

Omvårdnad i samband med Enhanced Recovery After Surgery, ERAS

– anestesijuksköterskans perspektiv

FÖRFATTARE	Markus Jonebrant Filip Öhman
PROGRAM/KURS	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesisjukvård, 60 hp OM5320 Examensarbete med inriktning mot anestesisjukvård VT 2014
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Margareta Warrén Stomberg
EXAMINATOR	Christina Melin Johansson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Omvårdnad i samband med Enhanced Recovery After Surgery, ERAS – anestesijuksköterskans perspektiv
Titel (engelsk):	Nursing care in Enhanced Recovery After Surgery, ERAS – the nurse anesthetist's perspective
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesijuksvård, 60 hp
Kursbeteckning:	Examensarbete med inriktning mot anestesijuksvård OM5320
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	25 sidor
Författare:	Markus Jonebrant Filip Öhman
Handledare:	Margareta Warrén Stomberg
Examinator:	Christina Melin Johansson

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Enhanced Recovery After Surgery, ERAS, är ett vårdprogram som omfattar ett antal interventioner som syftar till att förbättra patientens postoperativa återhämtning. God perioperativ kommunikation är viktig för utfallet av ett strukturerat vårdprogram och för att försvara patientens intressen fyller anestesijuksköterskan en viktig funktion. Tidigare forskning om ERAS ur anestesijuksköterskans perspektiv saknas.

Syfte: Syftet med studien är att undersöka anestesijuksköterskans uppfattning om omvårdnaden av patienten i samband med kolorektal kirurgi då ERAS-konceptet tillämpas.

Metod: Blandad inbäddad design används. För att testa studiens design genomförs en pilotstudie omfattande 20 semistrukturerade enkäter. Data analyseras med hjälp av SPSS och kvalitativ manifest innehållsanalys.

Resultat: Respondenternas uppfattning om den anesthesiologiska omvårdnaden vid tillämpning av ERAS kunde delas upp i fem områden: *osäkerhet om information, omvårdnadsåtgärder, bristande kommunikation, standardiserat arbetssätt och avvikelser från ERAS.*

Diskussion: Det råder stor osäkerhet kring vilken information patienten fått preoperativt och kommunikationen inom vårdteamet kan förbättras. Vårdprogrammet underlättar omvårdnaden även om cirkulatorisk instabilitet hos patienten uppfattas som en hindrande faktor för att följa ERAS-konceptet. Vidare forskning om anestesijuksköterskans roll vid tillämpning av ERAS behövs.

ABSTRACT

Background: Enhanced Recovery After Surgery, ERAS, is a standardised protocol containing a number of interventions aiming to enhance postoperative recovery. Perioperative communication is an essential component for the outcome of the care pathway and the nurse anesthetist holds a crucial function as the patient's advocate. However, research on ERAS from the nurse anesthetist's perspective is lacking.

Aim: The aim of this study is to investigate how nurse anesthetists perceive the nursing care of patients undergoing colorectal surgery according to the ERAS protocol.

Method: An embedded mixed method design is used. To test the design, a pilot study of 20 semi structured questionnaires is performed. Data are analysed by using SPSS and qualitative manifest content analysis.

Results: The result of this study showed that the nurse anesthetists perception of the nursing care could be divided into five categories: *information insecurity, nursing care actions, lack of communication, standardised work procedures* and *deviation from the ERAS pathway*.

Discussion: There is a great insecurity among nurse anesthetists regarding which information the patient has been given preoperatively and the communication within the care team has room for improvement. The ERAS pathway facilitates the nursing care although circulatory instability is considered a hindering factor to maintain adherence to the ERAS protocol. Additional research aiming at investigating the role of the nurse anesthetist in relation to the ERAS protocol is needed.

Keywords: Enhanced Recovery After Surgery, ERAS, nurse anesthetist, nursing care, advocacy, perioperative communication

INNEHÅLL

INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
<i>Definitioner av begrepp</i>	1
<i>Perioperativ kommunikation</i>	2
<i>ERAS – Enhanced recovery after surgery</i>	2
<i>Anestesisjuksköterskans perioperativa omvårdnad</i>	8
PROBLEMFÖRMULERING	9
SYFTE	10
FRÅGESTÄLLNING	10
METOD	10
VAL AV METOD	10
URVAL OCH DATAINSAMLING.....	11
DATAANALYS.....	11
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	12
RESULTAT	13
BAKGRUNDSDATA	13
OSÄKERHET OM INFORMATION.....	13
OMVÅRDNADSÅTGÄRDER	14
BRISTANDE KOMMUNIKATION	15
STANDARDISERAT ARBETSSÄTT	16
AVVIKELSE FRÅN ERAS.....	16
DISKUSSION	17
METODDISKUSSION.....	17
RESULTATDISKUSSION	18
<i>Sammanfattande slutsats</i>	21
REFERENSER	22
BILAGOR	
1. WHO Surgical Safety Checklist	
2. Enkät om anestesisjuksköterskan och ERAS	
3. Exempel, innehållsanalys	
4. Forskningspersonsinformation	
5. Samtyckesformulär	
6. Brev till berörd enhet	
7. Tabeller	

INTRODUKTION

INLEDNING

Under de senaste decennierna har sjukhusen sett ett växande behov av vård allteftersom befolkningen blivit äldre och den tekniska och medicinska utvecklingen gjort stora framsteg. Tillsammans med ständigt närvarande ekonomiska begränsningar har detta stimulerat olika former av effektiviseringar i sjukvårdens processer.

Anestesisjuksköterskan ansvarar för omvårdnaden av patienten direkt preoperativt och peroperativt och fyller således en viktig funktion för att säkerställa att rutiner och eventuella vårdprogram följs. Det är viktigt att kommunikationen i hela vårdkedjan fungerar tillfredsställande. Vårdteamet som omger patienten i en kirurgisk verksamhet utgörs av personer med olika funktioner. Det är därför viktigt att alla medlemmar i vårdteamet bidrar till god kommunikation och är engagerade i vården av patienten.

Sett ur ett kirurgiskt perspektiv har vården under lång tid varit fokuserad på det kirurgiska ingreppet snarare än vården av patienten såväl före som efter operationen. Effekten av detta är att många vårdinsatser och behandlingsåtgärder haft dåligt eller helt saknat stöd i aktuell forskning. Gamla rutiner har dessutom resulterat i långsam återhämtning, hög komplikationsfrekvens och långa vårdtider (1). Viljan att förbättra tidigare rutiner för att optimera patientens möjligheter till god återhämtning efter operation gav upphov till tanken om effektiva, strukturerade vårdprogram med evidensbaserade interventioner. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) är ett sådant koncept.

BAKGRUND

Definitioner av begrepp

Elektiv kirurgi

Med elektiv kirurgi avses kirurgi som utförs vid ett förutbestämt tillfälle (2). Elektiv kirurgi kan utföras i såväl öppen som sluten vård (3).

Stor kirurgi

I texten används operation synonymt med stor operation och stor kirurgi. Med stor operation och stor kirurgi (eng. major surgery) menas enligt Pilcher (4) omfattande kirurgi där patienten erhåller generell anestesi. Flera definitioner finns, som förutom anestesiometod innefattar hänsyn till vilken kroppsdel som opereras och blödningsrisk. Det är svårt att hitta en tydlig definition av vad *major surgery* avser men Pilchers definition (4) från 1917 förekommer i sökningar i flera databaser.

Bukkirurgi

Med bukkirurgi menas i texten all kirurgi i bukhålan och omfattar såväl öppen som laparoskopisk teknik.

Kirurgisk stress

När kroppen utsätts för skada genom till exempel kirurgi störs homeostasen. Vid kirurgiska stimuli startar fysiologiska och immunologiska kaskadreaktioner, vars storlek är proportionell mot ingreppets omfattning. Frisättning av cytokiner kan leda till ett kaskadförlopp med systemisk inflammation (SIRS) (5). SIRS kan vid bukkirurgi ge paralytisk av ventrikel och tarm (6) vilket försenar patientens tillfrisknande.

Perioperativ kommunikation

I den perioperativa vårdmiljön befinner sig patienten i vårdteamets fokus. Kommunikation mellan patienten och vårdteamets olika medlemmar spelar stor roll för utfallet av olika åtgärder, och god kommunikation kring en vårdåtgärd har visat sig kunna ge ett bättre utfall än vårdåtgärden i sig (7). God och strukturerad kommunikation har också ett direkt positivt utfall på säkerheten i operationsmiljön. Studier vid holländska sjukhus har visat att komplikationsfrekvensen minskade med en tredjedel efter införandet av en checklista (8). Världshälsoorganisationen (WHO) menar att en halv miljon liv skulle kunna sparas årligen genom användning av organisationens strukturerade checklista vid operationer (bilaga 1). Checklistan används på operationssalen före och efter ingrepp för att bland annat säkerställa att rätt patient genomgår rätt ingrepp med hög patientsäkerhet. Innehållet består som exempel av bekräftelse av identitet, presentation av alla närvarande på salen, bekräftelse av sterilt handhavande och genomgång av eventuella komplicerande faktorer.

Vid införandet av ett strukturerat vårdprogram är ledarskap, kommunikation och utbildning av mycket stor vikt för att bibehålla fokus, entusiasm och följsamhet till programmet (9) och god kommunikation genom hela vårdkedjan. Ett strukturerat vårdprogram med stöd av hela vårdteamet leder till säkrare och mer effektiv vård (10). I en japansk studie (11) fann forskare att kommunikationen mellan kirurger och anestesiloger förbättrades efter införandet av ett strukturerat vårdprogram för snabbare återhämtning. Det var teamarbetet som gav ett gott utfall snarare än enskilda personers isolerade arbete.

ERAS – Enhanced recovery after surgery

Historik

Sedan flera år bedrivs ett intensivt arbete för att förbättra resultatet av kirurgiska ingrepp och minska patientens besvär postoperativt. Den genomgående tanken är att ett framgångsrikt arbete med att integrera kirurgiska och anestesilogiska åtgärder, som var för sig har visats kunna minska risken för postoperativa komplikationer, är en förutsättning för att förbättra patientens återhämtning. Målet är att förkorta vårdtiden i syfte att förbättra patientens välbefinnande och minska kostnaden för samhället (12).

Modeller för att styra den perioperativa vården med målet att optimera återhämtningen för patienten och göra processen snabbare utan att äventyra säkerheten har kallats vid många namn: *snabbspår*, *fast track surgery*, *enhanced recovery programs* och *enhanced recovery after surgery (ERAS)* används synonymt i litteraturen. Gemensamt för olika benämningar för

att förkorta vårdtiden efter operation är optimering av postoperativ smärtlindring, restriktiv intravenös väsketillförsel och snabbare mobilisering (13).

Olika författare har argumenterat för olika interventioner som de bästa i syfte att optimera patientens möjligheter till återhämtning efter kirurgi. För att nå konsensus i implementeringen av olika interventioner bildades ERAS Society 2001. Gruppen undersökte evidensen för interventioner som använts i olika vårdkedjor enligt *fast track* eller *enhanced recovery* i syfte att utarbeta ett internationellt gångbart och evidensbaserat protokoll för ERAS. Arbetet resulterade i riktlinjer för ERAS vid kolorektal kirurgi (14).

ERAS vid kolorektal kirurgi

I Sverige genomfördes 2011 drygt 25 000 kolorektala ingrepp för såväl benigna som maligna tillstånd där fördelningen mellan könen var jämn (15). Ingreppens omfattning och efterföljande vårdtid varierade, men som exempel kan nämnas att 2011 var medelvårdtiden efter rektal resektion och operation för malign tumör i magtarmkanalen 9,8 dagar (16).

ERAS, så som beskrivet i riktlinjer utgivna av ERAS Society (14), leder till minskning av den kirurgiska stressresponsen, bibehållen fysiologisk kroppsfunction och förbättrad mobilisering. Dessa förbättringar har i sin tur visat sig resultera i minskad morbiditet, snabbare återhämtning efter kirurgi och kortare sjukhusvistelse. Interventioner presenteras översiktligt i tabell 1 och för anestesisyksköterskan relevanta interventioner presenteras mer ingående nedan. Tabellen är sammanställd av författarna utifrån riktlinjer för ERAS (14).

Tabell 1. Sammanfattning av perioperativa interventioner enligt ERAS

ERAS, interventioner vid kolorektal kirurgi		
Preoperativt	Peroperativt	Postoperativt
Preoperativ information, utbildning och rådgivning till patienten	Standardiserad anestesi	Förebyggande av postoperativt ileus
Preoperativ optimering av patientens tillstånd	Profylax mot PONV	Postoperativ analgesi
Preoperativ laxering	Laparoskopi och modifierad kirurgi	NSAID
Preoperativ fasta och kolhydratladdning	Ventrikelsond	Perioperativ nutrition
Premedicinering	Förebyggande av intraoperativ hypotermi	Postoperativ glukoskontroll
Trombosprofylax	Perioperativ vätskebehandling	Tidig mobilisering
Antibiotikapofylax och preoperativ huddesinfektion	Bukdrän	
	Urinkateter	

Preoperativa interventioner och omvårdnadshandlingar

Preoperativ information

Den preoperativa informationen till patienten ges i många fall av kirurg och anestesilog men också av anestesijuksköterskan. Patienten ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen (17) ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och aktuella behandlingsmetoder. Det preoperativa mötet är dock ytterst ojämlikt eftersom patient och vårdgivare befinner sig på olika maktnivåer (18). Danermark (18) beskriver maktförhållandet i mötet med utgångspunkt i Norman Faircloughs distinktion mellan makt i mötet och makt bakom mötet. Makten i mötet kan beröra patientens välbefinnande i situationen. Om han eller hon är rädd, orolig, smärtpåverkad eller har svårt att ta till sig information förminskas patientens makt. På samma sätt förstärks vårdpersonalens makt i de processer som pågår bakom mötet, alltså de föreställningar som samhället tillskriver sjukvårdens yrkesfunktioner. Det är en allmän föreställning att patienten befinner sig i ett underläge i förhållande till vårdpersonalen, detta beskrivs också av Ivarsson och Lithner (19). Patienten är redan innan mötet i underläge på grund av sjukdom, klädsel och främmande miljö.

Patienten ska befinna sig i centrum i det preoperativa mötet. I detta möte finns skillnader mellan vad patienten respektive vårdpersonalen uppfattar som viktig information beroende på patientens kulturella bakgrund, utbildningsnivå och tidigare erfarenheter. Informationen kan därför inte ges på samma sätt till alla. Eftersom patienten får information från flera olika medlemmar i vårdteamet är det essentiellt att informationen är samordnad så att patienten får all information utan att någon del utelämnas eller upprepas i onödan (19). Danermark (18) diskuterar "Bråtens modell" för aktörers olika förståelse av verkligheten. En viktig faktor i modellen är att aktörernas föreställning om situationen är olika väl utvecklad. Om mötets deltagare inte är medvetna om varandras föreställningar om verkligheten, kan detta leda till missförstånd och otillräcklig information.

Anestesisjuksköterskan har ett ansvar att informera och undervisa patienten och värna om patientens individuella behov (20) och fyller därför en viktig funktion i förmedlingen av den preoperativa informationen. En välinformerad patient upplever mindre preoperativ oro och ångest och besväras i mindre utsträckning av postoperativ smärta (21). De patienter som är mest ångestfyllda har störst nytta av god preoperativ information (13). En av anestesisjuksköterskans huvuduppgifter i omvårdnaden är att inge förtroende, få patienten att känna tillit och lindra patientens oro (20). Genom ett omsorgsfullt och inkännande bemötande från vårdteamet erbjuds patienten optimala förutsättningar för en god preoperativ vård (22, 23).

Individuellt anpassad och väl förmedlad preoperativ information minskar risken för postoperativa komplikationer. Detta genom bättre hantering av smärta och därmed mindre behov av analgetika, minskad oro, förbättrad förmåga till coping och snabbare mobilisering. Effekten av detta är minskat lidande för patienten, minskad risk för komplikationer, förkortad vårdtid och minskade vårdkostnader (7, 12, 14, 19, 24).

Många patienter har ett behov av att träffa kirurg, anestesilog och annan vårdpersonal före operationen. En möjlighet att säkerställa god preoperativ information är att erbjuda patienten ett möte vid ett preoperativt center på sjukhuset. Där kan patienten få information från olika yrkeskategorier vid samma tillfälle och få möjlighet att få svar på frågor som kan finnas före operationen (25).

Premedicinering

Patientens preoperativa oro och ångest är ett mycket vanligt inslag i den perioperativa vårdmiljön. Det finns en tendens att premedicinering med anxiolytika respektive analgetika administreras rutinmässigt (26) trots att ingen god effekt har kunnat identifieras på varken preoperativ ångest eller postoperativ smärta (13). Vidare fördröjs postoperativ mobilisering och intag av mat och dryck av premedicinering med anxiolytika, varför rutinmässig administrering av sådana läkemedel bör undvikas (14). Utöver den fördröjda mobiliseringen ökar också risken för postoperativ förvirring, framförallt bland äldre patienter (3). Eventuell premedicinering bör anpassas till patientens unika situation och riktas mot huvudsymptomen.

Premedicinering med långtidsverkande opioider mot postoperativ smärta bör undvikas för att minska risken för fördröjd mobilisering, PONV (PostOperative Nausea and Vomiting) och andra postoperativa komplikationer (13, 14, 27). Överhuvudtaget bör administreringen av opioider i allmänhet, och långtidsverkande medel i hög dos i synnerhet, minimeras (10, 27, 28). Undantaget är preoperativt inledd epiduralanestesi (EDA) som har visat sig ha god effekt avseende postoperativ smärtlindring och minskad risk för postoperativa komplikationer och därför blivit en central del av ERAS (10, 13, 14, 27, 28).

Preoperativ fasta

En vanligt förekommande rutin är att patienten inte tillåts inta fast föda efter midnatt på operationsdagen men får inta klara drycker fram till fyra timmar innan operationen. Sådana rutiner saknar dock evidens (13, 14, 29). Bortsett från diabetiker med neuropati, som kan uppvisa långsammare ventrikeltömning, är den klara rekommendationen att patienter får inta fast föda fram till sex timmar före operationen och klara drycker fram till två timmar före operationen. Intag av klar, kolhydratrik näringsdryck bör erbjudas till samtliga patienter eftersom detta har setts resultera i minskad preoperativ törst, hunger och ångest (14, 29). Dessutom leder intag av kolhydratrik dryck preoperativt till minskad insulinresistens (30). Rutinmässig per- och postoperativ kontroll av blodsocker rekommenderas (14).

Peroperativa interventioner och omvårdnad

Standardiserad anestesi

Målet med anestesi vid ERAS är att erbjuda patienten god och säker anestesi tillsammans med snabbast möjliga uppvaknande och återhämtning. För såväl induktion som underhåll av anestesi rekommenderas korttidsverkande preparat såsom propofol och remifentanyl, förslagsvis administrerat genom målstyrd infusion (TCI). Korttidsverkande anestesigaser kan också användas även om dessa skulle kunna leda till ökad risk för illamående (12, 14). För närvarande saknas dock randomiserade kontrollerade studier för jämförelse av anestesismetod

vid kolorektal kirurgi. Samtidig användning av EDA rekommenderas starkt då detta medför minskad förbrukning av anestetikum, postoperativ analgetika och färre komplikationer (14). EDA minskar också kroppens katabola reaktion på operationen (19), det vill säga ökad nedbrytning av kroppsvävnader som svar på ökad energiomsättning (31) och insulinresistens (14).

Postoperativt illamående och kräkning

Av alla kirurgiska patienter drabbas 25-35 % av postoperativt illamående och/eller kräkning (14). Mekanismen bakom postoperativt illamående är mångfacetterad och inte helt klarlagd (32). Vad som däremot är klarlagt är att postoperativt illamående har negativ påverkan på återhämtningen efter kirurgi (14). Apfel et al (33) identifierade fyra riskfaktorer för utveckling av PONV: kvinnligt kön, icke-rökare, tidigare PONV eller kraftig åksjuka och bruk av opioider postoperativt. Dessa sammanställdes till ett verktyg för riskbedömning av PONV. Verktøjets tillförlitlighet bekräftades i en jämförelse med tre andra bedömningsinstrument (34).

Patienter som drabbas av postoperativt illamående påverkas särskilt avseende förmågan att äta och dricka. Tidig tillförsel av enteral nutrition minskar risken för postoperativt ileus och kan minska risken för postoperativa infektioner (35, 36). Kräkningar kan också bidra till ökad mekanisk belastning på sårytor vilket kan ge upphov till smärta och blödning (32).

Flera preparat finns tillgängliga för att lindra postoperativt illamående. Inget läkemedel ger dock ensamt ett fullgott skydd (32) varför ett multimodalt angreppssätt blivit allt mer populärt (14). En förebyggande åtgärd värd att notera är att propofol ger mindre illamående än inhalationsanestetika (12, 14, 32). Farmakologiskt rekommenderas preoperativ kombinationsbehandling med antiemetika och glukokortikosteroider till alla patienter med två eller fler riskfaktorer och till de patienter där postoperativt illamående uppstår (14).

Förebyggande av hypotermi

Patienter som drabbas av peroperativ hypotermi drabbas i högre utsträckning av komplikationer än patienter som upprätthåller normotermi. Hypotermi leder till ökad risk för blödning, postoperativa sårinfektioner och ökad frekvens av kardiovaskulära komplikationer (12-14). Hypotermi leder dessutom till ökad upplevelse av smärta (14) och ökar risken för postoperativ shivering som leder till avsevärt ökad syrgaskonsumtion (37).

I samband med större kirurgiska ingrepp under generell anestesi faller kroppstemperaturen 2-4 °C. Hypotermi ökar den kirurgiska stressen vilket ökar risken för tidigare nämnda komplikationer (36). Rekommendationen är därför att genom aktiv värmning och tillförsel av varma intravenösa vätskor minska risken för att patienten överhuvudtaget utvecklar hypotermi, snarare än att försöka öka kroppstemperaturen när hypotermi redan är ett faktum (14).

Perioperativ vätska

Intravenös vätskebehandling har en naturlig roll i den perioperativa vården eftersom patienten varken kan eller får försörja sig peroralt. I riktlinjer för ERAS (14) framgår att perioperativ vätsketerapi spelar en viktig roll för patientens återhämtning efter kirurgi. Rekommendationen är att patienten ska inta klara drycker fram till två timmar före operationen, och då gärna en kolhydratrik klar näringsdryck (14). Överdoserings av intravenös vätska perioperativt kan leda till ödem i buk och lungor. För att undvika överbelastning bör vasoaktiva läkemedel snarare än vätska användas för att behandla hypotension hos normovolema patienter (12, 14).

Gustafsson et al. (38) fann att restriktiv vätsketerapi är en av de viktigaste bidragande faktorerna för god återhämtning. Detta är i linje med Holtes och Kehlets (39) slutsats att perioperativ vätskerestriktion kan påverka operationens utfall positivt samt att vätsketillförseln bör styras målinriktat. Genom att mäta patientens slagvolym kan vätskestatus bedömas. Vätska bör tillföras stötvis om cirka 200 ml var 10-15:e minut tills slagvolymen når maximum (14, 40).

Katetrar, sonder och drän

Användning av buk- och tarmdrän syftar till att dränera buk och tarm från vätska samt till att minska trycket på eventuella anastomoser. Drän hindrar dock potentiellt patientens mobilisering. Randomiserade studier har inte kunnat påvisa varken för- eller nackdelar med användning av drän, varför rekommendationen är att avstå (14) även om Petrowsky et al. (41) beskriver att risken för gastrointestinala komplikationer ökar vid rutinmässigt bukdränage.

Vetenskapligt stöd för rutinmässigt bruk av ventrikelsond saknas varför rekommendationen är att avstå (14). En metaanalys (13) visade att förekomsten av feber, atelektaser och pneumoni ökade vid användning av ventrikelsond. Sonder som nedläggs för att evakuera luft från magsäcken bör avlägsnas före anestesi avslutas (14).

Urinkatetrar används för att motverka urinretention och för monitorering av patientens urinproduktion men bör avvecklas snarast möjligt eftersom risken för komplikationer ökar markant vid förlängd behandlingstid (12, 14).

Postoperativa interventioner och omvårdnad

Postoperativ smärtlindring

Postoperativ smärtlindring syftar till att åstadkomma smärtfrihet, tidig mobilisering och tidig återkomst av normal magtarmfunktion (14). Postoperativ smärta medför ytlig andning vilket i sin tur ökar risken för ventrombos, lungemboli, atelektaser och pneumoni (42). Multimodal smärtlindring bestående av EDA, paracetamol och NSAID förespråkas (14).

Förebyggande av postoperativt ileus

Bruk av opioider leder till ökad risk för utveckling av postoperativt ileus vilket är en stark prediktor för förlängd sjukhusvistelse. Riktlinjer för ERAS (14) framhäver därför bruket av EDA som postoperativ smärtlindring. Undvikande av övervätskning minskar också risken för försenad återkomst av normal tarmfunktion (14, 39). Tidigt intag av fast föda och effektiv behandling av illamående verkar positivt på patientens återhämtning (14, 28).

Tidig mobilisering

Tidig mobilisering leder till minskad risk för komplikationer till följd av sängläge (43). Även om inga direkta positiva effekter av tidig mobilisering har kunnat identifieras har immobilisering visats öka risken för pneumoni, insulinresistens och muskelsvaghet (14).

Effekter av ERAS

ERAS medför en signifikant reduktion av vårdtiden, risken för postoperativa komplikationer (3, 12, 14, 38, 44) samt tidigare mobilisering och lägre förekomst av obstipation och ileus (3, 14, 28).

Litteraturen visar genomgående på positiva effekter av ERAS. Värt att notera är dock att kritik har framförts mot ERAS på grund av avsaknad av randomiserade kontrollerade studier (44), vilket också lyfts fram av ERAS Society i riktlinjer för ERAS (14). Belägg för negativa effekter av ERAS saknas dock och det generella intrycket är att många positiva effekter kan följa av behandling i enlighet med riktlinjer för ERAS (44).

Det saknas forskning om ERAS ur ett hälsoekonomiskt perspektiv. I en studie av Roulin et al. (45) påvisades med statistisk signifikans att vårdtiden minskades med 30 % (från tio till sju dagar) och att förekomsten av komplikationer närmast halverades (från 20 % till 12 %), vilket är i linje med Spanjersberg et al. (44) som presenterade en minskning av den postoperativa komplikationsfrekvensen med 48 %.

Anestesisjuksköterskans perioperativa omvårdnad

Anestesisjuksköterskans förhållningssätt till patienten

En av anestesisjuksköterskans huvudsakliga arbetsuppgifter är att skapa tillit, förtroende och trygghet hos patient och närstående. Patienten ska behandlas som en unik individ med unika behov och omsorg och respekt ska visas för patientens integritet och värdighet (20). Grunden i all omvårdnad är omtanken om medmänniskan och en önskan om att lindra lidande (46). Anestesisjuksköterskan ska uppvisa en etisk hållning i den mening att de handlingar som utförs ska baseras på en vilja att ge välbefinnande snarare än att följa en viss regel. I Wiklunds bok *Vårdvetenskap i klinisk praxis* (46) beskriver Cody att den etiska hållningen handlar om att våga och orka se vad som händer i vårdsituationen samt att vittna om detta.

Advocacy

Vid införande av standardiserade vårdprogram såsom ERAS är det viktigt att patientens intressen tillgodoses för att han eller hon inte ska marginaliseras till en del i ett effektivt flöde. I den perioperativa vårdmiljön befinner sig, som tidigare nämnts, patienten i underläge (19). En spridd uppfattning är att sjuksköterskan ska fungera som patientens språkrör gentemot sjukvården och att det är sjuksköterskans uppgift att agera som advokat för patienten (47). Detta är kärnan i begreppet *advocacy* (att verka för patienten, fritt översatt, jfr. *advocate* = förespråka).

För anestesijuksköterskan är *advocacy* ett centralt begrepp eftersom den sövda patienten inte har någon som helst möjlighet att svara för sig själv eller upprätthålla sin integritet. Det åligger därför anestesijuksköterskan att tillsammans med operationssjuksköterskan värna om patienten och se till dennes intressen (47). I enlighet med kompetensbeskrivningen för anestesijuksköterskor (20) ska patienten erbjudas ett individualiserat bemötande och en skraddarsydd behandling. Risk för skada eller hot mot patientens integritet eller välbefinnande är viktiga faktorer som påverkar vilka omvårdnadsåtgärder anestesijuksköterskan vidtar för att försvara patienten. Den perioperativa vårdmiljön är komplex och ansvaret för att identifiera etiskt problematiska situationer och vidta adekvata omvårdnadsåtgärder vilar på operations- och anestesijuksköterskan (47).

Tillträdet för närstående på operationsavdelningen är ytterst begränsat och för patienten kan detta innebära en känsla av att vara ensam och utlämnad. Sjuksköterskans position i vårdteamet erbjuder en naturlig roll som bro mellan olika delar i teamet och framförallt då mellan patient och läkare (47). För anestesijuksköterskan innebär detta ett stort ansvar eftersom patienten är sårbar i hela vårdkedjan, från sänghall till uppvakningsavdelning.

PROBLEMFÖRMULERING

Litteraturen visar att ERAS kan erbjuda klara fördelar framförallt för patienter som genomgår kolorektal kirurgi i form av minskad risk för komplikationer och kortare vårdtid, men också för sjukvården i form av minskad belastning på tillgängliga vårdplatser. I operationsmiljön har anestesijuksköterskan stor möjlighet att påverka den perioperativa vården. Väl inarbetade rutiner skapar trygghet i arbetet även om det sedermera kan visa sig att evidens saknas. Ständig förbättring bör uppmuntras och evidens för nya arbetssätt sökas.

Allteftersom studier av allt högre kvalitet genomförs för att utröna huruvida ERAS i allmänhet och enskilda interventioner i synnerhet har en positiv effekt för patienten uppstår ett intresse av att undersöka hur ERAS påverkar vårdteamets arbete.

Som blivande anestesijuksköterskor faller det sig därför naturligt att undersöka anestesijuksköterskans uppfattning om omvårdnaden av patienter som vårdas enligt ERAS-konceptet.

SYFTE

Syftet med studien är att undersöka anestesijuksköterskans uppfattning om omvårdnaden av patienten i samband med kolorektal kirurgi då ERAS-konceptet tillämpas.

FRÅGESTÄLLNING

Finns det faktorer i den anesthesiologiska omvårdnaden som påverkar möjligheten att följa riktlinjerna för ERAS-konceptet?

METOD

För att besvara syfte och frågeställning krävs en undersökning om anestesijuksköterskans uppfattning om ERAS-konceptet och huruvida faktorer i anestesijuksköterskans arbetsmiljö påverkar möjligheten att följa riktlinjer för ERAS. Syftet är inte att undersöka en eventuell relation mellan sådana faktorer utan endast att identifiera och möjligen kvantifiera dem. Sådan forskning är kvantitativt deskriptiv och icke-experimentell till sin natur (48).

Kvantitativ metod är bäst lämpad för att testa en redan existerande hypotes i syfte att bekräfta om hypotesen är sann eller ej. Eftersom förekomsten av faktorer som kan påverka anestesijuksköterskans arbete med ERAS inte är känd vore därför en kvalitativ ansats med induktivt förhållningssätt att föredra. Det induktiva förhållningssättet kännetecknas av att forskaren på sikt kan generera teorier utifrån insamlad data (48).

Mot bakgrund av ovanstående ansåg författarna att en blandad inbäddad metod (embedded mixed-method) var lämpligast för undersökning av forskningsfrågan. I inbäddade studier används vanligen kvalitativ data för att stärka kvantitativ data och väl genomförda blandade studier kan vara att föredra framför studier med endast en metod på grund av större möjligheter att generalisera resultatet (48).

VAL AV METOD

Med utgångspunkt i ovanstående valde vi att genomföra en enkätundersökning innehållande frågor av såväl kvantitativ som kvalitativ art. Enkäten tar upp kvantitativa frågor med givna svarsalternativ om anestesijuksköterskans arbete med interventioner enligt riktlinjer för ERAS (14) och kvalitativa semistrukturerade frågor om anestesijuksköterskans upplevelse av att arbeta enligt ERAS (bilaga 2).

En fördel med enkäter i jämförelse med intervjuer är enligt Polit och Beck (48) att ett stort antal deltagare kan nås med förhållandevis små medel. Respondenten kan utan stress och i skydd av anonymitet ta tillräcklig tid i anspråk för att besvara frågorna. Vidare elimineras risken för att respondenten påverkas av den som ställer frågorna. För att undvika risk för missförstånd eller möjlighet till felaktig tolkning av frågorna ställs höga krav på enkätens utformning (48).

För att testa studiens design kommer en förstudie att genomföras omfattande 20 enkäter. Enkäten har inte tidigare använts och frågorna har inte testats inför förstudien. Författarna betraktar förstudien som ett test av instrumentet.

URVAL OCH DATAINSAMLING

Enkäten (bilaga 2) distribueras under fem på varandra följande vardagar till samtliga anestesijuksköterskor tjänstgörande på dagtid på en operationsavdelning vid ett universitetssjukhus i västra Sverige. Omkring 50 anestesijuksköterskor beräknas bli inviterade att delta i den fullskaliga studien. Avdelningen arbetar uttalat med ERAS vid kolorektal kirurgi och har en skriftlig rutin för att följa protokollet. För att uppnå ett representativt resultat exkluderas inga anestesijuksköterskor i urvalet baserat på ålder, kön eller arbetslivserfarenhet. Demografiska data efterfrågas i enkäten. I samband med distribution av enkäten ger forskarna muntlig och skriftlig information om studien till respondenterna.

DATAANALYS

För att sortera kvantitativa data och utföra statistiska analyser användes SPSS Statistics version 22. Data som insamlades genom enkäten analyserades framförallt deskriptivt vilket innebär att databasen användes för att sortera, beskriva och syntetisera data såsom exempelvis medelvärden, andelar och standardavvikelse (48). Vid dataanalysen nummerades enkäterna slumpmässigt för att säkerställa att data inte matades in mer än en gång och för att kunna underlätta innehållsanalysen.

Kvalitativa data analyserades med hjälp av innehållsanalys såsom beskrivet av Graneheim och Lundman (49). Kvalitativ innehållsanalys fokuserar på tolkning av texter för att identifiera skillnader och likheter i textinnehållet. Genom att tolka innehållet i texten kan kategorier av information identifieras. Graneheim och Lundman (49) skriver att forskaren kan välja att fokusera antingen på det textnära, manifesta, budskapet eller på textens underliggande mening, det latent budskapet, det vill säga vad som sägs mellan raderna och uppfattas som den underliggande meningen. För att texten ska kunna analyseras får den inte ryckas ur sitt sammanhang utan måste kategoriseras och tematiseras. Enkätens kvalitativa frågor syftar till att komplettera de kvantitativa frågorna.

Svaren på de öppna frågorna i enkäten grupperades efter respektive fråga och analyserades därefter med hjälp av manifest innehållsanalys. Texten lästes upprepade gånger av författarna var för sig. Därefter diskuterades svaren på frågorna för att meningsbärande enheter skulle kunna identifieras och konsensus uppnås. Därefter kondenserades texten för att möjliggöra kodning av innehållet och gav upphov till kategorier (bilaga 3). Citat från respondenterna stöder resultatet. Efter genomförd dataanalys destruerades enkäterna.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden (50) stipulerar att särskild hänsyn ska tas till följande fyra krav:

Informationskravet: Forskaren ska ge tydlig och individuellt anpassad information till deltagare i studien. Informationen ska presenteras muntligt och skriftligt (50). Vi avser att tillgodose detta krav genom skriftlig forskningspersonsinformation (FPI) (bilaga 4) och genom muntlig presentation av studien i samband med distribution av enkäten.

Krav på samtycke: Forskning får bara utföras om forskaren inhämtat informerat och frivilligt samtycke, företrädesvis skriftligen. Riktlinjerna kräver att forskningsdeltagarna ska ha rätt att när som helst avbryta sin medverkan i studien (50). Samtycke inhämtas genom muntlig och skriftlig information om studien till forskningspersonen, som därefter signerar ett samtyckesformulär (bilaga 5). Härigenom tillgodoses samtyckeskravet.

Krav på konfidentialitet: I enlighet med riktlinjerna ska forskaren skydda respondenterna från att informationen hamnar i orätta händer och kunna garantera fullständig konfidentialitet (50). Kravet uppfylls genom att kodlista och data förvaras inlåst och åtskilt och otillgängligt för obehöriga. När data sammanställs kan ingen enskild individ identifieras.

Krav på deltagarens säkerhet: Forskaren ska ansvara för att avbryta eller skjuta upp studien om en eller flera deltagare riskerar att skadas (50). Vi har inte kunnat identifiera några risker för deltagarna i studien.

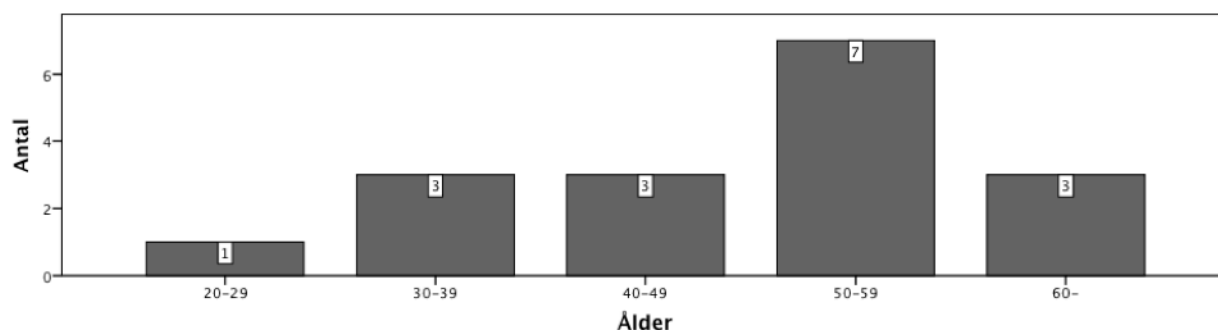
Inför en fullskalig studie kommer en etisk prövning att göras. Denna förstudie är dock undantagen kravet på prövning av etikprövningsnämnd eftersom arbetet bedrivs inom ramen för högskoleutbildning på avancerad nivå (51). Information och förfrågan att få utföra studien på avsedd klinik kommer att ställas till verksamhetschef och vårdenhetschef (bilaga 6).

RESULTAT

Resultatet av förstudien presenteras med utgångspunkt i de kategorier som framkom under innehållsanalysen av enkätundersökningens öppna frågor. Inledningsvis presenteras svarsfrekvens och bakgrundsdata om respondenterna.

BAKGRUNDSDATA

Av 20 distribuerade enkäter returnerades 18 i förslutna kuvert. I samband med dataanalys upptäcktes att en returnerad enkät var blank. Bortfallet i enkätstudien uppgick således till tre stycken, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 85 %. Av 17 respondenter var 23,5 % (n=4) män och resterande 76,5 % (n=13) kvinnor. Åldersgruppen 50-59 år var mest representerad (figur 1) och medelvärdet av arbetslivserfarenhet som anestesijuksköterska var 17,41 år, median 12 år. Spridningen var 40 år (1-41 år).



Figur 1. Åldersfördelning av respondenter

Majoriteten av respondenterna var av uppfattningen att ERAS tillämpas som rutinkoncept vid de flesta kolorektala operationer vid enheten och respondenterna kände sig väl förtrodda med konceptets innebörd och tillämpning (tabell 2 och 3, bilaga 7).

OSÄKERHET OM INFORMATION

Det råder osäkerhet kring vilken information patienten fått om ERAS-konceptet. I stor utsträckning förutsätts att vårdavdelningen har informerat patienten om ERAS. Över hälften av respondenterna anser att patienten fått adekvat information medan patienten endast i ett fåtal fall tillfrågats av anestesijuksköterskan om vilken information som givits.

Beträffande bedömningen om huruvida de patienter som vårdas enligt ERAS-konceptet fått adekvat preoperativ information om vad ERAS innebär och varför det används, uppvisade undersökningen stor spridning. Bortfallet på frågan var stort samtidigt som över hälften av den valida populationen ansåg att patienterna fått tillräcklig information (tabell 4, bilaga 7).

Resultatet antyder stor osäkerhet kring huruvida patienten överhuvudtaget fått information om ERAS-konceptet, och i så fall vilken information som givits. Ett genomgående tema är att det inte bekräftas att patienten är adekvat informerad. Det förutsätts att information givits tidigare i vårdkedjan. Två anestesijuksköterskor uttrycker sin osäkerhet så här:

”Egentligen vet jag inte det. Jag antar att patienten är välinformerad!”

Fråga 6a, enkät nr 1

”Egentligen vet vi inte det eftersom vi inte frågar.”

Fråga 6a, enkät nr 17

Flera anestesijuksköterskor menar att ERAS-konceptet inte diskuteras med patienten, man utgår från att patienten fått information på vårdavdelningen. Några nämner också bristande dokumentation i patientens journal som en faktor som gör det osäkert att veta vilken information patienten fått.

”Det framgår aldrig vilken information patienten fått preoperativt.”

Fråga 6a, enkät nr 6

OMVÅRDNADSÅTGÄRDER

Preoperativa omvårdnadsåtgärder rörande nutrition, smärta, oro och ångest domineras av farmakologisk behandling och parenteral vätska. Respondenterna uppger att väntetiden i sänghallen för patienter som vårdas enligt ERAS som regel inte är lång. Omkring hälften av respondenterna anser att ERAS-konceptet inte påverkar valet av analgetika eller anxiolytika.

Resultatet antyder att vårdkedjan för ERAS är välfungerande gällande väntetider. Flera anestesijuksköterskor uppger att lång väntetid i sänghallen för patienter som vårdas enligt ERAS är sällsynt:

”De patienter som berörs inom ERAS väntar väldigt sällan i sänghallen.”

Fråga 7a, enkät nr 9

”Upplever också att väntetiderna inte blir långa – oftast.”

Fråga 7a, enkät nr 5

I nästan samtliga fall utgörs omvårdnadsåtgärder i sänghallen gällande nutrition och vätskeintag av parenteral vätskebehandling som oftast initierats på vårdavdelningen. Knappt 40 % av respondenterna uppger att åtgärder vidtas om väntetiden i sänghallen blir förlängd (tabell 5, bilaga 7) och de utgörs uteslutande av parenteral vätskebehandling.

”Patienten har dropp kopplat från avdelningen, dock ej i volympump.”

Fråga 7a, enkät nr 4

”Fortsatt vätskebehandling, eventuellt med Glukos.”

Fråga 7a, enkät nr 10

De patienter som visar tecken på preoperativ smärta, oro eller ångest behandlas nästan uteslutande farmakologiskt och då främst med bensodiazepiner eller korttidsverkande opioider. I en del fall påbörjas intravenös sedering när patienten kommer in på operationssalen. Omkring hälften av respondenterna anser att ERAS-konceptet inte påverkar valet av farmaka som syftar till att öka patientens välbefinnande (tabell 6, bilaga 7).

”Ej varit med om att jag behövt ge läkemedel men jag upplever att val av läkemedel ej påverkas av ERAS-konceptet.”

Fråga 8a, enkät nr 16

Farmakologisk behandling dominerar i svaren, samtidigt är det psykosociala omhändertagandet närvarande:

”Jag ger läkemedel efter kontakt med narkosläkare, exempelvis Morfin, Fentanyl, Midazolam iv. Pratar med och lugnar patienten.”

Fråga 8a, enkät nr 2

BRISTANDE KOMMUNIKATION

Omkring hälften av respondenterna upplever att all personal på operationssalen är medveten om att patienten vårdas enligt ERAS (tabell 7, bilaga 7). Upplevelsen grundas dock inte på förekomsten av tydlig kommunikation utan snarare på att det förutsätts vara känt bland personalen. I de fall kommunikation kring ERAS förekommer, sker denna mellan anestesijuksköterska och anestesilog.

”Jag förutsätter att alla inblandade vet att alla colorektala ingrepp är ERAS.”

Fråga 9a, enkät nr 1

”Det är rutin och det vet alla.”

Fråga 9a, enkät nr 12

I de fall där uttalad kommunikation om ERAS förekommer berör den främst anestesilog och anestesijuksköterska, ingen utpräglad kommunikation i det perioperativa teamet framkommer i studien. I ett fall uppges att ERAS uppmärksammas på operationssalen i samband med genomgång av WHO:s strukturerade checklista.

”Det är anestesijuksköterska och anestesilog som kommunicerar kring det och då enbart om vätskorna som ges till patienten.”

Fråga 9a, enkät nr 14

STANDARDISERAT ARBETSSÄTT

Flera anestesijuksköterskor uttrycker att det är en stor fördel att arbeta efter ett fastställt vårdprogram gällande framförallt smärtlindring och vätskebehandling. Rutinmässigt användande av EDA lyfts också fram som en positiv aspekt.

Ett standardiserat arbetssätt med tydliga rutindokument framkommer som en underlättande faktor i arbetet med att vårda patienter enligt ERAS. Detta gäller ur såväl anestesijuksköterskans perspektiv avseende rutiner för vården som för patienten som upplevs gagnas av vårdprogrammets innehåll. Två anestesijuksköterskor uttrycker sin bild av vad som underlättar vård enligt ERAS:

”Patienterna är som regel bra smärtlindrade postoperativt. Lätt att väcka patienten. Bra med vätskerestriktion i de flesta fall. Standardiserat vårdprogram.”

Fråga 11, enkät nr 6

”Lättare att vårda patient som är välinformerad om operation och pre- och postoperativ vård och förväntad sjukhusvistelse etc.”

Fråga 11, enkät nr 11

Rutinmässigt användande av EDA uppges ge god postoperativ smärtlindring och uppfattningen bland respondenterna är att samtliga patienter, förutsatt att kontraindikation saknas, får EDA i smärtlindrande syfte (tabell 8, bilaga 7).

”Jag följer ERAS-konceptet – är i regel mycket väl smärtlindrade postoperativt.”

Fråga 11, enkät nr 4

”Bra smärtlindring med EDA perop.”

Fråga 11, enkät nr 15

AVVIKELSE FRÅN ERAS

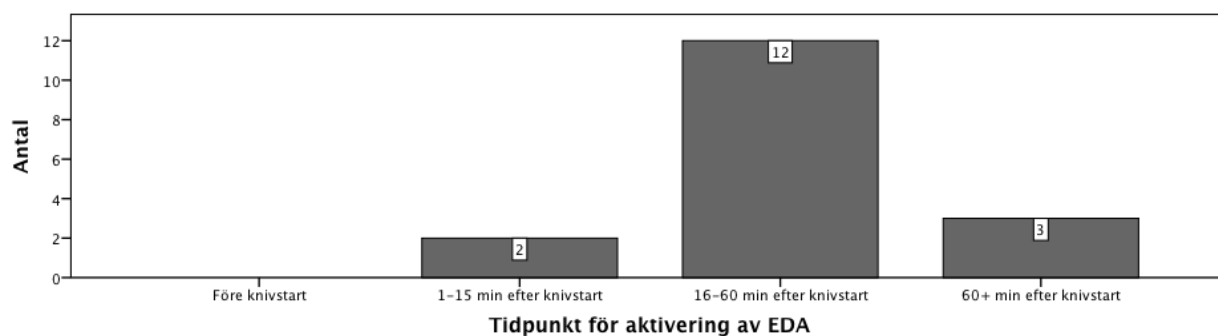
Undersökningen visar att de två vanligast förekommande orsakerna till att avsteg görs från ERAS-rutinen är cirkulationspåverkan hos patienten och försenad aktivering av EDA.

Den vanligast förekommande anledningen till medveten avvikelse från ERAS-rutinen är enligt respondenterna då oväntad cirkulationspåverkan uppstår hos patienten, främst genom vätskeförlust. Flera anestesijuksköterskor beskriver en vilja att ge mer vätska än vad rutinen föreskriver i de fall där patienten uppvisar tecken på cirkulatorisk påverkan under operationen.

”Har patienten svårt att hålla blodtrycket upplever jag att man önskar frångå ERAS-konceptet gällande vätsketillförseln.”

Fråga 12, enkät nr 16

Anestesisjuksköterskorna beskriver också att ERAS-konceptet frångås gällande EDA i vissa fall, exempelvis på grund av att patienten är rädd eller att det finns anatomiska hinder hos patienten i samband med anläggning av EDA. Samtliga respondenter uppger att EDA aktiveras efter knivstart (figur 2).



Figur 2. Tidpunkt för aktivering av EDA

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Blandad inbäddad metod visade sig vara väl lämpad för att besvara studiens syfte och frågeställning. Enkätundersökningens kvalitativa och kvantitativa delar kompletterade varandra och gav ett fylligare resultat än om endast en ansats valts. Utformningen av enkätens öppna frågor visade sig vara relevant för syfte och frågeställning då det under innehållsanalysen framkom tydliga kategorier som belyser anestesisjuksköterskans uppfattning om omvårdnaden vid tillämpning av ERAS. Vid innehållsanalys finns en risk för att forskarens förförståelse påverkar utfallet (49). Risken för detta i den här undersökningen bedöms som låg då manifest, textnära innehållsanalys utförts och då författarna inledningsvis var för sig analyserade data för att sedan diskutera analysen och nå konsensus.

En generell svaghet med enkätundersökningar är den totala avsaknaden av möjlighet för forskningspersonen att ställa följdfrågor eller få frågor förtydligade (48). Undersökningen skulle kunna ha genomförts som intervjustudie för att möjligen förbättra respondenternas förståelse för frågorna, dock minskar en sådan metod resultatets generaliserbarhet eftersom urvalet minskar och förutsättningarna för respondenterna inte är jämlika (48).

Svarsfrekvensen på enkäten var hög även om en fråga hade lämnats obesvarad av flera respondenter. Fråga 6, ”Anser Du att ERAS-patienter som regel har fått adekvat information att han eller hon vårdas enligt ERAS-konceptet?” uppvisade särskilt högt bortfall (52,9 %) vilket var överraskande. Författarna har inte hittat någon förklaring till detta då frågan anses vara tydligt formulerad och endast kunde besvaras med ”ja” eller ”nej”. En förklaring skulle kunna vara att respondenterna känner stor osäkerhet rörande den preoperativa informationen,

vilket också framkom i resultatet. Möjligen hade en helt öppen fråga varit att föredra då forskningspersonerna skulle ha givits möjlighet att utveckla sina åsikter ytterligare. I den fullskaliga studien bör ställning tas till att utesluta fråga 6 ur enkäten. Problemet med frågan kunde ha eliminerats om enkäten hade testats före pilotstudien genomfördes.

Förstudien genomfördes på en operationsavdelning där en av författarna utförde sin avslutande kliniska utbildning. Detta skulle kunna innebära risk för bias om respondenterna känner sig pressade dels att delta i undersökningen, dels att svara "rätt" på frågorna. I en fullskalig studie är risken för bias av denna anledning sannolikt väsentligt reducerad.

Demografiska data i förstudien är av ringa värde då det är svårt att hitta samband mellan demografi och resultatet av studien beroende på populationens begränsade storlek. I en större studie skulle möjligen korrelation kunna beräknas mellan exempelvis ålder, yrkeslivserfarenhet och uppfattning om faktorer som påverkar anestesijuksköterskans uppfattning om omvårdnaden vid tillämpning ERAS.

Enkätens frågor förefaller vara väl formulerade i förhållande till studiens syfte och frågeställning då bortfallet på enskilda frågor, med ovan nämnda undantag, är lågt (0-5,9 %). För att i en kommande studie möjliggöra även latent innehållsanalys utöver den manifesta innehållsanalysen skulle enkätsvaren kunna kompletteras med öppna intervjuer där möjlighet till fördjupande följdfrågor finns.

Det planerade urvalet för den fullskaliga studien omfattar omkring 50 anestesijuksköterskor. Efter genomförd pilotstudie med 17 besvarade enkäter kan en diskussion föras kring om en upprepad studie med en större population verkligen tillför ny eller fördjupad kunskap utöver den som framkommit i pilotstudien. För att nå fördjupad kunskap skulle användning av fokusgrupper eller intervjuer kunna fungera som ett fördelaktigt komplement.

RESULTATDISKUSSION

Flera anestesijuksköterskor uttrycker osäkerhet kring vilken information patienten fått och i vilken utsträckning patienten är adekvat informerad. Så som tidigare beskrivits spelar kommunikation mellan patienten och vårdteamet stor roll för utfallet av olika vårdåtgärder (7). Vidare finns stora skillnader i hur patienter prioriterar information och eftersom patienten får information från flera medlemmar i vårdteamet ställs krav på att den är samordnad så att ingen del utelämnas (19).

I studien beskrev flera anestesijuksköterskor hur ovisshet övergick i ett antagande att patienten givits tillräcklig information på vårdavdelningen. Eftersom det är väl beskrivet att en välinformerad patient mår betydligt bättre såväl pre- som postoperativt (7, 12, 14, 19, 24) anser vi att det finns en stor förbättringspotential gällande rutiner för att säkerställa att patienten är adekvat informerad om ERAS. Preoperativ information om ERAS bör ges i ett lugnt skede i god tid före operationen, exempelvis på ett preoperativt center (25). Detta motiverar patienten att följa de riktlinjer som vårdprogrammet stipulerar. Tydlig dokumentation i patientens journal om vilken information som givits förenklar

anestesisjuksköterskans arbete. Vi kunde skönja ett mönster att vårdkedjan för ERAS var bruten och snarare bestod av två separata länkar där anestesisjuksköterskan ansåg att det var vårdavdelningens uppgift att informera patienten, snarare än att med patienten i fokus arbeta för att fånga upp delar i vårdprogrammet som kan ha förbisetts.

ERAS inbegriper alla personer och verksamheter, som patienten kommer i kontakt med. God kommunikation genom hela vårdkedjan är essentiellt för att bibehålla följsamhet till programmet (9) och leder till säkrare och mer effektiv vård (10). Mer än 50 % av deltagarna i studien upplever att inte all personal på operationssalen är medveten om att patienten vårdas enligt ERAS. Ingen av dessa anestesisjuksköterskor vidtar heller några åtgärder i sådana situationer. En anestesisjuksköterska uppger att ERAS uppmärksammas i samband med genomgång av WHO:s checklista (bilaga 1). Genomgång av preoperativa interventioner enligt riktlinjer för ERAS (14) bör införas som permanent del av denna checklista för att höja kvaliteten.

De preoperativa omvårdnadsåtgärder, som framkom tydligast, rör vätske- och nutritionsbehandling. Preoperativa omvårdnadsåtgärder enligt riktlinjer för ERAS (14) rekommenderar intag av klar näringsdryck två timmar före operationen. Ingen av anestesisjuksköterskorna i studien har nämnt näringsdryck i sina enkätsvar. Detta skulle kunna förklaras av att patientens väntetid på operationsavdelningen är så kort att det inte finns utrymme för behandling med näringsdryck. Knappt 40 % av anestesisjuksköterskorna i studien uppgav att de vidtar särskilda omvårdnadsåtgärder om väntetiden i sänghallen av någon anledning blir förlängd. Dock förekommer inte näringsdryck som åtgärd. Eftersom preoperativt intag av näringsdryck minskar preoperativ hunger, törst och ångest (14, 29) är det av vikt att denna kunskap sprids och tillämpas i vårdteamet.

Studien visade att preoperativ smärta, oro eller ångest lindras med intravenös farmakologisk behandling. Detta överensstämmer med riktlinjer för ERAS (14) som föreskriver att patienter som lider av preoperativ ångest eller oro bör erbjudas korttidsverkande intravenös behandling med anxiolytika eller sedativa. Som patientens företrädare, känner anestesisjuksköterskan naturligtvis ett stort ansvar för patientens välbefinnande (47). Det psykosociala omhändertagandet är närvarande vilket är väsentligt i all vård och en orsak till att detta inte tydligare framkom i studien kan eventuellt vara upplevd hög arbetsbelastning.

Förekomsten av ett tydligt rutindokument framkommer i denna studie som en klart underlättande faktor för anestesisjuksköterskans arbete med att vårda patienter enligt ERAS. Vårdprogrammet har tydligt positiva effekter för patienten (44) och bör tillämpas i sin helhet i den kliniska verksamheten eftersom effekten av enskilda interventioner inte har undersökts var för sig (44). Respondenterna visade en genomgående positiv uppfattning om standardiserad behandling med exempelvis EDA och perioperativ vätskebehandling.

När vården bedrivs enligt ett gemensamt och standardiserat arbetssätt, ökar möjligheterna för att uppnå ett gott resultat för varje patient. Detta ökar vårdens kvalitet samtidigt som risken för misstag i form av förbisedda vårdåtgärder minskar (10, 11). Det krävs en ökad medvetenhet om att fasta rutiner kan öka risken för att alla inblandade förutsätter att rutinen

följs, något som också tydligt framkommer i studien. Detta ställer stora krav på verksamhetens ledning som bör arbeta för att sprida kunskap om bakgrunden till rutinens införande samt uppföljning av följsamheten till rutinen (9). Vi menar att om vårdpersonal som ska arbeta med rutinen är väl införstådd med dess positiva effekter, ökar känslan av delaktighet i skapandet av god omvårdnad. Denna delaktighet torde också kunna leda till att rutinen hålls levande och under ständig revision.

I studien framkom att riktlinjer för ERAS (14) inte alltid följs. Eftersom studien endast syftade till att undersöka anestesijuksköterskans omvårdnad av patienten vid tillämpning av ERAS har anledningen till avsteg från riktlinjerna inte undersökts. Flera av anestesijuksköterskorna i studien uppgav ändå att en anledning till att rekommendationen om perioperativ vätskebehandling inte följs är att patienten uppvisar tecken på cirkulatorisk instabilitet. Anestesijuksköterskans roll som patientens företrädare framkommer här tydligt då patientens välbefinnande intuitivt prioriteras framför verkställandet av rutinen. Litteraturen visar dock att restriktiv vätsketerapi är en av de viktigaste faktorerna för god återhämtning och påverkar operationens utfall positivt (12, 14, 38, 39). Om patienten är cirkulatoriskt instabil bör hypotension istället behandlas med vasoaktiva läkemedel, förutsatt att patienten är normovolem (12, 14).

Ett annat avsteg från riktlinjerna som framkom i studien var att EDA aktiverades efter knivstart. Detta går stick i stäv med riktlinjer för ERAS (14) vilka lyfter fram preoperativt aktiverad EDA som en central intervention i vårdprogrammet. Anledningen till att EDA inte aktiverades preoperativt berördes inte i studien utan blir endast föremål för spekulation. En tänkbar orsak är avsaknad av information om de klart positiva effekter som en preoperativt aktiverad EDA har. En annan kan vara prioritering av andra viktiga omvårdnadsåtgärder som exempelvis åtgärder för att minska patientens värmeförlust. Orsaken kan också vara av logistisk karaktär då den inledande fasen av anestesi är arbetsintensiv för anestesijuksköterskan och att andra åtgärder prioriteras. I den fullskaliga studien hade det varit ett intressant område för fördjupning då majoriteten av anestesijuksköterskorna i förstudien uttrycker en klart positiv uppfattning om de effekter EDA har för patientens välbefinnande.

Sammanfattande slutsats

Resultatet visade att anestesijuksköterskans uppfattning om omvårdnaden är mångfacetterad. Genomgående råder stor osäkerhet kring vilken preoperativ information patienten fått eller tagit till sig. Det fanns en utbredd uppfattning bland respondenterna att övriga medlemmar i vårdteamet hade kännedom om att patienten vårdades enligt ERAS-konceptet. Ett standardiserat arbetssätt upplevdes genomgående som positivt exempelvis gällande smärtlindring genom EDA. Resultatet visade dock att aktiveringen av EDA genomfördes efter knivstart.

Vårdprogrammet för ERAS innehåller en komplett uppsättning interventioner som på ett multimodalt sätt syftar till att erbjuda patienten bästa möjliga förutsättningar för god postoperativ återhämtning. Anestesijuksköterskans roll har inte tidigare lyfts fram i litteraturen och det finns stort utrymme för framtida forskning att belysa anestesijuksköterskans betydelse för det postoperativa utfallet i samband med tillämpning av ERAS som vårdkoncept.

Arbetet med uppsatsen har fördelats lika mellan författarna.

REFERENSER

1. Gustafsson U. ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) - framtidens perioperativa sjukvård. *Svensk Kirurgi*. 2010;68(6):298-301.
2. Nationalencyklopedin. Elektiv [2013-12-13]. Available from: <http://www.ne.se/lang/elektiv>.
3. Hammarqvist F. Perioperativa perioden. In: Hamberger B, Haglund U, editors. *Kirurgi*. 8 ed. Stockholm: Liber AB; 2013. p. 14-26.
4. Pilcher LS. Correspondence. *Annals of Surgery*. 1917;65(6):799.
5. Giannoudis PV, Dinopoulos H, Chalidis B, Hall GM. Surgical stress response. *Injury*. 2006;37, Supplement 5(0):S3-S9.
6. Pålman L, Dabrosin Söderholm J. Kolon och rektum. In: Hamberger B, Haglund U, editors. *Kirurgi*. 8 ed. Stockholm: Liber AB; 2013. p. 294-352.
7. Grocott MPW, Martin DS, Mythen MG. Enhanced recovery pathways as a way to reduce surgical morbidity. *Current Opinion in Critical Care*. 2012;18(4):385-92.
8. WHO. New scientific evidence supports WHO findings: a surgical safety checklist could save hundreds of thousands of lives. [2013-12-19]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/checklist_saves_lives/en/index.html.
9. Meale PM, Cushion J. Ten top tips on designing, developing & implementing an enhanced surgical treatment & recovery programme (ESTReP). *Current Anaesthesia & Critical Care*. 2010;21(3):125-8.
10. Adamina M, Kehlet H, Tomlinson GA, Senagore AJ, Delaney CP. Enhanced recovery pathways optimize health outcomes and resource utilization: A meta-analysis of randomized controlled trials in colorectal surgery. *Surgery*. 2011;149(6):830-40.
11. Shida D, Tagawa K, Takahashi H, Suzuki T, Inoue S. Change of surgeons' opinion against anesthesiologists after introduction of enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols: questionnaire survey among surgeons who participated ERAS care. *Masui*. 2011;60(12):1411-5.
12. Kehlet H, Dahl JB. Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery. *The Lancet*. 2003;362(9399):1921-8.
13. Fearon KCH, Ljungqvist O, Von Meyenfeldt M, Revhaug A, Dejong CHC, Lassen K, et al. Enhanced recovery after surgery: A consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resection. *Clinical Nutrition*. 2005;24(3):466-77.

14. Gustafsson UO, Scott MJ, Schwenk W, Demartines N, Roulin D, Francis N, et al. Guidelines for Perioperative Care in Elective Colonic Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations. *World Journal of Surgery*. 2013;37(2):259-84.
15. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för operationer i slutenvård [2014-01-02]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/operationerislutenvard>.
16. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för DRG i slutenvård [2014-01-02]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/drgislutenvard>.
17. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) [2013-12-16]. Available from: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/.
18. Danermark B. Interprofessionell kommunikation, kunskap och makt. In: Stål R, editor. *Vårdkommunikation i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur AB; 2008. p. 81-100.
19. Ivarsson B, Lithner M. Perioperativ information till patienter och närstående. In: Andersson R, Jeppsson B, Rydholm A, editors. *Kirurgiska sjukdomar*. 2 ed. Lund: Studentlitteratur AB; 2012. p. 121-43.
20. Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesisjukvård. Riksföreningen för anestesi och intensivvård; 2012.
21. Aasa A, Hovbäck M, Berterö CM. The importance of preoperative information for patient participation in colorectal surgery care. *Journal of Clinical Nursing*. 2013;22(11-12):1604-12.
22. Larsson S. Omvårdnad. In: B HMA, Lindahl SGE, editors. *Anestesi*. 2 ed. Stockholm: Liber AB; 2005. p. 200-6.
23. Lundberg D. Psykologiska och etiska aspekter. In: Halldin MAB, Lindahl SGE, editors. *Anestesi*. 2 ed. Stockholm: Liber AB; 2005. p. 196-9.
24. T. Valeberg B. Preoperativ information och bedömning. In: Hovind IL, editor. *Anestesiologisk omvårdnad*. 2 ed. Lund: Studentlitteratur AB; 2013. p. 321-30.
25. Warren-Stomberg M, Brattwall M, Jakobsson JG. Preoperative centre improving patients' satisfaction? *International Journal of Surgery*. 2013;11(5):430-1.
26. Lundberg D. Preoperativ medicinering. In: Halldin MAB, Lindahl SGE, editors. *Anestesi*. 2 ed. Stockholm: Liber AB; 2005. p. 182-4.
27. Fawcett W, Mythen M, Scott M. Enhanced recovery: more than just reducing length of stay? *Br J Anaesth*. 2012;109(5):671-4.

28. Wind J, Polle SW, Fung Kon Jin PHP, Dejong CHC, von Meyenfeldt MF, Ubbink DT, et al. Systematic review of enhanced recovery programmes in colonic surgery. *British Journal of Surgery*. 2006;93(7):800-9.
29. Brady MC, Kinn S, Stuart P, Ness V. Preoperative fasting for adults to prevent perioperative complications. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*. 2003(4).
30. Nygren J, Soop M, Thorell A, Efendic S, Nair KS, Ljungqvist O. Preoperative oral carbohydrate administration reduces postoperative insulin resistance. *Clinical Nutrition*. 1998;17(2):65-71.
31. Jeppsson B. Nutrition. In: Andersson R, Jeppsson B, Rydholm A, editors. *Kirurgiska sjukdomar*. 2 ed. 2012. p. 57-66.
32. Valeberg BT. Illamående och kräkningar postoperativt. In: Hovind IL, editor. *Anestesiologisk omvårdnad*. 2 ed. Lund: Studentlitteratur AB; 2013. p. 117-28.
33. Apfel CC, Läärä E, Koivuranta M, Clemens-A G, Roewer N. A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting: conclusions from cross-validations between two centers. *Anesthesiology*. 1999;91(3):693-700.
34. Apfel CC, Kranke P, Eberhart L, Roos A, Roewer N. Comparison of predictive models for postoperative nausea and vomiting. *British Journal of Anaesthesia*. 2002;88(2):234-40.
35. Ljungqvist O, Eriksson LI, Nygren J, Thorell A. Pre- och postoperativ vård. In: Jeppsson B, Naredi P, Nordenström J, Risberg B, editors. *Kirurgi*. 3 ed. Lund: Studentlitteratur AB; 2010. p. 23-34.
36. Andersson R. Perioperativ vård. In: Andersson R, Jeppsson B, Rydholm A, editors. *Kirurgiska sjukdomar*. 2 ed. Lund: Studentlitteratur AB; 2012. p. 131-43.
37. Berg T, Hagen O. Förebygga och behandla anestesirelaterade komplikationer. In: Hovind IL, editor. *Anestesiologisk omvårdnad*. 2 ed. Lund: Studentlitteratur AB; 2013. p. 283-311.
38. Gustafsson UO, Hausel J, Thorell A, Ljungqvist O, Soop M, Nygren J. Adherence to the enhanced recovery after surgery protocol and outcomes after colorectal cancer surgery. *Archives of Surgery*. 2011;146(5):571-77.
39. Holte K, Kehlet H. Fluid Therapy and Surgical Outcomes in Elective Surgery: A Need for Reassessment in Fast-Track Surgery. *Journal of the American College of Surgeons*. 2006;202(6):971-89.
40. Conway D, Gold S. Targeted fluid administration for major surgery. *Current Anaesthesia & Critical Care*. 2010;21(3):108-13.
41. Petrowsky H, Demartines N, Rousson V, Clavien P. Evidence-based value of prophylactic drainage in gastrointestinal surgery: a systematic review and meta-analyses. *Annals of Surgery*. 2004;240(6):1074-84.

42. Valeberg BT. Rapportering och övervakning efter anestesi. In: Hovind IL, editor. Anestesiologisk omvårdnad. 2 ed. Lund: Studentlitteratur AB; 2013. p. 351-7.
43. Kahokehr A, Sasmour T, Zargar-Shoshtari K, Thompson L, Hill AG. Implementation of ERAS and how to overcome the barriers. *International Journal of Surgery*. 2009;7(1):16-9.
44. Spanjersberg WR, Reurings J, Keus F, van Laarhoven C. Fast track surgery versus conventional recovery strategies for colorectal surgery (Review). *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*. 2011(2).
45. Roulin D, Donadini A, Gander S, Griesser AC, Blanc C, Hübner M, et al. Cost-effectiveness of the implementation of an enhanced recovery protocol for colorectal surgery. *British Journal of Surgery*. 2013;100(8):1108-14.
46. Wiklund L. *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur; 2003.
47. Boyle HJ. Patient Advocacy in the Perioperative Setting. *AORN Journal*. 2005;82(2):250-62.
48. Polit DF, Tatano Beck C. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
49. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24(2):105-12.
50. Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden. Northern nurses' federation; 2003.
51. Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor [2014-01-03]. Available from: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/?bet=2003:460.

Surgical Safety Checklist



World Health Organization

Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

Before induction of anaesthesia	Before skin incision	Before patient leaves operating room
<p>(with at least nurse and anaesthetist)</p> <p>Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p>Is the site marked?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable</p> <p>Is the anaesthesia machine and medication check complete?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p>Is the pulse oximeter on the patient and functioning?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p>Does the patient have a:</p> <p>Known allergy?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>Difficult airway or aspiration risk?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, and equipment/assistance available</p> <p>Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, and two IVs/central access and fluids planned</p>	<p>(with nurse, anaesthetist and surgeon)</p> <p><input type="checkbox"/> Confirm all team members have introduced themselves by name and role.</p> <p><input type="checkbox"/> Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made.</p> <p>Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable</p> <p>Anticipated Critical Events</p> <p>To Surgeon:</p> <p><input type="checkbox"/> What are the critical or non-routine steps?</p> <p><input type="checkbox"/> How long will the case take?</p> <p><input type="checkbox"/> What is the anticipated blood loss?</p> <p>To Anaesthetist:</p> <p><input type="checkbox"/> Are there any patient-specific concerns?</p> <p>To Nursing Team:</p> <p><input type="checkbox"/> Has sterility (including indicator results) been confirmed?</p> <p><input type="checkbox"/> Are there equipment issues or any concerns?</p> <p>Is essential imaging displayed?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable</p>	<p>(with nurse, anaesthetist and surgeon)</p> <p>Nurse Verbally Confirms:</p> <p><input type="checkbox"/> The name of the procedure</p> <p><input type="checkbox"/> Completion of instrument, sponge and needle counts</p> <p><input type="checkbox"/> Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name)</p> <p><input type="checkbox"/> Whether there are any equipment problems to be addressed</p> <p>To Surgeon, Anaesthetist and Nurse:</p> <p><input type="checkbox"/> What are the key concerns for recovery and management of this patient?</p>

This checklist is not intended to be comprehensive. Additions and modifications to fit local practice are encouraged.

Revised 1 / 2009

© WHO, 2009



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

Enkät om anestesijuksköterskan och ERAS

Vänligen ringa in Ditt svar

1. **Kön:** Man Kvinna

2. **Ålder:** 20-29 30-39 40-49 50-59 60-

3. **Anestesisjuksköterska sedan (årtal eller antal år):** _____

4. **Används ERAS vid majoriteten av kolorektala operationer?**

Ja Nej

5. **Jag känner mig väl förtrogen med ERAS-konceptet**

Nej, inte alls Delvis I stort sett Ja, absolut

ERAS-konceptet innehåller ett antal interventioner för att optimera patientens återhämtning efter operation. Följande frågor är grupperade utifrån när i vårdkedjan de är mest aktuella. Preoperativa interventioner syftar bland annat till att säkerställa att patienten är välinformerad och minska risken för klinisk överdosering av premedicinering. Peroperativt arbetar anestesisjuksköterskan ofta självständigt och har därför stor påverkan på utfallet av ERAS.

6. **Anser Du att ERAS-patienter som regel har fått adekvat information att han eller hon vårdas enligt ERAS-konceptet?**

Ja Nej

a. **Om nej, vilka frågor tar patienten upp?**

7. **Vidtar Du några åtgärder avseende nutrition och vätskeintag, om väntetiden i sänghallen blir förlängd?**

Ja Nej

a. **Om ja, vilka?**

BILAGA 2

8. Anser du att ERAS-konceptet påverkar valet av preoperativ analgetika och anxiolytika?

Ja

Nej

9. Hur förhåller Du Dig till ERAS-patienter som har ont eller är oroliga preoperativt? Om Du ger läkemedel, specificera.

10. Jag upplever att alla på operationssalen är medvetna om att patienten vårdas enligt ERAS

Ja

Nej

a. Om ja, hur kommuniceras det?

b. Om nej, vidtar Du några åtgärder? Vilka?

11. Kan Du identifiera några faktorer som underlättar Ditt arbete med att vårda patienter enligt ERAS? Vilka?

12. Kan Du identifiera några faktorer som hindrar Ditt arbete med att vårda patienter enligt ERAS? Vilka?

Tack för Din medverkan!

BILAGA 3

EXEMPEL PÅ INNEHÅLLSANALYS

F12: Kan Du identifiera några faktorer som hindrar Ditt arbete med att vårda patienter enligt ERAS? Vilka?				
Analysenhet	Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Kategori
Har patienten svårt att hålla blodtrycket upplever jag att man önskar frångå ERAS-konceptet gällande vätsketillförseln	Svårt att hålla blodtrycket // frångå ERAS-konceptet	Hypotension	Cirkulationspåverkan	Avvikelse från ERAS

F8a: Hur förhåller Du Dig till ERAS-patienter som har ont eller är oroliga preoperativt? Om Du ger läkemedel, specificera.				
Analysenhet	Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Kategori
Jag ger läkemedel efter kontakt med narkosläkare, exempelvis Morfin, Fentanyl, Midazolam iv. Pratar med och lugnar patienten.	Ger läkemedel efter kontakt med narkosläkare. Pratar med patienten.	Ger läkemedel och pratar med patienten.	Läkemedel Omvårdnad	Omvårdnadsåtgärder



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

Bakgrund och syfte

Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) är ett koncept/vårdprogram som genom ett flertal interventioner syftar till att optimera patientens återhämtning efter framförallt kolorektal kirurgi. Anestesisjuksköterskan är en i teamet som deltar i arbetet med detta koncept. I denna studie är vi som anestesisjuksköterskestudenter intresserade av att undersöka vad ERAS-konceptet innebär för anestesisjuksköterskans arbete.

Förfrågan om deltagande

Du tillfrågas om deltagande i studien eftersom Du arbetar som anestesisjuksköterska på en enhet som bedriver vård enligt ERAS vid kolorektal kirurgi.

Hur går studien till?

Om Du väljer att delta ombeds Du att besvara en enkät med såväl fasta svarsalternativ som mer öppna frågor. Enkäten distribueras tillsammans med detta informationsbrev. Den besvarade enkäten lämnas i ett svarskuvert inom sju dagar på anvisad plats. Det tar ca 15 minuter att besvara enkäten.

Finns det några risker eller fördelar?

Vi ser inte att studien medför några risker för Dig. Möjligen kan det uppfattas känsligt att svara på frågor som relaterar till Din yrkesroll. Att delta i denna studie innebär inga direkta fördelar för Dig.

Hantering av data och sekretess

Enkäten är märkt med ett kodnummer. Kodnumret syftar endast till att göra det möjligt för oss att ta bort Dina svarsdata om Du väljer att avbryta Ditt deltagande samt möjliggör utskick av eventuell påminnelse. Kodlista och insamlade enkäter kommer att förvaras åtskilda, inlåsta och kan endast läsas av behöriga. Sammanställningen kommer inte att vara kopplad till någon enskild individ. Eventuella personuppgifter hanteras i enlighet med personuppgiftslagen.

Hur får jag information om studiens resultat?

Du är välkommen att senare ta del av det sammanställda resultatet genom att kontakta ansvariga för studien.

Frivillighet

Ditt deltagande är frivilligt. Du har när som helst, utan särskild förklaring, rätt att avbryta. Du behöver inte förklara något om Du väljer att inte vara med.

Ersättning

Ingen specifik ersättning utgår. Din vårdenhetschef är informerad om att Du besvarar enkäten på arbetstid.

Ansvariga för studien

Filip Öhman: gusohmfi@student.gu.se

Markus Jonebrant: gusjonebma@student.gu.se

Handledare Margareta Warrén Stomberg: margareta.warren.stomberg@gu.se, 031-786 60 26



**GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN**

Informerat samtycke

- Jag bekräftar att jag fått denna skriftliga samt annan muntlig information om forskningsstudien.
- Jag ger mitt samtycke till att delta i studien och vet att mitt deltagande är helt frivilligt.
- Jag är medveten om att jag när som helst och utan förklaring kan avsluta mitt deltagande.

Datum

Signatur

Namnförtydligande

Markus Jonebrant: gusjonebma@student.gu.se

Filip Öhman: gusohmfi@student.gu.se

Handledare: Margareta Warrén Stomberg, margareta.warren.stomberg@gu.se, 031-786 60 26



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

Göteborg 2014-02-02

Till verksamhetschef Operation 1 Östra sjukhuset,

Vi är två anestesijuksköterskestudenter som i vår magisteruppsats avser genomföra en enkätundersökning avseende anestesijuksköterskors arbete med ERAS (Enhanced Recovery After Surgery). Vi kontaktar Dig därför att Östra sjukhuset är Göteborgs enda sjukhus som uttalat arbetar med ERAS.

De positiva effekterna för patienten av ERAS är väl dokumenterade men anestesijuksköterskans roll är sparsamt beskriven. Syftet med uppsatsen är att undersöka anestesijuksköterskans uppfattning om omvårdnaden av patienten i samband med kolorektal kirurgi då ERAS-konceptet tillämpas.

Vi planerar att genomföra studien bland 20 anestesijuksköterskor på Operation 1, Östra sjukhuset. Enkätundersökningen planeras äga rum under veckorna 7-10 och tar uppskattningsvis 15 minuter att besvara.

För att möjliggöra denna undersökning ber vi om Ditt godkännande per e-post.

Om Du finner undersökningen lämplig kontaktar vi därefter vårdenhetschefen på Operation 1 för information och planering.

Bästa hälsningar,

Markus Jonebrant
gusjonebma@student.gu.se

Filip Öhman
gusohmfi@student.gu.se

Handledare: Margareta Warrén Stomberg, margareta.warren.stomberg@gu.se, 031-786 60 26

BILAGA 7

TABELLER

Tabell 2. Används ERAS vid majoriteten av kolorektala operationer?

	Antal	Procent	Valid procent	Kumulativ procent
Ja	15	88,2	93,8	93,8
Nej	1	5,9	6,3	100,0
Summa	16	94,1	100,0	
Bortfall	1	5,9		
Summa	17	100,0		

Tabell 3. Jag känner mig väl förtrogen med ERAS-konceptet

	Antal	Procent	Valid procent	Kumulativ procent
Delvis	1	5,9	5,9	5,9
I stort sett	7	41,2	41,2	47,1
Ja, absolut	9	52,9	52,9	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Tabell 4. Anser Du att ERAS-patienter som regel har fått adekvat information att han eller hon vårdas enligt ERAS-konceptet?

	Antal	Procent	Valid procent	Kumulativ procent
Ja	5	29,4	62,5	62,5
Nej	3	17,6	37,5	100,0
Summa	8	47,1	100,0	
Bortfall	9	52,9		
Summa	17	100,0		

Tabell 5. Vidtar Du några åtgärder avseende nutrition och vätskeintag, om väntetiden i sänghallen blir förlängd?

	Antal	Procent	Valid procent	Kumulativ procent
Ja	6	35,3	37,5	37,5
Nej	10	58,8	62,5	100,0
Summa	16	94,1	100,0	
Bortfall	1	5,9		
Summa	17	100,0		

BILAGA 7

Tabell 6. Anser Du att ERAS-konceptet påverkar valet av preoperativ analgetika och anxiolytika?

	Antal	Procent	Valid procent	Kumulativ procent
Ja	7	41,2	43,8	43,8
Nej	9	52,9	56,3	100,0
Summa	16	94,1	100,0	
Bortfall	1	5,9		
Summa	17	100,0		

Tabell 7. Jag upplever att alla på operationssalen är medvetna om att patienten vårdas enligt ERAS

	Antal	Procent	Valid procent	Kumulativ procent
Ja	8	47,1	47,1	47,1
Nej	9	52,9	52,9	100,0
Summa	17	100,0	100,0	

Tabell 8. Anser Du att ERAS-patienter som regel får EDA?

	Antal	Procent	Valid procent	Kumulativ procent
Ja	17	100,0	100,0	100,0