

# Patientinformation gällande fasterutiner inför elektiv kirurgi

En studie vid sjuksköterskeledda preoperativa  
mottagningar

FÖRFATTARE	Anna Repa Kalle Tönnerberg
PROGRAM/KURS	Speciaistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesisjukvård, 60 hp OM5320 Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot anestesisjukvård  VT 2015
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Axel Wolf
EXAMINATOR	Lotta Johansson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svenska)	Patientinformation gällande fasterutiner inför elektiv kirurgi – En studie vid sjuksköterskeledda mottagningar
Titel (engelska)	Patients information regarding fasting before elective surgery – A study at nurse-led preadmission clinics
Arbetets art	Självständigt arbete
Program/Kurs	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesijukvård, 60 hp OM 5320, Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot anestesijukvård VT 2015
Arbetets omfattning	15 Högskolepoäng
Sidantal	36 sidor
Författare	Anna Repa Kalle Tönnerberg
Handledare	Axel Wolf
Examinator	Lotta Johansson

**Bakgrund:** Fasta är en central del i de förberedelser patienter genomgår inför kirurgi. Tydliga riktlinjer för fastetider inför anestesi och minimerad fasta har visats ge fördelar genom hela det perioperativa förloppet. Studier tyder dock på suboptimal följsamhet till riktlinjerna gällande fasta och riskerar därmed att ge negativ inverkan på patientens välmående. Tydlig information är därför av stor vikt för att ge patienterna goda förutsättningar att bli optimerade inför kirurgi, vilket även kan påverka utfallet av kirurgin.

**Syfte:** Syftet med studien är att beskriva hur anestesijuksköterska på preoperativa bedömningsenheter informerar patienter angående fasta inför elektiv kirurgi.

**Metod:** Semistrukturerade intervjuer genomfördes med anestesijuksköterskor vid sjuksköterskeledda preoperativa mottagningar. Kvalitativ innehållsanalys användes för att analysera intervjuerna.

**Resultat:** Sammanlagt sju stycken anestesijuksköterskor vid två olika mottagningar deltog i studien. Innehållsanalysen resulterade i fyra kategorier: upplevelser av god kommunikation, hinder för en optimerad patient, förhållningssätt till fasta samt begrepp inom fasta.. Deltagarna upplever patienterna välinformerade, men trots det förekommer missförstånd kring fasta. Rekommenderade riktlinjer kring fastetid uppges följas, men det tyder snarare på att modifierade och lokala bestämmelser efterföljs.

**Slutsats:** Standardiserad information används, både muntligt och skriftligt, med liten eller ingen individanpassning. Missförstånd kan bero på otillräckligt definierade termer och begrepp samt att endast ett informationssätt, muntligt eller skriftligt, användes vid mottagningarna. Vilket informationssätt som är mest fördelaktigt går dock inte att besvara med denna studie då effekterna av de olika sätten inte närmare granskats. Avsteg gjordes från de fastslagna riktlinjerna om vätskevolym och fastetid med hänvisning till fördelar för organisationen snarare än patienten.

**Nyckelord:** fasta, information, sjuksköterskeledd och preoperativ bedömning

**Background:** Fasting is an important area of the preparations patients go through before surgery.

Fasting guidelines for general anesthesia and minimized fasting have proven to give advantages through the perioperative process. Studies however indicates poor compliance to the guidelines which puts the patient at risk of a decreased wellbeing. Adequate information therefore is vital in order to give the patient the best possible chance of being optimized for surgery, which also influences the outcome of surgery.

**Aim:** The aim of the study is to describe how nurse anesthetists in preoperative assessment clinics inform patients regarding fasting prior to elective surgery.

**Method:** Semi-structured interviews were conducted with nurse anesthetists in nurse-led preoperative assessment clinics. Qualitative content analysis was used to analyze the collected material.

**Result:** A total of seven nurse anesthetists at two separate preoperative assessment clinics participated in the study. The content analysis resulted in four categories: Experiences of good communication, impediments for patient optimization, approach to fasting and concepts of fasting.

The participants perceive the patients to be well informed, even though misunderstandings about fasting do happen. Guidelines are claimed to be followed, but the result indicates that local adjustments are preferred.

**Conclusion:** Standardized information is used, both verbal and written, with little or no individual adjustments. Misunderstandings can be a result from inadequately explained terms of art used by the staff, and the fact that the clinics used just one way to inform patients, verbally or written.

From the study it is not possible to discern which course of information that is the most favorable for patients, due to the fact that effects of the information has not been studied. Deviation was made from fasting guidelines regarding both fluid volume and type of fluid, and was motivated with organisational rather than patient benefits.

**Keywords:** fasting, information, nurse-led and preoperative assessment

## **INNEHÅLLSFÖRTECKNING**

<b><u>INLEDNING</u></b>	<b>2</b>
<b><u>BAKGRUND</u></b>	<b>2</b>
KIRURGINS UTVECKLING	2
PREOPERATIV BEDÖMNING	3
VIKTEN AV GOD INFORMATION	4
FASTA	5
EFFEKTER AV FASTANDET HOS PATIENTER	6
EFFEKTER MED OPTIMERING INFÖR OPERATION	6
TIDIGARE FORSKNING	7
TEORETISK RAM	9
PROBLEMFÖRMULERING	9
<b><u>SYFTE</u></b>	<b>10</b>
FRÅGESTÄLLNING	10
<b><u>METOD</u></b>	<b>10</b>
URVAL	10
DATAINSAMLING	11
DATAANALYS	11
<b><u>ETISKA ÖVERVÄGANDEN</u></b>	<b>13</b>
<b><u>RESULTAT</u></b>	<b>14</b>
UPPLEVELSER AV GOD KOMMUNIKATION	14
HINDER FÖR EN OPTIMERAD PATIENT	15
FÖRHÅLLNINGSSÄTT TILL FASTA	15
BEGREPP INOM FASTA	17
<b><u>DISKUSSION</u></b>	<b>17</b>
METODDISKUSSION	17
RESULTATDISKUSSION	19
UPPLEVELSEN AV GOD KOMMUNIKATION	20
HINDER FÖR EN OPTIMERAD PATIENT	20
FÖRHÅLLNINGSSÄTT TILL FASTA	21
BEGREPP INOM FASTA	22
RESULTATET UTIFRÅN EN PERSONCENTRERAD SYNVINKEL	23
SAMHÄLLSNYTTAN	23
IMPLIKATIONER	24
<b><u>SLUTSATS</u></b>	<b>24</b>
<b><u>REFERENSER</u></b>	<b>26</b>
BILAGA 1	30
BILAGA 2	31
BILAGA 3	32

## Inledning

Avancerade kirurgiska ingrepp har idag, med hjälp av förfinad teknik samt ett förbättrat omhändertagande blivit vardaglig rutin, vilket har lett till att fler patienter genomgår kirurgiska interventioner. I takt med utvecklingen har även anestesijuksköterskans professionella roll fått en mer avancerad karaktär. Ett sätt att möta upp den ökade kirurgiska produktionen är att, som komplement till bristen av narkosläkare, ge anestesijuksköterskor ansvar att utföra anesthesiologiska arbetsuppgifter som tidigare utförts av anestesiläkare. Ett exempel på sådan arbetsuppgift är den anesthesiologiska preoperativa bedömningen inför kirurgi. Några sjukhus i Sverige har infört sjuksköterskeledda preoperativa mottagningar som utför den anesthesiologiska perioperativa bedömningen av friska patienter eller patienter med väl medicinerade och kontrollerade sjukdomar.

Kraven på en högre vårdproduktion innebär att förberedelser blivit allt viktigare, inte minst på grund av den förkortade vårdtiden inom kirurgin så som dagkirurgiska ingrepp. Vid många kirurgiska ingrepp behöver inte patienterna utföra förberedelserna på sjukhusen, utan de får ofta genomföra dem själva i hemmet. Det är sjukvårdens ansvar att ge patienten optimala förutsättningarna för den perioperativa vårdprocessen. Preoperativ fasta är en viktig aspekt för att optimera både patientsäkerheten under den perioperativa vårdprocessen samt kanpåverka patientens välmående under hela perioperativa förloppet och därför intressant att studera närmare.

## Bakgrund

### Kirurgins utveckling

Kirurgi är en behandlingsform människan använt sig av länge, det finns skrifter om kirurgiska procedurer från Egypten 3000 f.kr. men det är under 1900-talet som den moderna kirurgin träder fram (Groah, 1990). Kirurgi har tidigare inneburit stora risker, men med förbättrad vätske- och näringsbehandling perioperativt samt införandet av antibiotika- och trombosprofylax har den blivit en säker behandlingsform. Den enskilt största inverkan till säker kirurgi står dock anestesiens utveckling för (Olle Ljungqvist, Eriksson, Nygren, & Thorell, 2010). Generell anestesi introducerades i mitten på 1800-talet och bestod av inhalationsanestesi med eter och något senare kloroform. Dessa var långsamma, svårbedömda och svårstyrda med stora risker för patienten. Med de moderna mer kortverkande och således

mer styrbara anestesimedel samt införandet av muskelrelaxantia i kombination med förbättrad övervakningsutrustning har nu anestesi blivit en mycket säker behandlingsform (Urman & Desai, 2012).

Den kirurgiska och anesthesiologiska utvecklingen har lett till utvecklingen av olika former av standardiserade vårdprogram för många olika operationer, för att optimera hela vårdförloppet. Det har fått till effekt att patienter återhämtar sig under kortare tid och därmed kan skrivas ut från sjukhuset snabbare än vad som var möjligt tidigare (Kehlet & Wilmore, 2005). Det innebär ett kortare avbrott från det dagliga livet med kortare separationer från anhöriga, mindre frånvaro från arbete och således mindre ekonomiska förluster. Den effektivitet, säkerhet och kostnadseffektiva vård som dagkirurgi innebär att detta är en vårdform som föredras och anses öka och bli en ytterligare större del av den kirurgiska vården (Geuder, 1999). I Sverige har dagkirurgiska ingrepp ökat de senaste 10 åren, från dryga 900.000 operationer 2005 till närmare två miljoner operationer 2013 vilket innebär att ca 70% av all kirurgi i Sverige är dagkirurgisk (Socialstyrelsen, 2014).

### Preoperativ bedömning

Kirurgi skall föregås av en preoperativ bedömning av patienten för att minimera risken för perioperativa komplikationer och inställda operationer (Allison & George, 2014; White & Eng, 2007). Vid en preoperativ bedömning sker genomgång av patientens fysiska och psykiska tillstånd inför en operation. Mediciner, tidigare sjukdomar, eller andra fysiska hinder så som handikapp, övervikt, tillstånd som påverkar lungventilationen samt blödningsbenägenhet och eventuella allergier granskas. Tandstatus, nackrörlighet och gapförmåga värderas för att minska risken för oväntad svår luftväg. Här beslutas även vilka mediciner som patienten ska ta inför operation, samt val av anestesiform. Dessutom fastställs en ASA- klassificering, en övergripande riskbedömning av patientens fysiska tillstånd<sup>1</sup> (Valeberg, 2013). Bedömningarna utförs traditionellt av anesthesiologer men vid vissa sjukhus har sjuksköterskor börjat utföra dessa arbetsuppgifter. Anledning till detta kan vara en resursfråga, i brist på anesthesiologer har anestesisjuksköterskor fått ta över ansvaret över enklare bedömningar (Bazian Ltd, 2005). Nicholson et al (2013) visar i sin studie att

---

<sup>1</sup> ASA-klassificering en sexgradig skala framtagen av American Society of Anesthesiologists (ASA) där patientens fysiska status utifrån tidigare sjukdomar betraktas. ASA I innebär tidigare fullt frisk patient och ASA IV förklarats hjärndöd, aktuell för organdonation (American Association of Anesthesiologists, 2014)

preoperativa bedömningar av sjuksköterskor är likvärdiga gällande patientsäkerhet jämfört med bedömningar som utförts av läkare. Bazain (2005), som jämförde preoperativa bedömningar av sjuksköterskor med läkare under specialistutbildning, visar i sin studie att sjuksköterskorna ordinerade färre onödiga prover och undersökningar jämfört med läkare. Studien påvisade också att patienterna i större utsträckning var mycket nöjda med den preoperativa undersökning sjuksköterskor genomfört.

Tillförlitlighet är något som även Gilmartin (2004) nämner i sin studie där det påvisas att patienter i hög grad känner pålitlighet till bedömningar genomförda av sjuksköterskor och att de upplever att de blivit väl bemötta, fått god hjälp samt stöttning i eventuella problem. Anestesipersonal har således en viktig roll i arbetet med patienten inför och under kirurgi. De påverkar hur optimerad en patient är före, under och efter operation, komponenter som bidrar till patientens återhämtningstid. Goda förberedelser minskar risker och ger ett ökat positivt utfall (White & Eng, 2007).

### Vikten av god information

Sjuksköterskans primära ansvarsområde är omvårdnad. Hens uppgift är att stödja och hjälpa patienten i genomförandet av de processer som krävs för patientens hälsa. Detta stöd ska ske utifrån varje individs unika förutsättningar (Socialstyrelsen, 2005).

Gustafsson et al (2012) tar upp information som en viktig del i det perioperativa arbetet. God information med individuellt anpassade genomgångar leder inte bara till en minskad oro och rädsla inför operationen, det förbättrar även den postoperativa återhämtningen och kortar vårdtiden på sjukhus. Det har visats att genom att förbereda patienterna med god information i förväg får de en positivare inställning till negativa upplevelser som exempelvis smärta, än de som inte blivit informerade (Angioli et al., 2014; Sjöling, Nordahl, Olofsson, & Asplund, 2003). Lithner och Zillinger (2000) framhåller att noggrann information ska fortlöpa under hela det perioperativa vårdförloppet.

För patienter som kommer till sjukhuset samma dag som operationen genomförs är ordentlig preoperativ information av stor vikt då ansvaret för de preoperativa förberedelserna i större utsträckning ligger på dem själva (Geuder, 1999). Enligt Allison & George (2014) är den preoperativa bedömningen ett viktigt informationstillfälle för att säkerställa att patienterna erhåller den nödvändiga informationen för att kunna förbereda sig på bästa sätt.

De nämner även vikten av att tydligt definiera och förklara vårdens specifika termer och begrepp.



För att kunna ge god och rätt information på ett professionellt sätt krävs stor kompetens hos vårdpersonalen som måste vara kunniga och pålästa inom aktuella områden (Falconer, Skouras, Carter, Greenway, & Paisley, 2014).

### Fasta

Inför all form av anestesi ska en patient vara fastande då anestesimedel dämpar reflexer och därmed ökar risken för att ventrikelinnehåll regurgiterar och aspireras upp i lungorna. Även vid ingrepp som görs under lokalbedövning hålls patienten fastande ifall övergång till generell anestesi är nödvändig. Fasta innebär att man inte intar något per oralt för att säkerställa en tom ventrikel. Hos patienter utan ökad risk för aspiration innebär detta fasta från fast föda sex timmar innan operation och klara drycker två timmar innan. Klara drycker inbegriper saft, läsk, te, kaffe och juice utan fruktkött (Valeberg, 2013).

Kroppens primära energikälla är normalt glukos som hämtas från mat och dryck via tarmen. Vid fasta förändras metabolismen och energi hämtas från glukos- och fettdepåer. Centrala nervsystemet är helt beroende av glukos varför övriga vävnader använder fett istället då kroppens depåer av glukos är begränsade. Vid längre tids fasta töms depåerna och en negativ nedbrytning av proteiner används som energikälla, vilket resulterar bland annat i förlust av muskelmassa (Haug, Sand, & Sjaastad, 1993). Långvarig fasta ger därför en sämre fysiologisk förberedelse för kroppen som den stress en operation innebär. För att minska de negativa konsekvenserna har riktlinjer kring fasta inför operation framtagits. Riktlinjerna rekommenderar att klar vätska ska erhållas fram till två timmar innan operation. Fast föda däremot skall inte intas mindre än sex timmar före operation (Smith et al., 2011). ). Samma tidsgränser kom ASA med på 1990-talet (American Society of Anesthesiologist, 1999). Dessa riktlinjer rekommenderas även i Sverige genom Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård (SFAI) (Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård, 2012). Trots dessa rekommendationer har det på många håll varit standard att fasta från midnatt, med hänvisning till säkerställande av tom ventrikel och därmed minska risken för aspiration under induktion vid anestesi. I en större översiktsstudie fastställs dock att 300-450 ml vätska två timmar innan operation är säkert att inta. Den påvisar också att det inte finns någon evidens att kort fasta på två timmar resulterar i ökad risk för aspiration, så länge det är klara drycker som intas (Brady, Kinn, & Stuart, 2003). Kunskapen om minsta nödvändiga längd för preoperativ fasta publicerades för 25 år sedan, trots det förekommer det fortfarande idag att patienter fastar onödigt länge. En studie som publicerades 2014 visar på genomsnittliga fastetider för elektiva patienter på 13,5 timmar gällande fast föda, och 9,63 timmar gällande vätska (Falconer et al.,

2014).

### Effekter av fastandet hos patienter

Vid induktion sjunker blodtrycket på grund av läkemedelsorsakad vasodilatation. Om patienten redan vid induktionen har ett vätskeunderskott på grund av långvarig fasta förvärras effekterna av vasodilatationen med risk för hypoperfusion av vitala organ som följd (Bekkhus, 2013). Att kompensera det med generös vätsketillförsel intravenöst riskerar dock att negativa följder som ökad risk för organ- och vävnadsödem vilket i sin tur kan ge komplikationer som exempelvis respiratorisk påverkan, ileus och försämrad sårhäkning (Varadhan & Lobo, 2010). För att minska behovet av intravenös vätsketillförsel peroperativt är det således viktigt att upprätthålla per oral vätsketillförsel fram till två timmar innan operation (Gustafsson et al., 2012).

Postoperative nausea and vomiting (PONV) är en vanlig komplikation efter anestesi, 25-35% drabbas och är den vanligaste anledningen till missnöje hos patienter postoperativt (Gustafsson et al., 2012). Det kan också vara en orsak till förlängd sjukhusvistelse med ökad risk för oplanerad inläggning på sjukhuset som följd. För att undvika PONV behövs en adekvat och upprätthållen vätskebalans (Gundzik, 2008). Minskat fastande och optimerat vätskestatus är komponenter som minskar illamående (Gustafsson et al., 2012). Preoperativ dehydrering och långvarig fasta kan även leda till minskat preoperativt välbefinnande, samt ökad risk för yrsel och dåsighet postoperativt (Jonas Nygren, Thorell, & Ljungqvist, 2007). Det minskade psykiska välmåendet som kommer av längre fasta är även något som Smith et al. (2003) nämner i de riktlinjer som framtagits i samband med fasta.

### Effekter med optimering inför operation

Systematisk och standardiserad perioperativ optimering framträder under 1990-talet inom colorektal-kirurgi och har sedan dess anammats även inom flera andra kirurgiska specialiteter. Optimeringen innebär att ge patienten bästa möjliga förutsättning för att åstadkomma så snabb återhämtning som möjligt för patienten efter operation, vilket reducerar såväl vårdtid som personligt lidande för patienten och är därmed kostnadseffektivt för sjukvården.

Optimeringen innefattar hela vårdprocessen från det att beslut tas om operation fram till att patienten skrivs ut från sjukhuset och innefattar bland annat preoperativ information, nutrition, smärtlindring och utskrivningsplanering. Preoperativt närings- och vätskestatus poängteras vara nyckelfaktorer för en snabb och komplikationsfri återhämtning postoperativt

(Phillips & Horgan, 2014). Som ett steg i att åstadkomma en effektiv preoperativ optimering har på senare år kolhydratberikade drycker börjat användas (Gustafsson et al., 2012). Preoperativ uppladdning med kolhydrater minskar den insulinresistens kroppen utvecklar som svar på vävnadsskadan kirurgi orsakar (O Ljungqvist & Soreide, 2003; J. Nygren et al., 1998). Hög insulinresistens leder bland annat till nedbrytning av muskelmassa (Thorell, Efendic, Gutniak, Haggmark, & Ljungqvist, 1994). Kolhydratberikade dryck har en signifikant positiv påverkan på patienten genom minskat illamående, oro, hunger och törst preoperativt (Gustafsson et al., 2012). Att dricka enbart vatten innan operation minskar även det törst, men ger inte de övriga positiva effekter som en kolhydratberikad dryck ger (O Ljungqvist & Soreide, 2003). Alternativet med intravenös tillförsel av glukos preoperativt minskar patientens känsla av törst och förbättrar det allmänna välbefinnandet, men påverkar inte hungern (Helminen, Viitanen, & Sajanti, 2009). Kolhydratuppladdning har även visats ha en positiv effekt på vårdtiden, där man sett att den kan förkortas med 20 procent (O Ljungqvist & Soreide, 2003).

### Tidigare forskning

I sökningen efter tidigare forskning inom området sjuksköterskors preoperativa bedömningar med fokus på information kring fasta användes databaserna Cinahl och PubMed. Sökorden *elective surgery, optimize, fluid, fasting, nurse, preoperative* och *assessment* användes, med begränsningarna till engelska språket. Artiklarna skulle vara peer-reviewed samt att studierna skulle vara gjorda på vuxen population. Sökorden användes i olika kombinationer i båda databaserna (tabell 1 och 2).

Sökningarna resulterade i ett flertal studier som på olika sätt berörde fasta och elektiv kirurgi, men inga som undersökt sjuksköterskors preoperativa information till patienter kring fasta. Ett flertal studier jämförde resultaten av preoperativa bedömningar gjorda av sjuksköterskor kontra bedömningar gjorda av läkare utifrån säkerhet, men inte heller de studierna undersökte sjuksköterskornas förmedlande av information till patienterna. Ovanstående tyder på att aktuellt område inte tidigare studerats med utgångspunkt från sjuksköterskors preoperativa bedömningar.

Tabell 1: Sökningar i Cinahl

Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstract	Antal artiklar inom området
Preoperative AND elective surgery AND fluid	15	0	0
Preoperative AND elective surgery AND fluid AND nurse	0	0	0
Preoperative AND elective surgery AND fasting	13	2	0
Preoperative AND elective surgery AND fasting AND nurse	2	0	0
Preoperative AND elective surgery AND assessment	86	5	0
Preoperative AND elective surgery AND assessment AND nurse	7	2	0
Fluid AND elective surgery AND assessment	4	0	0
Fluid AND elective surgery AND assessment AND nurse	0	0	0
Fluid AND elective surgery AND fasting	8	2	0
Fluid AND elective surgery AND fasting AND nurse	0	0	0

Tabell 2: Sökningar i PubMed

Sökord	Anta träffar	Antal lästa abstract	Antal artiklar inom området
Preoperative AND elective surgery AND fluid	229	11	0
Preoperative AND elective surgery AND fluid AND nurse	4	0	0
Preoperative AND elective surgery AND fasting	107	8	0
Preoperative AND elective surgery AND fasting AND nurse	5	0	0
Preoperative AND elective surgery AND assessment	979	13	0
Preoperative AND elective surgery AND assessment AND nurse	2	0	0
Fluid AND elective surgery AND assessment	78	0	0
Fluid AND elective surgery AND assessment AND nurse	0	0	0
Fluid AND elective surgery AND fasting	33	0	0
Fluid AND elective surgery AND fasting AND nurse	2	0	0

## Teoretisk ram

I den nya patientlagen (SFS 2010:659) förtydligas och stärks hälso- och sjukvårdens ansvar för och patientens rätt till, individualiserad, konkret och tydlig information om sitt hälsotillstånd och de metoder som finns för undersökning, vård och behandling.

Individanpassning återkommer även i de kärnkompetenser för sjuksköterskor som tagits fram av Svensk sjuksköterskeförening och utgör delar av det ramverk som sjuksköterskor har att förhålla sig till i sin kliniska vardag. Personcentrerad vård, som är en av sjuksköterskans kärnkompetenser, bygger på personalismen som filosofisk grund. Personen ses som fri men ömsesidigt beroende av andra. Hen står i ständig relation till andra och fokus ligger på likheter istället för särarter och olikheter, den person man är skapas och utvecklas i samspel med andra. Inom personcentrerad vård ses patienten som en unik och kompetent individ vilken ska engageras och informeras om sitt hälsotillstånd och möjligheter till därpå följande vård och behandling. Det är däremot inte bara kommunikationen och interaktioner som understryks, ömsesidighet är också en viktig byggsten i samarbetet. Den har uppkommit som en motreaktion till den tidigare medicinskt centrerade vården (Ekman & Norberg, 2013). När en patient skall opereras elektivt innebär det att en stor del av förberedelserna får skötas av patienten i hemmet innan ankomst till operationsavdelningen, vilket ställer stora krav på den vårdpersonal som möter patienten preoperativt och lämnar information. Informationen ska således ges i utifrån individens unika behov. Patientens egna berättelse, hens tidigare erfarenhet och upplevelser ska ha en central roll i hela vårdprocessen. Målet med vården är att frångå den tidigare inriktningen på patientens behov och sjukdom och istället fokusera sig på hens resurser. Vårdpersonal ska arbeta för att få patienten aktiv i planeringen kring vården. (Ekman & Norberg, 2013).

## Problemformulering

Litteratur visar att det finns klara fördelar med att optimera patienten inför en operation, det minskar komplikationsrisker, patienten upplever ett bättre välbefinnande efteråt och förkortar vårdtider. Vätska och nutrition är en stor del av denna optimering. Visserligen kan man under operation kompensera mekaniskt med intravenösa vätskor, men med flertalet negativa följder borde man jobba mer för att minska denna form av vätskeregim. Ett naturligt led i detta är att få patienten så väl preparerad som möjligt redan innan operation där det länge varit känt att fasta inför operation inte behöver vara särskilt lång. Det är därför intressant att se hur anestesijuksköterskor, så tidigt som möjligt, jobbar för att få en väl optimerad patient inför

en operation. Då patienten som genomgår kirurgi där de befinner sig i en okontrollerad miljö och således ansvaret att förbereda sig inför operation ligger på dem själva krävs det att de fått rätt förutsättningar att klara av det. Därför finns ett intresse att se hur och vilken information anestesijuksköterskor ger dem vid preoperativa narkosbedömningar.

## Syfte

Syftet med studien är att beskriva hur anestesijuksköterska på preoperativa bedömningsenheter informerar patienter angående fasta inför elektiv kirurgi.

## Frågeställning

Hur ser anestesijuksköterskans erfarenhet kring muntlig och skriftlig information ut?  
Vilken information kring fasta förhåller sig anestesijuksköterskorna till?

## Metod

För att besvara studiens syfte och frågeställningar används en kvalitativ metod med induktiv ansats. Kvalitativ metod lämpar sig inom forskning som vill studera ett fenomen och få förståelse och kunskap för individers subjektiva upplevelser. Den induktiva utgångspunkten innebär att slutsatsen kommer att tas från information som är framkommer utan några förutbestämda teorier (Polit & Beck, 2012). Informationen kommer att inhämtas via en intervju. Eftersom studien avser att beskriva ett fenomen och det önskas möjlighet till utvecklande svar anses (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012).

## Urval

För att kartlägga de sjukhus och mottagningar som tillämpar preoperativa bedömningar av anestesijuksköterskor kontaktades Riksföreningen för Anestesi- och Intensivvård (AnIVA) samt SFAI, där endast den förstnämnda svarade. Enligt AnIVA förekommer det enbart anestesijuksköterskeledda bedömningar vid två preoperativa mottagningar i Sverige. På dessa två mottagningar arbetar det totalt nio stycken anestesijuksköterskor.

Studien kommer således att vara uppbyggd på ett strategiskt homogent urval. Urvalet lämpar sig väl vid undersökningar av en specifik grupp individer och där dessa individer deltagande främjar studiens syfte bäst. Då samtliga, för författarna, kända aktörer är tillfrågade att delta

kan den även ses som en totalundersökning (Polit & Beck, 2012). För intervjun kommer endast anestesijuksköterskor som jobbar på en preoperativ mottagning och som har fått ansvaret att bedöma patienter som graderats till ASA I eller II tillfrågas att medverka. Fokus läggs på den information patienter vars vårdtillfälle börjar på operationsdagen får, de ska således själva ansvara för förberedelserna.

### Datainsamling

Kontakt kommer att tas med respektive enhets verksamhetschef för godkännande av genomförandet av studien. Därefter kontaktas vardera mottagningsansvariga anestesijuksköterska för vidare kontakt med samtliga anestesijuksköterskor vid mottagningarna. Via mail erhåller anestesisköterskorna information om studiens syfte i form av forskningspersonsinformation (bilaga 1) samt tillvägagångssätt att förmedla sitt deltagande. Deltagarna får sedan i samråd med intervjuaren bestämma tid och plats för intervjun. Intervjun utförs med en deltagare åt gången och beräknas vara cirka 30 minuter, antingen via telefon eller genom ett personligt möte. Intervjun består av fyra stycken huvudfrågor som är framtagna av författarna själva och godkända av handledare. En semistrukturerad intervjumall (bilaga 2) med följdfrågor designades för att säkerställa att syftet blir besvarat. Sådan intervju är att föredra eftersom forskningspersonernas uppmanas att berätta fritt utifrån de frågor eller områden som berörs (Polit & Beck, 2012). Författarna kommer dela upp deltagarna mellan sig och genomför intervjuer individuellt. Intervjuerna spelas in på författarnas mobiltelefoner och förs sedan över till dator inför transkribering. Efter överförandet till datorn raderas de från telefonernas minne. Vid arbetets godkännande raderas samtliga intervjuer. Som komplement till intervjuerna ska det skriftliga material som patienterna erhåller analyseras.

### Dataanalys

Vid en kvalitativ innehållsanalys ligger fokus på tolkning av texter och förekommer ofta inom vårdvetenskapen. Den lämpar sig väl för granskning och tolkning av intervjutexter och är passande för att finna likheter och skillnader i textinnehåll. Innehållsanalys är att föredra när individers uppfattning av ett fenomen undersöks. En text består av en manifest och en latent del, där den manifesta delen beskriver den uppenbara texten och den latent delen värderar underliggande mening (Graneheim & Lundman, 2004).

Intervjuerna kommer att transkriberas ordagrant av den som utfört intervjun. Samtliga

intervjutexter analyseras upprepade gånger av båda författarna. Analysen börjar med att analysenheten fastställs, vilket utgörs av textmaterialet från intervjuerna. Ur texten ska sedan bärande meningsenheter detekteras (Graneheim & Lundman, 2004). Detta sker individuellt av samtliga intervjutexter för att sedan jämföra dess samstämmighet mellan det detekterade materialet. Det är av vikt att meningsenheterna inte blir för breda eller smala, detta för att undvika förlust av viktig information och för att undvika ett uppsplittrat analysmaterial (Lundman & Hällgren Granheim, 2012). Gemensamt kondenseras meningsenheterna ner till enklare meningar där innebörden fortfarande är intakt. Kondenseringarna struktureras upp och sorteras in, efter likartade innehåll, i grupper som sedan kodas. Koderna sorteras i sin tur upp i bärande kategorier. Kategorierna grundar sig på det deskriptiva och bedöms som det manifesta innehållet i texten (Graneheim & Lundman, 2004).

Tabell 3: Exempel på innehållsanalysprocessen

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Kategori
det vet de ju om detta att de ska vara fastande, det har de ju hört långt innan och känner igen de flesta	De vet redan om att de ska fasta, de har hört det innan.	Väl informerade patienter	Upplevelser av god information
För många tycker ju liksom, ähh, det är väl inte så noga. Men det är ju väldigt, det är ju jädrigt noga.	Ser det inte som något viktigt	Brist på förståelse	Hinder för en optimerad patient
Att man inte ska inta fast föda senare än sex timmar före planerad operation och maximalt 200 ml kan man dricka fram till två timmar före operation.	Fast föda sex timmar innan, och max 200 ml två timmar innan.	Fastetider	Förhållningssätt till fasta
Så det är viktigt att man förklarar att det är te och kaffe utan mjölk, för med mjölk då blir det ju inte klar. Och de är ju dricka äppeljuice men inte apelsinjuice, för då, den är ju inte klar va.	Viktigt att förklara kaffe och the utan mjölk. Äppeljuice men inte apelsinjuice.	Typ av vätska	Begrepp inom fasta



## Etiska överväganden

För att få etiskt tillstånd att bedriva forskning finns krav på att deltagare i studier inte ska utsättas för psykisk eller fysisk skada, förödmjukelse eller kränkning, det så kallade individskyddskravet. Kravet innefattar fyra områden; Informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002).

Informationskravet innebär att deltagarna i studien skall informeras om villkoren för deras deltagande, samt att deltagandet är frivilligt och kan avbrytas när som helst. I aktuell studie uppfylls detta genom att FPI (bilaga 1) skickades ut till deltagarna. Studier som genomförs som examensarbete inom ramen för högskoleutbildning behöver inte godkännas av etikprövningsnämnd vilket normalt krävs för genomförandet av studier (SFS 2003:460). Dock krävs verksamhetschefens godkännande för att få genomföra studier vid respektive klink, varför detta inhämtades innan kontakt med deltagarna togs.

Samtliga deltagare i aktuell studie har gett muntligt samtycke till att medverka, vilket uppfyller samtyckeskravet. Samtyckeskravet innefattar också krav på att deltagare inte får utsättas för påtryckningar eller påverkan vid beslut att delta eller ej. Deltagare som efter tre veckor inte svarat på det mejl som skickades ut erhöll en påminnelse för att säkerställa att erbjudandet om deltagande i studien nått fram.

Konfidentialitetskravet innefattar alla persondata och uppgifter som kan härledas direkt till enskild person skall hanteras och förvaras på sådant sätt att de inte är åtkomliga för obehöriga. I aktuell studie anonymiseras alla uppgifter som skulle kunna knytas direkt till någon specifik person eller vid vilka mottagningar som studien genomförts vid.

Nyttjandekravet innebär att insamlad data inte får användas för kommersiellt eller andra icke-vetenskapliga. I föreliggande arbete har detta inte berörts på något sätt.

Det föreligger inga etiska motsättningar eller situationer under datainsamlingen till denna studie. Frågorna är konstruerade så att deltagarna inte ska känna sig utpekade eller ifrågasatta i hur de arbetar, utan fokus är att undersöka hur arbetet i den kliniska vardagen ser ut. I händelse av att någon av deltagarna känt sig utpekad eller kränkt hade hen möjlighet att kontakta både författarna och handledaren för studien.

## Resultat

På de två undersökta mottagningarna jobbade fem stycken (M1) respektive fyra stycken (M2) anestesijuksköterskor, av dem deltog tre stycken från M1 samt fyra stycken från M2.

Samtliga deltagare var kvinnor med medelåldern 53.5 år, de hade 18.8 års erfarenhet som anestesijuksköterskor. Antal arbetsår på respektive mottagning var i snitt 3.3 år på M1 och 7 år på M2. Medellängd på intervjuerna uppgick till 19.95 minuter. På M1 erhöll patienterna muntlig information och på M2 skriftlig, där kunde även muntlig information erbjudas, men då var det upp till patienten själv att kontakta mottagningen.

Ur innehållsanalysen av de sju intervjuerna utkristalliserades fyra stycken kategorier, Upplevelser av god kommunikation hinder för en optimerad patient, förhållningssätt till fasta samt begrepp inom fasta.

### Upplevelser av god kommunikation

Majoriteten av deltagarna ansåg att patienterna är övervägande välinformerade vad gäller förhållningssätt angående fasta. En av forskningspersonerna på M1 förklarade att patienterna upplever den informationen som delges dem vid bedömningarna som tillfredställande. Hon påpekade även att patienterna förstår att fastan genomförs av säkerhetsskäl.

*De, de upplever ofta att de får väldigt bra information här. Det säger många själva. Och de känner sig välinformerade och ehh de reagerar liksom väldigt sällan på va vi säger att de ska göra, för de förstår ju att det är för deras bästa (intervju 2)*

På M2 upplevdes att skriftlig information var att föredra då all information samlades på ett ställe. En av deltagarna lyfte fram detta som en positiv aspekt ur patientperspektiv. Information kring kirurgi är omfattande och patienten får mycket information samtidigt, med en broschyr har de tillgång till informationen när det passar dem.

*Broschyren är ju väldigt bra, för att då får de ju läsa på hemma i lugn och ro vad var det de sa egentligen. Just för att information är ju svårt. För att det blir ju mycket information samtidigt och då vet man ju att man kommer ju inte riktigt ihåg allt (intervju 6)*

### Hinder för en optimerad patient

Trots att deltagarna på M2 ansåg att patienterna var väl informerade angående fasta framgick det att det var övervägande fler respondenter från berörd mottagningen som upplevde att patienterna var dåligt förberedda inför operation eller som missförstått rutiner angående fasta. De uppgav som orsaken att patienterna i de fallen antagligen inte hade läst informationen ordentligt.

*Ähh, så jag tycker det är en stor förbättring med den här foldern som vi delar ut. Och ändå så är det ju... Det är ju vissa patienter som... De läser ju inte heller.... När de ringer upp så frågar man har du läst igenom? Och då märker man ju att dem har ju läst... läst lite halvdåligt... eller halvbra kanske man ska säga. (intervju 6)*

En annan orsak som ansågs ligga till grund för missförstånd var om patienterna var mottagliga för information. Att som patient ha språksvårigheter nämndes som en anledning. Något som de flesta av deltagarna från M2 lyfte fram. De upplevde därför informationsbroschyren som extra viktig i dessa fall, då den går att erhålla på flertalet språk. En av deltagarna nämnde särskilt att vid situationer där patienten inte behärskar språket alls hade broschyrer kommit till stor hjälp. Tidigare var det vanligt av dess patienter missförstått informationen kring fasta och således kommit till operation utan att vara förberedda.

*Vi har tagit fram den här broschyren på fler språk. Vi har ju jättemycket utländska patienter, med alla asylsökande som kommer här. Så vi har det på alla möjliga språk för att få det att fungera det här med fastan. Det är många, många som har kommit hit och fått gå hem för att de ätit och druckit... ...Så nu har vi ju tryckt upp broschyren på engelska, somaliska, tigrinja, arabiska, finska, spanska, persiska. (intervju 5)*

### Förhållningssätt till fasta

Förhållningssätten kring fastetiderna skilde sig mellan de olika mottagningarna. På M2 förhöll de sig till en standardiserad fastetid för samtliga patienter om inget annat delgavs. I broschyren står att läsa *På operationsdagen ska du inte inta fast föda senare än sex timmar före planerad operation. Klara vätskor (maximalt 200ml) kan du dricka fram till två timmar före operation. ...Du ska fasta från 24.00 om ej annat meddelas dig personligen (bilaga3).*

Vid M1 förhöll de sig däremot till kort eller lång fasta, där respektive längd bestämdes efter riskfaktorer. En deltagare förklarade att de vid bedömningen granskar om patienten har några riskfaktorer, utifrån dem bestäms om de ska ha lång eller kort fasta. Vid lång fasta får patienten inte inta varken fast föda eller vätska efter klockan 12 natten till operationsdagen. Vid kort fasta får de däremot dricka klara drycker fram till två timmar innan sövning.

*...när de kommer hit då bedömer ju vi om de kan ha lång eller kort fasta...och då tar man ju redan på det om patienten tillexempel har magkatarr eller reflux, då får de ju ha lång fasta ehh för då vill man ju inte, att de absolut inte ska ha någonting i magsäcken, men om de tillexempel är helt friska och inte har några besvär med refluxer eller magkatarr eller någonting, det är ju reflux framförallt, så, då säger man att de kan ha kort fasta och då innebär det ingen mat efter klockan 12 på natten kvällen före och sen så säger man att man kan dricka klara drycker fram till två timmar före de ska sövas. (intervju 2)*

Samtliga deltagare uppfattar det som en fördel att förhålla sig till kort fasta, de flesta uppgav det ur ett patientperspektiv i form av välbefinnande. Två av deltagarna nämnde också fysiologiska anledningar.

*För man blir ju svag när man inte har ätit och så ligger man minus i volym och så får man lättare blodtrycksfall. Så allting blir ju sämre om man ligger och fastar länge. (intervju 2)*

Däremot framkom att ingen av mottagningarna helt förhöll sig till bestämd fastetid utan fasta rekommenderades från morgontimmarna, oberoende av planerad operationstid. Anledningen till detta verkar framförallt bero på att ha patienterna redo för eventuella förändringar i operationsprogrammet.

*...det är ju sex timmar, men brukar vi upplysa dem om. Säg så här då, om de har en operationstid klockan två, då får de ju alltså äta fram till klockan åtta då, senast. Och då kan ju vi upplysa de om då såhär, att är patienten före dig sjuk, så kan vi inte ta dig tidigare om det är så att du har ätit frukost. Nej men då dricker jag bara kaffe, eller tar lite vatten, säger de (patienten). (intervju 7)*

## Begrepp inom fasta

Enligt vad som framgår i denna studie uppger samtliga deltagare enhetlig information om vad som är tillåtet att dricka fram till två timmar innan operation och nämner klar vätska. Några av deltagarna belyser vikten av att förklara för patienten vad begreppet klar vätska innebär.

*...det är ju inte helt givet vad klara drycker är för något för patienter. Så det är viktigt att man förklarar att det är te och kaffe utan mjölk, för med mjölk då blir det ju inte klar. Och de får ju dricka äppeljuice men inte apelsinjuice, för då, den är ju inte klar va. (intervju 2)*

Angående vilken mängd vätska patienterna får dricka skiljer det sig mellan de undersökta mottagningarna. I broschyren M2 distribuerar uppges en specificerad maximal mängd patienten ska förhålla sig till, medan vid M1 ter sig mer uppge mängder deltagarna själv upplever känns rätt.

*Och sen kan de ju inte dricka, de kan ju inte hålla i sig en liter då på morgonen, men de kan ju ta en kopp te till exempel och lite vatten och så där. Så de kan ju inte hålla i sig mängder och de får man ju tala om för dem. (intervju 2)*

## Diskussion

### Metoddiskussion

Enligt Backman (2008) kommer den kvalitativa forskningen ur människans uppfattning av sin omgivning. Människors upplevelser och uppfattningar går inte att objektivt mäta eller beskriva. I den kvalitativa forskningen är individen en del i en subjektiv omvärld, och *verkligheten är då en individuell, social och kulturell konstruktion* (Backman, 2008, s.53). Då syftet med studien var att beskriva erfarenheter av att informera patienter kring fasta inför operation hos anestesijuksköterskor på preoperativa enheter användes en kvalitativ, induktiv ansats och metod då det ansågs väl lämpat för att beskriva anestesijuksköterskornas erfarenheter.

För att uppnå trovärdighet i forskningsresultat skall det enligt Graneheim & Lundman (2004)

tydligt beskrivas vilken metod och kontext som ligger till grund för studien. Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) används begreppen giltighet, tillförlitlighet och transferabilitet inom den kvalitativa forskningen som grunder för att uppnå trovärdighet. Även begreppet förförståelse framhålls som en viktig del i kvalitativ forskning (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2014).

Giltighet uppnås i aktuell studie genom att urvalet av informanter tydligt visats, att analysarbetet ingående redovisats samt att resultatet styrkts med relevanta citat ur intervjuerna. Dessa tre delar nämns av såväl SBU (2014) som Graneheim & Lundman (2004) som väsentliga. Att mottagningarna som undersökts i studien bedömer patienter från olika kirurgiska specialiteter bör även det gynna studiens giltighet då olika erfarenheter inom aktuellt område belyses. Vid de två enheterna arbetar totalt nio anestesijuksköterskor. I studien deltog sju av dessa, två stycken uteblev trots påminnelser som skickats ut. Att majoriteten av de anestesijuksköterskor som arbetar med preoperativa bedömningar deltog är även det en faktor som stärker studiens giltighet.

Tillförlitlighet utgår från forskaren och dennes perspektiv, huruvida forskningen är oberoende av dessa samt att samtliga deltagare i en studie fått samma information och frågor (Graneheim & Lundman, 2004; Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2014). Arbetets datainsamling delades mellan de två författarna, så att respektive författare genomförde samtliga intervjuer på en enhet, detta för att förenkla kommunikationen för deltagarna. Svagheter med detta tillvägagångssätt är att författarna inte medverkade vid samtliga intervjuer, det öppnar upp för eventuella tolkningar av den intervjumall som användes. Det kan i sin tur påverka resultatet och säkerställandet av att syftet besvaras och skulle därför anses som möjlig nackdel för studiens tillförlitlighet. Orsaker till dessa tolkningsskillnader kan ligga i författarnas olika erfarenheter av liknande uppgifter, vilket kan påverka utfallet av hur följdfrågor och fokus under intervjun fortskrider. Vid analysen av insamlat material framkom att vissa skillnader fanns när det gällde författarnas uppfattning kring hur frågorna gällande deltagarnas syn på optimering av fastan skulle riktas. Om en testintervju hade genomförts, hade möjligen skillnader i uppfattning av intervjumallen kunnat upptäckas. Författarna valde dock att inte genomföra någon testintervju på grund av den begränsade tillgången på informanter, samt bedömningen att anestesijuksköterskor som inte arbetar med preoperativa bedömningar inte kunnat svara på intervjufrågorna tillräckligt väl.

Enligt SBU innebär transferabilitet i vilken utsträckning resultaten är överförbara till andra grupper eller situationer än de där resultaten erhållits (Statens beredning för medicinsk

utvärdering, 2014). De två mottagningar som ingick i studien använder olika sätt att överföra information till sina patienter, antingen muntligt eller skriftligt. Det begränsar möjligheterna att dra slutsatser om skillnader och likheter mellan de två mottagningarna. Även att datainsamlingen genomfördes på enbart två mottagningar skulle kunna vara till nackdel för studiens transferabilitet, då urvalets storlek påverkar möjligheterna att dra generella slutsatser av resultatet. Under arbetets gång användes därför försök till snöbollsurval, genom att tillfråga de kända mottagningarna om fler liknande mottagningar, för att utöka antalet deltagare. Dessa gav dock endast tveksamma och osäkra svar. Utifrån de tidsmässiga och praktiska ramar som styr denna studie lämnades därför de uppgifterna utan vidare åtgärd, och fokus lades på de två bekräftade mottagningarna. Urvalet blev därför strategiskt homogent (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2014). Både snöbollsurval och homogena urval klassas som bekvämlighetsurval, vilket enligt Polit & Beck (2010) är den svagaste och minst önskvärda formen av urval. Då studien syftade till att beskriva erfarenheter från en väl definierad och avgränsad grupp ansågs dock detta urval vara bäst lämpat för att svara på studiens syfte.

Författarnas förförståelse för ämnet kommer ur både tidigare erfarenheter som kliniskt verksamma sjuksköterskor samt kunskap om det aktuella ämnet som inhämtats under verksamhetsförlagd utbildning. Författarna har strävat efter att vara medvetna om sin egen förförståelse för att minska risken för påverkan på informanterna, samtidigt som det bidragit till att datainsamlingen kunnat styras för att säkerställa att rätt information framkommit med hänsyn till studiens syfte. Enligt SBU är förförståelse en viktig faktor att vara medveten om som forskare eftersom det kan bidra till att forskaren blir begränsad i sin öppenhet och därmed får en minskad förmåga att utvinna kunskap ur datamaterialet (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2014)

Utifrån genomfört intervju- och analysarbete bedömer författarna att vald metod på ett tydligt och strukturerat sätt besvarat studiens syfte.

### Resultatdiskussion

De fyra kategorierna upplevelsen av god kommunikation, hinder för en optimerad patient, förhållningssätt till fasta och begrepp inom fasta som framkom under innehållsanalysen diskuteras nedan med koppling till tidigare forskning samt det teoretiska ramverket personcentrerad vård.

### *Upplevelsen av god kommunikation*

Både deltagarna på M1 och M2 uppfattar en majoritet av patienterna som välinformerade samt att tillvägagångssättet hur informationen delges är bra. Tidigare studie har visat att vårdpersonal upplever att det finns klara fördelar med en väl informerad patient, patienten får större förståelse kring den perioperativa processen och på så vis reduceras missförstånd samt att de kan förbereda sig optimalt. God kommunikation uppfattas även som en ökad säkerhetskänsla hos patienten (Sjostedt, Hellstrom, & Stomberg, 2011). En annan studie påpekar det positiva utfallet av muntlig information som framkommer vid personliga möten. Att träffa en sjuksköterska vid en preoperativ bedömning upplever patienter som positivt och öppnar upp för patienten att diskutera och reflektioner över uppkomna frågor (Gilmartin, 2004). Gilmartin (2004) beskriver samtidigt vinsten av skriftligt information, på det viset kan patienten tillsammans med anhöriga ha tillgång till informationen för upprepade genomgångar i hemmet.

### *Hinder för en optimerad patient*

Trots att deltagarna från de båda undersökta mottagningarna uppgav att de var nöjda med hur informationen gavs ut och upplevde att patienterna som välinformerade uppdagades det att missförstånd ändå sker i form av patienter inte kommer fastande inför operationen. Ur föreliggande studie ter det sig dessutom att vid M2 uppfattas problemet som större. Gilmartin (2004) skriver att skriftlig information kan uppfattas som generaliserad och upplevas bristfällig vid specifika individuella behov. Däremot finns det studier som visar det motsatta, skriftlig information ger högre tillfredsställelse och bättre förberedda patienter än muntlig (Angioli et al., 2014). Lithner och Zilling (2000) nämner att beroende på vilken information som erhålls lämpar sig olika informationsformerna olika bra. Utformningen av den skriftliga informationen vid M2 kan vara en anledning till ökad andel missuppfattningar, då den kan anses öppna upp för feltolkning (bilaga 3). Det mest optimala alternativet är dock att ge kombinerad muntlig och skriftlig information (Allison & George, 2014; Angioli et al., 2014; Lithner & Zilling, 2000). Att få informationen kombinerad leder inte bara till en nöjdare patient (Allison & George, 2014), utan det gynnar dem även positivt genom att de lättare tar den till sig, på så vis minskar risker för missförstånd och felaktiga handling (Falconer et al., 2014). Att ingen av mottagningarna erbjöd både muntlig och skriftlig informationsdelning kan vara en anledning till missförstånd hos patienten och de således inte är fastande inför operation.



Vid situationer där deltagarna själva upplevde brist i kommunikationen nämndes språkförbistringar i form av bristfälliga kunskaper i språket hos patienterna. Majoriteten av deltagarna från M2 lyfte upp detta och påpekade förbättringarna efter de tagit fram skriftlig information på olika språk. Tidigare studier har påvisat att patienter som inte talar språket önskar att få mer information skriftligt på deras modersmål för att förstå informationen bättre (Raynor, 2015).

### *Förhållningssätt till fasta*

SFAI följer de väl formulerade riktlinjer som European Society of Anaesthesiology (ESA) framtagit med sex timmars fasta från fast föda samt två fasta från klara vätskor (SFAI, 2013). På båda de undersökta mottagningarna uppgav anestesijuksköterskorna att de arbetar efter SFAIs rekommendationer. Det ter sig däremot mer som de har en skapat sig en modifierad variant av dem. Som det framkom i resultatet uppgav de initialt rätt fastetider, men samtidigt verkar det vanligt att patienterna informerades om att sluta inta fast föda vid midnatt och klara vätskor tidigt på morgonen och således inte efter planerad operationstid. Anledningen till att tiderna ändras verkar endast bero på att ha patienterna beredda för eventuella förändringar i operationsprogrammet, vilket även forskningen påvisar (Allison & George, 2014). Det här är problemområden Maltby et al. (1991) diskuterar kring. Genom att ha en längre säkerhetsmarginal mellan fastestart och operationstid, men ändå hålla den kortare än vad tiden mellan tidiga morgontiden och senare operationstider blir skulle kunna förbättra patientens förutsättningar och öka hens välbefinnande.

På M1 förhöll de sig till lång och kort fasta som uppgavs vara uppdelade efter SFAI:s rekommendationer. SFAI följer som ovan nämnt ESA:s riktlinjer för preoperativ fasta. Där framgår det inga indelningar i lång och kort fasta (Smith et al., 2011). Uppdelningen av fastetiderna grundade sig på riskfaktorer så som refluxproblem, övervikt, graviditet och diabetes, även dessa sades vara hämtade från SFAI. I riktlinjerna rekommenderas dock även dessa patientgrupper att följa de fastetider med klar vätska fram till två timmar innan operation, dock är evidensgraden lägre än för övriga riktlinjer (Smith et al., 2011).

Att patienternas upplevelser är negativa kring fasta är en vanlig uppfattning bland de tillfrågade och något de är medvetna om och känner förståelse för. De uppger sämre välbefinnande hos patienterna både före och efter kirurgi. Studier visar dock att största skillnaden är preoperativt, där patienter som genomgått kort fasta upplever mindre törst och

hunger än de som fastat från midnatt (Bopp et al., 2011). Studier gjorda på patienter som genomgått abdominal kirurgi, där de optimerats med kolhydratberikade drycker preoperativt har däremot visat ge tydliga förbättringar både pre- (Gustafsson et al., 2012; Hausel et al., 2001) och postoperativt (de Aguilar-Nascimento & Dock-Nascimento, 2010; Gustafsson et al., 2012; J. Nygren et al., 1998). Trots detta arbetas det inte mer aktivt för att låta patienterna dricka mer och optimera sig bättre inför operationen. Att upprätthålla kort fasta kan medföra en lugnare och tryggare patient, förändring av någons invanda rutin kan skapa osäkerhet och otrygghet, varför en sådan enkel sak att dricka sitt morgonkaffe ger ett lugn inför operationen (Benner & Wrubel, 1989). Vilket även en av deltagarna diskuterade kring.

### *Begrepp inom fasta*

Det är en stor fördel att beskriva begrepp ingående för personer som inte är bekanta med vokabulären, något patienter uppskattar (Allison & George, 2014). Inom vården förhåller man sig till en terminologi och begrepp som kan missuppfattas eller ha en annan betydelse för patienten än för vårdpersonalen (Lerner, Jehle, Janicke, & Moscati, 2000). Det tyder på att anestesisköterskorna på mottagningarna var medvetna om detta när det kom till begrepp som klara drycker och brukade ge tydliga instruktioner kring detta. Däremot tyder det på att det är en brist på förtydligandet av begreppet fasta, ett begrepp som ofta misstolkas (Hume, Kennedy, & Asbury, 1994) och som kan vara stor orsak till att patienten inte är fastande. En deltagare från M2 nämner just detta, fasta kan uppfattas som uteblivelse av fast föda och inte innefattar vätska. Hon uppgav även att detta missförstånd stötte man på så regelbundet som någon varje vecka. Att inte ha skött sin fasta leder till en ökad risk för inställning av operation (Emanuel & Macpherson, 2013) som i sin tur kan öka patientens lidande.

På M2 underrättades patienten om en bestämd mängd vätska de fick inta innan fastan började (bilaga 3). Att ge tydlig information ger en trygghet för patienten (Sjostedt et al., 2011). Vid M1 syntes det finnas en osäkerhet kring mängden vätska som patienterna fick förhålla sig till. Brist på klar information leder till missuppfattningar. Att inte ha fastställda mängder vätska patienterna ska förhålla sig till kan leda till att de dricker fel mängder. Otydligheter som ”något glas” är ett begrepp som öppnar upp för tolkningsmisstag. När de väl förhöll sig till en specifik mängd vätska lutade det däremot mer åt en mindre mängd (1-2 deciliter) än vad forskningen säger. Som nämnts i bakgrunden har studier genomförts på patienter som druckit 400ml utan ökade risker för aspiration (Hausel et al., 2001). Man kan således dra slutsatsen att ingen av mottagningarna ger bästa förutsättning för patienten vad gäller vätskeoptimering.

### *Resultatet utifrån en personcentrerad synvinkel*

Ur en personcentrerad synvinkel skapar muntlig information vid ett personligt möte förutsättningar för ett partnerskap mellan vårpersonal och patient (Ekman et al., 2011). Ett möte skapar en interaktion mellan vårdpersonal och patient där patienten kan bjudas in i samtalet, vårdpersonalen har möjlighet att lyfta fram patientens egna åsikter och funderingar. Under möten går det att framhäva varje unik individ och förstå hur dennes behov ska tillgodoses (Ekman & Norberg, 2013). Vid skriftlig information läggs däremot ansvaret att lyfta frågor på patienten. Vid standardiserad information lyfts endast den informationen som skaparna till informationen anser vara viktigt och inte vad patienten upplever sig behöva och kan ta till sig (Wallengren, Segesten, & Friberg, 2010).

Då det ur aktuellt arbete tyder på att den informationsform som är mest standardiserad och inte öppnar upp för diskussion (M2) ger större uppfattning att patienterna missförstår gynnar ett mer personcentrerat arbetsupplägg patienterna för att ge bästa förutsättning till att förstå information och på så vis förbereda sig inför operation

### Samhällsnyttan

Studiens samhällsnytta anses som hög. Det finns i nuläget lite kunskap om hur sjuksköterskor på preoperativa mottagningar jobbar för att optimera och förbättra förutsättningarna för patienter inför en operation. Det anses finnas ett behov att undersöka detta och framställa arbetsrutiner kring området, då problem med dåligt förberedda patienter inför operation kvarstår. Det finns heller inga studier som visar vilket förändringsarbete som bedrivs för att minska problemen, därav anses aktuell studie bidra med alternativ till förbättringsområden.

Optimering av fasta innebär inte bara fördelar för patienten, både fysiskt och för dess välbefinnande, utan kan i större perspektiv ses som samhällsekonomisk vinst. Patienter drabbas av färre komplikationer och obehag samt förkortar vårdtid vilket ger minskade kostnader för vårdinsatser på kliniker och således minskade kostnader för sjukhusen. Det leder då till att vården kräver mindre ekonomiska resurser.

Ur etiskt perspektiv vill studien belysa patienternas rätt till bästa förutsättningarna att förbereda sig inför en operation. Att erhålla den information som krävs för att förstå och kunna följa rutiner kring fasta är viktigt element och därför i behov av att lyftas fram.

## Implikationer

Författarna vill poängtera att det inte utifrån studien kan dras någon slutsats att ena informationsformen leder till fler misstolkningar än den andra, utan endast att dessa intervjudeltagares sätt att uttrycka sig tolkades som ena mottagningen hade större problem med det än den andra. Vad som är ett stort problem, vad mycket eller många innebär är subjektivt. För att säkerställa om det finns någon skillnad i fler misstag angående fastan i förhållande till hur information erhållits krävs vidare studier, där relationen mellan antalet inställda operationer på grund av att patienten inte är fastande och vilken form av information de fått undersöks. Dock kan det vara mer komplext än så då flera vårdinstanser kan vara involverade kring patientens vårdprocess och med det ökar risken att få olika typer av information kring samma sak.

Flertalet studier påvisar att ca 400 ml är säkert att inta två timmar innan operation. En tidigare studie visar att 1.2 liter vätska i stort sätt hinner passera ventrikeln inom två timmar (Maltby, Lewis, Martin, & Sutherland, 1991). Det skulle därav vara av intresse att se fler som visar maximal intagen vätska ventrikeln hinner tömma på två timmar.

## Slutsats

Då anestesijuksköterskor som gör preoperativa bedömningar har möjlighet att påverka och ge bästa förutsättningar kring fasta preoperativt är det av vikt att få kunskap om hur arbetet sker kring att ge patienterna optimala förutsättningar gällande fasta.

Studien visar att det i stor utsträckning är standardiserad information som används i form av checklistor eller broschyr, med liten eller ingen individanpassning.

I resultatet framkommer att samtliga respondenter upplevde att patienterna blev väl informerade men att det ändå fanns utrymme för att ytterligare förbättra informationen då missuppfattningar förekom. Missuppfattningar beskrevs oftare av respondenterna från M2 som använde skriftlig information, men några slutsatser om vilken informationsform som är mest fördelaktig kan ändå inte dras då ingen statistik granskats gällande missförstånd som exempelvis resulterat i inställda operationer. En möjlig orsak till att patienterna missuppfattade informationen skulle kunna vara att mottagningarna bara använde ett informations sätt, muntligt eller skriftligt, medan studier påtalar nyttan av att använda kombinationer. Nyttan och nödvändigheten av att förklara och definiera termer och begrepp var något som framkom hos flera av respondenterna. Resultatet visar också att lokal avsteg

gjordes från de fastslagna riktlinjerna om vätskevolym och fastetid, med hänvisning till fördelar för organisationen snarare än patienten.

## Referenser

- Allison, J., & George, M. (2014). Using preoperative assessment and patient instruction to improve patient safety. *AORN Journal*, *99*(3), 364-375. doi: 10.1016/j.aorn.2013.10.021
- American Association of Anesthesiologists. (2014). ASA Physical Status Classification System. Retrieved 2014-12-22, 2014, from <http://www.asahq.org/Home/For-Members/Clinical-Information/ASA-Physical-Status-Classification-System>
- American Society of Anesthesiologist. (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.
- Angioli, R., Plotti, F., Capriglione, S., Aloisi, A., Aloisi, M. E., Luvero, D., . . . Frati, P. (2014). The effects of giving patients verbal or written pre-operative information in gynecologic oncology surgery: a randomized study and the medical-legal point of view. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, *177*, 67-71. doi: 10.1016/j.ejogrb.2014.03.041
- Bazian Ltd. (2005). Preoperative assessment by nurses. *Evidence-based Healthcare and Public Health*, *9*(6), 376-380. doi: 10.1016/j.ehbc.2005.09.001
- Bekkhuss, E. (2013). Vätskebehandling, elektrolyt- och syra-basbalans. In I. L. Hovind (Ed.), *Anestesiologisk omvårdnad* (pp. 129-148). Lund: Studentlitteratur.
- Benner, P. E., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: stress and coping in health and illness*. Menlo Park, Calif: Addison-Wesley.
- Bopp, C., Hofer, S., Klein, A., Weigand, M. A., Martin, E., & Gust, R. (2011). A liberal preoperative fasting regimen improves patient comfort and satisfaction with anesthesia care in day-stay minor surgery. *Minerva Anestesiol*, *77*(7), 680-686.
- Brady, M., Kinn, S., & Stuart, P. (2003). Preoperative fasting for adults to prevent perioperative complications. *Cochrane Database Syst Rev*(4), Cd004423. doi: 10.1002/14651858.cd004423
- de Aguilar-Nascimento, J. E., & Dock-Nascimento, D. B. (2010). Reducing preoperative fasting time: A trend based on evidence. *World J Gastrointest Surg*, *2*(3), 57-60. doi: 10.4240/wjgs.v2.i3.57
- Ekman, I., & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård - teori och tillämpning. In A.-K. Edberg (Ed.), *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (1:1 ed., pp. 29-62). Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., . . . Ersta Sköndal, h. (2011). Person-centered care--ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of*

- the European Society of Cardiology*, 10(4), 248. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008
- Emanuel, A., & Macpherseon, R. (2013). The anaesthetic pre-admission clinic is effective in minimising surgical cancellation rates. *Anaesthesia & Intensive Care*, 41(1), 90-94.
- Falconer, R., Skouras, C., Carter, T., Greenway, L., & Paisley, A. M. (2014). Preoperative fasting: current practice and areas for improvement. *Updates in surgery*, 66(1), 31-39. doi: 10.1007/s13304-013-0242-z
- Geuder, D. L. (1999). Ambulatory Surgery. In J. C. Rothrock, E. L. Alexander, & M. H. Meeker (Eds.), *Alexander's care of the patient in surgery*. St. Louis, Mo; London: Mosby.
- Gilmartin, J. (2004). Day surgery: patients' perceptions of a nurse-led preadmission clinic. *J Clin Nurs*, 13(2), 243-250.
- 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. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Groah, L. K. (1990). *Operating room nursing: perioperative practice*. East Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange.
- Gundzik, K. (2008). Nausea and vomiting in the ambulatory surgical setting. *Orthopedic nursing*, 27(3), 182-188. doi: 10.1097/01.NOR.0000320547.43481.66
- Gustafsson, U. O., Soop, M., Hill, A., Kennedy, R. H., Lobo, D. N., Fearon, K., . . . Liberman, A. S. (2012). Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. *Clinical Nutrition*, 31(6), 783-800. doi: 10.1016/j.clnu.2012.08.013
- Haug, E., Sand, O., & Sjaastad, Ö. (1993). *Människans fysiologi*. Stockholm: Liber.
- Hausel, J., Nygren, J., Lagerkranser, M., Hellstrom, P. M., Hammarqvist, F., Almstrom, C., . . . Ljungqvist, O. (2001). A carbohydrate-rich drink reduces preoperative discomfort in elective surgery patients. *Anesthesia & Analgesia*, 93(5), 1344-1350.
- Helminen, H., Viitanen, H., & Sajanti, J. (2009). Effect of preoperative intravenous carbohydrate loading on preoperative discomfort in elective surgery patients. *Eur J Anaesthesiol*, 26(2), 123-127. doi: 10.1097/EJA.0b013e328319be16
- Hume, M. A., Kennedy, B., & Asbury, A. J. (1994). Patient knowledge of anaesthesia and peri-operative care. *Anaesthesia*, 49(8), 715-718. doi: 10.1111/j.1365-2044.1994.tb04408.x
- Kehlet, H., & Wilmore, D. W. (2005). Fast-track surgery. *British Journal of Surgery*, 92(1), 3-4. doi: 10.1002/bjs.4841

- Lerner, E. B., Jehle, D. V., Janicke, D. M., & Moscatti, R. M. (2000). Medical communication: do our patients understand? *The American Journal of Emergency Medicine*, 18(7), 764-766. doi: 10.1053/ajem.2000.18040
- Lithner, M., & Zilling, T. (2000). Pre- and postoperative information needs. *Patient education and counseling*, 40(1), 29-37. doi: 10.1016/S0738-3991(99)00043-9
- Ljungqvist, O., Eriksson, L. I., Nygren, J., & Thorell, A. (2010). Pre- och postoperativ vård. In B. Jeppsson (Ed.), *Kirurgi* (3 ed., pp. 23-38). Lund: Studentlitteratur.
- Ljungqvist, O., & Soreide, E. (2003). Preoperative fasting. *The British journal of surgery*, 90(4), 400-406. doi: 10.1002/bjs.4066
- Lundman, B., & Hällgren Granheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. In M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Eds.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (pp. 187-201). Lund: Studentlitteratur.
- Maltby, J. R., Lewis, P., Martin, A., & Sutherland, L. R. (1991). Gastric fluid volume and pH in elective patients following unrestricted oral fluid until three hours before surgery. *Canadian journal of anaesthesia*, 38(4), 425-429. doi: 10.1007/BF03007577
- Nygren, J., Soop, M., Thorell, A., Efendic, S., Nair, K. S., & Ljungqvist, O. (1998). Preoperative oral carbohydrate administration reduces postoperative insulin resistance. *Clinical Nutrition*, 17(2), 65-71. doi: 10.1016/S0261-5614(98)80307-5
- Nygren, J., Thorell, A., & Ljungqvist, O. (2007). Are there any benefits from minimizing fasting and optimization of nutrition and fluid management for patients undergoing day surgery? *Current Opinion in Anaesthesiology*, 20(6), 540-544. doi: 10.1097/ACO.0b013e3282f15493
- Phillips, A. W., & Horgan, A. F. (2014). Fast track surgery and preoperative optimization. *Surgery (United Kingdom)*, 32(2), 84-88. doi: 10.1016/j.mpsur.2013.12.004
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Raynor, E. M. (2015). Factors Affecting Care in Non-English-Speaking Patients and Families. *Clin Pediatr (Phila)*. doi: 10.1177/0009922815586052
- SFAI. (2013). Preoperativ fasta. Retrieved 2015-05-07, 2015, from <http://sfai.se/riktlinje/medicinska-rad-och-riktlinjer/anestesi/preoperativ-fasta/>
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet Retrieved from [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/).
- Sjostedt, L., Hellstrom, R., & Stomberg, M. W. (2011). Patients' need for information prior to colonic surgery. *Gastroenterology Nursing*, 34(5), 390-397. doi: 10.1097/SGA.0b013e31822c69b4



- Sjöling, M., Nordahl, G., Olofsson, N., & Asplund, K. (2003). The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient education and counseling*, 51(2), 169-176. doi: 10.1016/S0738-3991(02)00191-X
- Smith, I., Kranke, P., Murat, I., Smith, A., O'Sullivan, G., Søreide, E., . . . in't Veld, B. (2011). Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. *European journal of anaesthesiology*, 28(8), 556-569. doi: 10.1097/EJA.0b013e3283495ba1
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen Retrieved from [http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf).
- Socialstyrelsen. (2014). Socialstyrelsens statistikdatabas. Retrieved 2015-05-13, 2014, from <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/dagkirurgi>
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2014). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok*. Retrieved 2015-05-04, 2015, from <http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/SBUsHandbok.pdf>
- Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård, S. (2012). ASA klassifikation svenska. Retrieved 2014-12-28, 2014, from [http://sfai.se/system/files/ASA klassifikation sv.pdf](http://sfai.se/system/files/ASA_klassifikation_sv.pdf)
- Thorell, A., Efendic, S., Gutniak, M., Haggmark, T., & Ljungqvist, O. (1994). Insulin resistance after abdominal surgery. *The British journal of surgery*, 81(1), 59-63.
- Urman, R. D., & Desai, S. P. (2012). History of anesthesia for ambulatory surgery. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 25(6), 641-647. doi: 10.1097/ACO.0b013e3283593100.
- Valeberg, B. (2013). Preoperativ information och bedömning. In I. L. Hovind (Ed.), *Anestesiologisk omvårdnad* (pp. 321-331). Lund: Studentlitteratur.
- Varadhan, K. K., & Lobo, D. N. (2010). A meta-analysis of randomised controlled trials of intravenous fluid therapy in major elective open abdominal surgery: getting the balance right. *Proceedings of the Nutrition Society*, 69(4), 488-498. doi: 10.1017/s0029665110001734
- Wallengren, C., Segesten, K., & Friberg, F. (2010). Relatives' information needs and the characteristics of their search for information--in the words of relatives of stroke survivors. *J Clin Nurs*, 19(19-20), 2888-2896. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03259.x
- White, P. F., & Eng, M. (2007). Fast-track anesthetic techniques for ambulatory surgery. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 20(6), 545-557. doi: 10.1097/ACO.0b013e3282f16bf1

## Bilaga 1

### **FOSKNINGSPERSONINFORMATION**

**Bakgrund och syfte** Allt mer av dagens kirurgi bedrivs elektivt och för att optimera den perioperativa processen har ett antal anestesikliniker i Sverige påbörjat arbetet med sjuksköterskeledda bedömningsenheter för patienter inom ASA 1-2. Inom den elektiva kirurgin är patientens pre-operativa status, så som fasta och vätskebalans, en del i att optimera den perioperativa processen. I denna studie vill vi undersöka hur anestesijuksköterskor som tjänstgör vid sjuksköterskeledda bedömningsenheter samtalar och informera patienten kring vätskeintag och vätskebalans inför planerad kirurgi.

**Förfrågan om deltagande** Du tillfrågas om att delta i studien då du arbetar som anestesijuksköterska på en enhet där anestesijuksköterskor gör preoperativa bedömningar inför elektiva ingrepp.

**Hur går studien till?** Verksamhetschefen för din arbetsplats har godkänt att vi genomför studien, och har därför gett oss tillgång till ditt namn. Om du tackar ja till deltagande så kommer vi att ta kontakt med dig för att boka en tid för en intervju med dig. Intervjun kommer att genomföras antingen via telefon eller vid ett personligt möte. Intervjutiden beräknas ta 30 minuter, tid och plats för intervjun bestämmer du. Samtliga intervjuer kommer att transkriberas ordagrant för att sedan analyseras.

**Hantering av data** All insamlad data kommer att behandlas konfidentiellt samt avidentifieras innan resultatet presenteras. Endast behöriga i studien kommer att ha tillgång till ursprungsmaterialet. Insamlat material kommer att förvaras på ett sådant sätt att ingen annan än behöriga har tillgång till det. Efter det att studien genomförts och resultatet presenterats kommer allt insamlat material att raderas.

**Risker och fördelar med deltagande?** Vi ser inte att deltagande i studien skulle innebära några risker för Dig som deltagare. Vill Du ta del av resultatet kan Du när som helst kontakta oss, så återkommer vi så snart det är fastställt. Ingen ersättning utgår för deltagande i studien. Deltagande i studien innebär inte några fördelar för dig personligen, men bidrar till att öka kunskapsläget kring ämnet.

**Frivillighet** Deltagande i studien är helt frivilligt och Du kan när som helst, utan att närmare ange skäl, välja att avbryta Ditt deltagande i studien.

**Ansvariga för studien** Anna Repa: gusrepan@student.gu.se, leg. Sjuksköterska, 070-532 59 08  
Kalle Tönnerberg: guskarlmja@student.gu.se, leg. Sjuksköterska, 073-952 83 73

**Handledare Axel Wolf:**



axel.wolf@gu.se, leg sjuksköterska, spec.sjuksköterska anesthesi, universitetslektor, 031-786 60 34

## Bilaga 2

### Intervjumall

Inledande presentation av: intervjuare, syfte och mål med intervjun.

#### 1. Beskriv hur och vilken information du ger kring fasta?

I vilken form ger du informationen?

Skriftligt och/eller muntligt?

Ger du informationen på samma sätt till alla patienter (yngre/äldre etc) ?

Vilka fastetider informerar ni om?

Olika tider för olika drycker?

Går du igenom vilka drycker som räknas som klara och inte?

Uppmuntrar du att patienten skall dricka "så länge som möjligt"?

Nämner du några mängder som patienten får/skall dricka?

Tider för fast föda?

Beroende på operationstid, har ni olika tider när de skall sluta dricka?

Använder ni kolhydratberikad dryck preoperativt?

Varför/varför inte?

Upplever du att det gör någon skillnad för patienten?

#### 2. Hur ser du själv på fastandet inför operation?

Upplever du att det spelar roll perioperativt?

Om ja: på vilket sätt spelar det roll?

Hur ser du på det ur patientens synvinkel?

Vad ser du för möjlig vinning i att ha väl optimerade patienter?

#### 3. Hur reagerar patienterna på informationen?

Vad brukar de fundera över?

Finns någon oro?

#### 4. Får ni feedback från post-op/mottagningen om resultatet av "era" operationer om patienten var vätskeoptimerad?

Får ni feedback från patienterna om deras upplevelse av fastan och den preoperativa informationen?

#### 5. Har du några övriga frågor eller något att tillägga?

## Välkommen till oss på operationsavdelningen

Den här broschyren är tänkt att ge dig en kortfattad information om vad som kommer att ske under din vistelse hos oss.

Vi vet att en viss oro är vanligt inför operation och anestesi (narkos). Vår förhoppning är att om du får veta vad som kommer att hända och se fotografier från vår avdelning, så kommer du att känna större trygghet när du kommer till oss.

### Fasta

På operationsdagen ska du inte inta fast föda senare än sex timmar före planerad operation. Klara vätskor (maximalt 200 ml) kan du dricka fram till två timmar före operationen. Klara vätskor är vatten, saft, te och kaffe utan mjölk. Juice är inte klar vätska.

Du ska fasta från 24.00 om ej annat meddelas dig personligen.

Annars finns en risk att maginnehåll kommer ner i lungorna i samband med din operation. Vi vill därför att din magsäck ska vara tom när vi sover dig i annat fall kan det ge en allvarlig skada på lungorna.

**Det är viktigt att du följer de här reglerna för att inte utsätta dig för risk i samband med sövning. Om du inte följer dessa anvisningar**

innebär det att operationen måste skjutas upp.

Du ska vara rökfri sex veckor före din operation.

### Hygienförberedelser

Du ska duscha och tvätta håret med specialtvål som finns att köpa på apoteket inför din operation, enligt din kallelse. Följ anvisningarna på förpackningen. Dusch och tvätt med specialtvål är viktigt och skyddar dig mot hudens bakterier. Vi har alla bakterier på huden som är ofarliga på själva huden, men om bakterierna kommer in i ett operationssår kan det leda till infektioner. Nagellack, lösnaglar och smink ska avlägsnas liksom smycken och piercing.

### Mediciner

Vilka eventuella mediciner du behöver ta på operationsdagen kommer du att få reda på vid samtal med narkosläkare alternativt narkosköterska.

### Förberedelserum - väntrum inför din operation

Före operationen kommer du till ett väntrum på operationsavdelningen. Här finns även andra patienter som väntar.