

PREOPERATIV FASTA

En kartläggning av elektiva patienters compliance till rekommendationer

Författare:	Matilda Rentzhog Bohlin Mirjana Milinković
Program/kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesijukvård, 60 högskolepoäng/Examensarbete för magister i omvårdnad VT 2010
Omfattning:	15 Högskolepoäng
Handledare:	Margareta Warrén Stomberg
Examinator:	Ann Bengtson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Förord

Vi skulle vilja tacka vår handledare Margareta Warrén Stomberg för god handledning av arbetet, hennes stöd och kunskaper har varit ovärderliga för oss. Vi vill även tacka Östra Sjukhuset och Uddevalla Sjukhus för ett gott samarbete.

Göteborg 100520

Mirjana & Matilda

Titel (svensk)	Preoperativ fasta- en kartläggning av elektiva patienters compliance till rekommendationer
Titel (engelsk):	Preoperative fasting – a survey of elective patient´s compliance to guidelines
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anesthesiukvård, 60 högskolepoäng/Examensarbete för magister i omvårdnad, OM5220
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	37 sidor
Författare:	Matilda Rentzhog Bohlin Mirjana Milinković
Handledare:	Margareta Warrén Stomberg
Examinator:	Ann Bengtson

SAMMANFATTNING

Preoperativ fasta är väsentlig för den anesthesiologiska säkerheten. Det är viktigt att både patienter och personal följer de nationella rekommendationer som finns angående fastans duration, då en för kort eller för lång fasta kan försämra de perioperativa förutsättningarna för patienten. Syftet med denna pilotstudie var att kartlägga elektiva patienters compliance till lokala rekommendationer angående preoperativ fasta. I syfte att testa metoden gjordes en pilotstudie med fem semistrukturerade intervjuer. Den insamlade datan bearbetades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Resultatet visade att patienternas compliance inte var optimal då patienterna fastade allt för länge. Patienterna hade bristfällig kunskap om varför de fastade. Med stor

sannolikhet finns ett samband mellan compliance och kunskap. För att öka patienternas kunskap och därmed även deras compliance bör en förbättrad preoperativ information utvecklas och utvärderas i en kommande studie. Intervju som metod var ett lämpligt val för att få svar på denna pilotstudies syfte. Slutsatsen är att elektiva patienters compliance till rekommendationer angående preoperativ fasta inte är optimal. Patienterna fastar onödigt länge och har bristfälliga kunskaper om preoperativ fasta.

ABSTRACT

Preoperative fasting is essential for the anaesthesiological safety. It is important that both patients and staff follow the national guidelines regarding the duration of the fast, since a too short or too long fasting period can have a negative impact on the perioperative conditions. The aim of this pilotstudy was to identify elective patient´s compliance to guidelines regarding preoperative fasting. In order to test the method, a pilotstudy with five semi-structured interviews was conducted. The collected data was processed using qualitative content analysis. The result of this study shows that patient´s compliance was not optimal, since they fasted too long. The patient´s knowledge about fasting was poor. A probable connection between compliance and knowledge was found. In order to increase patient´s knowledge, and thereby their compliance, a better preoperative information should be developed and evaluated in a future study. Using interview as a method was a suitable choice in order to answer to the aim of this pilotstudy. Our conclusion is that elective patient´s compliance to guidelines regarding preoperative fasting is not optimal. Patient´s fasts unnecessary long and their knowledge about the causes of the preoperative fasting is insufficient.

Keywords: Preoperative fasting, compliance, knowledge, information, anaesthesia.

Innehåll

Inledning	1
Bakgrund	1
Teoretisk referensram.....	1
Vårdvetenskapliga perspektiv	2
Centrala begrepp.....	3
Compliance.....	5
Anestesisjuksköterskans ansvar	6
Utveckling av rekommendationer för preoperativ fasta.....	8
Den preoperativa fastans betydelse	9
Patienters upplevelse av att fasta	10
Lokala rekommendationer	11
Tidigare forskning	11
Sökförfarande	15
Problemområde	14
Syfte	14
Metod	14
Urvalskriterier	15
Datainsamling	16
Dataanalys.....	17
Pilotstudien	19
Forskningsetiska överväganden	20
Risk- / nyttaanalys	22
Resultat	23
Tveksam compliance till rekommendationer	24

Varierande kunskap om preoperativ fasta	25
Diskussion	26
Metoddiskussion	26
Semistrukturerade intervjuer	27
Dataanalys	28
Faktasökning	28
Resultatdiskussion	29
Compliance	31
Ytterligare behov av information och forskning	31
Slutsats	33
Referenslista	34
Bilaga 1 Till vårdenhetschefer på operationsavdelningen vid Uddevalla Sjukhus och Östra sjukhuset	
Bilaga 2 Forskningspersonsinformation	
Bilaga 3 Intervjuguide	

Inledning

I den anesthesiologiska omvårdnaden av patienten är preoperativ fasta väsentlig för patientens säkerhet. Rekommendationerna angående preoperativ fasta förändrades redan 1999 i Sverige, trots detta fastar många patienter fortfarande längre än nödvändigt. Det finns ett flertal orsaker till detta. En av orsakerna är institutionens traditioner angående preoperativ fasta, och den information personalen ger patienten, en annan är hur väl patienten följer den givna informationen. Det är av största vikt att de rekommendationer som finns angående fastans duration följs, både av patienter och av personal. En för kort fasta kan få fatala konsekvenser för patienten vid en eventuell aspiration, och en för lång fastetid kan ge komplikationer perioperativt, i form av lättare besvär såsom muntorrhet, huvudvärk och illamående. Det kan även ge allvarigare besvär såsom hypovolemi, dehydrering och hypotension. Det är därför angeläget att kartlägga hur patienterna följer rekommendationer gällande preoperativ fasta, för att om möjligt förbättra förutsättningarna perioperativt.

Bakgrund

Teoretisk referensram

Omvårdnadsforskningens uppgift är att söka kunskap om människan, hennes utveckling, hälsa och välbefinnande i samband med födelse, sjukdom, lidande och död (Willman, Stoltz, & Bahtsevani, 2006). Traditionellt har omvårdnad ansetts tillhöra den medicinska vetenskapen och har därför ofta förknippats med naturvetenskap. På senare år har omvårdnadsforskningen rört sig från ett naturvetenskapligt synsätt mot ett humanistiskt synsätt, alltså fått ett mera holistiskt synsätt där människan beskrivs i helhetsperspektiv. Omvårdnadsteoretisk litteratur beskriver omvårdnad som ett humanvetenskapligt ämne. Vård och omvårdnad är två begrepp som

har diskuterats mycket och som fortfarande diskuteras, då det än idag saknas en gemensam definition av dessa begrepp (Dahlberg, 1994). År 1973 fick omvårdnadsforskningen sitt offentliga erkännande i Sverige, men inte förrän 1977 blev sjuksköterskeutbildningen en högskoleutbildning. Under 1970-talet forskade enbart enstaka sjuksköterskor inom ämnet omvårdnad. Under senare år har omvårdnadsforskningen uppmärksammats allt mer. Idag är omvårdnad en självständig vetenskap eftersom området har en unik teoretisk kärna, en vetenskaplig kommunikation, och samhällets erkännande blir alltmer omfattande (Willman, et al., 2006). En omvårdnadsteori, eller omvårdnadsmodell, definierar omvårdnadsvetenskapens centrala begrepp. Virginia Henderson räknas idag till en av de första omvårdnadsteoretikerna och mycket av sjuksköterskans arbete utgår än idag från hennes behovsteorier. Idag gränsar omvårdnadsvetenskap och medicinsk vetenskap till varandra och anses komplettera varandra (Willman, et al., 2006).

Vårdvetenskapliga perspektiv

Det ontologiska perspektivet innebär att sjuksköterskan har en helhetssyn på patienten. Precis som Henderson (1991) poängterar är varje situation unik, då varje patient och sjuksköterska är unika individer. Vid sjukdom kan patienten mista någon av de egenskaper som ligger i dess natur under normala omständigheter, trots detta skall helhetssynen på människan bevaras. Under normala omständigheter sköter varje människa sitt dagliga näringsintag mer eller mindre själv. När omständigheterna förändras och frångår det normala, t ex inför en operation, behöver patienten hjälp att hantera näringsintaget på rätt sätt. Anestesisjuksköterskan fyller då en mycket viktig funktion, då det ligger inom hennes ansvarsområde att kontrollera och utvärdera att fastan utförts på rätt sätt (Henderson & Silfvenius, 1991; Hovind & Bolinder-Palmér, 2005). Precis som i Hendersons (1991) teori innebär ontologiskt perspektiv individcentrerad vård. Detta är viktigt för anestesisjuksköterskor att

tänka på, då patienten i många fall känner sig utlämnad vid ankomst till operation. Anestesisjuksköterskan ska använda den tid patienten är vaken till att ge individuell omvårdnad beroende på den enskilda patientens behov (Henderson & Silfvenius, 1991; Hovind & Bolinder-Palmér, 2005).

Det epistemologiska perspektivet innebär att ge patienten kunskap om den preoperativa fastan. Med kunskap menas inom epistemologi läran om hur man kan nå kunskap. När anestesisjuksköterskan informerar patienten utgår hon från patientens individuella behov, dels genom att anpassa innehållet i informationen till patientens kunskapsnivå, och dels genom att använda ett lättförståeligt språk. Att avstå från mat och dryck inför en operation kan benämnas som antingen fasta eller svält. När anestesisjuksköterskan informerar patienten är det viktigt att hon använder endast ett av orden och förvissas om att patienten har kunskap om ordets innebörd. Den information anestesisjuksköterskan lär ut om den preoperativa fastan baseras på vetenskap (Halldin, Lindahl, Björnekull, & Wilhelmsson, 2005; Hovind & Bolinder-Palmér, 2005).

Centrala begrepp

Den kliniska betydelsen av att vara fastande är att inte ha intagit föda eller dryck under de senaste sex timmarna. Svält kan definieras som utebliven eller starkt minskad näringstillförsel under lång tid (Lindskog, Andrén-Sandberg, & Buckhøj, 2004). I vissa vårdsammanhang används fasta och svält som synonymer. Halldin et al. (2005) använder ordet fasta och svält som synonymer, beroende på vilken författare som har skrivit avsnittet. I kapitel 27 "Att välja anestesi", använder Henrik Zetterström begreppet fasta när han beskriver hur länge patienter behöver avstå från föda och vätska inför anestesi. I kapitel 39 "Anestesi till barn", av Krister Nilsson och Lars E Larsson, beskrivs tiden inför operationen då barnen inte får inta föda och vätska som svält (Halldin, et al., 2005). Detta kan bidra till begreppsförvirring i samband med patientinformationen.

Virginia Henderson har definierat sjuksköterskans speciella funktion på följande sätt:

”Sjuksköterskans speciella arbetsuppgift består i att hjälpa en individ, sjuk eller frisk, att utföra sådana åtgärder som befordrar hälsa eller tillfrisknande (eller en fridfull död); åtgärder individen själv skulle utföra om han hade erforderlig kraft, vilja eller kunskap. Denna arbetsuppgift skall utföras på ett sätt som hjälper individen att så snart som möjligt återvinna sitt oberoende” (Henderson & Silfvenius, 1991, s.10).

Henderson (1991) ser på människan som en självständig, aktivt handlande individ. Under normala förhållanden klarar människan sina grundläggande behov själv men i samband med sjukdom eller andra tillstånd är det sjuksköterskans ansvar att se till att patientens grundläggande behov blir tillfredställda. Hon fokuserar också på vårdrelationen mellan sjuksköterskan och patienten där hon menar att både sjuksköterskan och patienten är unika individer, men där sjuksköterskans mångsidighet förändras utifrån den situation sjuksköterskan befinner sig i. Detta kan tillämpas i olika sjuksköterskekontext, enligt Henderson. Anestesisjuksköterskan skall utföra omvårdnadsåtgärder när patienten är sövd under generell anestesi, så som patienten själv skulle ha önskat bli behandlad om denna hade kunnat förmedla sig. Det är också anestesisjuksköterskans ansvar att lära patienten så att denna har tillräckligt med kunskap för att kunna sköta sin basala omvårdnad inför anestesi när det gäller nutrition och den preoperativa fastan (Hovind & Bolinder-Palmér, 2005).

Henderson (1991) menar att det är mycket viktigt för sjuksköterskan att skaffa sig kunskap i näringsfysiologi. Då det är sjuksköterskan som tillbringar mest tid med patienten är det hon som kan uppmuntra patienten att äta och dricka. Sjuksköterskan skall rapportera till läkaren om patienten får för lite näring (Henderson & Silfvenius, 1991). Det är av yttersta vikt att anestesijuksköterskan preoperativt upplyser patienten hur denna skall fasta inför ett kirurgiskt ingrepp, då näringsstatus och vätskebalans påverkar anestesijuksköterskans arbete. Målet är att patienten skall ha god näringsstatus på operationsdagen för att undvika de komplikationer som kan uppstå i samband med att patienten fastar längre än nödvändigt. Det är också anestesijuksköterskans ansvar att mycket konkret förklara vad fasta innebär, samt vad patienter får äta och dricka på operationsdagen (Hjelmqvist, Haljamäe, & Bengtsson, 2006; Hovind & Bolinder-Palmér, 2005). Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård, SFAI, följer idag American Society of Anesthesiologists, ASA's, rekommendationer och rekommenderar alla att följa de riktlinjer som finns angående preoperativ fasta (SFAI). Följsamhet till SFAI och ASA's rekommendationer optimerar patientens basala nutritionsstatus (ASA, 1999; SFAI, 2010), vilket stämmer väl överens med Hendersons teori om att säkerställa patienters basala behov, där nutrition ingår som en viktig del (Henderson & Silfvenius, 1991).

Compliance

Vad som menas med patientens följsamhet till rekommendationer kan beskrivas utifrån några olika begrepp, såsom *compliance*, *adherence* och *co-operation*. Kyngäs et. al. (2000) menar att adherence och co-operation används som alternativ till ordet compliance, men dessa begrepp är oklart definierade och används ofta som synonymer. Det finns en stor mängd internationell forskning kring begreppet compliance, men fortfarande saknas en accepterad definition (Kyngäs, Duffy, & Kroll, 2000). Compliance är från början en militär term, som handlar om lydnad (Friberg & Scherman, 2005). Ordet compliance

översätts med eftergivlighet, tillmötesgående och samtycke (Petti, 2000). Inom hälso- och sjukvårdssektorn definieras compliance som ett uttryck för i vilken omfattning patienters beteende stämmer överens med de råd och rekommendationer hälso- och sjukvården tillhandahåller (Friberg & Scherman, 2005). Kyngäs (2000) menar att compliance föreställs vara en kognitiv, motiverande process av personliga attityder och avsikter, en rad beteenden, och resultatet av interaktionen mellan patient och personal (Kyngäs, et al., 2000). Då man i terminologin ofta övergår till att använda begreppet adherence istället för compliance analyserade Bissonnette (2008) begreppet adherence inom psykiatri-, medicin- och omvårdnadskontext, för att ta reda på hur adherence skiljer sig från compliance. Hon fann ingen skillnad i betydelsen av begreppen. Adherence översätts med fasthållande, vidhäftande (Petti, 2000). Precis som compliance definieras adherence inom hälso- och sjukvården som i vilken utsträckning patienten följer givna instruktioner angående förskrivna behandling (Bissonnette, 2008). När begreppen adherence och compliance används inom hälso- och sjukvården finns en underförstådd förmodan av att ta makten över patienten och de får därför en negativ klang (Kyngäs, et al., 2000). Patientens compliance är dock nödvändig för att hälso- och sjukvården skall kunna säkerställa vården, både den preventiva och den terapeutiska, därför anses detta maktövertagande berättigat (Friberg & Scherman, 2005; Kyngäs, et al., 2000). I fortsättningen kommer vi att använda ordet compliance, när vi refererar till patienters följsamhet av preoperativa fasterutiner.

Anestesisjuksköterskans ansvar

Anestesisjuksköterskans ansvar när det gäller den preoperativa fastan är att informera patienten om de rekommendationer som gäller för fasta, samt att försäkra sig om att patienten har förstått och sedan följt de föreskrifter som gäller. Ansvarig anestesilog skall kontaktas om anestesisjuksköterskan är tveksam till patientens fastestatus

(Hovind & Bolinder-Palmér, 2005). I de fall där ASA's rekommendationer inte följs och den preoperativa fastan är längre än nödvändigt är törst och muntorrhet det som i de flesta fall bidrar till minskat välbefinnande. Att arbeta enligt ASA's rekommendationer skulle kunna reducera dessa symtom samt bidra till ett ökat välbefinnande för patienten (ASA, 1999; Nilsson, 2009; Willman, et al., 2006). Är den preoperativa fastans tid kortare än rekommenderat, finns risk för aspiration och inställda eller försenade operationer (Kramer, 2000; Madsen, Brosnan, & Nagy, 1998).

Alla medlemmar i den medicinska arbetsgruppen har ett delat ansvar att lära patienten vikten av preoperativ fasta. Sjuksköterskan undervisar många gånger omedvetet genom att besvara de frågor som patienten ställer. Sjuksköterskan kan också undervisa medvetet i syfte att lära patienten (Henderson & Silfvenius, 1991). När anestesijuksköterskan skall informera patienten om anestesi är det viktigt att hon utgår ifrån patientens situation när hon avgör hur mycket information och förklaringar som skall lämnas (Hovind & Bolinder-Palmér, 2005). Att lära ut till patienten hur denna skall fasta och varför är av största vikt, då studier har visat att patienter som förstår varför de fastar har en större benägenhet att följa de givna instruktionerna (Walker, Thorn, & Omundsen, 2006).

Anestesijuksköterskans omvårdnad under generell anestesi syftar i första hand till att trygga patientens säkerhet. Preoperativ fasta är en förutsättning för patientsäkerheten. Under generell anestesi övervakar anestesijuksköterskan patientens vitala funktioner med hjälp av sin kliniska blick, samt med hjälp av monitorerade variabler (Hovind & Bolinder-Palmér, 2005). Anestesijuksköterskan, som hela tiden är närvarande hos patienten, ansvarar i samråd med anestesologen för att identifiera smärtsymtom och ge adekvat smärtlindring, för att inte utsätta patienten för onödigt lidande (Bodelsson, Forss, Werner, & Nilsson, 2005). I den anesthesiologiska omvårdnaden ingår förutom övervakning även att dokumentera anestesisförloppet, samt att utföra

och dokumentera medicinska ordinationer och övriga omvårdnadsåtgärder. Eventuella vätskebalansrubbingar övervakas och åtgärdas av anestesijuksköterskan (Nilsson, 2009). Under den korta tid anesthesijuksköterskan möter patienten i vaket tillstånd, ska hon bygga upp ett förtroende och skapa tillit. Hon ska lyssna på patientens behov och önskemål, identifiera eventuell oro och förmedla lugn innan patienten sövs. Det är också viktigt att anesthesijuksköterskan försöker uppfylla patientens önskemål i de fall det är möjligt för att öka välbefinnandet (Hovind & Bolinder-Palmér, 2005; Nilsson, 2009).

Utveckling av rekommendationer för preoperativ fasta

På 1800-talet hade inte aspirationsrisken upptäckts, utan preoperativ fasta ordinerades enbart för att minimera risken för kräkning under anestesi. I slutet av 1800-talet började Sir Joseph Lister, en brittisk kirurg, diskutera skillnaden mellan fast föda och klara drycker samt dess tömningstid ur ventrikeln, efter det att flera dödsfall rapporterades där obduktionen visade att patienterna hade kvävts av sina egna uppkastningar (Sutherland, Stock, & Davies, 1986).

Efter att Mendelson (Crenshaw & Winslow, 2008) på 1940-talet rapporterade en hög frekvens av aspiration i samband med obstetrisk anestesi, infördes strikta rekommendationer angående preoperativ fasta. Patienter har sedan dess fastat från midnatt inför operationsdagen. Dessa rekommendationer med mycket långa fastetider kvarstod ända fram till 1999 då ASA modifierade dem (Crenshaw & Winslow, 2008). Enligt de nya rekommendationerna skall patienten avstå från fast föda i 6 timmar och klara drycker i 2 timmar inför en operation. Dessa rekommendationer gäller de patienter som skall opereras elektivt och som tillhör ASA-klassificering I och II (ASA, 1999; Brady, Kinn, & Stuart, 2003).

Den preoperativa fastans betydelse

Preoperativ fasta syftar till att tömma ventrikeln och därmed minska risken för aspiration av ventrikelinnehåll under anestesi (Anderson & Comrie, 2009; Baril & Portman, 2007). Aspirationsrisken ökar vid generell anestesi på grund av anestesiemedlens deprimerande effekt på de reflexer som skyddar lungorna mot ventrikelinnehåll (Brady, et al., 2003). Att fasta preoperativt minskar ventrikels volym och surhetsgrad (pH-värdet), och kan därför reducera morbiditeten och mortaliteten vid en eventuell aspiration under generell anestesi (Anderson & Comrie, 2009). Trots att långa fastetider kan påverka patienten negativt, både psykologiskt och fysiologiskt, genom att öka risken för muntorrhet, törst, huvudvärk, dehydrering, illamående, hypotension, hypovolemi och hypoglykemi, fastar många patienter fortfarande längre än de egentligen behöver (Crenshaw & Winslow, 2002; Green, Pandit, & Schork, 1996). Om patienten avstått från mat och dryck sedan kvällen innan en operation försätts kroppen i ett halvsvältande tillstånd, som kan jämföras med den påfrestning en fjällvandring utgör. Blir operationen dessutom försenad, blir patienten ytterligare dehydrerad. Dehydreringen ökar risken för ovanstående besvär, men även för blodtrycksfall vid anestesiinduktionen. Detta blodtrycksfall kan ge både cerebral och kardiell ischemi, och i värsta fall infarkt (Bodelsson, et al., 2005). Även sår läkningen och immunförsvaret påverkas vid en för lång fasta, eftersom glykogendepåer i levern blir uttömda (Halldin, et al., 2005). En kortare fastetid ger klara vinster för patienten, då de negativa effekterna förekommer i mindre utsträckning ju kortare fastan är (Crenshaw & Winslow, 2002).

Anledningen till att många patienter fastar längre än nödvändigt är inte enbart beroende på att de har fått felaktiga instruktioner. Studier visar att de flesta patienterna inte förstår varför de fastar. Enligt den undersökning som Walker m.fl. gjorde 2006, förstod enbart 22 % att anledningen till fastan var att förhindra aspiration. När förståelsen för

fastan är låg, blir följsamheten till givna instruktioner angående fastan påverkad (Walker, et al., 2006). Kirurger och anestesiologer försvarar ibland den långa fastetiden med att patienten måste vara väl förberedd för att minska riskerna för försenade eller inställda operationer, som kan få negativa effekter både på operationsprogrammet och på ekonomin (Kramer, 2000).

De studier som gjorts efter att ASA införde nya, mer liberala rekommendationer angående preoperativ fasta visar entydigt att kortare fasta inte ökar de negativa effekterna, varken för patienten eller för operationsprogrammets genomförande (Crenshaw & Winslow, 2002, 2008; Murphy, Ault, Wong, & Szokol, 2000). Incidensen av aspirationspneumonier har inte ökat efter att de nya rekommendationerna infördes (Brady, et al., 2003). Ventrikelns volym påverkas inte negativt av fastans kortare duration. Det finns ingen evidens som stödjer teorin om att pH-värdet i ventrikeln sjunker (ASA, 1999). Murphy et. al. (2000) undersökte om ASA`s rekommendationer från 1999 har inneburit negativa effekter på operationsprogrammets genomförande, såsom fördröjda eller inställda operationer, och fann att de mer liberala rekommendationerna angående fastan har haft minimal eller ingen påverkan.

Patienters upplevelse av att fasta

Patienter som fastar längre än nödvändigt upplever att muntorrhet, huvudvärk och törst är besvärligare än att vara utan mat och känna hunger (Madsen, et al., 1998). De upplever också att törst är värre än den oro de hade inför operationen. Majoriteten av patienterna i studien upplevde också att törst minskade deras välbefinnande även postoperativt på grund av muntorrhet. Enligt Madsen et al. (1998) är den värsta delen av operationen att vakna upp med muntorrhet, och inte få möjlighet att dricka. Oro och ängslan över att inte fasta på rätt sätt och därmed äventyra operationen eller drabbas av illamående och

kräkningar postoperativt är en del av de psykologiska effekterna i samband med preoperativ fasta (Kramer, 2000).

Lokala rekommendationer

Inom Västra Götalandsregionen följs lokala PM som förordar fasta från fast föda efter midnatt, oavsett om operationen planeras att utföras på för- eller eftermiddagen. Patienten tillåts dricka flytande föda utan beståndsdelar (exempelvis yoghurt) fram till 6 timmar före premedicinering med opioider eller operationsstart, och därefter klara drycker intill 2 timmar före operation. Patienten får en broschyr med skriftlig information bland annat om preoperativ fasta hemskickad en till två veckor före operationsdagen. Det förekommer på vissa enheter att anestesijuksköterskan ringer upp patienten dagen innan operationen för att påminna om fastan och tid för att ta sista dryck. Här ges också möjlighet för patienten att ställa frågor om eventuella oklarheten kring den preoperativa fastan. Opereras patienten på en måndag ringer anestesijuksköterskan fredagen innan.

Tidigare forskning

En stor del av den forskning som tidigare gjorts angående preoperativ fasta kartlägger om olika institutioner tillämpar ASA`s rekommendationer från 1999 eller använder tidigare rutiner att; "fasta från midnatt". Samtliga studier visar att patienter fortfarande inte fastar enligt ASA`s evidensbaserade rekommendationer och att gamla traditioner slentrianmässigt lever kvar (Baril & Portman, 2007; Brady, et al., 2003; Crenshaw & Winslow, 2002, 2008; Kramer, 2000; Murphy, et al., 2000; O'Callaghan, 2002; Walker, et al., 2006; Woodhouse, 2006). Studier som utgår från patienternas perspektiv kartlägger hur länge de fastade, samt deras upplevelse av fastan. Studierna visar att patienter fastar längre än nödvändigt. Studierna belyser också att patienter upplever att de inte får information om vikten av att följa instruktionerna. Mindre än hälften av deltagarna uppgav att de hade fått denna information (Crenshaw & Winslow,

2002). Fastans genomsnittliga tid avseende vätska var 11 ± 3 timmar (Crenshaw & Winslow, 2008), respektive 12-14 timmar (Crenshaw & Winslow, 2002), och 40 % fastade från vätska > 12 timmar (Crenshaw & Winslow, 2008). Patienter uppger att de fastar längre än de instruerats om p.g.a. av att de inte vill äventyra resultatet av sin operation (Crenshaw & Winslow, 2008). Majoriteten av patienterna, 85 % (Crenshaw & Winslow, 2008) respektive 91 % (Crenshaw & Winslow, 2002) fick instruktioner om att fasta från midnatt, oavsett om operationen var planerad att utföras på för- eller eftermiddagen. Anledningen till dessa instruktioner uppges vara att de är lättare för patienten att följa (Crenshaw & Winslow, 2002, 2008).

En kartläggning av personalens attityd gentemot ASA`s rekommendationer från 1999, visade att de inte följs, då fasta från midnatt är allmänt vedertaget, både bland anestesiloger och bland sjuksköterskor (O'Callaghan, 2002; Woodhouse, 2006). Det framkommer även att de sjuksköterskor som vill individualisera fastan, så att varje patient fastar just så länge som han/hon behöver, känner sig maktlösa och saknar förtroende från anesthesiologerna. Kartläggningen visar att en lång fastetid ofta beror på svårigheter i kommunikationen inom organisationen, brist på kunskap, samt inställningen till förändringar (Woodhouse, 2006). Den huvudsakliga anledningen till en lång fastetid, är enligt många sjuksköterskor, att tiden för operationen är osäker (O'Callaghan, 2002). Baril och Portman´s (2007) kartläggning som speglar både patienternas och personalens syn på preoperativ fasta visar i likhet med Crenshaw & Winslow (2002, 2008) att patienter fastar längre än nödvändigt. Detta beror bland annat på att personalen dels oroar sig för huruvida patienterna följer instruktionerna, och dels för att de tror att patienterna skall bli förvirrade om vad som egentligen gäller, om de tillåts dricka före operationen. Studierna visade att det inte är helt klargjort bland personalen vem som ansvarar för att instruera patienterna om den preoperativa fastan. Dessutom uppdagades en

bristande kunskap angående preoperativ fasta. Patienterna hade bristande kunskaper om den faktiska anledningen till fastan, och personalen om lokala rutiner och rekommendationer. Sjuksköterskorna i studien trodde att anledningen till att patienterna fastar längre är att de antingen inte förstår de instruktioner de fått, eller att de inte har fått riktiga instruktioner från början (Baril & Portman, 2007). Reviewstudier åskådliggör att ASA`s rekommendationer om en mer liberal fasteregim inte följs i den kliniska kontexten, trots påvisade fördelar för både patient och personal (Anderson & Comrie, 2009; Brady, et al., 2003).

Preoperativ fasta är fortsatt förvirrande för patienter och en källa till frustration för personalen, som har utgångspunkt i en otydlighet i ansvarsfördelning och rekommendationer (Baril & Portman, 2007). Sjuksköterskor har en viktig roll i arbetet att få till en förändring i praktiken och därmed öka följsamheten till de rekommendationer som finns angående fasta. Genom att studera och dokumentera eventuella perioperativa negativa effekter som kan ha samband med fastans tid, kan evidens skaffas som bidrar till förändring (Crenshaw & Winslow, 2008).

Ett område som är mindre belyst i litteraturen är patienters förståelse av den preoperativa fastans betydelse. Denna förståelse är betydelsefull, av den orsaken att klart påvisade samband finns mellan patienters förståelse och deras följsamhet till rekommendationerna (Walker, et al., 2006). Majoriteten av patienterna i studierna förstod inte anledningen till varför de skulle fasta och uppgav att det i många fall var orsaken till att de inte följde rekommendationerna (Best, Wolstenholme, Kimble, Hitchings, & Gordon, 2004; Kramer, 2000; Walker, et al., 2006). De flesta satte inte den preoperativa fastan i samband med anestesi över huvud taget, utan trodde att syftet var att motverka illamående och kräkning postoperativt. Endast ett fåtal kopplade ihop fastan med aspirationsprevention och anesthesiologisk säkerhet (Kramer, 2000; Walker, et al., 2006). Andra orsaker till att

inte följa rekommendationerna uppgavs vara att patienten fått motsägande uppgifter från flera olika källor eller glömt bort instruktionerna. Välmenande vänner eller information från olika medier kan också påverka patientens följsamhet till fastan. Den information som framför allt efterfrågades av patienterna var klara rekommendationer om anledningen till fastan samt exempel på tillåtna drycker (Kramer, 2000).

Problemområde

Tidigare forskning visar entydigt att trots tydliga nationella rekommendationer fastar fortfarande många patienter för länge. Det finns ett fåtal studier som visar att informationen när det gäller den preoperativa fastan är bristfällig. Eftersom fastan är en nödvändighet för att garantera patientens säkerhet under generell anestesi, är det av största vikt att den utförs på rätt sätt. Då tidigare forskning fram till 2008 visar att patienter fastar längre än nödvändigt vill vi med denna studie kartlägga hur patienter idag förhåller sig till den information och de rekommendationer de fått om preoperativ fasta samt om de har följt de givna instruktionerna. Denna kartläggning är väsentlig för hur sjuksköterskan fortsättningsvis informerar och undervisar patienten om preoperativ fasta.

Syfte

Syftet med studien är att kartlägga elektiva patienters compliance till rekommendationer angående preoperativ fasta.

Vad har patienten för kunskap om preoperativ fasta?

Metod

Metoden beskrivs inledningsvis för en framtida större studie. En mindre pilotstudie beskrivs också.

Sökförfarande

Sökning av artiklar har skett i databaserna PubMed, CINAHL, Scopus och Cochrane. Cochrane användes för att snabbt få en överblick över ämnet. Följande sökord användes; *"preoperative fasting"*, *"preprocedural fasting"*, *"guidelines"*, *"anesthesia"*, *"nursing"*, *"nurse anaesthetist"*, *"perioperative care"*, *"pulmonary aspiration"*, *"patient compliance"*, *"guidelines"*, *"Nil Per Os status"* och *"general anaesthesia"*. Dessa sökord har använts i olika kombinationer. Sökorden utformades både utifrån MeSH-termer och fritextord. Artiklarna är tagna från databaserna CINAHL, PubMed och Cochrane. De flesta artiklarna påträffades mer än en gång, efter olika kombinationer i både CINAHL och PubMed. I Scopus hittades inga artiklar av intresse för studien, flera av de vi redan hade hittat påträffades igen. Efter att ha fått upp samma artiklar upprepade gånger, ansåg vi att ämnet var tillräckligt belyst. För att försöka ge en aktuell belysning av ämnet, är de artiklar vi har använt publicerade från år 2000 och framåt. Efter varje sökning lästes ett antal abstrakt igenom, beroende på hur omfattande sökningen hade varit. Därefter valdes cirka 30 artiklar ut och lästes igenom i fulltext. Efter att artiklarna lästs igenom gjordes en granskning, och de artiklar som bäst tycktes belysa ämnet sparades och presenteras under tidigare forskning. Några artiklar användes till bakgrunden. De artiklar vars abstrakt inte visade sig vara aktuella för pilotstudien valdes bort. Begränsningar i artikelsökningen gjordes i databasen CINAHL, där peer review-artiklar, research-artiklar och publikationsår påverkade urvalet. Endast artiklar som var publicerade från år 2000 användes.

Fyra studier var kvalitativa intervjustudier (Baril & Portman, 2007; Best, et al., 2004; Crenshaw & Winslow, 2008; Woodhouse, 2006) och fem var kvantitativa enkätundersökningar (Crenshaw & Winslow, 2002; Kramer, 2000; Murphy, et al., 2000; O'Callaghan, 2002; Walker, et al., 2006; Woodhouse, 2006). Två reviewstudier användes (Anderson & Comrie, 2009; Brady, et al., 2003).

Urvalskriterier

Deltagarna i studien skall vara vuxna, över 18 år. De skall behärska det svenska språket väl, i både tal och skrift, samt ha en god kognitiv förmåga. I studien inkluderas enbart patienter som skall opereras elektivt på en dagkirurgisk enhet, och som skall genomgå generell anestesi. Enbart patienter inom ASA-klassificering I och II tillfrågas om deltagande. Samtliga patienter skall ha fått information om den preoperativa fastan enligt lokala rutiner.

Deltagarna väljs ut genom ett konsekutivt urval under två månaders tid och antalet deltagare kan inte bestämmas i förväg, då det är beroende av den information som framkommer. Då ingen ny information framkommer bedöms antalet informanter vara tillräckligt (Polit & Beck, 2008). För att minska faktorer som kan utgöra en felkälla i resultatet ska inga förändringar i rutiner kring informationen om preoperativ fasta ske under tiden för datainsamlingen

Datainsamling

Insamlingen av data kommer att ske genom semistrukturerade intervjuer. Syftet med den kvalitativa forskningsintervjun är att förstå ämnet ur den intervjuades eget perspektiv. Den kvalitativa forskningsintervjun har som mål att ge nyanserade beskrivningar av olika kvalitativa aspekter, den bearbetar ord, inte siffror. Semistrukturerade intervjuer innebär att samma huvudfrågor ställs till alla intervjupersoner men det ger också forskaren flexibilitet att ändra frågornas ordningsföljd, och det låter den intervjuade utveckla sina svar och tala mer utförligt om de ämnen som intervjuaren tar upp. Svaren är öppna och betoningen ligger på att den intervjuade utvecklar sina synpunkter (Denscombe, 2009; Kvale & Torhell, 1997; Polit & Beck, 2008). Vid intervjun ställs frågor kring patientens upplevelse av att få information om preoperativ fasta samt hur de upplevde innehållet i informationen. Huvudfrågan i intervjun innebär

att patienten fritt berättar om sin fasta inför den aktuella operationen. Därefter övergår frågorna till att bli mer strukturerade. I samband med intervjun används inga fackuttryck, utan enbart ord och formuleringar som är lätta att förstå (Bilaga 3). Intervjuerna sker på sjukhuset innan patienten går hem, de beräknas ta max 45 minuter och de bandas.

Dataanalys

Verkligheten kan tolkas på många olika sätt och förståelsen av den är beroende av subjektiv tolkning. Kvalitativ forskning som baseras på data från t ex intervjutexter kräver förståelse och att ett samarbete utvecklas mellan forskaren och deltagarna. Forskaren lyssnar, skapar en förståelse och ställer adekvata följdfrågor till deltagarna. En text innehåller alltid en mångfald betydelser och en viss grad av tolkning är ofrånkomligt vid bearbetningen av texten (Graneheim & Lundman, 2004).

Innehållsanalys är ett sätt att bearbeta en text. I processen ingår att berättande, kvalitativ information organiseras i enlighet med de kategorier och mönster som uppkommer (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2008).

Till en början handlade innehållsanalys om den objektiva, systematiska och kvalitativa beskrivningen av det uppenbara innehållet i en kommunikation (Graneheim & Lundman, 2004). Den utvecklades som en vetenskaplig metod inom journalistik och medieforskning, i syfte att hantera stora mängder data (Berelson, 1952). På senare tid har innehållsanalys utökats till att, förutom att beskriva det uppenbara, även innehålla tolkning av det latent/dolda innehållet. Innehållsanalysen kan användas både som kvantitativ och kvalitativ ansats. Inom omvårdnadsforskningen används ofta den kvalitativa ansatsen. När kvalitativ innehållsanalys används, kan den fokusera antingen på det manifesta eller det latent innehåll. Det manifesta innehållet talar om vad texten säger och beskriver det

synliga och uppenbara i texten, medan det latent innehåll handlar om vad texten talar om. Där inkluderas en tolkning av den underliggande betydelsen av texten, det som står "mellan raderna". Metoden tillåter tolkning på olika abstraktionsnivåer och är användbar vid bearbetning av texter från exempelvis intervjuer, dagböcker, observationsprotokoll och filmer (Graneheim & Lundman, 2004).

Bearbetningen av data i kvalitativ forskning består av att reducera innehållet till mindre, mer överskådliga segment (Polit & Beck, 2008). Tillvägagångssättet beskrivs något varierande av olika författare, men huvuddragen i processen är desamma (Downe-Wamboldt, 1992; Graneheim & Lundman, 2004; Holsti, 1969). I vår analys av intervjutexter stödjer vi oss på Graneheim & Lundmans tolkning av analysprocessen. I processen transkriberas insamlad data och materialet läses igenom upprepade gånger. Fokus ligger på att identifiera skillnader och likheter som sedan uttrycks i kategorier och teman. Denna process går genom flera steg.

Ur *analysenheten* (intervjutexten) identifieras olika *domäner*, delar av texten som berör ett specifikt ämne. Ur domänerna plockas meningar och fraser ut, som är relevanta för frågeställningen. Här har kontexten betydelse, och omgivande text tas med när *meningsbärande enheter* skapas, för att texten inte skall förlora sitt sammanhang. Meningsenheterna *kondenseras*, kortas ned, för att göra texten mer lättarbetad. Det centrala innehållet måste dock bevaras. Genom *abstraktion* kodas innehållet och flera *koder* bildar sedan en *kategori*. Innehållet i en kategori skall vara likartat och återspegla det centrala budskapet i intervjuerna, en kategori kan tydliggöras i underkategorier. Kategorierna utgör det manifesta innehållet och svarar på frågan "Vad?" Ur det underliggande innehållet i kategorierna skapas ett tema (Graneheim & Lundman, 2004). Ett tema ses som det latent innehåll, den röda tråden genom enheter av betydelse, koder och kategorier, och svarar på frågan "Hur?" (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2008).

Kvalitativ innehållsanalys lämpar sig väl som analysmetod till denna studies syfte genom att den fokuserar på subjektets berättelse i perioperativ vård. Metoden ger möjlighet till en manifest, såväl som latent tolkning av intervjutexten. Vår avsikt är att göra både en manifest och latent tolkning av analysmaterialet.

Pilotstudien

I syfte att pröva metoden inför en kommande större studie, kommer en pilotstudie att genomföras. Pilotstudien kommer utföras på två olika dagkirurgiska uppvakningsavdelningar inom Västra Götalandsregionen. Under vår verksamhetsförlagda utbildning kommer fyra till fem patienter som uppfyller urvalskriterierna slumpmässigt att väljas ut, efter tillstånd av klinikens verksamhetschef. Intervjuer kommer att utföras med en beräknad tidsåtgång på max 45 minuter vardera. Intervjuerna kommer att spelas in, varefter texten kommer att skivas ut och analyseras enligt ovanstående metod. Intervjuerna kommer att ske postoperativt när patienterna bedöms som återhämtade efter anestesi och förväntas kunna delta i en intervju.

Datainsamlingen gjordes under tre dagar på två olika sjukhus inom Västra Götaland regionen. Personalen på uppvakningsavdelningen informerades om urvalskriterierna. Forskningspersoner som uppfyllde urvalskriterierna identifierades av sjuksköterskan på uppvakningsavdelningen. De patienter som uppfyllde urvalskriterierna tillfrågades om medverkan i en pilotstudie utförd av narkossjuksköterskestudenter. Efter medgivande om medverkan kontaktades patienten av författarna till studien, patienten fick skriftlig och muntlig information samt betänketid. När patienten bestämt sig undertecknades informerat samtycke om medverkan, och intervjun utfördes i ett separat samtalsrum. Tre intervjuer gjordes den första dagen, därefter gjordes en intervju per dag i ytterligare två dagar. Två av intervjuerna utfördes av den ena författaren och tre intervjuer av den andra författaren.

Forskningsetiska överväganden

Enligt Nürnbergkoden (Nurnbergkodexen, 1947) skall all forskning ske i enlighet med god moral, etik och lagstiftning. För att en forskningsstudie på människa skall få utföras måste vissa krav uppfyllas. Forskningen skall utföras av kvalificerad personal och resultaten skall gagna samhället. Den skall vidare utföras på ett sådant sätt att all risk för onödig skada eller lidande elimineras. Nyttan med forskningen skall överstiga riskerna, och adekvata förberedande åtgärder skall vidtas för att skydda deltagarna mot möjliga skador. Deltagarna skall ha fått fullständig information om forskningen innan den påbörjas, de skall delta på frivillig basis, och ha rätt att avsluta sitt deltagande när som helst. Även forskaren måste vara beredd att när som helst avbryta om forskningens karaktär medför risk för skada eller död om experimentet fortgår (Nurnbergkodexen, 1947).

För att upprätthålla god forskningsetik skall hänsyn även tas till FN:s Allmänna förklaring om mänskliga rättigheter från 1948. Förklaringen har legat till grund för en omfattande struktur som skyddar våra grundläggande friheter och rättigheter. Den värnar framför allt om den enskilda människans värde, samt mäns och kvinnors lika rättigheter. FN:s Allmänna förklaring om mänskliga rättigheter värnar om att alla människor skall vara lika inför lagen (FN:s Allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna, 1948).

Helsingforsdeklarationen tillkom 1964 och har därefter uppdaterats ett flertal gånger. Deklarationen tillkom för att skydda forskningspersonen och ställer liksom Nürnbergkoden krav på information, samtycke och konfidentialitet kring forskning. Även här krävs forskningspersonens rättighet att avbryta sin medverkan när som helst i forskningsprocessen. För att ytterligare skydda forskningspersonen krävs att positiva och negativa resultat redovisas och publiceras. Finansiering, forskarens institutionella tillhörighet och möjliga intressekonflikter skall också anges i publikationen. Ingen

tidskrift får publicera artiklar som inte utförts i enighet med Helsingforsdeklarationen (Helsingforsdeklarationen, 1964).

De etiska riktlinjer som finns för omvårdnadsforskning i Norden utgår från International Council of Nurses (ICN) som anser att sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande. För att utveckla ny kunskap inom professionen forskar sjuksköterskan framför allt inom dessa områden. Denna forskning innehåller mänsklig sårbarhet av olika grad, sjuksköterskan bör därför ha god kunskap om och förståelse av de grundläggande etiska principerna. De grundläggande etiska principerna bygger på både FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna och Helsingforsdeklarationen. Inom omvårdnadsforskning tas hänsyn till följande etiska principer, principen om autonomi, om att göra gott, om att inte skada samt om rättvisa. Principerna bygger huvudsakligen på att garantera forskningspersonens självbestämmanderätt, integritet och konfidentialitet. Forskningen skall vara till nytta för omvårdnaden, behandla alla individer lika och utföras så att risken för skada eller obehag förhindras eller minimeras (Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden, 2007).

Vi har i denna studie tagit hänsyn till de grundläggande forskningsetiska principerna genom att forskningspersonen har fått fullständig information om studiens syfte och innehåll. Forskningspersonen har lämnat ett skriftligt samtycke till sin medverkan i studien och informerats om sin rätt att när som helst avbryta sin medverkan. Forskningspersonen har även informerats om att lämnade upplysningar behandlas konfidentiellt och att materialet förvaras oåtkomligt för obehöriga. Om vi finner att en forskningsperson av någon anledning upplever obehag av sin medverkan, avbryts intervjun.

Studier inom omvårdnadsforskning som innehåller hantering av känsliga personuppgifter, som innebär fysiska ingrepp på levande eller avlidna forskningspersoner, som utförs enligt en metod som kan påverka forskningspersonen fysiskt eller psykiskt, eller som hanterar biologiskt material från levande eller avlidna forskningspersoner, skall prövas av etikprövningsnämnden. Eftersom vår pilotstudie inte faller inom ramen för något av ovanstående, anser vi att en fullständig etikprövning inte behöver göras. Göteborgs Universitet tillhör Göteborgs Regionala Etikprövningsnämnd, där magisteruppsatser från Göteborgs Universitets specialistutbildningar på avancerad nivå prövas, detta samarbete har resulterat i en överenskommelse att mindre pilotstudier kan genomföras efter kontakt med verksamhetsansvariga.

Risk- / nyttaanalys

Enligt vår mening är riskerna med denna studie minimala. De risker som skulle kunna förekomma är att de patienter som upplevde den preoperativa fastan som påfrestande, återfår negativa känslor i samband med intervjun. Det finns även en risk att patienter upplever det integritetskränkande att bli tillfrågade om medverkan i pilotstudien.

För att förebygga dessa risker kommer samtliga patienter att bli tillfrågade om sin medverkan av en sjuksköterska på uppvakningsavdelningen. Därefter får patienten tid för reflektion samt möjlighet att ställa kompletterande frågor till oss. Vill patienten därefter medverka lämnas forskningspersoninformation ut och patienten får underteckna informerat samtycke. Genom denna process får patienten ett flertal möjligheter att avbryta sin medverkan om negativa eller obehagliga känslor uppkommer. Om frågor eller obehagliga känslor uppkommer efter avslutad intervju, på sjukhuset eller i hemmet, ges patienten möjlighet att kontakta oss.

De forskningspersoner som ingår i pilotstudien får ingen omedelbar nytta av sin medverkan, förutom en möjlighet att tala om sin följsamhet till rekommendationer i samband med preoperativ fasta, vilket av vissa kan upplevas som positivt. Om resultatet av studien i framtiden skulle leda till en förändring kring informationen angående preoperativ fasta, har studien varit till nytta, både för deltagarna själva om de skall opereras på nytt, och för andra som skall opereras.

Då studien utförs på en dagkirurgisk enhet, oberoende av patientens diagnos, verkar det osannolikt att en enskild individ eller patientgrupp skulle kunna utpekas på ett oetiskt sätt i framtiden. Vid sammanställningen av data kan ingen individ identifieras.

Resultat

Pilotstudien genomfördes på uppvakningsavdelningar på två sjukhus inom Västra Götalandsregionen. Fem dagkirurgiska patienter intervjuades. En patient inkluderas då anestesi utfördes i lokalanestesi och sedering, denna patient var initialt planerad för generell anestesi. Övriga patienter fick generell anestesi. Både män och kvinnor fanns representerade i forskningspersongruppen. Deltagarna var mellan 30 och 80 år gamla. Majoriteten hade genomgått operationer tidigare.

Två tydliga kategorier framkom vilka åskådliggörs i Tabell 1.

Tabell 1. Översikt över resultatets domän, kategorier och tema.

Domän	Kategorier	Tema
Förhållningssätt till rekommendationer om preoperativ fasta.	Tveksam compliance till rekommendationer.	Längre fasta för säkerhets skull tyder på okunskap.
	Varierande kunskap om preoperativ fasta.	

Tveksam compliance till rekommendationer

Studien visar entydigt att forskningspersonerna fastar inför sövning och operation. Ingen operation behövde skjutas upp eller strykas på grund av otillräcklig fasta. Samtliga fastade däremot längre än nödvändigt. De flesta var helt fastande sedan kvällen före operationen, oavsett vilken tid på dygnet de opererades.

"... jag åt senaste målet igår kväll, så jag drack inget mer än det..."

Skriftlig information om fastan skickades till patienten från sjukhusen i samband med kallelsen till operationsavdelningen. Samtliga av forskningspersonerna uppgav att de hade läst den, majoriteten hade avstått från tillåten mat och dryck på operationsdagens morgon. En av forskningspersonerna hade druckit en kopp te på morgonen, då operationen var planerad att utföras på eftermiddagen. Viss compliance till rekommendationer finns eftersom forskningspersonerna fastade, men vi har valt att se att compliance inte var optimal, eftersom de fastat för länge.

Ingen hade på egen hand sökt information om fasta, utan nöjt sig med den informationen som sjukhuset skickade ut. Samtliga ansåg sig nöjda med den informationen, medan någon ansåg att orsakerna till fastans betydelse inte framgick tillräckligt av den informationsbroschyr som sjukhusen skickar ut. Trots detta ansåg de att skäl till att söka vidare kunskap saknades. En av forskningspersonerna ansåg att informationen var tillräcklig för honom, men att han trodde att vissa andra personer kanske behövde en förtydligad, utökad information för att förstå den bättre.

"... den skulle förtydligas lite grand... den är väldigt komprimerad... det är liksom blrrp - färdigt!..."

"... så det är liksom inte att det är, att man har lagt tyngdvikt på att det är väldigt, väldigt viktigt..."

"... nog för att det står där att om du nu inte har följt fastereglerna, så blir det ingen operation... men ändå... det framhålls inte så... tillräckligt mycket..."

Att vara fastande upplevdes inte som speciellt jobbigt av forskningspersonerna:

"... inga problem..."

Trots att fastan inte upplevdes som ett problem, så kommenterades hungerkänslor:

"... i och med att det var så pass sent det här, är ju folk på väg på lunch... det var jobbigt! ... när de går utanför och säger "det är dags för mat nu"... det är inte särskilt trevligt..."

"... det är ju inte roligt, man är hungrig, men det är inget som helst problem... det är liksom nånting som inträffar en gång och sen kan man äta desto mer..."

Varierande kunskap om preoperativ fasta

I studien framträder medvetenhet och varierande kunskap som två dominerande områden. Ingen av forskningspersonerna ifrågasatte nödvändigheten av att fasta inför en operation. Samtliga forskningspersoner hade en medvetenhet om nödvändigheten att fasta inför sövning och operation. Kunskaper om orsakerna till fastan varierade.

Ingen av forskningspersonerna var helt säker på varför de behöver fasta:

"... jag antar att det är, jag vet inte, för att man inte ska ha någon föda i magsäcken..."

En forskningsperson uppgav att fastan är till för patientens säkerhet:

"... det stod för patientens säkerhet, men det stod egentligen inte varför..."

En annan uppfattning var att fastan är nödvändig:

*"... för att slippa gå på toa... ibland är operationerna långa...
då är det skönt att slippa gå på toaletten..."*

Två forskningspersoner uppgav att orsaken till fastan är att minimera risken för illamående, framför allt postoperativt:

"... det ligger ju i mitt intresse att vara fastande, för jag vill ju inte må illa och kräkas och bära mig åt efteråt..."

"... jag vet inte om man kan kräkas under operation, det tror jag kanske inte, men att, efteråt när man vaknar..."

"... det kan bli komplikationer om man börjar kräkas, beroende på vilken typ av operation du har gjort..."

"... det är väl för illamåendet, ja det är väl inte så mycket mer, det är så..."

Det latenta innehållet i intervjutexterna visar på okunskap om fastans betydelse då alla forskningspersoner för säkerhetsskull fastade längre än nödvändigt. Detta med förhoppningen att optimera sina förutsättningar inför operationen. De givna riktlinjerna förordade fasta under en viss, begränsad tid.

Majoriteten av forskningspersonerna sköter sin preoperativa fasta utan att känna till den verkliga orsaken till fastan. Det finns en viss medvetenhet om de verkliga riskerna med att inte fasta på rätt sätt, men ingen fullständig kunskap om fastans betydelse. När kunskap saknas och forskningspersonerna förmodar att de gör rätt invaggas de i en falsk trygghet, vilket leder till att de inte ser behov av att söka ytterligare kunskap om fastan.

Diskussion

Metoddiskussion

Pilotstudien är utförd på två olika sjukhus inom Västra Götalandsregionen. Eftersom pilotstudiens syfte var att testa metoden

anser vi att det har varit relevant att utföra intervjuerna på två olika sjukhus, trots att lokala rutiner angående information om preoperativ fasta skiljer sig något. Då resultatet är likartat oavsett från vilket sjukhus som har informerat om fastan anser vi att det faktum att den är utförd på två olika sjukhus stärker resultatets trovärdighet. Det stärker också vår uppfattning att metoden givit svar på syftet. Materialet i pilotstudien är dock för litet för att kunna vara giltigt utanför denna pilotstudie.

Under en av intervjuerna framkom att patienten var opererad i lokalbedövning med sedering, trots att urvalskriterierna gällde generell anestesi. Vi har ändå valt att inkludera denna patient i pilotstudien p.g.a. att operationen var planerad att genomföras i generell anestesi. Patientförberedelserna är de samma oavsett om operationen utförs i lokalbedövning eller generell anestesi, enligt de lokala instruktionerna. Vi anser att anestesisformen i detta fall inte har påverkat vårt resultat. Till intervjuerna användes en bandspelare med inbyggd mikrofon. I två av intervjuerna var ljudkvaliteten vid något tillfälle dålig, detta anses inte ha någon betydelse för resultatet. Ingen information av värde gick förlorad p.g.a. ljudkvaliteten.

Semistrukturerade intervjuer

Vi anser att semistrukturerade intervjuer har fungerat bra som metod i denna pilotstudie. Intervjuerna har bidragit med ett mer utförligt och fylligt material än om enbart enkätundersökning hade använts. Vid en kommande större studie, där ett större antal forskningspersoner skall nås, tror vi dock att en enkät med halvstrukturerade frågor skulle vara mer lämpligt som metod. Att använda sig av en intervjustudie skulle i detta fall ge ett alltför omfattande och svårarbetat material. Det skulle dessutom vara mycket tidskrävande.

Intervjufrågorna har ett inslag av kvantitativ ansats, då de är konkreta. Efter att intervjutexterna analyserats framträdde andra tänkbara, mer relevanta följdfrågor som kunde bidragit till att

uppmuntra forskningspersonerna att ytterligare utveckla sina svar. Denna lärdom kan komma till nytta vid kommande studier.

Dataanalys

Innehållsanalys var ett lämpligt val till analys av pilotstudien, eftersom den lämpar sig väl för tolkning av intervjutexter. Analysprocessen gick till enligt följande. Efter att intervjuerna var färdiga skrevs de ut. Därefter lästes de igenom ett flertal gånger av båda författarna och kommentarer skrevs. Manifest och latent innehåll identifierades och ett tema blev synligt. Forskningspersonerna har inte fått möjlighet att läsa och korrigera eventuella missförstånd i det utskrivna intervjumaterialet, då det inte fanns något tidsutrymme för detta på sjukhuset p.g.a. utskrivning/hemgång. Analysen anses vara säkerställd, då vi har läst materialet många gånger, gått igenom det tillsammans och enats om kategorier.

Fenomenografi kunde varit en annan tänkbar analysmetod till pilotstudien. Den lämpar sig för undersökningar som inriktar sig på förståelse och hade kunnat användas om syftet varit annorlunda och om data hade baserats på betydligt fler informanter. Det är dock en djup och tidskrävande analys, som vi anser skulle kräva mer tid än vad examensarbetet tillåter.

Faktasökning

Artiklarna till bakgrund och tidigare forskning är tagna framförallt ur anestesirelaterade tidsskrifter, eftersom de bäst belyser ämnet i rätt kontext. Det har varit svårt att hitta artiklar som berör ämnet. Detta kan bero på att fasta benämns på många olika sätt i internationell litteratur. Relevanta artiklars *keywords* användes därför för vidare sökningar. De databaser som användes var främst CINAHL och PubMed. Anledningen till att just dessa databaser användes var att de främst är inriktade på omvårdnadsforskning. Det begränsade antalet artiklar gav oss därmed ingen större vägledning om lämpligt metodval för vårt syfte.

Sammanfattningsvis fann vi att intervju var en lämplig metod för denna pilotstudie, medan semistrukturerade enkäter kan rekommenderas för en större studie. Detta ger möjlighet att inkludera flera informanter och förväntas ge överskådliga data som underlättar analysen.

Resultatdiskussion

Vi har i vår studie funnit att samliga patienter fastar längre än nödvändigt. Detta stöds även av tidigare forskning, trots att vissa av studierna i första hand inte syftade till att undersöka just fastans längd, men där detta ändå påvisades (Anderson & Comrie, 2009; Baril & Portman, 2007; Brady, et al., 2003; Kramer, 2000; Madsen, et al., 1998; Murphy, et al., 2000; O'Callaghan, 2002; Walker, et al., 2006; Woodhouse, 2006). De studier vars faktiska syfte var att specifikt undersöka fastans längd visade också på att patienter fastar längre än nödvändigt (Crenshaw & Winslow, 2002, 2008).

Det finns flera tänkbara anledningar till att patienterna fastar för länge. SFAI:s rekommendationer angående preoperativ fasta överensstämmer fullständigt med ASA´s rekommendationer. På de två sjukhus inom Västra Götalandsregionen där pilotstudien har utförts, överensstämmer de lokala instruktionerna dock inte helt med SFAI´s rekommendationer. De lokala instruktionerna förordar fortfarande fasta från fast föda efter midnatt. Vi tror att detta missuppfattas av patienterna och medför att de även avstår från dryck efter midnatt vilket inte är nödvändigt. En anledning kan vara organisationens sätt att informera patienterna så som Baril & Portman (2007) och Crenshaw & Winslow (2002) beskriver (Baril & Portman, 2007; Crenshaw & Winslow, 2002). Patienten får information om att det är tillåtet att dricka klara drycker fram till två timmar innan operationen, men uppmanas inte att göra det, och informeras inte heller om fördelarna med att dricka inför anestesi. Informationen som skickas ut till patienterna borde enligt vår mening förtydligas.

Vår uppfattning är att patienterna följer instruktionerna i informationen slaviskt utan att ifrågasätta eller förstå att det är till nackdel med allt för lång fastetid. I bästa välmening gör de som de blir tillsagda. I vårt resultat fann vi att majoriteten av patienterna fastade från midnatt oavsett vilken tid på dygnet de opererades, vilket tyder på oklara instruktioner i informationen. Om operationen är planerad att utföras på eftermiddagen ska patienten inte vara fastande från midnatt. Detta skulle kunna undvikas om informationen förtydligades och patienten uppmanades att äta och dricka inom de tidsramar som är tillåtna. Genom tydligare instruktioner i informationen anser vi att patienten skulle kunna optimera sina förutsättningar och öka sitt välbefinnande, istället för att som nu bara anta att de optimerar sina förutsättningar, när det i själva verket är tvärtom. En för lång fasteperiod kan istället påverka förutsättningarna negativt. Bopp et.al. (2009) fann att patienternas postoperativa välbefinnande ökade betydligt när de intog en kolhydrathaltig dryck två timmar före sin operation (Bopp, Hofer, Klein, Weigand, Martin & Gust, 2009).

Trots att majoriteten av patienterna i vår pilotstudie hade genomgått operationer tidigare, och därmed även fastat tidigare, var deras kunskaper om orsaken till fastan bristfälliga. Det framkom att majoriteten av patienterna kopplade samman fastan med helt andra orsaker än risken för aspiration, såsom att undvika toalettbesök och postoperativt illamående. Även Kramer (2000) och Walker (2006) fann att få patienter såg sambandet mellan fastan och anesthesiologisk säkerhet (Kramer, 2000; Walker, et al., 2006). Samtliga patienter i pilotstudien var dock medvetna om att den preoperativa fastan var en mycket viktig del av förberedelserna inför operation, trots bristfälliga kunskaper om orsakerna.

Enligt Madsen et al. (1998) upplevde patienter som hade fastat för länge att muntorrhet, huvudvärk och törst bidrog till minskat välbefinnande. Törst upplevdes vara värre än den oro patienterna

hade inför operationen (Madsen, et al., 1998). Majoriteten av patienterna i vår pilotstudie upplevde inga besvär av att fasta inför operation. Detta tror vi har att göra med att majoriteten av patienterna i pilotstudien opererades på förmiddagen. Endast en patient opererades efter lunch och denna patient kommenterade hungerkänslor. Vi förmodar att detta svar skulle se annorlunda ut om fler av patienterna i pilotstudien hade opererats på eftermiddagen.

Compliance

I pilotstudien bedömer vi att compliance till rekommendationerna inte var optimal, då majoriteten av patienterna fastade för länge. Detta beror enligt vår mening på bristande kunskaper som i sin tur beror på bristande information. Studier har visat ett tydligt samband mellan compliance och kunskap (Best, et al., 2004; Kramer, 2000; Walker, et al., 2006). Troligtvis anser patienterna själva att de har förhållit sig till rekommendationerna på ett fullkomligt sätt, eftersom de har fastat. På grund av sin bristande kunskap inser de inte att en fasteperiod från till exempel klockan 18 kvällen före en operation, som är planerad att utföras klockan 14 dagen efter, inte faller inom ramen för compliance. Patienten är antagligen övertygad om att han har gjort rätt, och det är vårt ansvar att fortsätta arbeta för att ändra på detta felaktiga beteende genom att ge patienten kunskap om fastans betydelse.

Ytterligare behov av information och forskning

Vår slutsats att patienterna i pilotstudien hade bristande kunskaper om fastan förvånade oss. I dagens upplysta samhälle, med lättillgängliga medier av olika slag, upplever vi att resultatet var något oväntat. Ingen av patienterna i pilotstudien var helt säker på den faktiska orsaken till preoperativ fasta. Efter avslutad intervju väcktes nya frågor hos patienterna där samtliga efterfrågade fördjupad information om preoperativ fasta. Det kändes därför mycket angeläget att informera dem om aspirationsrisk och anesthesiologisk

säkerhet. Det kändes också som vår skyldighet att ge dem denna kunskap inför eventuella kommande operationer. Samtliga var nöjda med vår information och samtidigt väldigt förvånade över att detta inte framkommer i informationsbroschyren som skickas hem från sjukhuset. Vi har funderat över varför denna information inte framkommer tydligt. Några tänkbara anledningar skulle kunna vara att sjukhuset inte vill skrämma patienterna, eller att de inte finner något lätt sätt att formulera informationen på. I vårt resultat fann vi att de patienter som hade en liten aning om den faktiska anledningen till fastan, tyckte att denna del av informationen skulle förtydligas och utvecklas.

Efter att ha genomfört pilotstudien ser vi ett stort behov av fortsatt forskning inom området. Många studier belyser fastans betydelse ur ett mer naturvetenskapligt perspektiv, t ex påverkan på ventrikelvolymen och pH-värdet, men omvårdnadsforskning bör syfta till att ha ett holistiskt synsätt, att se människan/patienten i ett helhetsperspektiv, så som Dahlberg (1994) beskriver (Dahlberg, 1994). Även Henderson (1991) beskrev redan för många år sedan att omvårdnaden bör vara individcentrerad och utgå från varje människas unika behov (Henderson & Silfvenius, 1991). Vi är medvetna om att dataunderlaget för denna pilotstudies resultat är begränsat, men skulle i en kommande studie vilja minska den kunskapsbrist som vi anar finns hos patienten, genom att i samband med informationen till patienten även undervisa om betydelsen av den preoperativa fastan. Det hade varit mycket intressant att genomföra en studie med ett stort antal deltagare, och utifrån deras kunskaper och informationsbehov sammanställa en patientinformation angående preoperativ fasta. Vi förstår samtidigt att många patienter befinner sig på olika nivåer, när det gäller förmågan att ta till sig information och kunskap och att denna därför bör individualiseras. Fredericks et.al. (2009) fann att det som påverkade patienternas förmåga att ta till sig information och kunskap hade ett tydligt samband med patienternas

ålder, kön och kulturella bakgrund, dock påverkade inte skillnader i utbildningsnivå denna förmåga (Fredericks, Guruge, Sidani, & Wan, 2009).

Slutsats

Elektiva patienters compliance till rekommendationer angående preoperativ fasta är inte optimal. Patienterna fastar onödigt länge och har sannolikt bristfälliga kunskaper om den preoperativa fastans betydelse. Ytterligare forskning, samt kunskapsutveckling hos patienten rekommenderas.

Referenslista

- Anderson, M., & Comrie, R. (2009). Adopting preoperative fasting guidelines. *AORN Journal*, 90(1), 73-80.
- ASA (1999). Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures: a report by the American Society of Anesthesiologist Task Force on Preoperative Fasting. *Anesthesiology*, 90(3), 896-905.
- Baril, P., & Portman, H. (2007). Preoperative fasting: knowledge and perceptions. *AORN Journal*, 86(4), 609-617.
- Berelson, B. (1952). *Content analysis in communication research*. Glencoe, Ill.: Free Press.
- Best, C., Wolstenholme, S., Kimble, J., Hitchings, H., & Gordon, H. M. (2004). How 'nil by mouth' instructions impact on patient behaviour. *Nurs Times*, 100(39), 32-34.
- Bissonnette, J. M. (2008). Adherence: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 63(6), 634-643.
- Bodelsson, M., Forss, K., Werner, M., & Nilsson, I. (2005). *Anestesiologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Bopp, C., Hofer, S., Klein, A., Weigand, M. A., Martin, E., & Gust, R. (2009). A liberal preoperative fasting regimen improves patient comfort and satisfaction with anesthesia care in day-stay minor surgery. *Minerva Anestesiologica*.
- Brady, M., Kinn, S., & Stuart, P. (2003). Preoperative fasting for adults to prevent perioperative complications. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*(4), CD004423.
- Crenshaw, J. T., & Winslow, E. H. (2002). Preoperative fasting: old habits die hard. *The American Journal of Nursing*, 102(5), 36-44; quiz 45.
- Crenshaw, J. T., & Winslow, E. H. (2008). Preoperative fasting duration and medication instruction: are we improving? *AORN Journal*, 88(6), 963-976.
- Dahlberg, K. (1994). *Vårdandets helhetssyn*. Lund: Studentlitteratur.

- Denscombe, M. (2009). *Forskningshandboken : för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Downe-Wamboldt, B. (1992). Content analysis: method, applications, and issues. *Health Care Women Int*, 13(3), 313-321.
- Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden (2007). Retrieved 2010-01-12, from <http://www.vardinorden.org/ssn/etikk.pdf>
- FN:s Allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna (1948). FN:s Allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna Retrieved 20100112, from <http://www.fn.se/PageFiles/7177/Allmanforklaringomdemanskligarattigheterna.pdf>
- Fredericks, S., Guruge, S., Sidani, S., & Wan, T. (2009). Patient demographics and learning needs: examination of relationship. *Clinical Nursing Research*, 18(4), 307-322.
- Friberg, F., & Scherman, M. H. (2005). Can a teaching and learning perspective deepen understanding of the concept of compliance? A theoretical discussion. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3), 274-279.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Green, C. R., Pandit, S. K., & Schork, M. A. (1996). Preoperative fasting time: is the traditional policy changing? Results of a national survey. *Anesthesia and Analgesia*, 83(1), 123-128.
- Halldin, M., Lindahl, S., Björnekull, C., & Wilhelmsson, J. (2005). *Anestesi*. Stockholm: Liber.
- Helsingforsdeklarationen (1964). Helsingforsdeklarationen Retrieved 20100112, from <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>
- Henderson, V., & Silfvenius, U.-B. (1991). *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet*. Solna: Almqvist & Wiksell.
- Hjelmqvist, H., Haljamäe, H., & Bengtsson, A. (2006). *Vätsketerapi*. Stockholm: Liber.
- Holsti, O. R. (1969). *Content analysis for the social sciences and humanities*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.

- Hovind, I. L., & Bolinder-Palmér, I. (2005). *Anestesiologisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Kramer, F. M. (2000). Patient perceptions of the importance of maintaining preoperative NPO status. *AANA Journal*, 68(4), 321-328.
- Kvale, S., & Torhell, S.-E. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kyngäs, H., Duffy, M. E., & Kroll, T. (2000). Conceptual analysis of compliance. *Journal of Clinical Nursing*, 9(1), 5-12.
- Lindskog, B. I., Andrén-Sandberg, Å., & Buckhøj, P. (2004). *Medicinsk terminologi*. Stockholm: Nordiska bokhandelns förlag & Norstedts akademiska förlag.
- Madsen, M., Brosnan, J., & Nagy, V. T. (1998). Perioperative thirst: a patient perspective. *Journal of Perianesthesia Nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses / American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 13(4), 225-228.
- Murphy, G. S., Ault, M. L., Wong, H. Y., & Szokol, J. W. (2000). The effect of a new NPO policy on operating room utilization. *Journal of Clinical Anesthesia*, 12(1), 48-51.
- Nilsson, U. (2009). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesijukvård Retrieved 2009-12-28, from <http://www.swenurse.se/Publikationer--Remisser/Publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-sjukskoterska-med-specialistsjukskoterskeexamen-med-inriktning-mot-anestesisjukvard/>
- Nurnbergkodexen (1947). The Nuremberg Code Retrieved 20100112, from http://www.ushmm.org/research/doctors/Nuremberg_Code.htm
- O'Callaghan, N. (2002). Pre-operative fasting. *Nurs Stand*, 16(36), 33-37.
- Petti, V. (2000). *Norstedts stora engelsk-svenska ordbok = Norstedts comprehensive English-Swedish dictionary*. Stockholm: Norstedts ordbok.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

- SFAI. Perioperativt anestesiarbete Retrieved 2010-01-12, from <http://www.sfai.se/files/Sid%2011-29.pdf>
- Sutherland, A., Stock, J., & Davies, J. (1986). Effects of preoperative fasting on morbidity and gastric contents in patients undergoing day-stay surgery. *British Journal of Anaesthesia*, 58, 876-878.
- Walker, H., Thorn, C., & Omundsen, M. (2006). Patients' understanding of pre-operative fasting. *Anaesthesia and Intensive Care*, 34(3), 358-361.
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- Woodhouse, A. (2006). Pre-operative fasting for elective surgical patients. *Nurs Stand*, 20(21), 41-48.



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

Bilaga 1

**Till vårdenhetschefer på operationsavdelningen vid Uddevalla Sjukhus och
Östra sjukhuset**

Förfrågan om eventuella intervjuer med patienter

Vi är två sjuksköterskor som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesijukvård vid Göteborgs Universitet. Vårt examensarbete består av en D-uppsats som handlar om preoperativ fasta. Vår förhoppning är att kunna genomföra en pilotstudie på respektive sjukhus, under vår verksamhetsförlagda utbildning under våren 2010. Vi vill med detta brev berätta något om den tänkta studien och även be om tillåtelse att genomföra två intervjuer i Er verksamhet. Allmän information om examensarbetet är sänt till verksamhetschefen från Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs Universitet.

Studiens bakgrund

Att fasta inför sövning är en av förberedelserna i samband med en operation. Det finns idag klara rekommendationer för hur länge en patient skall fasta inför en operation. Trots detta visar ett antal studier att dessa rekommendationer inte följs fullt ut. Det kan bero på bristande information från sjukhuset, eller att man som patient inte helt förstår hur och varför man skall fasta. Vi vill i vår studie kartlägga elektiva, dagkirurgiska patienters compliance till de rekommendationer de fått om preoperativ fasta.

Studiens genomförande

Patienterna informeras om studien, och efter informerat samtycke genomförs studien i form av en intervju. Vårt samtal med patienten kommer att spelas in på band. Under intervjun kommer frågor att ställas om hur de har fastat inför operationen och hur de upplevt detta. Texten skrivs ut och innehållet analyseras. Resultatet kommer att redovisas i en uppsats vid Göteborgs Universitet och utgöra en grund för eventuellt fortsatt arbete som kan publiceras i en vetenskaplig tidskrift. Resultatet av studien kan man ta del av genom kontakt med nedan angivna personer.

Svar och resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Då data från studien eventuellt publiceras kommer enskilda individer inte att kunna identifieras.

Hanteringen av uppgifter regleras av Personuppgiftslagen (SFS1998:204). Kassetbanden förvaras i ett låst skåp och den skrivna texten från intervjun kommer inte att kunna kopplas till någon person. Deltagandet är frivilligt. Patienten kan avbryta sitt deltagande i studien när han/hon vill utan att ange skäl. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå.

Ansvariga för studien

Mirjana Milinkovic
Leg. Sjuksköterska

Matilda Rentzhog Bohlin
Leg. Sjuksköterska

Handledare
Margareta Warrén Stomberg
Universitetslektor
Tel 031-786 60 26

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Box 457, 40530 Göteborg



GÖTEBORGS UNIVERSITET

SAHLGRENSKA AKADEMIN

Bilaga 2

Forskningspersonsinformation

Studiens bakgrund

Att fasta inför sövning är en av förberedelserna i samband med en operation. Det finns klara rekommendationer för hur länge en patient skall fasta inför en operation. Dessa rekommendationer ligger till grund för nya riktlinjer som styr fastans längd. Vi saknar idag kunskap om hur det är att fasta inför operation med de nya riktlinjerna, samt hur Du som patient uppfattar den information Du har fått angående fastan. Vi tillfrågar Dig om din medverkan i denna studie, eftersom Du precis har opererats och därför har helt färsk erfarenheter av att fasta inför operation. Du har även lämnat tillåtelse till sjuksköterskan här på uppvakningsavdelningen att vi får kontakta Dig.

Studiens genomförande

Om Du väljer att delta så kommer studien att genomföras i form av en intervju, som beräknas pågå i cirka 45 minuter. Vårt samtal kommer att spelas in på bandspelare. Under intervjun kommer frågor att ställas om hur Du upplevde Din fasta inför operationen. Efter intervjun kommer vi att skriva ut Din berättelse till en text och analysera innehållet. Resultatet kommer att redovisas i en uppsats vid Göteborgs Universitet och utgöra en grund för eventuellt fortsatt arbete som kan publiceras i en vetenskaplig tidskrift. Resultatet av studien kan man ta del av genom kontakt med nedan angivna personer.

Det är vår förhoppning att inget obehag ska upplevas med anledningen av studien. Eventuellt kan det upplevas positivt att få dela med sig av sin erfarenhet.

Personuppgifter från studien kommer att lagras i ett register. Dina svar och Dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Då data från studien eventuellt publiceras kommer enskilda individer inte att kunna identifieras. Hanteringen av Dina uppgifter regleras av Personuppgiftslagen (SFS 998:204). Kassetbanden förvaras i ett låst skåp och den skrivna texten från intervjun kommer inte att kunna kopplas till Dig som person. Deltagandet är frivilligt. Du kan avbryta Ditt deltagande i studien när Du vill utan att ange skäl och det kommer inte att påverka Din framtida vård. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå.

Ansvariga för studien

Mirjana Milinkovic
Leg. Sjuksköterska
Tel 031-342 10 00

Matilda Rentzhog Bohlin
Leg. Sjuksköterska
Tel 0522-92000

Handledare
Margareta Warrén Stomberg
Universitetslektor
Tel 031-786 60 26

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Box 457, 40530 Göteborg



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

Jag har fått muntlig och skriftlig information om en studie om erfarenheter av att fasta inför en operation. Jag har fått möjlighet att ställa frågor och har fått dessa besvarade. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande. Jag samtycker till att delta i studien.

Datum _____

Namnunderskrift

Namnförtydligande

Bilaga 3

Intervjuguide

Är Du opererad inom de senaste 5 åren?

Ålder?

Hur fick Du information om fastan?

Berätta hur Du fastade inför den här operationen!

Hur upplevde Du det att fasta?

Varför tror Du att Du behövde fasta?

Sökte Du själv någon information om fasta?

Kände Du att Du fick tillräcklig information om fastan?