå över.

När den planerade biten av tarmen avlägsnats genom det mindre snittet på magen kopplades tarmändarna samman med en speciell häftmaskin vilken gör att hela den så kallade anastomosen är tät och innehållet i tarmen kan passera förbi utan att läcka ut. Eftersom kirurgen vill att anastomosen ska få läka utan att området belastas av tarminnehåll som passerar så har man lagt upp en tillfällig stomi på magen genom att en del av tunntarmen vinklas ut. Där har kirurgen gjort ett litet hål i tarmen utanför kroppen och sytt fast tarmen i hudkanterna. Stygnen som kirurgen sytt fast tarmen med här kommer sjuksköterskan på mottagningen ta bort vid ett återbesök om ett par veckor. Du får mer information om detta under din tid på vårdavdelningen efter operationen.

Du har även under operationen fått ett dränage som skall dränera ut vätska som bildas i magen efter operationen. Detta kommer personalen på avdelningen ta bort om ett par dagar efter att mängden vätska som bildas minskar. Du har även fått en kateter som är

satt genom huden in i urinblåsan. Även denna kommer personalen avveckla om några dagar på avdelningen.

Operationen har tagit strax under 4 timmar, men du har varit sövd ungefär 5 timmar.

Det är nu viktigt att du kommer upp och rör på dig så mycket som möjligt för att rehabiliteringen skall gå så fort som möjligt.

Lycka till med din rehabilitering.

De som har tagit hand om dig under operationen var

Namn (Operationssjuksköterska), Namn (Undersköterska), Namn (Anestesisjuksköterska),
Namn (Anestesisjuksköterska), Namn (Undersköterska), Namn (Undersköterska), Namn
(Narkosläkare), Namn (kirurg), Namn (kirurg), Namn (Kirurg).



2018-12-27

INTERVJUGUIDE

Institutionen för hälsovetenskaper

Intervjuguide för studien:

Intraoperativ sammanfattning – ett pilotprojekt med kvalitativ studieutvärdering

Inledande frågor

- Namn
- Ålder
- Anledning till operativ åtgärd
- Tidigare erfarenheter av operativ åtgärd, eller andra erfarenheter som genererat kunskap inom området

Fördjupande frågor

- Hur upplevde du att få läsa information om vad som hänt under den tiden du varit sövd?
- Var det någonting i sammanfattningen som du inte visste/kände till innan du läst det?
- Var det någonting du blev förvånad över när du läste sammanfattningen?
- Var det någonting du saknade i sammanfattningen?
- Var det någonting du inte hade velat ha med i sammanfattningen?
- Har någon annan tagit del av sammanfattningen? Hur upplevde de i så fall den?
-

Följdfrågor som kan användas i samband med intervjun

- Kan du utveckla det lite mer?
- Hur kände du?
- På vilket sätt?
- Bidrog det på något sätt och i så fall hur?



2018-12-27

LUNDS UNIVERSITET INFORMATIONSBREV TILL VERKSAMHETSCHEF
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper

Till verksamhetschef Patrik Olsson, VO. Anestesi, OP, Intensivvård, Centralsjukhuset Kristianstad. Samt enhetschef Carin Olandersson, VO. Anestesi, OP, Intensivvård, Centralsjukhuset Kristianstad.

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien:

Intraoperativ sammanfattning - Nyttan av att ge en intraoperativ sammanfattning till nyopererade patienter

Att genomleva en operativ åtgärd är för många människor en världsomvälvande upplevelse och situationen kan vara fylld av ett flertal olika känslor. Samtidigt är det som sker på en operationssal väldigt svårt att förstå för någon som inte arbetar i den kontexten. Många åtgärder som görs för patientens välbefinnande genomförs också "dolt" för patienten då hon är sövd. Ett flertal studier genomförda med inriktning gentemot Intensivvårds-kontext har visat på att patienter upplever en stor tillfredsställelse att erhålla information beträffande vad de genomlevt i sederat tillstånd. Ett antal studier med inriktning gentemot informationsbehovet postoperativt för patienter har visat att patienter önskar utökad information om vad som hänt intraoperativt – dock är det i litteraturen fortfarande i stor grad utforskat hur informationen bör se ut eller dess omfattning.

Författarna avser utföra studien i form av ett pilotprojekt där en intraoperativ sammanfattning genomförs och tillhandahålls till patienten i skriftlig form postoperativt. Då kommer patienten även att få tillfälle att ställa frågor och få förtydliganden kring innehållet i informationen. Härfter avser författarna besöka patienten under deras postoperativa rehabilitering på avdelningen för att genomföra en intervju. Intervjun genomförs med kvalitativ utgångspunkt för att utvärdera patienternas upplevelse av erhållen sammanfattning samt utformningen av densamma.

Vuxna patienter oavsett kön som planerat genomgå ett nedre gastrointestiellt kirurgiskt ingrepp avses inkluderas i studien, förutsatt att de kan tala och förstå det svenska språket. Vidare avser författarna av forskningsetiska skäl exkludera patienter som planeras för kirurgisk åtgärd r.t recidiverande malignitet, samt av palliativ karaktär. Målet är att genomföra intervjuer med 10 patienter under vecka 10-11.

Postadress: Lunds universitet, Institutionen för hälsovetenskaper, Box 157, 221 00 Lund. Besöksadress: Baravägen 3, Lund.
Telefon: 046-222 00 00 vx.

Vi skulle önska att verksamhetschefen för Vo Kirurgi utser en lämplig medarbetare vilken fungerar som mellanhand och som kan bistå med att informera patienter om studien. Mellanhanden erhåller ett informationsbrev. Vidare lämnar mellanhanden informationsbrev, samt samtyckesblankett till de patienter som uppfyller studiens inklusionskriterier. I informationsbrevet beskrivs författarna, studiens syfte, samt studien tillvägagångssätt. Informationen klargör även frivilligheten att delta, samt att deltagarna när som helst under studiens gång utan vidare förklaring kan välja att avsluta sitt deltagande. Samtyckesblanketten insamlas av författarna i anslutning till inskrivningen preoperativt på vårdavdelning för att på så sätt kunna svara på eventuella frågor.

Ansökan till Vårdvetenskapliga etiknämnden, vid Lunds universitet (VEN) kommer att skickas in för ett rådgivande yttrande innan studien genomförs. Deltagarnas svar kommer att pseudonymiseras för att optimera förutsättningarna för anonymitet. Samtligt intervjumaterial kommer att förvaras inlåst så att endast författarna har tillgång till materialet. Materialet kommer endast utlämnas till behöriga granskare utsedda av Lunds universitet i händelse av utredningsärende gentemot studien. Det inspelade materialet kommer att raderas direkt efter godkänd examination av studien.

Med Vänliga Hälsningar

Elin Nilsson
Leg Sjuksköterska
Studerande vid
Specialistsjuksköterskeprogrammet
Inriktning Anestesi- och sjukvård
Epost:
el3276ni-s@student.lu.se
Tfn 070-341 13 75

Mathias Johansson
Leg sjuksköterska
Studerande vid
Specialistsjuksköterskeprogrammet
Inriktning Operationssjukvård
Epost:
ma2477jo-s@student.lu.se
Tfn 070-922 63 13

Handledare
Bengt Svensson
Universitetslektor, Docent
Epost:
Bengt.Svensson@med.lu.se
Tfn: 046-222 18 49

Bilagor

1. Medgivandeblankett
2. Projektplan

Bilaga 1.

Blankett för medgivande av enhetschef och verksamhetschef

Intraoperativ sammanfattning - Nyttan av att ge en intraoperativ sammanfattning till nyopererade patienter

Er anhållan Medgives Medgives ej

190125
Datum

Kristianstad
Ort



Underskrift (Verksamhetschef)

Patrik Olsson
Namnförtydligande (Verksamhetschef)

190125
Datum

Kristianstad
Ort



Underskrift (Enhetschef)

Carin Olandersson
Namnförtydligande (Enhetschef)

V0 An-Orlva
Verksamhetsområde



2018-12-27

LUNDS UNIVERSITET INFORMATIONSBREV TILL VERKSAMHETSCHEF
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper

Till verksamhetschef Leif Haendler, VO. Kirurgi, Centralsjukhuset Kristianstad. Samt enhetschef Elna Nilsson, VO. Kirurgi, Centralsjukhuset Kristianstad.

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien:

Intraoperativ sammanfattning - Nyttan av att ge en intraoperativ sammanfattning till nyopererade patienter

Att genomleva en operativ åtgärd är för många människor en världsomvälvande upplevelse och situationen kan vara fylld av ett flertal olika känslor. Samtidigt är det som sker på en operationssal väldigt svårt att förstå för någon som inte arbetar i den kontexten. Många åtgärder som görs för patientens välbefinnande genomförs också "dolt" för patienten då hon är sövd. Ett flertal studier genomförda med inriktning gentemot Intensivvårds-kontext har visat på att patienter upplever en stor tillfredsställelse att erhålla information beträffande vad de genomlevt i sederat tillstånd. Ett antal studier med inriktning gentemot informationsbehovet postoperativt för patienter har visat att patienter önskar utökad information om vad som hänt intraoperativt – dock är det i litteraturen fortfarande i stor grad outforskat hur informationen bör se ut eller dess omfattning.

Författarna avser utföra studien i form av ett pilotprojekt där en intraoperativ sammanfattning genomförs och tillhandahålls till patienten i skriftlig form postoperativt. Då kommer patienten även att få tillfälle att ställa frågor och få förtydliganden kring innehållet i informationen. Härefter avser författarna besöka patienten under deras postoperativa rehabilitering på avdelningen för att genomföra en intervju. Intervjun genomförs med kvalitativ utgångspunkt för att utvärdera patienternas upplevelse av erhållen sammanfattning samt utformningen av densamma.

Vuxna patienter oavsett kön som planerat genomgår ett nedre gastrointestiellt kirurgiskt ingrepp avses inkluderas i studien, förutsatt att de kan tala och förstå det svenska språket. Vidare avser författarna av forskningsetiska skäl exkludera patienter som planeras för kirurgisk åtgärd r.t recidiverande malignitet, samt av palliativ karaktär. Målet är att genomföra intervjuer med 10 patienter under vecka 10-11.

Vi skulle önska att verksamhetschefen för Vo Kirurgi utser en lämplig medarbetare vilken fungerar som mellanhand och som kan bistå med att informera patienter om studien. Mellanhanden erhåller ett informationsbrev. Vidare lämnar mellanhanden informationsbrev, samt samtyckesblankett till de patienter som uppfyller studiens inklusionskriterier. I informationsbrevet beskrivs författarna, studiens syfte, samt studien tillvägagångssätt. Informationen klargör även frivilligheten att delta, samt att deltagarna när som helst under studiens gång utan vidare förklaring kan välja att avsluta sitt deltagande. Samtyckesblanketten insamlas av författarna i anslutning till inskrivningen preoperativt på vårdavdelning för att på så sätt kunna svara på eventuella frågor.

Ansökan till Vårdvetenskapliga etiknämnden, vid Lunds universitet (VEN) kommer att skickas in för ett rådgivande yttrande innan studien genomförs. Deltagarnas svar kommer att pseudonymiseras för att optimera förutsättningarna för anonymitet. Samtligt intervjumaterial kommer att förvaras inlåst så att endast författarna har tillgång till materialet. Materialet kommer endast utlämnas till behöriga granskare utsedda av Lunds universitet i händelse av utredningsärende gentemot studien. Det inspelade materialet kommer att raderas direkt efter godkänd examination av studien.

Med Vänliga Hälsningar

Elin Nilsson
Leg Sjuksköterska
Studerande vid
Specialistsjuksköterskeprogrammet
Inriktning Anestesisjukvård
Epost:
el3276ni-s@student.lu.se
Tfn 070-341 13 75

Mathias Johansson
Leg sjuksköterska
Studerande vid
Specialistsjuksköterskeprogrammet
Inriktning Operationssjukvård
Epost:
ma2477jo-s@student.lu.se
Tfn 070-922 63 13

Handledare
Bengt Svensson
Universitetslektor, Docent
Epost:
Bengt.Svensson@med.lu.se
Tfn: 046-222 18 49

Bilagor

1. Medgivandeblankett
2. Projektplan

Bilaga 1.

Blankett för medgivande av enhetschef och verksamhetschef

Intraoperativ sammanfattning - Nyttan av att ge en intraoperativ sammanfattning till nyopererade patienter

Er anhållan Medgives Medgives ej

190123 Kristianstad
Datum Ort

Underskrift Verksamhetschef

LEIF HAENDLER

Namnförtydligande

190125 Kristianstad
Datum Ort

Underskrift Enhetschef

ELNA NILSSON

Elna Nilsson
Namnförtydligande

Vo Kirurgi
Verksamhetsområde



2018-12-27

INFORMATIONSBREV TILL MELLANHAND

Institutionen för hälsovetenskaper

Till Astrid Hartvig & Karin Lindahl

Intraoperativ sammanfattning - Nyttan av att ge en intraoperativ sammanfattning till nyopererade patienter

Att genomleva en operativ åtgärd är för många människor en världsomvälvande upplevelse och situationen kan vara fylld av ett flertal olika känslor. Samtidigt är det som sker på en operationssal väldigt svårt att förstå för någon som inte arbetar i den kontexten, och många åtgärder som görs för patientens välbefinnande genomförs dolt för patienten då hen är sövd. Ett flertal studier genomförda med inriktning gentemot Intensivvårds-kontext har visat på att patienter upplever en stor tillfredsställelse att erhålla information beträffande vad de genomlevt i sederat tillstånd. Ett antal studier med inriktning gentemot informationsbehovet postoperativt för patienter har visat att patienter önskar utökad information om vad som hänt intraoperativt – dock är det i litteraturen fortfarande outforskat hur informationen bör se ut eller dess omfattning.

Författarna avser utföra studien i form av ett pilotprojekt där en intraoperativ sammanfattning genomförs och tillhandahålls till patienten i skriftlig form postoperativt. Häfter avser författarna besöka patienten under deras postoperativa rehabilitering på avdelningen för att genomföra en intervju. Intervjun genomförs med kvalitativ utgångspunkt för att utvärdera patienternas upplevelse av erhållen sammanfattning samt utformningen av densamma.

Vi skulle uppskatta om du ville vara behjälplig med att lämna skriftlig information om studien, samt samtyckesblankett till de patienterna som uppfyller inklusionskriterierna till ovanstående studie och planeras för operativt ingrepp vecka 10-11 2019.

Vuxna patienter oavsett kön som avses genomgå ett planerat nedre gastrointestiellt kirurgiskt ingrepp avses inkluderas i studien, förutsatt att de kan tala och förstå det svenska språket. Vidare avser författarna av forskningsetiska skäl exkludera patienter som planeras för

kirurgisk åtgärd r.t recidiverande malignitet, samt av palliativ karaktär. Målet är att genomföra tio intervjuer under vecka 10–11.

Ansökan till Vårdvetenskapliga etiknämnden, vid Lunds universitet (VEN) kommer att skickas in för ett rådgivande yttrande innan studien genomförs. Deltagarnas svar kommer att pseudonymiseras för att optimera förutsättningarna för anonymitet. Samtligt intervjumaterial kommer att förvaras inlåst så att endast författarna har tillgång till materialet. Materialet kommer endast utlämnas till behöriga granskare utsedda av Lunds universitet i händelse av utredningsärende gentemot studien. Det inspelade materialet kommer sedermera att raderas direkt efter godkänd examination av studien.

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning på anestesi- och operationsvård. Om Du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning

Elin Nilsson
Leg Sjuksköterska
Studerande vid
Specialistsjuksköterskeprogrammet
Inriktning Anestesisjukvård
Epost:
el3276ni-s@student.lu.se
Tfn 070-341 13 75

Mathias Johansson
Leg sjuksköterska
Studerande vid
Specialistsjuksköterskeprogrammet
Inriktning Operationssjukvård
Epost:
ma2477jo-s@student.lu.se
Tfn 070-922 63 13

Handledare
Bengt Svensson
Universitetslektor, Docent
Epost:
Bengt.Svensson@med.lu.se
Tfn: 046-222 18 49



2018-12-27

LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

INFORMATIONSBREV TILL PATIENT

Institutionen för hälsovetenskaper

Intraoperativ sammanfattning - Nyttan av att ge en intraoperativ sammanfattning till nyopererade patienter

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående intervjustudie.

Det som sker på en operationssal kan vara svårt att förstå för någon som inte arbetar i den miljön och många åtgärder som görs för patientens välbefinnande genomförs dolt för patienten då hen är sövd. Ett antal studier genomförda i andra vårdmiljöer har visat på att patienter upplever en stor tillfredställelse att få information om vad som hänt när de varit sövda. Informationen har uppskattats både ur medicinsk och omvårdnadsmässig synpunkt. Vi vill med denna studien undersöka patienters upplevelser av att få en sammanfattning av det som gjorts under operationen..

Deltagandet innebär att du ger oss medgivande till att närvara vid din operation. Vi kommer då att registrera vad som görs vid operationen och sammanställa en information som du får kring ingreppet och dess förlopp efter operationen. Dessutom skulle vi vilja göra en intervju där vi kommer att fråga om hur du uppfattat informationen om din operation och vilken nytta du tycker du haft av den. Intervjun beräknas ta cirka 15–45 minuter och genomförs av Elin och/eller Mathias. Vi erbjuder plats för intervjun på avdelningen alternativt att du själv föreslår plats utifrån vart på avdelningen du önskar.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun, och materialet kommer förvaras oåtkomligt för obehöriga samt raderas efter studiens slutförande. Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta ditt deltagande när som helst utan att du behöver ange varför. Om Du vill delta ber vi Dig underteckna samtyckesblanketten och ta med denna till sjukhuset den dagen du ska opereras.

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskaprogrammet med inriktning på anestesi- och operationsvård.

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

Med vänlig hälsning

Elin Nilsson
Leg Sjuksköterska
Studerande vid
Specialistsjuksköterskeprogrammet
Inriktning Anestesisjukvård
Epost:
el3276ni-s@student.lu.se

Mathias Johansson
Leg sjuksköterska
Studerande vid
Specialistsjuksköterskeprogrammet
Inriktning Operationssjukvård
Epost:
ma2477jo-s@student.lu.se

Handledare
Bengt Svensson
Universitetslektor, Docent
Epost:
Bengt.Svensson@med.lu.se
Tfn: 046-222 18 49

Bilagor

1. Samtyckesblankett



2018-12-27

LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om studien:

Intraoperativ sammanfattning - Nyttan av att ge en intraoperativ sammanfattning till nyopererade patienter

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att behöva ange orsak.

Härmed ger jag mitt samtycke till att delta i studien.

Underskrift av studiedeltagare

Underskrift av student

Ort, datum

Ort, datum

Underskrift
Namnförtydligande

Underskrift
Namnförtydligande

Telefonnummer

Telefonnummer