



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

DAGKIRURGISKA PATIENTERS UPPLEVELSER AV PERIOPERATIV INFORMATION I SAMBAND MED BRACHIAL PLEXUSBLOCKAD

Ann-Sofie Christiansson

Malin Claesson

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet inom anestesisjukvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt 2016
Handledare:	Margareta Warrén Stomberg
Examinator:	Åsa Axelsson

Titel:	Dagkirurgiska patienters upplevelser av perioperativ information i samband med brachial plexusblockad
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet inom anestesisjukvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt 2016
Handledare:	Margareta Warrén Stomberg
Examinator:	Åsa Axelsson
Nyckelord:	dagkirurgi, perioperativ, information, kunskap, plexusblockad, delaktighet, upplevelser

Sammanfattning:

Bakgrund: Den dagkirurgiska verksamheten är väl etablerad i västvärlden och patientflödet är högt igenom verksamheten. Enligt patientlagen skall patienten erhålla information om de metoder som finns för undersökning, det förväntade vårdförloppet och hur risker och komplikationer kan undvikas. Patienten erhåller mycket information under kort tid och kan ha svårt att ta den till sig. Tidigare studier har visat att patienterna ofta är nöjda med den perioperativa vården men att det finns brister i samband med given information.

Syfte: Syftet är att utifrån ett patientperspektiv utvärdera perioperativ information i samband med brachial plexusblockad vid dagkirurgi.

Metod: Studien har en kvantitativ design och genomfördes som en tvärsnittsstudie med enkät som datainsamlingsmetod. Patienterna hade genomgått dagkirurgiska ortopediska ingrepp i övre extremitet.

Resultat: Svarefrekvensen uppgick till 65 % och patienterna var företrädesvis i åldern 40-65 år med något högre andel män än kvinnor. Resultatet presenteras utifrån enkätens frågeområden; tidsaspekt för information, informationens innehåll, delaktighet i beslut om analgesi, nöjdhet med information samt informanternas förslag på förbättring. Patienterna önskade få både muntlig och skriftlig preoperativ information angående erhållandet av brachial plexusblockad, innan operationsdagen. De saknade information om blockadens effekter och risker samt att vara delaktig i beslutet angående anestesiform.

Slutsats: Dagkirurgiska patienter efterfrågar information som ger kunskap för att kunna hantera egenvården i hemmet och de värdesätter både muntlig och skriftlig information. Stor andel av patienterna i studien uppgav att de inte förstod given information, vilket vittnar om att den individanpassade informationen behöver förbättras. Överlag var patienterna ändå nöjda med informationen de fick i samband med sin plexusblockad.

Nyckelord: dagkirurgi, perioperativ, information, kunskap, plexusblockad, delaktighet, upplevelser

Titel

Ambulatory patients' experiences of perioperative information related to brachial plexus block

Abstract

Background: Day surgery is well established in the western parts of the world and many patients pass the surgery unit each day. According to the Patient Act the patient should among other things, be informed about the methods available for examination and treatment, the expected care process, and how risks and complications can be avoided. The patients receive a lot of information within a short period of time and might experience difficulties comprehending the information. Previous studies have shown that patients are satisfied with the perioperative care that has been given, but that there are shortcomings with the provided information.

Objective: The aim of this study is that from a patient perspective evaluate the perioperative information in connection with receiving a brachial plexus block in ambulatory surgery.

Method: This is a quantitative, cross-sectional survey with a questionnaire as data collection method. The patients had undergone orthopedic day surgery of the upper extremity.

Results: The response rate was 65 %, of which slightly more were men than women, and a majority aged 40-65 years. The results presented based on the survey question areas; the timing of information, the content of information, participation in the choice of analgesia, satisfaction with information and the respondents' proposals for improvement. The patients wanted to receive both oral and written preoperative information regarding the obtaining of a brachial plexus block, before the day of surgery. The patients' lacked information about the effect and potential risks of the block and being involved in the choice of the particular form of anesthesia.

Conclusion: The day surgery patients demands knowledge and information to manage their care at home, they value both oral and written information. A large proportion of patients responded that they could not comprehend the provided information, which suggests that the individualized information needs to be improved. Nevertheless the patients were generally satisfied with the information they received in connection with the brachial plexus block.

Keywords: day surgery, perioperative, information, knowledge, plexus block, participation, experiences

Förord

Inledningsvis vill vi författare rikta ett tack till er studiedeltagare som har gjort det möjligt att genomföra denna studie. Vi vill också ta tillfället i akt att framföra ett tack till personalen på de två dagkirurgiska enheterna som hjälpt oss att inkludera samt distribuera enkäter till patienterna som valt att medverka. Genom er medverkan hoppas vi på ett fortsatt arbete kring förbättringen av perioperativ information, i synnerhet till patienter som är aktuella för en brachial plexusblockad.

Vi önskar också rikta ett varmt tack till vår handledare Margareta Warrén Stomberg som genom tillgänglighet, engagemang, kunskap och positiv attityd stöttat oss under de här veckorna. Tack!

Slutligen vill vi framföra ett tack till våra familjer. Små positiva ord som haft stor betydelse, när allting inte gått vår väg.

Ann-Sofie Christiansson & Malin Claesson

20 Maj 2016

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Perioperativ information.....	2
Kunskap	3
Patienten i det dagkirurgiska flödet	4
Regional anestesi	4
Risker och komplikationer.....	5
Fördelar med regional anestesi	6
Brachial plexusblockad.....	6
Anestesisjuksköterskans ansvar och omvårdnadsåtgärder	7
Orems omvårdnadsteori.....	8
Tidigare forskning	8
Problemformulering.....	10
Syfte	10
Frågeställningar	11
Metod	11
Design.....	11
Utarbetande av enkät	11
Urval	11
Datainsamling	12
Dataanalys	13
Forskningsetiska överväganden.....	13
Resultat.....	13
Tidsaspekt för information	14
Informationens innehåll	16
Delaktighet i beslut om analgesi.....	17
Nöjdhet med information.....	17
Patienternas förslag på förbättringar.....	18
Diskussion	18
Metoddiskussion.....	18
Resultatdiskussion	20
Tidsaspekt för information.....	21
Informationsens innehåll.....	22

Delaktighet i beslut om analgesi	23
Nöjdhet med information	24
Patienternas förslag på förbättringar	24
Konklusion	25
Kliniska implikationer.....	25
Framtida forskning	26
Referenslista	27

Bilaga 1 Forskningspersonsinformation

Bilaga 2 Enkät

Inledning

Den dagkirurgiska vården startade omkring år 1900 men först kring 1970-1980 fick den sitt genombrott. Verksamheten ökar i omfattning och idag utförs 50-70 % av all kirurgi inom dagkirurgi i den industrialistiska västvärlden. Nyttan av dagkirurgi skall ses i en kontext där säkerhet, kvalitet, ekonomi, utbildning och hög tillfredsställelse hos personalen och patienterna vägs in. Dagkirurgi kräver att personalen anammar ny teknik, nya rutiner och att enheten har en slimmad organisation med höga patientflöden. Vidare krävs att patienterna är välinformerade och att kirurgiska- och anestesilogiska metoder är uppdaterade för att göra dagkirurgin möjlig (Raeder, 2010).

Dagkirurgiska enheter har mångfaldigats genom införandet och utvecklingen av bland annat regional anestesi. Ny teknik och utvecklingen av densamma har medfört att blockader idag används både för intra- och postoperativ analgesi. Genom att använda sig av dessa blockader kan nivån av smärta reduceras och på så sätt kan patienten skrivas hem i ett tidigare skede (McCamant, 2006).

Vid dagkirurgi ställs patienten inför en sjukvård med högt tempo, vilket dels innebär att mycket information ges på kort tid. Informationen behöver täcka in både pre-, intra- och postoperativ vård. Ansvar för den postoperativa vården har flyttats från professionella vårdgivare till patienten själv och dennes närstående. Tiden på sjukhuset är kort, därför är det av vikt att patienten får all den tänkbara informationen för att kunna hantera sin egenvård i hemmet. Många professioner informerar patienten vid olika tillfällen under vårdtiden, där alla vill ha sin tid med patienten. Tidigare forskning visar att patienter kan få för mycket information under för kort tid och att mycket av informationen på så sätt kan gå patienten förlorad (Henderson & Zernike, 2001; Mottram, 2011).

Brist på adekvat preoperativ kommunikation mellan patient och vårdpersonal kan resultera i missnöje hos både patient och personal, förseningar i operationsprogram och inställda operationer. Ju bättre förberedd patienten är inför ingreppet desto bättre blir det postoperativa resultatet (Allison & Geroge, 2014).

Bakgrund

Dagkirurgi kan definieras och benämnas på många sätt. På engelska förekommer ord som; same-day surgery, ambulatory surgery och outpatients surgery, innebörden av de olika begreppen är ofta densamma. Socialstyrelsen definierar dagkirurgi som:

Dagsjukvård där den kirurgiska åtgärden normalt kräver att patienten får anestesi och en period av postoperativ övervakning (Sveriges kommuner och Landsting, 2015).

Internationellt definieras dagkirurgi enligt IAAS, The International Association of Ambulatory Surgery som:

An operation/procedure, excluding an office or outpatient operation/procedure, where the patient is discharged on the same working day (IAAS i Raeder, 2010, s.1).

Ofta använder vårdgivare termen "fast-tracking" för att beskriva flera olika vårdscenarion men generellt betyder det en minimering av patientens vårdtid (Mamaril, 2000). Patienter som inkluderas för fast-tracking har oftast en ASA-klassifisering på 1 eller 2 och lämpar sig även väl för dagkirurgi. Fast-tracking har visat sig vara både kostnadseffektivt och inneburit en ökad tillfredsställelse hos patienten. Kostnadseffektiviteten beror på att nyare anestesilogiska metoder såsom regional anestesi, innebär att patienten många gånger slipper bli sövd, vilket resulterar i att patienten inte behöver gå via en postoperativ intensivvårdsavdelning, utan kan gå direkt till en postoperativ vårdenhet och snabbare skrivas hem (Mamaril, 2000). Fortsättningsvis kommer författarna i föreliggande studie att använda sig av begreppet dagkirurgi.

Litteraturen påvisar att dagkirurgi medför liten påverkan på patientens dagliga liv och att patienten kan bibehålla en viss form av kontroll genom att verksamheten bedrivs med effektivitet och högt tempo och på så sätt är anpassad till hur vårt samhälle ser ut idag. Sjuksköterskan har till uppgift att tillhandahålla utbildning och information för att öka vårdkvalitén och ge patienten en positiv upplevelse av den dagkirurgiska vården (Mottram, 2011).

Professionell sjukvårdspersonal bör ha kunskaper, färdigheter samt en positiv attityd att vägleda patienter igenom denna typ av livshändelse som ett kirurgiskt ingrepp ändå innebär. Individer har varierande behov av att kommunicera information med olika professioner inom vården (Aquilina & Baldacchino, 2007).

Perioperativ information

Enligt patientlagen skall patienten bli informerad om sitt hälsotillstånd, de metoder som finns för undersökning, vård och behandling, det förväntade vård- och behandlingsförloppet, väsentliga risker för komplikationer och biverkningar, eftervård och metoder för att förebygga sjukdom eller skada (SFS 2014:821, 3 kap, 1 §). Hälsa- och sjukvården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (SFS 1982:763, 2 §).

Tillvägagångssättet för hur vi på bästa sätt informerar våra patienter varierar. Då patienter har olika förutsättningar vad gäller läs- och skriftförståelse, tolkar de också informationen olika. För att snabbt nå ut med information, är skriftlig metod ett av de vanligaste sätten att informera på (Jlala, French, Foxall, Hardman & Bedford, 2010b). För att utfallet skall bli så bra som möjligt bör vi ta hänsyn till hur och när vi informerar samt mängden information vi ger patienten (Gilmartin, 2004; Hering, Harvang, Dángelo & Jasinski, 2005). Informationen

bör enligt patientlagen individanpassas genom att ta hänsyn till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar (SFS 2014:821, 3 kap, 6 §). Chan, Kan, Lee, Chan och Lam (2012) beskriver att informationen i sig är viktig och den kan också hjälpa till att klargöra skeendet och det okända som patienten ställs inför (Chan et al., 2012). Informationen skall hjälpa patienten att hantera situationen här och nu men även underlätta både för patient och anhörig inför- och efter utskrivning till hemmet (Aquilina & Baldacchino, 2007).

Forskning har visat att verbal postoperativ information bör ges så sent som möjligt, innan utskrivning till hemmet. Ändå är det vanligt att patienten informeras direkt postoperativt, detta för att göra vården så effektiv som möjligt och i avsikt att kostnadseffektivisera (Blandford, Gupta, Montgomery & Stocker, 2011). Enligt flera studier minns 20 % av patienterna informationen given vid utskrivningstillfället (Muranski & Gonzalez, 2002; Wright, 2011), därför bör instruktioner och information delges både muntligt och skriftligt så att patienten och dennes familj vid upprepade tillfällen kan läsa och ta till sig informationen (Allison & George, 2014; Muranski & Gonzalez, 2002; Wright, 2011). Av samma anledning bör patienten informeras om postoperativa riktlinjer redan preoperativt, för att sedan få det upprepat postoperativt. Att inte bara informera, utan att även försäkra sig om att patienten förstår given information är sjuksköterskans skyldighet, vilket även resulterar i en tryggare och säkrare hemgång för patienten (Allison & George, 2014; SFS 2014:821, 3 kap, 7 §). Även mottagarens önskan om att avstå från information ska respekteras (SFS 2014:821, 3 kap, 6 §).

Kunskap

Heikkinen et al. (2007) och Rankinen et al. (2007) beskriver att dagkirurgiska patienter förväntar sig att få mer kunskap än vad de får idag. Patienter som har kunskap om det kirurgiska ingrepp som de skall genomgå förefaller återhämta sig bättre än patienter med mindre kunskaper. Om det finns en balans mellan patientens förväntade och förvärvade kunskap, är sannolikheten större att patienten känner att de har förmåga att påverka situationen. Bristande jämvikt preoperativt mellan förväntad och förvärvad kunskap, kan leda till att patienten har obehagskänslor, kommer till den dagkirurgiska enheten mindre bra förberedd och i sämsta fall kan det leda till kirurgiska komplikationer. Bristande kunskap hos patienten kan också leda till ökade ekonomiska kostnader för både samhälle och patient, då operationen kan bli uppskjuten eller inställd på grund av en patient som inte följt preoperativa rutiner. Genom att fråga efter patientens förväntningar och kännedom om aktuella förberedelser inför besöket kan detta undvikas. Patienters behov vad gäller att erhålla kunskap varierar, social status, kön och ålder har betydelse. Gilmartin (2004) beskriver att förmedla faktisk kunskap till patienten har visat sig leda till förbättrad följsamhet till given information. Informationen i sig syftar till att förmedla och ge patienten möjlighet att inhämta kunskap om vad det innebär att genomgå ett dagkirurgiskt ingrepp.

Patienten i det dagkirurgiska flödet

I samband med att det beslutas om operation erbjuds patienten ofta ett preoperativt mottagningsbesök, vilket har visat sig ge patienten ett ökat välbefinnande. Detta besök bidrar till att patienten blir bättre informerad och förberedd inför ingreppet och vistelsen på den dagkirurgiska enheten (Gilmartin, 2004). På mottagningen avgör anestesiologygen eller anestesisyksköterskan om patienten är i lämplig fysisk och psykisk status för dagkirurgi och beslutar val av anestesiform (Nagelhout, 2014). Detta skall ske i samråd med patienten, som skall få information om möjligheten att välja behandlingsalternativ (SFS 2014:821, 3 kap, 2 §). Målet med anestesi vid dagkirurgi är att minimera den fysiska och psykiska påverkan genom att använda en för patienten lämplig anestesimetod. Den ideala anestesiformen för dagkirurgi, vare sig det är intravenös-, inhalations-, lokal- eller regional anestesi, är en anestesi med snabbt anslag samt kort duration vid anestesislut. Valet av anestesi beror på vilket ingrepp patienten skall genomgå samt patientens möjlighet till postoperativ hjälp i hemmet. Anestesiformen skall ge operatören bästa möjliga förutsättningar att kunna uppnå ett bra resultat. För att patienten skall kunna återhämta sig på bästa sätt, önskas så få biverkningar som möjligt. Illamående och kräkningar försöker undvikas genom multimodal smärtlindring samt frekvent användning av regional anestesi (Nagelhout, 2014). Patienter med en ASA-klassifisering på 1-2 bedöms utifrån lämnad hälsodeklaration, där patienten beskriver sitt aktuella hälsotillstånd. Således kallas inte alla patienter till ett preoperativt besök (Mottram, 2011).

Målet med dagkirurgi är att patienten skrivs in på enheten, förbereds för operation, genomgår kirurgiskt ingrepp, återhämtar sig postoperativt, för att sedan kunna skrivas ut direkt från den postoperativa vården eller från en vårdavdelning samma dag. Längden på det kirurgiska ingreppet, patientens kondition och anestesimetod påverkar den postoperativa återhämtningen och tiden som patienten behöver observeras. Innan utskrivning skall patienten ha uppfyllt vissa krav. Patienten måste till exempel ha stabila vitala parametrar, den postoperativa smärtan bör vara liten eller ingen alls och patienten skall vara informerad om hur smärtregimen ser ut. Patienten bör inte skrivas ut om de inte har någon person tillgänglig hemma hos sig den första natten. Eftersom den postoperativa återhämtningstiden för patienter varierar, bör patienten och närstående informeras om att det kan ta flera dagar innan patienten är helt återställd efter sin anestesi (Nagelhout, 2014).

Regional anestesi

William Halstead lade år 1884 den första dokumenterade brachiala plexusblockaden. Femton år senare, 1899, introducerade August Bier spinal- och intravenös regional anestesi (Biers blockad). Dessa revolutionerande anestetiska metoder har lagt grunden till den moderna regionala anestesin. Regional anestesi används ofta i samband med dagkirurgi, vilket Yauger et al. (2010) definierar vård som inte kräver övernattnig på sjukhus. Deras

studie visar att patienterna som hade erhållit generell anestesi uppgav en högre smärtskattning på VAS-skalan, krävde mer smärtlindring per- och postoperativt samt besvärades av mer illamående och kräkningar än de som erhållit regional anestesi (Yauger et al., 2010).

Regional anestesi innebär att lokalbedövning injiceras i en nervrot eller ett nervkomplex i syfte att bedöva ett område inför operation och att ge initial postoperativ smärtlindring. Nerven eller nervkomplexet lokaliseras med hjälp av en nervstimulator eller ultraljud, blockaden kan också läggas utan hjälpmedel, utifrån anatomiska landmärken. Plexusblockad innebär att flera nerver blockeras samtidigt (Gamo et al., 2014; Neal et al., 2009). Denna typ av blockad kan med fördel användas på patienter vid operationer av extremiteter, till exempel vid frakturer eller andra skador i händer, armbågar och axlar. Blockaden kan användas som enda analgesi, som ett komplement till generell anestesi eller som postoperativ smärtlindring (Hadzic et al., 2005).

Effekten av blockaden träder in efter fem till 20 minuter och full effekt nås efter cirka 30 minuter. Då patienten erhållit sin blockad uppfattas först en värmekänsla i den aktuella extremiteten, till följd av en vasodilatation. Vidare sker det en känsselförlust av värme och köld, smärta samt beröring och en successivt tilltagande paralytisk av det bedövade området, detta sker i relation till vald teknik och lokalanestetika (Barnes & Russel, 2004; McCamant, 2006; Muranski & Gonzalez, 2002). En plexusblockad har en duration på cirka fyra till 18 timmar. Variationen i duration beror på valet av lokalbedövningsmedel, injektionsplats och given dos (Muranski & Gonzalez, 2002).

Risker och komplikationer

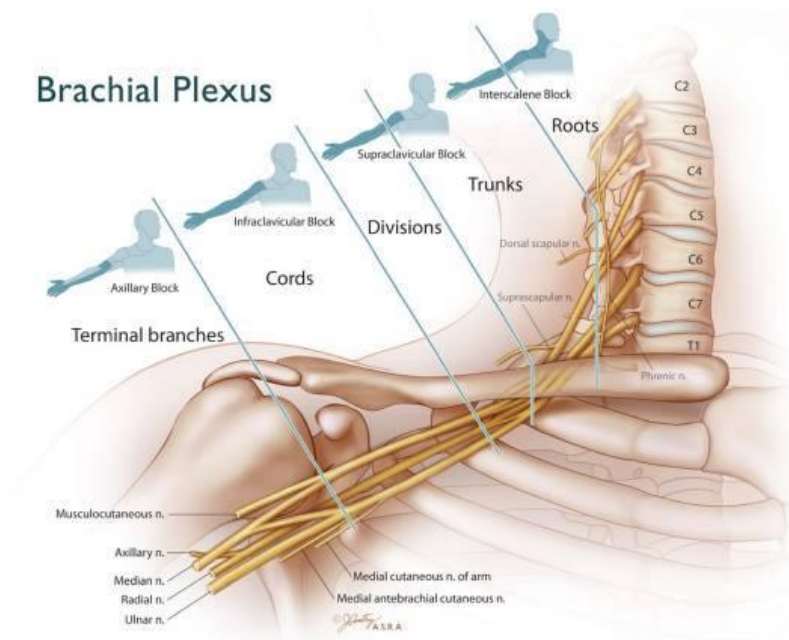
All lokalanestetika är potentiellt toxiska, det är en fråga om dos och den systemiska absorptionen. Något utav den allvarligaste biverkan vid regional anestesi är att stora blodkärl på halsen punkteras. Även små mängder lokalanestetika intravenöst kan framkalla kramper och allvarligt påverka cirkulationen, vilket i värsta fall kan leda till medvetslöshet, andningsdepression och hjärtstillestånd. Andra komplikationer är om Nervus Phrenicus blir påverkad vilket kan leda till andningsbesvär. Det finns även risk för neurologiska skador och punktion av pleuran med pneumothorax som följd (McCamant, 2006; Muranski & Gonzalez, 2002). McCamant (2006) beskriver att det kan uppträda en påverkan på stämbanden i form av en övergående heshet, genom att Nervus Recurrens påverkas av lokalbedövningsmedel. Det uppträder då lokalbedövningsmedel sprider sig utanför det tänkta bedövningsområdet och påverkar ovan nämnda nerv. På grund av dessa risker är det av stor vikt att anestesistjuksköterskan känner till symptomen till ovan nämnda komplikationer.

Fördelar med regional anestesi

Ställningstagande till generell anestesi eller regional anestesi har diskuterats mycket, speciellt då generell anestesi innebär en klart ökad risk för den äldre patienten. Äldre människor är överrepresenterade inom ortopedi och forskning visar att deras kognitiva funktion försämras i samband med generell anestesi (Hadzic et al., 2005; McCamant, 2006). Genom att vara vaken kan patientens känsla av kontroll bevaras (Nagelhout, 2014). Vidare visar forskning att patienter opererade i regional anestesi kan skrivas hem snabbare, har mindre illamående och kräkningar samt känner sig mer tillfredsställda med sin vård. Dessutom är patienten initialt mer smärtlindrad vilket reducerar behovet av opioider (Hadzic et al., 2005; McCamant, 2006). Helwani et al. (2015) visar på lägre incidens av postoperativa lung- och kardiovaskulära komplikationer vid regional anestesi jämfört med generell anestesi. Däremot kunde de inte stödja sin hypotes om lägre mortalitet vid regional anestesi än vid generell anestesi.

Brachial plexusblockad

Brachial plexusblockad är en vanlig bedövningsform vid kirurgiska ingrepp i axel, armbåge, underarm och hand. Olika tekniker av brachiala plexusbedövningar används idag och inkluderar bland annat axillarisblockad, interscalenblockad, supraclavikulär- och suprascapulär blockad. Den distala delen av brachiala plexus kan anesteseras på olika nivåer för att anpassas till ingreppets art (fig 1) (Lin, Choi & Hadzic, 2013).



Figur 1. Den brachiala nervplexan är uppbyggd av nerver som organiseras från de fyra lägsta cervikala- samt första thorakala spinala nerverna. Brachiala plexus innerverar axel, arm och hand. Nervkomplexen delar upp sig i individuella nerver och bildar på så vis nervgrenar som sträcker sig till den distala delen av extremiteten (Neal et al., 2009, s. 53).

Klaastad, Sauter och Dodgson (2009) beskriver att blockader som läggs med hjälp av ultraljud har fått stor genomslagskraft och att 95 % av alla blockader idag läggs på detta sätt. Ultraljudsledd regional anestesi främjar blockaden i många avseenden. Genom att till exempel kunna minska mängden lokalanestetika minskar också risken för komplikationer i form av toxicitet.

Anestesisjuksköterskans ansvar och omvårdnadsåtgärder

Inför anläggandet av en blockad bör patienten ha informerats av anesthesiolog och/eller anestesisjuksköterska om hur blockaden läggs och skall ha fått möjlighet att ställa frågor. Ett resultat av blockaden är att det sker en paralys av den blockerade extremiteten. Patienten kommer inte att kunna känna eller röra det bedövade området och normala reflexer, såsom smärtreflexer, är utslagna (Barnes & Russel, 2004; McCamant, 2006; Muranski & Gonzalez, 2002).

Regional anestesi medför att patienten kan tillåtas att vara fullt vaken under ingreppet och kan om så önskas vara försedd med hörlurar med till exempel musik. Många patienter föredrar dock någon form av sedering i kombination med blockaden. Att erhålla en regional blockad är frivilligt och patienten skall inte låta sig övertalas, så till vida det inte förefaller kontraindicerat och utifrån patientsäkerhet krävs att patienten inte sövs (Reader, 2010).

Anestesisjuksköterskan har i enlighet med kompetensbeskrivningen ett ansvar att informera och få patienten att känna sig trygg samt att försäkra sig om att patienten uppfattat given information korrekt (Swenurse, 2012). Inte minst är den psykologiska aspekten av information viktig, att under relativt kort tid förlora både känsel och motorik i en arm kan upplevas påfrestande, därför har anestesisjuksköterskan även en stödjande funktion under både anläggandet av blockaden samt under det peroperativa förloppet (Wright, 2011). Det är av betydelse att fortlöpande hålla patienten informerad om vad som sker och berätta vad patienten kan komma att uppleva (Barnes & Russel, 2004). Anestesisjuksköterskan övervakar patientens vitala parametrar från det att patienten erhåller blockaden och måste ha kunskaper om symtom och signaler på toxiska reaktioner som kan förekomma (Barnes & Russel, 2004; McCamant, 2006). Utbredningen av lokalbedövningen kontrolleras och dokumenteras och dokumentationen fortskrider per- och postoperativt (McCamant, 2006).

Innan patienten skrivs hem bör utförlig utskrivningsinformation ha givits. Den bör innehålla information om att ha slynga, en slags mitella för att hålla armen på plats, tills dess att motorisk och sensorisk funktion återkommit. Tiden för hur länge blockaden sitter i kan variera och motorik återkommer före sensorik, vilket är viktigt att känna till för att undvika skador. Information bör också ges om att ta peroral smärtlindring innan blockaden släpper, för att undvika smärtgenombrott (Barnes & Russel, 2004; McCamant, 2006; Muranski & Gonzalez, 2002). Vidare informeras patienten om att höra av sig till operationsenheten om blockaden skulle hålla i sig i mer än ett och ett halvt dygn och vid uppkomst av hematom över insticksstället (McCamant, 2006).

Orems omvårdnadsteori

Orem (1991) menar att informera och undervisa patienter är en komplex uppgift. För att klara av den uppgiften krävs att ett antal mål är uppfyllda. Enligt Orems omvårdnadsteori behöver patienten ha ett intresse av att lära, vara beredd på att lära och ha en förståelse för att det finns en kunskapsbrist som behöver fyllas. För sjukvårdspersonalen krävs kunskap om vad patienten redan har för kunskaper och erfarenheter samt att kunna identifiera deras egenvårdsbehov. På så vis behöver patientinformationen vara individanpassad.

Orems omvårdnadsteori bygger på att främja patientens egenvårdskapacitet. Teorin delas in i tre delteorier: egenvård, egenvårdsbrist samt omvårdnadssystem. Ordet egenvård definierar Orem som en inlärd, målorienterad, individuell aktivitet. Ett inlärt beteende som existerar i alla situationer i det dagliga livet. Egenvårdsbrist definieras som ett tillstånd när egenvårdsåtgärderna inte är tillräckliga för att möta egenvårdsbehoven. Egenvårdsbristen kan antingen vara fullständig eller partiell och kan kompenseras av sjukvården på tre olika nivåer, även kallade omvårdnadssystem. Det kan handla om det helt kompenserade systemet, när patienten helt saknar kapacitet att klara av sin egenvård och behöver hjälp av sjukvårdspersonal med allt, som vid till exempel intensivvård. Den andra nivån beskrivs som ett delvis kompenserat systemet, ett tillstånd där patienten klarar av att utföra viss egenvård själv. En blockerad arm där varken motorik eller sensorik har återkommit innebär att patienten kan behöva hjälp med egenvård som på- och avklädning, men klarar övriga dagliga sysslor. Den tredje nivån som Orem kallar det stödjande och undervisade systemet, innebär att patienten klarar av all sin egenvård själv men med visst stöd och/eller undervisning från sjukvården. Detta kan innebära en kunskapslucka, vilket kan appliceras på den dagkirurgiska patienten som behöver information från sjukvården för att klara av sin postoperativa egenvård i hemmet. Orems omvårdnadsteori kan vara ett verktyg i sjuksköterskans omvårdnad genom att tolka att syftet med information är att ge patienten kunskaper om sitt tillstånd och därmed ge tillbaka patienten sin egenvårdskapacitet för att klara av sin egenvård i hemmet (Orem, 1991).

Tidigare forskning

Det finns beskrivet att patienternas tillfredsställelse med den perioperativa vården överlag är bra, men det framkommer att det område som patienterna är minst nöjda med är informationen (Jlala, Caljouw, Bedfordth & Hardman, 2010a; Stevens, Reininga, Boss & von Horn, 2006). Vidare fann Mitchell (2014) att tillfredsställelsen med kirurgisk information var högre än med den anestetiska informationen. Patienter saknar personcentrerad information given utifrån individuella behov och önskemål. Avsaknad av interaktion mellan sjuksköterska och patient kan medföra att viktig information går patienten förlorad samt att betydelsefull preoperativ information angående patienten går sjuksköterskan förbi (Gilmartin & Wright, 2008).

Patienten kan uppleva att informationen inte är till någon hjälp just då den ges, utan i större grad leder till ängslan och osäkerhet över att de gett sig in i en situation de inte vet någonting om. En del patienter anser att informationen är för detaljerad eller innehåller för mycket information för just dem. Informationsströmmen är stor och individer efterfrågar varierad mängd information vid olika tidpunkter (Aquilina & Baldacchino, 2007).

Författarna till en svensk studie (Fröjd, Swenne, Rubertsson, Gunningberg & Wadensten, 2011) skriver att förbättringar bör göras vad avser patienters delaktighet i beslut kring den egna vården samt information till patienten. Patienterna efterfrågade information för att kunna hantera sin egenvård efter utskrivning till hemmet. Puro, Pakarinen, Korttila och Tallgren, (2013) fann att patienterna till 49 % var nöjda med informationen de fått om hur anestesi kunde inverka på det dagliga livet postoperativt. Drygt hälften av patienterna uppgav att de erhöll information om hur de själva kunde minimera riskerna med anestesi, genom att ändra sin livsstil.

Gilmartin (2005) menar att om patienten saknar adekvat information, kan patienten inte heller fatta avgörande beslut som påverkar sin egen vård. Problemet för vårdgivaren är att veta hur mycket information som är rätt mängd för just den här patienten, för att denne skall känna sig välinformerad. Vårdgivaren bör kunna anpassa sättet som de informerar på. Vidare skriver författaren att standardiserade informationsblad inte är tillräckligt för att möta patientens behov av information. Vårdgivaren bör komplettera med individanpassad verbal information samt ett kontaktnummer till en specialistsjuksköterska som kan besvara eventuella frågor som uppkommer.

Det finns beskrivet att en stor andel kirurgiska patienter upplever en betydande ängslan inför operation och anestesi (Haugen, Eide, Olsen, Haukeland, Remme & Wahl, 2009; Jlala et al., 2010a; Jlala et al., 2010b). Preoperativ oro associeras med en patofysiologisk respons och kan även förvärra patientens upplevelse av smärta vilket i sin tur leder till ett ökat behov av smärtlindring och förlängd vårdtid. Preoperativ information har en positiv inverkan på patienterna och reducerar deras ängslan avsevärt (Chetty & Ehlers, 2009; Haugen et al., 2009; Jlala et al., 2010b). Jlala et al. (2010b) låter påvisa att de patienter som fick ta del av en preoperativ informationsfilm kände signifikant lägre oro, både pre- och postoperativt, jämfört med de som inte sett filmen. Nittio procent av patienterna ansåg sig vara nöjda med filmen och upplevde den som en värdefull källa till information och 70 % uppgav att de kände sig lugnare efter att ha sett filmen. Haugen et al. (2009) skriver vidare att patienter upplever som mest oro vid induktion av lokal- eller regional anestesi. Hälften av patienterna upplevde mindre oro peroperativt om de fick fortlöpande information om vad som hände samt om de hade möjlighet att ställa frågor under hela proceduren. Vidare upplevde patienterna minskad oro om de fick information av flera olika professionaliteter.

Problemformulering

I takt med att utvecklingen av anestetiska och kirurgiska metoder utvecklas, tillsammans med ökade politiska och ekonomiska initiativ, ökar mängden dagkirurgi nationellt och internationellt. Detta innebär att vårdköerna och vårdtiderna minskar. I sin tur innebär detta att det ställs högre krav på att patienterna erhåller information som ger kunskap både inför men också efter ingreppet för bästa möjliga postoperativa återhämtning.

Forskning riktar återkommande kritik mot att för lite uppmärksamhet ägnas åt att informera patienten samt patienters olika behov av information. Tidigare studier som specifikt behandlar patienters upplevelse av information i samband med brachial plexusblockad saknas. Även utifrån författarnas egna erfarenheter finns det en informationsbrist i samband med att brachiala plexusblockader används. Dagkirurgi bedrivs under rationella former idag för att vara så kostnadseffektivt som möjligt, därför har vårdpersonal en mycket kort tid på sig för att informera och utbilda patienter. Bristen på information resulterar bland annat i att många patienter kommer till operation helt oinformerade om att de ska få en plexusblockad och vad den innebär för egenvården i hemmet. Patienter skrivs ut till hemmet med en arm som saknar sensorisk och motorisk funktion vilket kan medföra risk för skador såsom fallskador samt brännskador i samband med matlagning och annat hushållsarbete. Informationsbristen skulle kunna föranleda återinläggningar på sjukhus vilket i sig är en onödig belastning för sjukvårdens resurser och för samhällsekonomin. Enligt patientlagen ska patienten få möjlighet att välja behandlingsalternativ, då det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (SFS 2014:821, 7 kap, 1 §). Dock ser författarna även en brist i dessa kliniska rutiner, att göra patienterna delaktiga i beslut angående sin anestesi och analgesi. Det är därför högaktuellt och intressant att utvärdera vad patienterna anser om informationen vid plexusblockad.

Denna studie strävar efter bättre förståelse och ökad kunskap för anestesijuksköterskor om vad patienterna anser och eventuellt saknar om given information, vilket förväntas ge kunskap om hur anestesijuksköterskor kan individanpassa informationen, öka kvalitén på omvårdnaden samt patientens förmåga till egenvård i hemmet.

Syfte

Syftet är att utifrån ett patientperspektiv utvärdera perioperativ information i samband med brachial plexusblockad vid dagkirurgi.

Frågeställningar

- När är patienten som mest mottaglig för information?
- Hur delaktig är patienten i beslut om anestesi/analgesimetod?
- Finns det någon information som patienten saknar och i så fall vilken?

Metod

Initialt granskades en stor mängd litteratur för att kunna skapa en uppfattning om vad som har studerats inom ämnet. Litteratur har sökts via flera databaser och med hjälp av MeSh och thesaurus termer samt booleska sökoperatörer. Databaserna PubMed, Cinahl samt manuella sökningar via google scholar och google har använts. Författarna har kritiskt granskat litteraturen, tillsammans och var för sig (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006).

Design

Studien har en kvantitativ design och genomfördes som en tvärsnittsstudie med enkät som datainsamlingsmetod, riktad till patienter inom ortopedisk dagkirurgi. Tvärsnittsstudie används då en population studeras vid ett specifikt tillfälle (Polit & Beck, 2014).

Utarbetande av enkät

Någon tidigare enkät för syftet fanns inte, därför utarbetades en ny enkät med stöd i litteraturen (Bilaga 2) (Ejlertsson, 2014). Studien innebar att patienterna via en enkät besvarade frågor med givna svarsalternativ. Frågorna berörde olika aspekter av information, såsom tidsaspekt för information, informationens innehåll, delaktighet i beslut om analgesi, nöjdhet med information samt informanternas förslag på förbättring. Enkäten bestod av 11 frågor. Till sju frågor gavs möjlighet för informanten att med egna ord fritt förtydliga sitt svar; exempelvis med vad de eventuellt saknade gällande informationen. Enkätfrågorna med slutna svarsalternativ kunde besvaras med ja eller nej, alternativt ja, helt och hållet, delvis eller nej, inte alls. Två av frågorna i enkäten var flervalfrågor och på fråga 10 fick patienten skatta sin nöjdhet med hjälp av en numerisk skala.

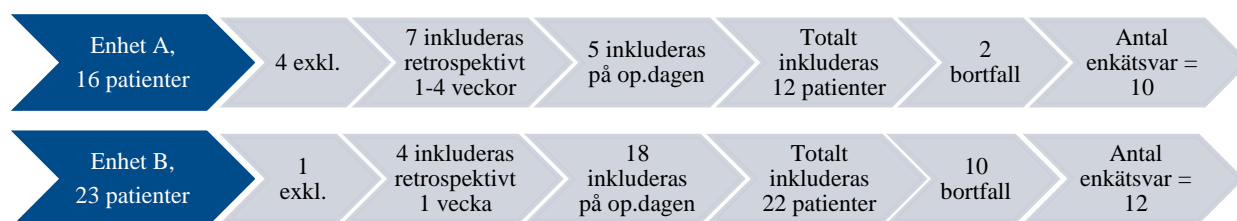
Urval

Ett konsekutivt urval av patienter, över 18 år, på två likvärdigt stora dagkirurgiska enheter (klinik A och B) i västsverige, med liknande arbetsrutiner för elektiv dagkirurgi gjordes.

Urvalet gjordes utifrån ett redan planerat operationsprogram. Alla patienter som uppfyllde inklusionskriterierna, under vecka 12-17 på enhet A och under vecka 15-17 på enhet B, inkluderades i studien. Konsekutivt urval valdes för att erhålla ett så stort urval som möjligt, vilket ökar chansen för ett representativt resultat (Polit & Beck, 2014). Inklusionskriterier var patienter som hade genomgått ortopedisk operation i övre extremitet, erhållit en brachial plexusblockad och gått hem samma dag. Patienterna hade antingen enbart erhållit brachial plexusblockad eller i kombination med sedering alternativt generell anestesi. Exklusionskriterier var patienter som var under 18 år, hade nedsatt kognitiv funktion eller inte talade eller förstod det svenska språket.

Datainsamling

Enkät valdes eftersom ett större urval patienter önskades och tiden för datainsamling var begränsad. Ytterligare orsaker var att kunna nå ut till patienter i ett större geografiskt område samt att patienterna i ett lugnt skede hemma, skulle ha möjlighet att begrunda svarsalternativen. Datainsamlingen genomfördes under vecka 16 och 17 våren 2016. Datainsamlingen kunde påbörjas efter ett godkännande från respektive enhets verksamhetschef/vårdenhetschef. Enkäten distribuerades postoperativt av personalen som arbetade på operationsenheternas uppvakningsavdelning och i samband med detta informerades patienterna via en forskningspersonsinformation (Bilaga 1), där det tydligt framgick att deltagandet i studien var på frivillig basis. Majoriteten av patienterna erhöll enkäten samma dag som de blivit opererade med instruktioner om att besvara den hemma inom tre till fyra dagar och returnera den i bifogat frankerat kuvert. För att öka antalet studiedeltagare gick författarna tillbaka fyra veckor i tiden, från startdatumet, på enheten A och inkluderade ytterligare sju patienter, totalt inkluderades 12 patienter. På enhet B gick författarna tillbaka en vecka i tiden och kunde på så sätt inkludera ytterligare fyra patienter, totalt inkluderades 22 patienter (fig 2). Det sammanlagda antalet blev 34 patienter. Patienterna som inkluderades retrospektivt fick samma information och enkät hemskickade en till fyra veckor postoperativt. Påminnelsebrev, inklusive ny enkät, skickades ut under vecka 17 och 18 till de patienter som inte hade svarat efter den angivna tidsramen på tre till fyra dagar postoperativt.



Figur 2. Urvalsprocessen som resulterade i studiens 34 deltagare, med en svarsfrekvens på 65 %.

Dataanalys

Data från de två klinikerna analyserades som en helhet. Data sammanställdes utifrån enkätens frågeområden och analyserades deskriptivt, det vill säga med beskrivning av data i frekvenser, medelvärde och eventuellt spridningsmått (Polit & Beck, 2014; Ejlertsson, 2014). Sammanställningen presenteras i figurer och text. Data från den fritt beskrivande texten presenteras dels i frekvenser av kommentarer på respektive frågeområde och dels i citat. Då informanternas kommentarer tar upp likartat innehåll valdes ett representativt citat att anges. Citaten kommer att anges ordagrant i resultatet utan att tolkas eller analyseras.

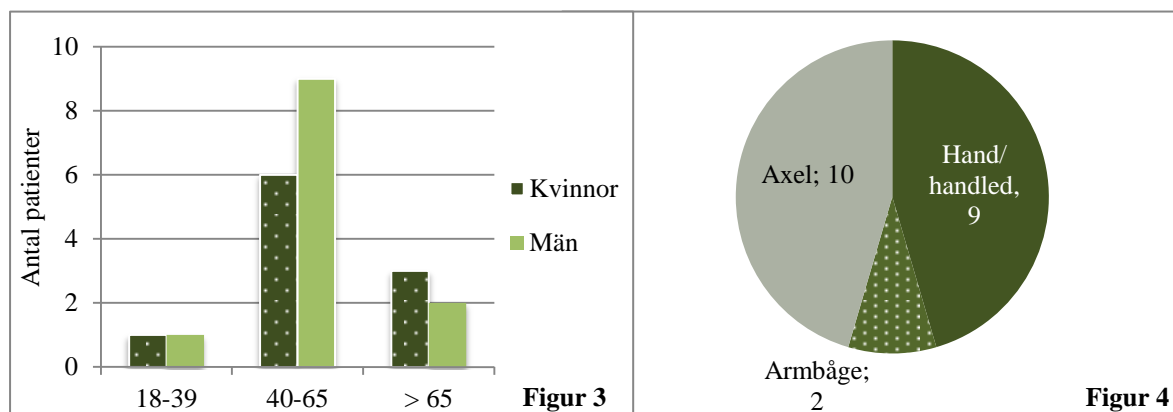
Forskningsetiska överväganden

Forskningen inom humanvetenskapen skall bedrivas utifrån etiska riktlinjer som avser att upprätthålla integritet och handlingsfrihet hos individen. I enlighet med Helsingforsdeklarationen, har forskaren ett ansvar att redovisa sitt resultat på ett tillförlitligt sätt. Det innebär att inga data får förvanskas och att kunskapen har vetenskaplig bärighet. Det ställer krav på forskaren att denne har goda kunskaper och är kunnig inom sitt område (Vetenskapsrådet, u.å). Efter att ha lämnat både muntlig och skriftlig information gavs skriftligt tillstånd från enheternas verksamhetschef respektive vårdenhetschef att genomföra studien. Patienterna erhöll information om studiens syfte och tillvägagångsätt muntligt och skriftligt och informerades om att deltagandet var helt frivilligt, utifrån de forskningsetiska krav som finns. Inga persondata som kunde härledas till den enskilda patienten fanns med på de besvarade enkäterna eller i detta arbetes sammanställning. Insamlad data har endast behandlats av författarna och handledaren. Författarna har således förhållit sig till informationskravet genom att ge muntlig och skriftlig information om den aktuella studiens syfte, samtyckeskravet genom att låta patienten bestämma om deltagande eller ej samt inhämtande av samtycke från informanten, konfidentialitetskravet genom att förvara data inlåst för obehöriga och nyttjandekravet genom att endast använda insamlad data för denna studies ändamål (Ejlertsson, 2014; Vetenskapsrådet, u.å).

Resultat

Resultatet presenteras utifrån enkätens frågeområden under rubriker som stämmer väl överens med innehållet i enkäten och tar upp tidsaspekt för information, informationens innehåll, delaktighet i beslut om analgesi, nöjdhet med information samt informanternas förslag på förbättring. Under varje rubrik presenteras först det kvantitativa resultatet i text och figurer, följt av representativa citat i text. Fem patienter exkluderades inledningsvis på grund av kognitiv dysfunktion. Totalt uppfyllde 34 patienter inklusionskriterierna och tillfrågades att medverka i studien. Av dessa 34 returnerades 22 besvarade enkäter, vilket gav underlag för analys (fig 2). Svarsfrekvensen var 65 % och bortfallet 35 %. Av de deltagande patienterna var tio kvinnor och 12 män och majoriteten var i åldersgruppen 40-65

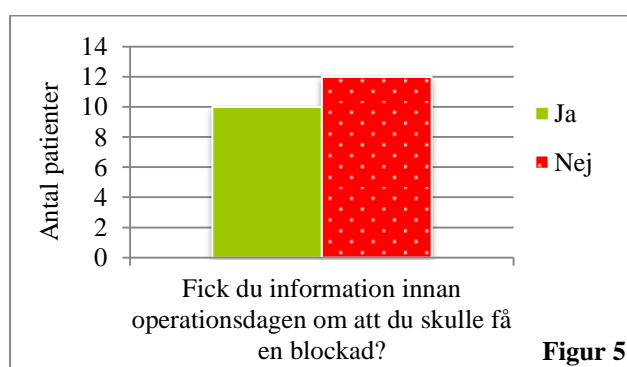
år (fig 3). Patienterna hade blivit opererade dagkirurgiskt i hand/handled, armbåge eller axel (fig 4) och alla hade erhållit en brachial plexusblockad. Enkäterna besvarades mellan operationsdagen och 44 dagar postoperativt med ett medeltal på den elfte dagen och ett mediantal på sjunde dagen.



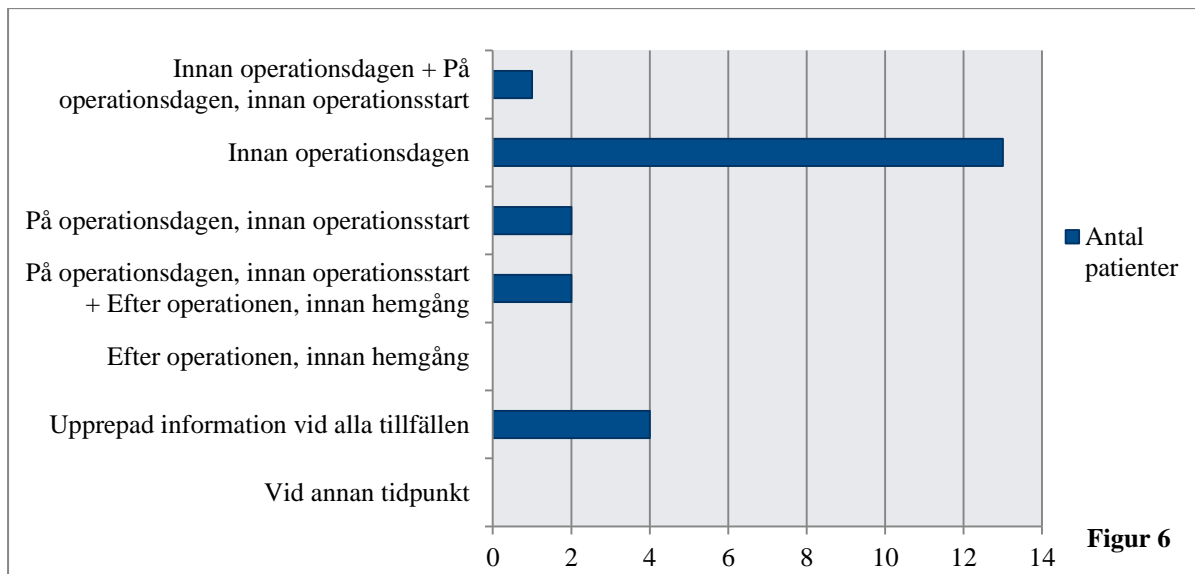
Figur 3 visar ålder och kön på studiedeltagarna. Figur 4 visar antal patienter opererade i respektive extremitet.

Tidsaspekt för information

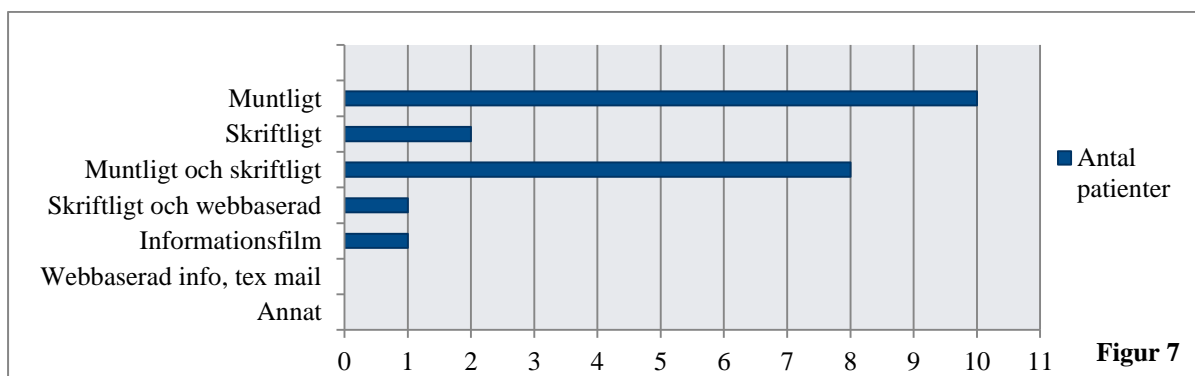
Drygt hälften av patienterna (12/22) fick ingen preoperativ information om att de skulle erhålla en brachial plexusblockad (fig 5), av dessa 12 skulle sex önskat få den informationen. Tretton patienter skulle helst vilja ha sin information innan operationsdagen, följt av fyra patienter som önskade upprepad information både pre-, per- och postoperativt. Ingen ville få information angående blockadens effekter enbart postoperativt (fig 6). Tio patienter ville helst ha sin information muntligt och åtta ville ha informationen både skriftligt och muntligt (fig 7).



Figur 5 visar om patienterna fick preoperativ information angående blockaden.



Figur 6 visar vid vilken tidpunkt patienterna helst skulle vilja ha sin information.



Figur 7 visar på vilket sätt skulle patienterna helst skulle vilja ha sin information.

Sex patienter beskrev fritt vad de ansåg om tidsaspekten för informationsgivningen:

Svårt att ta in en timme före blockaden.

Jag var spänd inför operationen som gjorde att jag inte lyssnade så noga.

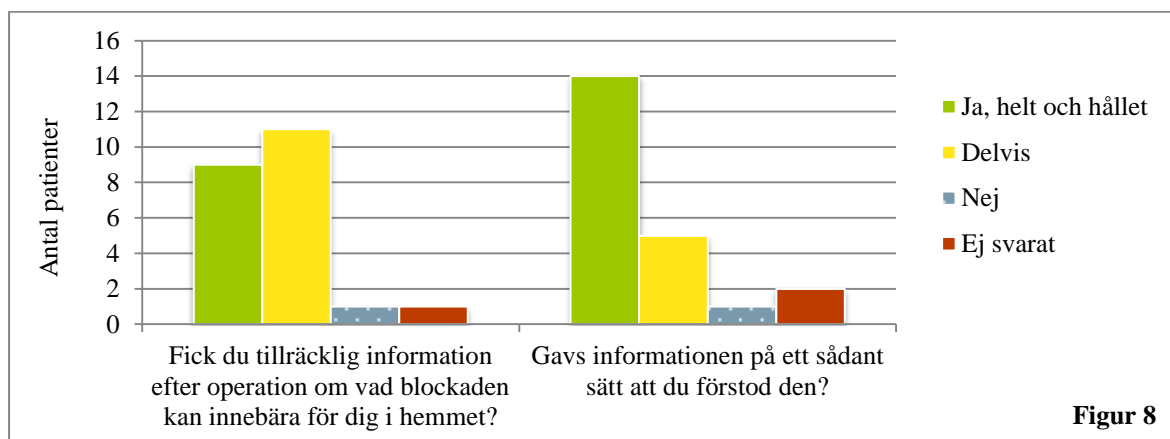
Bland dessa sex patienter framkom upplevelse av viss stress från personalens sida vid informationsgivningen och önskemål om följande efterfrågades:

Tidigare information. Fick information i operationsrummet.

Infoblad till denna undersökning innan operation.

Informationens innehåll

Majoriteten av patienterna (13/22) upplevde att de fick tillräcklig information på sjukhuset på operationsdagen om vad en blockad innebär, sex ansåg att de delvis fick det och tre ansåg att de inte alls fick tillräcklig information (fig 8). Fem patienter uppgav att de delvis förstod den informationen som gavs och en patient uppgav sig inte alls förstå given information. Två informanter valde att inte besvara frågan (fig 8).



Figur 8

Figur 8 visar om patienterna erhållit tillräcklig postoperativ information samt om de förstod given information.

Tio patienter beskrev fritt vad de saknade för innehåll i informationen, till exempel:

Hur mycket man får eller ska använda handen och fingrarna, hur tungt man får bära, hur man ska klara sig praktiskt hemma när man är helt ensam, info om att man kan ringa biståndshandläggaren.

All information som rör plexusblockaden. Fick info när jag åkte hem.

Vad "blockad" innebar, kan ha blivit informerad! Minns ej!

Förstod inte riktigt att armen skulle vara helt orörlig.

Saknade info om att stämbanden kunde påverkas + andningen.

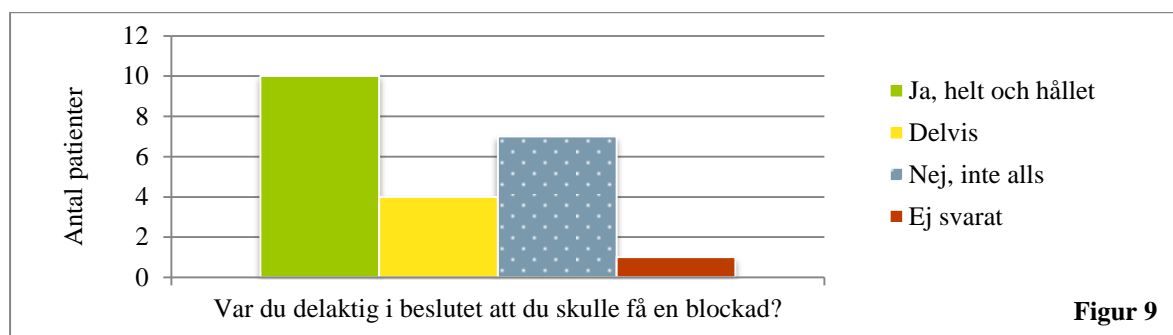
Hade jag vetat riskerna hade jag aldrig accepterat att göra det. Är oerhört påverkad psykiskt en vecka senare pga andningssvårigheter som uppstod.

Av ovanstående tio patienter var det flera som beskrev att de inte uppfattat blockadens duration, ett exempel lyder:

Det var nog mer jag som inte förstod att det skulle bedövas så länge och att hela armen blev en blyklump till nästa dag (skriver med vänstern).

Delaktighet i beslut om analgesi

Tio patienter ansåg sig helt delaktiga i beslutet att erhålla en plexusblockad, fyra var delvis delaktiga, sju var inte alls delaktiga och en utelämnade svar (fig 9).



Figur 9 visar hur delaktiga patienterna var i beslutet om analgesimetod.

Sex patienter beskrev fritt vad de ansåg om sin delaktighet. Flera uppgav att de inte ifrågasatte beslutet om plexusblockad utan:

Förutsätter att sjukvården vet bäst.

Jag ifrågasatte aldrig om det fanns alternativ. Bedömde att metoden var helt ok så det fanns ingen anledning att fråga.

Hos en av dessa sex patienter, som inte var delaktig, framkom besvikelse över att inte ha fått välja anestesimetod:

Ville bli sövd, kände att jag inte fick välja! Blev besviken!

Nöjdhet med information

Patienternas totala nöjdhet med informationen given i samband med deras plexusblockad resulterade i ett medelvärde på 7,2 och median på 8 (skalan graderad 1-10, där 10 är mest nöjd), baserat på 20 patienters svar.

Fyra patienter skrev fritt om sin nöjdhet med informationen, två exempel lyder:

Informationen var utmärkt i alla steg.

Är överhuvudtaget mycket nöjd med bemötande, information och behandling.

En av dessa fyra patienter, som angivit en etta på skalan, skrev i fritext att:

Trots allt är jag nöjd med min operation. Fick ett mycket bra bemötande av personalen.

Patienternas förslag på förbättringar

De öppna frågorna angående förslag på förbättringar (fråga 9) samt övriga kommentarer (fråga 11) besvarades av 11 respektive tio patienter. Resultatet visar på specifika brister samt förslag på förbättringar:

Kommunikationen mellan patient/ sjuksköterska/ läkare.

Vore bra om man i förväg får veta att man kan välja alternativ metod.

Smärtlindringen var ok, men rörligheten måste meddelas på ett bättre sätt.

Att man får informationen innan operationsdagen så att man vet helt 100 vad det innebär osv.

Hur det kan kännas efter op mm.

Ringt mig på telefon.

Bättre blockad.

Diskussion

Metoddiskussion

Enkät som insamlingsmetod för denna studie lämpade sig väl då informationen samlades in under en begränsad tid. Enkäten är inte validerad då författarna inte kunde finna någon tidigare gjord enkät som överensstämde med det som avsågs att studeras i föreliggande studie. Ejlertsson (2014) skriver att om en icke validerad enkät används, bör frågorna formuleras så att de mäter det som avses att mätas. Vidare beskrivs att det inte är enskilda frågor som valideras utan helheten i relation till syftet, utifrån ställd fråga eller en serie frågor. Om en validerad enkät hade använts i denna studie, hade det stärkt resultatets validitet och reliabilitet.

Någon pilotstudie till föreliggande studie gjordes inte, då tiden för datainsamlingen var knapp. Frågorna i enkäten formulerades noggrant i avsikt att patienterna skulle förstå vad som avsågs och språket i enkäten var lättförståeligt. Detta blev bekräftat genom att så gott som alla informanter besvarade alla frågorna på ett sätt som gjorde det möjligt att besvara studiens syfte. Enligt Ejlertsson (2014) är nackdelen med enkät att informanterna inte kan få

hjälp att fylla i den, tilläggsinformation är inte möjlig och allt för många frågor bör undvikas. Fördelen med enkäter är att informanterna inte träffar författarna vilket kan ge mer sanningsenliga svar och de har möjlighet att svara anonymt. Enkäter kan lättare anpassas efter informanternas behov, till exempel att de kan fylla i den när de har tid (Ejlertsson, 2014; Polit & Beck, 2014). I denna studie begränsades antalet frågor och det var det av betydelse att även använda öppna svarsalternativ för att patienterna skulle kunna förtydliga sina svar. Oftast väljer endast få informanter att besvara de öppna frågorna, varför resultatet får betraktas med viss försiktighet (Ejlertsson, 2014; Polit & Beck, 2014). I denna studie fanns totalt sju öppna frågor, vilka besvarades helt eller delvis av 75 %. Åttiotvå procent (18/22) besvarade alla slutna frågor. Datainsamlingen resulterade i en svarsfrekvens på 65 %, vilket enligt Polit och Beck (2014) är en stor andel svar. De menar att en svarsfrekvens på mer än 65 % stärker studiens tillförlitlighet. Bortfallet på 12 patienter kan ha flera tänkbara orsaker. I och med att dagkirurgi innebär korta vårdtider med mycket information på kort tid, kan patienterna ha upplevt en informationströtthet. Det kan handla om en prioriteringsfråga då de erhåller mycket information vid just utskrivningstillfället. En annan tänkbar orsak skulle kunna vara patienternas fysiska begränsning. Målgruppen var trots allt patienter opererade, bedövade och eventuellt gipsade i hand, arm eller axel, vilka skriftligt skulle besvara en enkät. Således skulle valet av datainsamlingsmetod kunnat påverka svarsfrekvensen, men då patienterna hade fyra dagar på sig att besvara enkäten, hade blockaden hunnit släppa. Faktum kvarstår dock att de skulle kunna varit gipsade eller burit axellås vilket i så fall skulle ha försvårat besvarandet av enkäten.

Patienterna erhöll enkäten postoperativt dels för att minska risken att de skulle känna att deras vård skulle kunna påverkas av svaren och dels för att låta patienterna begrunda svarsalternativen. Detta får stöd av Stevens et al. (2006) som har funnit att så länge patienter är inlagda på sjukhus kan de inte fullt ut bedöma deras tillfredsställelse med erhållen postoperativ information. Det skulle kunna vara så att patienterna som besvarat enkäten i närmre anslutning till operationsdagen, har en klarare minnesbild av vad de upplevt än de som besvarat enkäten efter en längre tid. Det skulle även kunna vara det omvända, att distansen till operationsdagen gör att patienten hinner smälta intrycken och på så vis får en tydligare bild. Detta kan innebära att svaren från dem som har svarat på operationsdagen eller 44 dagar postoperativt kan skilja sig åt. Detta stärks av Ejlertssons (2014) resonemang att olika grad av kunskap hos en individ inom responspsykologin avgör hur en individ besvarar en enkät. Händelser som varit i nära anslutning till enkäten tenderar individen att bättre komma ihåg och kunna återberätta. Frågor som är känslösamma tenderar att underrapporteras och en av anledningarna till varför svarsfrekvensen i enkätundersökningar generellt har minskat över tid, kan vara en känsla av att vara övervakad av samhället. Öppna intervjufrågor hade varit en annan tänkbar metod som kan antas ha gett en djupare förståelse då informanten fritt berättar om sin upplevelse angående informationen om brachial plexusblockad. På grund av begränsad tid för datainsamling var inte intervjuer aktuella.

Det var skillnad i antalet inkluderade patienter från de båda enheterna under den aktuella tidsperioden. Då bortfallet var större på enhet B resulterade det i en relativt jämn fördelning av informanter som besvarade enkäten. Även om syftet inte var att göra någon jämförelse och resultatet ses som en helhet anser ändå författarna att det är en styrka att studien är utförd på två enheter.

Författarna har kritiskt reflekterat över vald metod utifrån frågor om kvalitetsaspekter såsom validitet, reliabilitet och generaliserbarhet. Validitet uppnåddes genom att enkäternas frågor gav svar på studiens syfte, och i enkäten blev det som avsågs att mätas besvarat. Genom att tydligt beskriva forskningsprocessens olika steg stärker det resultatets reliabilitet. Yin (2013) menar att det är svårt att generalisera resultatet om urvalet är litet, även om urvalet är gjort med noggrannhet. I föreliggande studie ledde datainsamlingen till en studiepopulation på 22 patienter. Generaliseringen får därför ses utifrån populationen och aktuellt kontext snarare än som en generell sanning. Eftersom informanternas beskrivande text endast bestod utav kortare meningar togs beslutet att inte analysera dessa utan istället presentera dem som citat, vilket stärker och förtydligar resultatet.

Ingen skillnad i datasammanställningen gjordes på patienter som endast erhöll blockad samt eventuell sedering och de som blev sövda i tillägg till blockaden. Det finns en möjlighet att icke sövda patienter lättare tar till sig information som ges och minns den bättre. Om denna jämförelse hade gjorts, skulle delar av resultatet möjligen kunnat bli annorlunda. Det hade varit av värde att jämföra hur tillägg av sedering respektive generell anestesi påverkat resultatet, vilket i aktuell studie tyvärr omöjliggjordes på grund av att tiden inte medgav att samla data från ett tillräckligt stort antal deltagare för att analysera denna jämförelse.

Resultatdiskussion

Syftet var att utvärdera den perioperativa informationen i samband med brachial plexusblockad vid dagkirurgi. Syftet blev besvarat och diskuteras här utifrån; tidsaspekt för information, informationens innehåll, delaktighet i beslut om analgesi, nöjdhet med informationen samt informanternas förslag på förbättring.

Resultatet visar att patienter efterfrågar information och kunskap för att vara förberedda inför det dagkirurgiska besöket samt för att postoperativt kunna hantera egenvården i hemmet. Resultatet bekräftar vad Dorothea Orems (1991) omvårdnadsteori beskriver är viktigt; att understödja patientens egenvårdskapacitet. Sjuksköterskan bör i mötet med patienten identifiera patientens egenvårdsbrist och hur denna kan kompenseras. Egenvårdsbristen kan stödjas alternativt kompenseras helt eller delvis. Information om att armen blir motoriskt och sensoriskt påverkad av den brachial plexusblockaden saknades av flera patienter i denna studie. Information om detta skulle ge patienterna kunskap om

egenvårdsåtgärderna för att därmed kunna möta egenvårdsbehovet. Den dagkirurgiska patienten ställs inför att själv eller tillsammans med sin anhörige hantera den postoperativa vården i hemmet. Nya egenvårdsbrister kan tillkomma före, under och efter det dagkirurgiska besöket vilket ställer krav på den dagkirurgiska vården att vara tillgänglig för patient och närstående för att tillgodose de individuella behoven och optimalt förbereda egenvården.

Tidsaspekt för information

Forskning visar att drygt 80 % upplever oro på operationsdagen och att de största anledningarna är oro inför anestesi och eventuellt kommande smärta (Mitchell, 2011). Vidare finns det beskrivet att vid elektiva operationer känner patienter oro då de inte vet vad som kommer att hända eller vad de kan förvänta sig av sitt dagkirurgiska besök (Chetty & Ehlers, 2009). Detta överensstämmer med föreliggande studie där drygt hälften av patienterna inte hade erhållit preoperativ information innan operationsdagen om den brachiala plexusblockaden och vad den skulle innebära. Således kom många till operation helt oinformerade och oförberedda om vad som skulle hända. Detta visar på att anestesisyterskötterskan kan behöva ägna längre tid än beräknat för att ge den information som saknas, vilket sällan är inplanerat i rutinerna vid dagkirurgi. De allra flesta ville bli informerade om vad en plexusblockad innebär, hur den ges och dess postoperativa betydelse, redan innan operationsdagen. Patienterna beskrev att informationen de fick på operationsdagen var svår att ta in så snart inpå anläggandet av blockaden. Detta överensstämmer med Mitchell (2011) som beskriver att patienter önskar få sin information en till fyra veckor innan operationsdagen. Även Straessle, Gilliard, Frascarolo, Rossat och Albrecht (2011) beskriver att patienter som erhåller skriftlig information inför ett preoperativt mottagningsbesök, tar till sig informationen bättre och uppfattar den mer korrekt samt visar på högre grad av tillfredsställelse, än de som kommer oinformerade inför besöket. I föreliggande studie efterfrågades webbaserad information i kombination med skriftlig information. På samma sätt menar Hering et al. (2005) att webbaserad information mycket väl kan användas och att patienterna i lugn och ro hemma kan inhämta kunskap angående aktuellt ingrepp och anestesi. Gilmartin (2004) menar att ett preoperativt mottagningsbesök ger en välinformerad och trygg patient. Patienter värdesätter skriftlig och muntlig information om vad som skall hända på operationsdagen samt att de ges möjlighet att ställa frågor, vilket i sin tur minskar deras oro.

Resultatet påvisar att patienter efterfrågar information före operationsdagen och i enlighet med gällande kompetensbeskrivning för anestesisyterskötterskor (Swenurse, 2012) har sjuksköterskor en skyldighet att försäkra sig om att patienten erhållit adekvat information samt försäkras om att de förstått informationen. Bergman, Stenudd och Engström (2012) fann att information före operation är uppskattad och relevant för att patienterna skall kunna förbereda sig och känna att de har kontroll. Vidare skriver de att en tydlig skriftlig

information tillsammans med verbal information minskar risken för missuppfattningar mellan vårdgivare och patient. Även Aquilina och Baldaccino (2007) beskriver vikten av information och att målet med preoperativ information är att den skall stödja patienten och dennes anhörig inför och efter ingreppet samt att vara till hjälp för att patienten skall kunna hantera den specifika situationen.

Informationsens innehåll

Knappt hälften av patienterna uppgav att de inte hade fått tillräcklig information på sjukhuset om blockadens effekter, vilket resulterade i att de inte var förberedda inför egenvården i hemmet eller medvetna om konsekvenserna av att tillfälligt ha en förlamad arm. Patienterna saknade allmän information kring hur armen kan kännas efter en plexusblockad och flera beskriver att de inte hade uppfattat att blockaden skulle sitta i så länge som den gjorde. Resultatet stämmer väl överrens med vad Bergman et al. (2012) beskriver i sin studie. De menar att patienter med regional blockad upplever en konstig känsla i den extremitet som bedövats och att de kan uppleva en förlust av kroppsdel. De kan även beskriva en upplevelse av svullnad i armen och att den bedövade kroppsdelens känns svampig och domnad. Heikkinen et al. (2007) beskriver att patientinformationen bör utformas utifrån varje individ och dennes behov, vilket innebär att den också skall innehålla det individen eftersöker och saknar kunskap om. Vidare skriver Heikkinen et al. (2007) att brist på individanpassad information kan leda till oförutsägbara händelser vilka i sig kan leda till komplikationer och ökade kostnader för både samhälle och individ. I föreliggande studie saknade patienterna information om armens rörlighet eller avsaknad av rörlighet och motorik det första dygnet. Flera patienter beskriver att de visste att armen skulle vara bedövad men inte vara helt orörlig. Information saknades även angående hur man som ensamstående skulle klara sig hemma med en förlamad arm och önskan om att få information om att kunna kontakta biståndshandläggare framkom. Leino-Kilpi et al. (2009) drar i sin studie slutsatsen att det är viktigt att dagkirurgiska patienter får mer information angående vart de ska vända sig postoperativt för att erhålla hjälp med sociala och ekonomiska insatser från samhället. Resultatet i föreliggande studie stämmer väl överrens med författarnas tidigare erfarenheter av informationsbrist i samband med att patienter inom dagkirurgi erhåller brachial plexusblockad.

Författarna till denna studie hade en hypotes om att patienterna skulle ange bristande information angående smärtlindringen postoperativt, när blockaden hade släppt. Men ingen patient beskrev att den informationen saknades. Ingen patient nämnde heller något problem med smärtlindringen efter att blockadens effekt hade avtagit. Två tänkbara orsaker till varför patienterna inte nämner brister i informationen om smärta eller smärtlindring kan dels bero på att smärtan inte var något problem. Alternativt kan det bero på att informationen angående smärtlindringen var tillräckligt bra att patienterna kunde hantera den. Detta är en positiv iakttagelse eftersom information angående smärtlindring är så viktigt. Flanagan (2009) skriver att patienter som får smärtgenombrott efter att ha haft en regional blockad,

många gånger blir rädda att något gått fel med operationen eller att patienten har handlat fel och äventyrat utfallet av operationen. Om patienterna från början är medvetna om konsekvenserna av att blockaden släpper och hur det ska hanteras kan de slippa den oro som Flanagan (2009) nämner.

Patienterna saknade framförallt information om vad en blockad innebär och dess effekter. Författarna frågar sig varför informationen brister. Möjligtvis kan det vara en kommunikationsbrist mellan anestesilog och anestesijuksköterska eller kanske en övertygelse om att det är den andra professionens ansvar eller rutin att informera om blockadens effekter. Tse och So (2008) fann att sjuksköterskor skattar information angående planerad anestesi som den viktigaste informationen att ge patienten preoperativt, men att knappt hälften upplevde att patienterna fick den informationen. Sjuksköterskorna värderade vidare information om postoperativa förväntningar högre än information om preoperativa förberedelser, i praktiken visade det sig dock vara vice versa, att de informerade mer om preoperativa förberedelser.

Delaktighet i beslut om analgesi

Drygt hälften av patienterna uppgav att de inte var delaktiga alls eller endast delvis delaktiga i beslutet att erhålla en blockad. Besvikelse framkom över att inte ha fått möjlighet att välja anestesimetod. Vidare framkom att patienterna inte var medvetna om att det fanns alternativ till blockaden och att de därför uttrycker att det inte fanns någon anledning att ifrågasätta beslutet om att erhålla en blockad. Detta strider mot patientlagen som säger att patienten ska få information om möjligheten att välja behandlingsalternativ (SFS 2014:821, 3 kap, 2 §) samt att hälso- och sjukvården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (SFS 1982:763, 2 §).

Trots att alla informanter inte hade varit delaktiga i beslutet om analgesimetod innebar det ändå en nöjdhet hos flera eftersom de ansåg att sjukvården vet bäst vilken bedövningsmetod som är lämplig. Fenomenet kan förklaras av Leino-Kilpi et al. (2009) som visar att hälften av patienterna i deras studie hellre ville att vårdpersonalen skulle ta beslut om vad som passar dem bäst, än att ges flera olika alternativ att välja mellan. Detta visar på hur viktigt det är med individanpassad information för att öka individens delaktighet i sin vård.

Det finns beskrivet att upplevelsen av att inte vara delaktig uppträder då patienten enbart erhåller standardinformation snarare än individuellt anpassad information. Samma känsla kan infinna sig när patienten upplever sig vara objektifierad snarare än personifierad. Avsaknad av individuellt anpassad information riskerar att medföra att patienten inte informeras på rätt sätt. Information som ges behöver vara baserad på individens särskilda behov med hänsyn till deras erfarenheter och patienten blir först delaktig då denne kan ta till sig given information (Eldh, Ekman & Ehnfors, 2006).

Nöjdhet med information

Jlala et al. (2010a) beskriver att den perioperativa vården ofta tillgodoser patienternas krav och förväntningar, vilket generellt inte kan överföras till perioperativ informationsgivning. Samma tendens kan ses i föreliggande studie. Flera patienter hade inte blivit informerade vid önskat tillfälle, inte erhållit tillräcklig information och saknade specifika delar i informationen. Trots detta har flertalet ändå skattat sin sammantagna nöjdhet med informationen högt, eller i fri text förklarat att de i övrigt är mycket nöjda med vården, vilket författarna till föreliggande studie finner anmärkningsvärt. Vi som författare menar på att informationen är en så stor och betydelsefull del av den dagkirurgiska vården, att om patienten inte är nöjd med informationen, borde de inte heller vara nöjda med vården överlag. Den skattade nöjdheten skulle kunna förklaras med vad Bergman et al. (2012) beskriver, att tiden tillsammans med patienten inte avgör hur mycket av den givna informationen som patienten tar till sig utan snarare vilken kontakt sjuksköterskan lyckas att etablera med sin patient och att totalupplevelsen av den kontakten bedöms. Möjligen kan detta vara en förklaring i denna studie att patienter kan känna sig nöjda med informationen och vården, då de har fått en bra kontakt med den ansvariga vårdpersonalen. Sedan ses kanske bristen på information i rätt tid och innehållet av den som en förbättringspotential.

Patienternas förslag på förbättringar

Cirka en tredjedel av alla patienter ansåg sig delvis eller inte alls förstå informationen som gavs. Det var dock ingen som i fri text beskrev orsaken till det eller hur informationen kan förtydligas. Bland förslag på förbättringar fanns önskemål om bättre kommunikation mellan patient och vårdpersonal samt att undvika dubbla budskap från vårdgivare. Flanagan (2009) menar att vårdpersonal kan ge motsägelsefull information och ibland förringar det dagkirurgiska besöket och vad det innebär för individen. Bergman et al. (2012) beskriver att kombinationen av att ge information och att aktivt lyssna är viktigt, då det underlättar för att bättre kunna förstå patienten och tillgodose dennes specifika behov. De uppger att det är en konst hos sjuksköterskan att ge rätt mängd information före- under- och efter ortopediska operationer, för att patienten skall vara tillräckligt informerad och väl förberedd.

Information om riskerna och konsekvenserna med att få en blockad efterfrågades. Likadant beskriver Puro et al. (2013) att patienterna i deras studie efterfrågade information om riskerna i samband med anestesi, trots att cirka en tredjedel av anestesilogerna uppgav att de redan hade informerat om det. Det faktum att patienterna i både Puro et al. (2013) och föreliggande studie beskrev att de saknade denna information kan tyda på att det finns en kommunikationsbrist, vilket måste förbättras. En större prospektiv studie (Klein et al., 2002) låter påvisa att riskerna med regional anestesi inom dagkirurgi är små. Den vanligaste komplikationen i deras studie var en övergående nervpåverkan. Endast ett fall rapporterades

som fallolycka till följd av nervblockad. Då komplikationsrisken i samband med regional anestesi är relativt liten, skulle det kunna vara en anledning till att det brister i kommunikationen angående blockades risker.

Vidare förslag på förbättringar var att erhålla fullständig preoperativ information om vad det innebär att erhålla en brachial plexusblockad. Flera efterfrågade mer information angående armens rörlighet och allmänt hur det känns efter en blockad. Detta är av största betydelse för att patienten ska kunna vara väl förberedd inför sitt ingrepp och den kommande eftervården. Detta stämmer väl överens med vad Mitchell (2014) kom fram till, där han påvisar ett positivt samband mellan preoperativ information och att vara fullt förberedd inför hemgång.

Konklusion

Det framkom brister i informationen i samband med brachial plexusblockad. Bristen gällde såväl patientens rätt att vara delaktig i beslut om anestesi metod, som när i den perioperativa tiden som informationen ges. Patienterna önskade få både muntlig och skriftlig preoperativ information angående brachial plexusblockad innan operationsdagen. Patienterna informeras inte till fullo angående planerad anestesi och analgesi samt dess risker i enlighet med gällande lagstiftning. Mer hänsyn bör dessutom tas till patientens rätt att vara delaktig i sin vård. En tredjedel av patienterna ansåg att de inte mer än delvis förstod den information som gavs, vilket vittnar om att den individanpassade informationen behöver förbättras.

Kliniska implikationer

Resultatet av denna studie kan ligga till grund för förbättrad utformning av pre- och postoperativ patientinformation vad gäller brachial plexusblockad. Svensk dagkirurgisk vård fortsätter att expandera och den utförs i ett allt snabbare tempo, således behöver vården hitta mottagningsverksamhet som möter patienternas behov samt säkerställer informationsflödet både pre- och postoperativt. Detta överensstämmer med Brattwall, Jildenstål, Warrén Stomberg och Jakobsson (2016) som menar att planering, information och rätt logistik är av betydelse vid genomförandet av regional anestesi på övre extremitet. Ett sätt att underlätta för och samtidigt följa upp patienten är att upprätta rutiner om telefonuppföljning, vilket en informant i enkäten efterfrågade. Dagkirurgiska patienter kan känna sig utelämnade eftersom de skrivs hem så snart efter avslutad operation. Därför är det av betydelse att sjuksköterskan skall kunna vägleda och stötta patienten i sin återhämtningsfas.

Framtida forskning

För att kunna hålla en hög kvalitet vad gäller patientsäkerhet, erbjuda en ökad tillgänglighet vad gäller patientinformation samt en hög tillfredsställelse hos både patient och vårdpersonal, krävs fortsatt forskning samt utvärdering inom området. Förslag på framtida forskning skulle kunna vara en studie som undersöker hur patienter upplever den postoperativa informationen, beroende på om de erhållit brachial plexusblockad med eventuell sedering eller i kombination med generell anestesi. Ytterligare förslag på fortsatt forskning är en intervention med utökad preoperativ information om brachial plexusblockad, såväl i text, bild och som med en lättillgänglig informationsfilm.

Referenslista

- Allison, J., & George, M. (2014). Using Preoperative Assessment and Patient Instruction to Improve Patient Safety. *AORN Journal*, 99(3), 364-375 312p. Doi:10.1016/j.aorn.2013.10.021
- Aquilina, R., & Baldacchino, D. (2007). An exploratory study of Maltese patients' perceptions of their preparation for total joint replacement at the pre-admission clinic. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 11(3-4), 194-203. Doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.joon.2007.08.014>
- Barnes, S., & Russell, S. (2004). Interscalene blocks: Care in the ambulatory setting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 19(5), 352-354.
- Bergman, M., Stenudd, M., & Engström, Å. (2012). The experience of being awake during orthopaedic surgery under regional anaesthesia. *International Journal of Orthopaedic & Trauma Nursing*, 16(2), 88-96 89p. Doi: 10.1016/j.ijotn.2011.08.004
- Blandford, C. M., Gupta, B C., Montgomery, J., & Stocker, M. E. (2011). Ability of patients to retain and recall new information in the post-anaesthetic recovery period: a prospective clinical study in day surgery*. *Anaesthesia*, 66(12), 1088-1092 1085p. Doi: 10.1111/j.1365-2044.2011.06861.x
- Brattwall, M., Jildenstal, P., Warrén Stomberg, M., & Jakobsson, J. G. (2016). Upper extremity nerve block: how can benefit, duration, and safety be improved? An update. *F1000Res*, 5. doi:10.12688/f1000research.7292.1
- Chan, Z., Kan, C., Lee, P., Chan, I., & Lam, J. (2012). A systematic review of qualitative studies: patients' experiences of preoperative communication. *Journal of Clinical Nursing*, 21(5/6), 812-824 813p. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03942.x
- Chetty, C., & Ehlers, V. J. (2009). Orthopedic patients' perceptions about their preoperative information. *Journal of the Democratic Nursing Organisation of South Africa. Curationis* 32(4): 55-60.
- Ejlertsson, G. (2014). *Enkäten I praktiken: En handbook i enkätmetodik* (Vol.3. [rev.] uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Eldh, A. C., Ekman, I., & Ehnfors, M. (2006). Conditions for patient participation and non-participation in health care. *Nursing Ethics*, 13(5), 504-514. Doi: 10.1191/0969733006nej898oa
- Flanagan, J. (2009). Postoperative Telephone calls: Timing is everying. *AORN Journal*, 90(1).

Forskningsetiska principer-Codex-Vetenskapsrådet. Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Hämtad 24 april, 2016 från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> ISBN:91-7307-00

Fröjd, C., Swenne, C. L., Rubertsson, C., Gunningberg, L., & Wadensten, B. (2011). Patient information and participation still in need of improvement: evaluation of patients' perceptions of quality of care. *Journal of Nursing Management*, 19(2), 226-236. Doi: 10.1111/j. 1365-2834.2010.01197.x

Gamo, K., Kuriyama, K., Higuchi, H., Uesugi, A., Nakase, T., Hamada, M., & Kawai, H. (2014). Ultrasound-guided supraclavikular brachial plexus block in upper limb surgery. *The Bone & Joint Journal*, 96, 795-799.

Gilmartin, J. (2004). Day surgery: patients perceptions of a nurse-led preadmission clinic. *Journal of clinical Nursing*, 13(2), 243-250 248p. Doi: 10.1046/j. 1365-2702.2003.00836.x

Gilmartin, J. (2005). Contemporary day surgery: patients' experience of discharge and recovery. *Journal of clinical nursing*, 16, 1109-1117. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01548.x

Gilmartin, J., & Wright, K. (2008). Day surgery: patients' felt abandoned during the preoperative wait. *Journal of Clinical Nursing*, 17(18), 2418-2425 2418p. Doi: 10.1111/j. 1365-2702.2008.02374.x

Hadzic, A., Williams, B. A., Karaca, P. E., Hobeika, P., Unis, G., Dermksian, J., & Santos, A. C. (2005). For outpatient rotatorcuff surgery, nerve block anesthesia provides superior sameday recovery over general anesthesia. *The journal of the American Society of Anesthesiologists*, 102(5), 1001-1007.

Haugen, A. S., Eide, G. E., Olsen, M. V., Haukeland, B., Remme, A. R., & Wahl, A. K. (2009). Anxiety in the operating theatre: a study of frequency and environmental impact in patients having local, plexus or regional anaesthesia. *Journal of Clinical Nursing*, 18(16), 2301-2310 2310p. Doi: 10.1111/j. 1365-2702.2009.02792.x

Heikkinen, K., Leino-Kilpi, H., Hiltunen, A., Johansson, K., Kaljonen, A., Rankinen, S., & Salanterä, S. (2007). Ambulatory orthopaedic surgery patients' knowledge expectations and perceptions of received knowledge. *Journal of Advanced Nursing*, 60(3), 270-278 279p. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04408.x

Helwani, M., Avidan, M. S., Abdallah, A. B., Kaiser, D. J., Clohisy, J. C., Hall, B. L., & Kaiser, H. A. (2015). Effects of regional versus general anesthesia on outcomes after total hip arthroplasty. *The Journal of bone and joint surgery*, 97(3), 186-193.

- Henderson, A., & Zernike, W. (2001). A study of the impact of discharge information for surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 435-441. Doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01857.x
- Hering, K., Harvan, J., D'Angelo, M., & Jasinski, D. (2005). The use of a computer website prior to scheduled surgery (a pilot study): impact on patient information, acquisition, anxiety level, and overall satisfaction with anesthesia care. *American Association of Nurse Anesthetists*, 73(1), 29-33 25p.
- Jlala, H. A., Caljouw, M. A., Bedford, N. M., & Hardman, J. G. (2010a) Patient satisfaction with perioperative care among patients having orthopedic surgery in a university hospital. *Local and Regional Anesthesia*, 2010:3, 49-55.
- Jlala, H. A., French, J. L., Foxall, G. L., Hardman, J. G., & Bedford, N. M. (2010b). Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, 104(3), 369-374. Doi: 10.1093/bja/aeq002
- Klaastad, O., Sauter, A. R., & Dodgson, M. S. (2009) Brachial plexus block with or without ultrasound guidance. *Current Opinion in Anesthesiology*, 655-660 656p. Doi: 10.1097/ACO.Ob013e32832eb7d3
- Klein, S. M., Nielsen, K. C., Greengrass, R. A., Warner, D. S., Martin, A., & Steele, S. M. (2002). Ambulatory discharge after long- acting peripheral nerve blockade: 2382 blocks with ropivacaine. *Anesthesia & Analgesia*, 94, 65-67.
- Lin, E., Choi, J., & Hadzic, A. (2013). Peripheral nerve blocks for outpatient surgery: evidence-based indications. *Current Opinion in Anesthesiology*, 26(4), 467-474 468p. Doi: 10.1097/ACO.0b013e328362baa4
- Leino-Kilpi, H., Heikkinen, K., Hiltunen, A., Johansson, K., Kaljonen, A., Virtanen, H., & Salanterä, S. (2009). Preference for information and behavioral control among adult ambulatory surgical patients. *Applied Nursing Research*, 22, 101-106.
- Mamaril, M. (2000). Fast-tracking the postanesthesia patient: the pros and cons. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 15(2), 89-93.
- McCamant, K. L. (2006). Peripheral nerve blocks: understanding the nurse's role. *Journal of periAnesthesia Nursing*, 21(1), 16-26. Doi: 10.1016/j.jopan.2005.11.006
- Mitchell, M. (2011). Influence of gender and anesthesia type on day surgery anxiety. *Journal of Advanced Nursing*,
- Mitchell, M. (2014). Home recovery following day surgery: a patient perspective. *Journal of clinical nursing*, 24, 415-427.

- Mottram, A. (2011). "like a trip to mcdonalds": a grounded theory study of patient experiences of day surgery. *International Journal of Nursing Studies*, 48(2), 165-174 110p. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.07.007
- Murauski, J. D., & Gonzales, K. R. (2002). Peripheral nerve blocks for postoperative analgesia. *AORN Journal*, 75(1), 134-147.
- Nagelhout, J. J., & Plaus, K. L. (2013). *Nurse anesthesia*. St. Louis, Mo.: Elsevier/Saunders.
- Neal, J. M., Gerancher, J., Hebl, J. R., Ilfeld, B. M., McCartney, C. J., Franco, C. D., & Hogan, Q. H. (2009). Upper extremity regional anesthesia: essentials of our current understanding, 2008. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 34(2), 134.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: concepts of practice* (Vol. 4.). St Louis: Mosby-Year Book.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. 4th edition. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Puro, H., Pakarinen, P., Korttila, K., & Tallgren, M. (2013). Verbal information about anesthesia before scheduled surgery- contents and patient satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 90(3), 367. doi: 10.1016/j.pec.2011.10.005
- Raeder, J. (2010). *Clinical ambulatory anesthesia: Elektronisk resurs*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rankinen, S., Salanterä, S., Heikkinen, K., Johansson, K., Kaljonen, A., Virtanen, H., & Leino-Kilpi, H. (2007). Expectations and received knowledge by surgical patients. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(2), 113-119.
- Stevens, M., Reininga, I. H. F., Boss, N. A. D., & van Horn, J. R. (2006). Patient satisfaction at and after discharge. Effect of a time lag. *Patient education and counseling*, 60, 241-245.
- Straessle, R., Gilliard, N., Frascarolo, P., Rossat, J., & Albrecht, E. (2011). Is a pre-anaesthetic information form really useful? *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 55(5), 517-523. Doi: 10.1111/j.1399-6576.2011.02422.x
- Sveriges Kommuner och Landsting. Verksamhet och ekonomi i Landsting och regioner: Verksamhetsindelning VI 2000 med exempelsamling och verksamhetsbegrepp. (december 2015). Hämtad 20 april 2016 från: http://skl.se/download/18.72ba5c0e151e80f7a097e613/1453195260099/Anvisningar.+Del+2+ +Verksamhet+och+ekonomi+i+landsting+och+regioner_dec15.pdf
- Sveriges Riksdag. Svensk författningssamling 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763). Hämtat 24 april 2016 från: https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

- Sveriges Riksdag. Svensk författningssamling 2014:821. Patientlag (2014:821). Hämtad 20 april 2016 från: https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/
- Swenurse, Riksföreningen för anestesi och intensivvård & svensk sjuksköterskeförening. Kompetensbeskrivning Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesisjukvård. (2012). Hämtad 23 april 2016 från: <http://www.swenurse.se/globalassets/01-ssf-jon-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/anestesi.komp.webb.pdf>
- Tse, K-Y., & So, W, K-W. (2008) Nurses' perceptions of preoperative teaching for ambulatory surgical patients. *Journal of Advanced Nursing* 63(6), 619-625. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04744.x
- Widerberg, K. (2002). *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad; En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Upplaga 3:1 Lund, Studentlitteratur.
- Wright, I. (2011). Peripheral nerve blocks in the outpatient surgery setting. *AORN Journal*, 94(1), 59-77 19p. Doi: 10.1016/j.aorn.2011.02.011
- Yauger, Y. J., Bryngelson, J. A., Donohue, K., Lawhorn, L. A., Pitcher, B. M., Schoneboom, B. A., & Watts, D. D. (2010). Patient outcomes comparing CRNA-administered peripheral nerve block in a US Army same-day surgery center. *AANA Journal*, 78(3), 215-220.
- Yin, R. K. (2013). *Kvalitativ forskning; från start till mål*. Lund, Studentlitteratur.



SAHLGRENSKA AKADEMIN INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

Forskningspersonsinformation till dig som har opererats i plexusblockad på den dagkirurgiska avdelningen på sjukhus X

Bakgrund

I dag utförs operationer på övre extremiteter (hand, arm och axel) i så kallad plexusblockad. Det innebär att nerver blockeras av ett lokalbedövningsmedel för att du skall kunna vara smärtfri under själva ingreppet men också i syfte att smärtlindra efter operationen. Bedövningen kan läggas i vaket tillstånd innan operationen alternativt i samband med operationen då du är sövd. I dag används plexusblockader i stor utsträckning i samband med dagkirurgi, framförallt för att behandla smärta under och efter kirurgiska ingrepp.

Syfte

Syftet med den här studien är att undersöka hur du som patient upplevt informationen du fått i samband med att du erhållit en plexusblockad.

Förfrågan om deltagande

Du blir tillfrågad om att vara med i den aktuella studien, då du dagkirurgiskt genomgått en operation i din hand, arm eller axel och har erhållit en plexusblockad. Vi har fått tillåtelse att genomföra den här studien av vårdenhetschefen och det är via henne vi har fått kontaktuppgifterna till dig.

Hur går studien till?

Om du väljer att delta, kommer du innan utskrivning från den dagkirurgiska enheten att få med dig en enkät att fylla i hemma och sedan returnera den inom 3-4 dagar med bifogat frankerat kuvert. Du kommer att få besvara frågor om hur du har upplevt informationen om din plexusblockad.

Hantering av data och sekretess

Du kommer inte att uppge några personuppgifter i enkäten. Svaren kommer att vara underlag till vår magisteruppsats vid Göteborgs Universitet och kommer att presenteras i en skriftlig samt en muntlig presentation. Svaren kommer att behandlas av oss ansvariga för studien och hanteras oåtkomligt för obehöriga. Då uppsatsen är färdig kommer enkäterna att förstöras. Inga personuppgifter kommer att delges i sammanställningen. Dina personuppgifter behandlas enligt Personuppgiftslagen, PUL (1998:204).

Finns det några risker eller fördelar?

Vi kan inte se att det finns några risker för dig som patient att delta i denna studie. Fördelen med att delta i studien är att du bidrar till att vårdpersonalen får en bättre förståelse för hur patienter upplever given information. På så sätt bidrar du till att framtida patienter kan få en mer utvecklad och anpassad information.

Hur får jag information om studiens resultat?

Studiens resultat förväntas vara klart i mitten av juni 2016. Om du är intresserad av att ta del av studieresultatet, kontakta någon av oss ansvariga för studien. Du finner kontaktuppgifter i slutet av denna information. Du behöver inte ta del av studieresultatet om du inte önskar.

Försäkran, ersättning

Det kommer inte att utgå någon ersättning eller förmåner för delaktighet i studien. Portot på svarskuvertet är betalt. Patientskadeförsäkringen gäller som vid all sjukvård.

Frivillighet

Det är helt frivilligt att delta i studien. Om du har frågor kring studien, kontakta nedanstående personer. Skulle du välja att inte delta i studien, påverkar det inte ditt omhändertagande eller din fortsatta vård/ behandling.

Ansvariga

Ann-Sofie Christiansson, Specialistsjuksköterska inom intensivvård
Specialistsjuksköterskeprogrammet inom anesthesisjukvård
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa
Sahlgrenska akademin, Göteborgs Universitet
E-mail; gusannch@student.gu.se

Malin Claesson, Leg. Sjuksköterska
Specialistsjuksköterskeprogrammet inom anesthesisjukvård
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa
Sahlgrenska akademin, Göteborgs Universitet
E-mail; gusemali10@student.gu.se

Handledare: Margareta Warrén Stomberg,
Docent Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa,
Göteborgs Universitet



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

Enkät angående patienters upplevelser av information i samband med plexusblockad, vid övre extremitetskirurgi.

Kön: Kvinna Man

Ålder: 18-39 40-65 > 65

På vilket sjukhus har du blivit opererad?

Enhet A Enhet B

Datum för operationen _____

Dagens datum _____

I vilken del av armen har du blivit opererad?

Handen/Underarmen Armbågen Axeln

1. A) Fick du information innan operationsdagen om att du skulle få en blockad?

Ja

Nej

1 B) Om inte, skulle du velat ha den informationen?

Ja

Nej

2. Fick du tillräcklig information på sjukhuset på operationsdagen om vad en blockad innebär?

Ja, helt och hållet

Delvis

Nej, inte alls

Berätta vad du eventuellt saknade

.....
.....

3. Var du delaktig i beslutet att du skulle få en blockad?

Ja, helt och hållet

Delvis

Nej, inte alls

.....
.....

4. Fick du tillräcklig information efter operationen om vad blockaden kan innebära för dig i hemmet? (Gällande t.ex. smärtlindring och påverkan på armens rörlighet).

Ja, helt och hållet

Delvis

Nej, inte alls

Berätta vad du eventuellt saknade

.....
.....

5. Gavs informationen på ett sådant sätt att du förstod den?

Ja, helt och hållet

Delvis

Nej, inte alls

Om du inte är helt nöjd, berätta på vilket sätt

.....
.....

6. Finns det någon information som du nu i efterhand saknar?

Ja

Delvis

Nej

Berätta vad du eventuellt saknade

.....
.....

7. På vilket sätt skulle du helst vilja ha din information?
(Markera ett eller flera alternativ)

Skriftligt

Muntligt

Informationsfilm

Webbaserad information, tex mail

Annat.....

8. Vid vilken tidpunkt skulle du helst vilja ha din information?

Innan operationsdagen

På operationsdagen, innan operationsstart

Efter operationen, innan hemgång

Upprepad information vid alla ovanstående tillfällen

Vid annan tidpunkt, när

.....

9. Hur kan informationen förbättras?

.....
.....

10. Markera hur nöjd du totalt är med informationen i samband med plexusblockaden

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Inte alls nöjd

Mycket nöjd

11. Övriga kommentarer:

.....

.....

Enkäten postas 3-4 dagar efter operationen i bifogat svarskuvert.

Tack för din medverkan