

**OPERATIONSSJUKSKÖTERSORS
ERFARENHETER AV ATT VÅRDA
ERAS PATIENTER PERIOPERATIVT**
En kvalitativ intervjustudie

**OPERATING ROOM NURSES'
EXPERIENCES IN CARING OF
ERAS PATIENTS PERIOPERATIVE**
A qualitative interview study

Examensarbete för specialistsjuksköterskeexamen
med inriktning mot operationssjukvård och
magisterexamen med huvudområdet omvårdnad

Avancerad nivå 15 högskolepoäng

Vårtermin År 2023

Student: Golan Rustami

Student: Agnesa Podvorica Stubla

Handledare: Dip Raj Thapa

Examinator: Veronika Karlsson

SAMMANFATTNING

Titel:	Operationssjuksköterskors erfarenheter av att vårda ERAS patienter perioperativt: En kvalitativ intervjustudie
Författare:	Rustami, Golan; Podvorica Stublla, Agnesa
Institution:	Institutionen för hälsovetenskaper, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Examensarbete i omvårdnad – Operationssjuksköterska OM865U
Handledare:	Thapa, Dip Raj
Examinator:	Karlsson, Veronika
Sidor:	33
Nyckelord:	ERAS, Kolorektalcancer, Operationssjuksköterska, Perioperativ vårdprocess, Vårdrelation

Bakgrund: Patienter med kolorektalcancer vårdas enligt enhanced recovery after surgery (ERAS) vårdprogram. ERAS är ett evidensbaserat vårdprogram som syftar till att effektivisera och förbättra vårdkvaliteten genom hela den perioperativa vårdprocessen. Den perioperativa dialogen är nyckeln till god vårdrelation inom ERAS för att motverka vårdlidande. Operationssjuksköterskans funktion är betydelsefull i vårdandet av dessa patienter. **Syfte:** Belysa operationssjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter som genomgår kolorektalkirurgi inom ERAS vårdprogram perioperativt. **Metod:** En kvalitativ studie där åtta operationssjuksköterskor intervjuades. Insamlade data analyserades med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Informanternas upplevelser av att vårda patienter enligt ERAS vårdprogram var positivt. ERAS vårdprogram ansågs vara strukturerat och effektivt. ERAS resulterade i total optimering hos patienter som ska genomgå kolorektalkirurgi. Flera fördelar kunde identifieras med ERAS vårdprogrammet dock framkom det att operationssjuksköterskornas delaktighet var minimal. Däremot hade operationsteamets samverkan en central betydelse i arbetet med ERAS vårdprogram. **Konklusion:** Arbetet och resultaten inom kirurgisk vård har förbättrats avsevärt efter implementeringen av ERAS. ERAS skapar goda förutsättningar för patienterna i deras vård.

ABSTRACT

Title: Operating room nurses' experiences in caring of ERAS patients perioperative: A qualitative interview study

Author: Rustami, Golan; Podvorica Stublla, Agnesa

Department: School of Health Sciences, University of Skövde

Course: Master Degree Project in Nursing – 15 ECTS

Supervisor: Thapa, Dip Raj

Examiner: Karlsson, Veronika

Pages: 33

Keywords: Care relationship, Colorectal cancer, ERAS, Operating room nurse Perioperative care process

Background: Patients with colorectal cancer gets treatment within the ERAS program. It is an evidence-based program with the purpose of making the care more effective through the perioperative process. The perioperative dialogue is the key to a good care relationship within the ERAS to counteract care suffering. The role of the operating room nurse is significant in the care of these patients. **Aim:** The perioperative experience from operating room nurses when they are taking care of patients with colorectal cancer within the ERAS program. **Method:** A quality based study with interviews from eight operating room nurses. Collected data which was analyzed with the help of a quality based content analysis. **Result:** the experience of taking care of patients within ERAS were positive by the informants. ERAS is considered being a structured and effective program. It resulted in an optimization with patients undergoing colorectal surgical. A lot of positive things were identified within ERAS, although the participation of operating room nurses were minimal. However were the cooperation of the surgical team important within the ERAS program. **Conclusion:** The work and result within surgical care has improved significantly since the introduction of ERAS. The program creates good conditions for patients in healthcare.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND.....	1
Kolorektalcancer	1
Enhanced recovery after surgery.....	2
Den perioperativa vårdprocessen	3
Den perioperativa dialogen	4
Vårdande	5
Vårdande relation	6
Lidande	7
Vårdlidande	7
Operationssjuksköterskans funktion och ansvar	8
PROBLEMFÖRMULERING.....	10
SYFTE	10
METOD	11
Urval.....	11
Datainsamling	11
Analys.....	12
Etiska överväganden.....	13
Förförståelse	13
RESULTAT	15
Patient i fokus	15
En välunderrättad patient	15
Kunna se den unika patienten	16
Att arbeta utefter ett standardiserat vårdprogram.....	17
Minskad delaktighet.....	18
Alla i teamet behövs	19
Fördelar för verksamheten	19
Ett strukturerat och effektivt arbetssätt.....	19
Vägen till bättre vård	20
Resultatsammanfattning	21
DISKUSSION.....	22
Metoddiskussion.....	22
Resultatdiskussion	24
Konklusion	27
Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet.....	27
REFERENSER	29
BILAGOR	
1. Bilaga 1: Informationsbrev till verksamhetschefen	
2. Bilaga 2: Informationsbrev till deltagarna	
3. Bilaga 3: Intervjuguide	

INLEDNING

Kolorektalcancer är den tredje vanligaste förekommande cancerformen i Sverige och drabbar både män och kvinnor. Varje år drabbas cirka 6800 individer av kolorektalcancer. Mortalitet är starkt beroende av tumörstadium. Överlevandet för tjocktarmscancer är 68% och för ändtarmscancer 69% fem år efter diagnostik (Cancercentrum, 2022). Vid kolorektalcancer finns ingen klarlagd utlösande faktor. Det finns ärftliga likväl livsstilsrelaterade faktorer som påverkar risken för att drabbas av kolorektalcancer. Enhances recovery after surgery (ERAS) är ett vårdprogram som tillämpas både nationellt och internationellt. Vårdprogrammet innefattar strikta rutiner för den perioperativa vården. Syftet med ERAS är att effektivisera och förbättra kvalitén på vården hos patienter som ska genomgå större kolorektalkirurgi. För att åstadkomma snabb återhämtning och förkorta vårdtiden hos patienter som genomgått kolorektalkirurgi. En central del inom den perioperativa vårdprocessen är grundlig patientinformation. Den perioperativa dialogen syftar till att lindra patientens lidande, bevara patientens värdighet samt främja välbefinnande. Detta i sin tur genererar i en god vårdrelation mellan patient och perioperativ vårdpersonal, det vill säga operationssjuksköterskan.

BAKGRUND

Kolorektalcancer

Kolorektalcancer är elakartade tumörer som utgår ifrån tarmslemhinnans körtlar. Kolorektalcancer drabbar tjocktarmen samt ändtarmen och är den tredje vanligaste cancerformen i Sverige. Det finns ingen specifik orsak till kolorektalcancer dock kan olika faktorer påverka uppkomsten av kolorektalcancer. Uppkomsten beror med stor sannolikhet på arvsanlag och levnadsvanor. Livsstils- och omgivningsrelaterade faktorer som processat kött och rött kött, alkohol- och tobakskonsumtion samt övervikt ökar risken till att drabbas av kolorektalcancer (Folkhälsomyndigheten, 2022). Symtom vid kolorektalcancer kan vara blod i avföringen som i sin tur kan orsaka blodbrist, avföringens konsistens och frekvens kan förändras. Det förekommer även att patienter upplever diffusa obehagskänslor från buken i form av buksmärtor och magknip. Symtom hos en drabbad patient kan även vara trötthet, nedsatt aptit och viktnedgång (Angenete et al., 2016; Cancerfonden, 2020). Vid tidig diagnos av kolorektalcancer bedöms överlevnaden vara upp till 90% (Hagggar & Boushey, 2009). För att diagnostisera kolorektalcancer är det avgörande med både en grundläggande anamnes och olika typer av fysiska undersökningar under utredningen. Om tumören sitter i rektum kan den rektal palperas. Ett annat sätt att upptäcka kolorektalcancer tidigt är via koloskopi, datortomografi, tumörmarkörer samt avföringsprover (Cancerfonden, 2020; Kuipers et al, 2015). I kombination med kirurgi kan cytostatikabehandling eller strålbehandling ges som ett komplement. Cytostatikabehandling är ett celltoxiskt läkemedel och ges i syfte för att stoppa tillväxten av

cancerceller och minska risken för återfall. Strålbehandling används vid rektalcancer för att minska tumören och förebygga återfall. Koloncancer och rektalcancer är två olika tumörformer och behandlingsalternativen skiljs åt. Likväl är den primära behandlingen av kolorektalcancer kirurgi och är den enda botande behandlingen. Tillvägagångssättet inom kolorektalkirurgi är olika beroende på tumörens storlek, placering och tumörstadium. Vid koloncancer genomförs en resektion av tjocktarmen där tarmändarna skarvas ihop, en anastomos. Vid rektalcancer genomförs en rektumresektion eller en rektumamputation (Angenete et al., 2016).

Enhanced recovery after surgery

ERAS är ett vårdprogram som syftar till att effektivisera vården hos patienter som ska genomgå elektiv kolorektal kirurgi (Gustafsson et al., 2019; Nadler et al., 2014). Inom ERAS vårdprogram är målet att uppnå minimalinvasiv kirurgi det vill säga utföra så små ingrepp som möjligt. Inom många elektiva ingrepp utförs de med laparoskopisk kirurgi vilket innebär titthålsteknik. Detta genererar till ett minskat stresspådrag i kroppen (Jakobsson & Cornelius, 2016). ERAS vårdprogram är ett koncept som initialt tillämpades på elektiv kolektomi. Elektiv kirurgi är ett planerat kirurgiskt ingrepp och kolektomi innebär att hela tjocktarmen tas bort. Konceptet utvecklades successivt inom kolorektal kirurgi och kardiovaskulär kirurgi. Vilket bidrog till att ERAS vårdprogram expanderades stegvis inom många kirurgiska områden (Miao et al., 2022).

ERAS är ett strikt utarbetat vårdprogram för att förbereda patienter fysiskt såväl psykiskt under det perioperativa vårdförloppet. Det innebär att patienter ska vara välinformerade om vården och behandlingen som ska tillföras samt erhålla kunskap kring den planerade vården (Lau & Chamberlain, 2016; Wennström et al., 2020). Patienten ska vara välinformerad och undervisad av vårdpersonal, vilket är de mest centrala byggstenarna inom vårprogrammet. Övriga perioperativa förberedelser som preoperativ laxering, näringsdrycker samt fasta inför operation leder till en god komplikationsfri återhämtning. ERAS vårdprogram bidrar till snabb återställelse av normal tarmfunktion, normalt näringstillförsel och förbättrade fysiologiska funktioner. Åtgärder som preoperativ patientinformation, optimering av patientens preoperativa status, lindrig kirurgi och anestesi i kombination med effektiv smärtbehandling till fölgt av tidig näringstillförsel samt tidig mobilisering (Conn et al., 2015; Jakobsson & Cornelius, 2016). Det bidrar till en accelererad återhämtning som i sin tur genererar möjligheter till kortare vårdtider på sjukhuset i jämfört med sedvanlig kirurgi. Innan ERAS vårdprogram tillämpades förknippades kolorektalkirurgi med sängläge och fast föda var otillåtet tills tarmarna uppnått normal funktion. Vilket bidrog till lidande och sämre återhämtning samt längre vårdtider (Lyon et al., 2014; Wennström et al., 2020).

För att främja patientens compliance till ERAS vårdprogram är det väsentligt att den perioperativa vårdpersonalen har ett multidisciplinärt och multiprofessionellt samarbete. För ett funktionellt vårdprogram krävs dessutom ett fungerande team bestående av läkare, anestesiologer, operationssjuksköterskor, anestesisjuksköterskor och undersköterskor med kunskap om ERAS (Wennström et al., 2020). Operationssjuksköterskan är en av de som samordnar vården kring patienten för att säkerställa kontinuiteten till vårdprogrammet

(Jakobsson & Cornelius, 2016). Detta medför till att patienter blir mer aktiva i sin egen vård, främjar autonomi och patientsäkerhet och bidrar till snabbare återhämtning postoperativt. ERAS har bidragit till minimering av komplikationer som illamående, smärta, trombos, perioperativ stress, atelektas, lunginflammation, dysfunktionell tarmfunktion och organsvikt (Wennström et al., 2020). ERAS multimodala arbetsätt har lett till ett ökat välbefinnande, snabbare återhämtning och reducerade vårdtider (Jakobsson & Cornelius, 2016).

Den perioperativa vårdprocessen

Peri är ett begrepp vars ursprung är ifrån grekiskan som hänvisar till tiden närmast, före, under och efter operation (Hanks, 1979).

”Perioperativ vård innefattar anestesi- och/eller operationssjuksköterskans perioperativa vårdande, den perioperativa dialogen, dvs en anestesi- eller en operationssjuksköterskas pre- intra- och postoperativa samtal med sin patient samt behandlingar och tekniker, dvs det praktiska tillvägagångssättet som patienten utsätts för” (Lindwall & von Post, 2009).

Eriksson (1988) skriver att den perioperativa vårdprocessen består av pre-, intra- och postoperativa fasen. Den preoperativa fasen är tiden före operation, vilket motsvarar tidsperioden från det att patienten fått ett beslut om operation tills dess att det kirurgiska ingreppet påbörjats. I den preoperativa fasen inhämtas patientanamnes och patientstatus. Här sker det första mötet mellan operationssjuksköterskan och patienten. Det första mötet med patienten behöver ske i en lugn och ostörd plats där patienten kan uppleva trygghet och säkerhet. Dessvärre kan det första samtalet ske på operationssalen tillsammans med patienten vilket inte ska förekomma. Avsatt tid till den perioperativa dialogen medför lugn och ro vilket bidrar till att patienten känner sig sedd, trodd och lyssnad på. Detta i sin tur leder till ett förtroende mellan den perioperativa hälso- och sjukvårdspersonalen och patienten. Ett preoperativt samtal innefattar att lyssna till patientens berättelse vilket är betydelsefullt för att kunna vidare planera och förbereda patienten inför blivande operation (Eriksson, 1988).

Lindwall och von Post (2008) menar att den intraoperativa fasen innefattar genomförandet av den planerade vården. Fasen inleds med att operationssjuksköterskan tar emot patienten på operationsavdelningen. Tidsperioden kan variera beroende på olika faktorer som den anestesilogiska och kirurgiska vården. Teammedlemmarna förbereder för patientens ankomst till operationssalen. Placeringen av patienten på operationsbordet ska vara anpassad till patientens kropp och det kirurgiska ingreppet. Under denna fas är det viktigt att bibehålla patientens värdighet och integritet så att patienten känner sig trygg, säker och respekterad. Den intraoperativa fasen avslutas när patienten lämnar operationsavdelningen och anländer på uppvakningsavdelningen, där den sista fasen i den perioperativa vårdprocessen börjar (Lindwall & von Post, 2008)

I den postoperativa fasen överlämnas patienten till en sjuksköterska på en postoperativ avdelning. Patienten får återhämta sig och den postoperativa sjuksköterskan möter patientens oro, ångest och smärta. I ett lugnt skede kommer den perioperativa sjuksköterskan att utvärdera vårdprocessen med hjälp av den postoperativa dialogen tillsammans med patienten. Den postoperativa vården avslutas på så vis genom ett samtal med patienten där den perioperativa sjuksköterskan får ta del av patientens känslor, upplevelser och uppfattning av den perioperativa vårdprocessen (Lindwall & von Post 2005; Lindwall & von Post, 2008).

Wennström et al. (2020) skriver att ERAS vårdprogram innefattar den hela perioperativa vårdprocessen och bygger på ett tvärprofessionellt teamarbete där olika yrkesprofessioner samarbetar och koordinerar med varandra. Utifrån de riktlinjer och mål som utgår ifrån ERAS vårdprogram för optimerad vård före, under och efter operation. ERAS vårdprogram riktlinjer bidrar till snabbare och säkrare återhämtning efter det kirurgiska ingreppet av kolorektalcancer.

Den perioperativa dialogen

Den perioperativa dialogen kännetecknas av perioperativa sjuksköterskans pre-, intra- och postoperativa dialog tillsammans med patienten. Den preoperativa dialogen sker när operationssjuksköterskan träffar patienten innan operationen och för en dialog med patienten kring deras tankar och idéer inför operationen. Syftet med dialogen är att tillsammans med patienten planera den omvårdnad som ska ges under operationen. Under den intraoperativa dialogen träffar operationssjuksköterskan patienten vid operationstillfället. Operationssjuksköterskan bekräftar under dialogen att patienten är införstådd i situationen och förklarar vad som kommer att göras och varför innan operationsstart. Syftet med dialogen är att ge vård i relation till och under operationen utifrån den vårdplan som utformats. När patienterna känner igen vårdpersonalen sedan tidigare skapas ett lugn och förtroende. Den postoperativa dialogen äger rum efter operationen. Dialogen ger en möjlighet för operationssjuksköterskan att ta reda på hur patienten mår efter operationen och det ger även en möjlighet att tillsammans med patienten utvärdera arbetet och vården. Att lyssna till patientens upplevelse av operationen och omvårdnaden (Rudolfsson, 2003).

Den perioperativa sjuksköterskan ska omhänderta patienten i förhållande till det kirurgiska ingreppet. Målet med den perioperativa dialogen är att lindra patientens lidande, bevara patientens värdighet samt främja välbefinnande. Vilket bidrar till en livgivande miljö som patienten kommer att bära med sig och minnas som något gott. Den perioperativa dialogen ska vara till fördel och behjälplig för perioperativa sjuksköterskans kommande vårdarbete för att kunna planera och organisera den perioperativa vårdprocessen (Lindwall & von Post, 2005). Att använda den perioperativa dialogen kan vårdpersonal utveckla en helhetssyn på omvårdnad vilket skapar en möjlighet till en vårdande relation med patienten. Genom att använda den perioperativa dialogen kan operationssjuksköterskor lära känna patienten bättre och planera för vården utifrån patientens behov. Den perioperativa dialogen öppnar

möjligheter till en vårdande relation under den hela perioperativa vårdprocessen (Rudolfsson, 2003).

I den perioperativa dialogen får patienten möjlighet att dela med sig utav sina tankar, berätta om sin livshistoria och ställa de frågor och funderingar patienten har kring operationen. Dialogen mellan den perioperativa sjuksköterskan och patienten kan ske verbalt likaså icke verbalt. Dialogen skapar en positiv atmosfär till gemenskap och förståelse mellan de inblandade. I den perioperativa dialogen ska den perioperativa sjuksköterskan föra en dialog baserat på öppna frågor knutet till den enskilde patienten. Vilket skapar förutsättningar till en personcentrerad vård (Lindwall & von Post, 2008; Molander, 1993). Till följd av den perioperativa dialogen skapas möjligheter till ett äkta möte. Ett möte med sympati mellan patienten och den perioperativa sjuksköterskan som befinner sig vid patienten under den perioperativa vårdprocessens alla faser (Buber, 1989). I den perioperativa dialogen är det grundläggande för den perioperativa sjuksköterskan att vara lyhörd och närvarande vilket skapar en tillit, trygghet och kontinuitet för patienten (Buber, 1990).

Li et al. (2019) skriver att den perioperativa dialogen är grundläggande för att ERAS vårdprogram ska vara väl fungerande hos patienter med kolorektalcancer. Genom att föra den perioperativa dialogen inkluderas patienten i sin vård. Dialogen kan ske genom skriftlig och muntlig information från operationssjuksköterskan. God preoperativ information skapar goda förutsättningar för patienten både före och efter operation. Välinformerade patienter är oftast väl förberedda och införstådda i den perioperativa vårdprocessen. Wennström et al. (2020) lyfter vikten av en välinformerad och väl förberedd patienten. Grundlig information om sjukdomen och den planerade behandlingen ökar patientens möjligheter att vara delaktig i sin vård vilket bidrar till trygghet och tillit.

Vårdande

Eriksson (1997) har i sin teori begreppen, ansa, leka och lära vilket är grundläggande delar i vårdandet. Vårdande innebär att genom olika former av ansning, lekande och lärande uppnå ett tillstånd av tillit, tillfredsställelse, kroppsligt och andligt välbehag. Ansning kännetecknas av värme, närhet och beröring och är ett sätt att bekräfta patientens existens genom konkreta kärlekshandlingar. Leken är en paradox. I leken finns övning, prövning, lust, skapande och allvar. Lekandet kan ses som ett uttryck för hälsa och är en viktig del i den naturliga såväl som den professionella vården. Genom lekandet skapas trygghet och livsglädje. Lärandet innebär en utveckling och är en ständig förändring. Genom lärandet skapas nya möjligheter för människan. Inom vården har vårdpersonal ett ansvar att stötta patienten till självbestämmande och återta sitt oberoende. Vårdandet gentemot patienten bygger på tro, hopp och kärlek. Relationen mellan vårdpersonal och patient är en personlig relation och är unik för varje enskild individ (Eriksson, 1997).

Vårdande relation

Vårdrelationen är en central del i vårdandet och vårdprocessen. Vårdrelationen skapar en möjlighet att se hela människan och är en förutsättning för en god relation mellan patienten och vårdpersonalen. Vårdpersonal ska inte tvinga fram en relation utan vårdandet ska präglas av ömsesidighet. Under vårdprocessen, oberoende av hur lång den är, är det betydelsefullt med kontinuitet i vårdrelationen för att stödja patienten. Kontinuitet kännetecknas av att patientens hälsoprocesser utvecklas mot bästa tänkbara hälsa. En trygg och djup relation mellan patient och vårdpersonal är grunden till att vårdprocessen blir vårdande (Eriksson, 2000). För att förebygga och begränsa försämring av hälsan och uppnå optimal livskvalité hos patienter med kolorektalcancer är kontinuitet en betydande aspekt för att främja patientsäkerheten. God kontinuitet i vården bidrar till bättre vårdkvalitet och framförallt trygghet hos patienter med kolorektalcancer, vilket i sin tur genererar en bättre vårdupplevelse. Patienter uppger att det var lättare att bygga en vårdrelation med vårdpersonal som är insatta med deras medicinska historia. Olika professioner uppmanas att samarbeta för att anpassa vården till patienter med kolorektalcancer och deras enskilda behov. För att tillgodose kontinuitet i vården (Wang et al, 2022).

En mellanmännisklig relation syftar till att stärka patientens hälsoprocesser, att lindra lidandet samt främja välbefinnandet i vårdandet mellan vårdpersonal och patient. Vårdrelationen mellan vårdpersonal och patient baseras på ett professionellt engagemang där fokuset ligger på patienten och individens behov av vård. För att bibehålla en professionell vårdrelation använder vårdpersonal sin individuella kunskap och erfarenhet som tillgång i det vårdande mötet. För att bringa en absolut närvaro (Dahlberg & Segesten, 2010). Kasén (2002) beskriver den vårdande relationen som en beröring. Vilket innebär att en kontakt mellan patient och vårdpersonal skapas. Den vårdande relationen ska vara inbjudande och berörande på så vis kan patientens berättelse växa fram och ge uttryck för den personliga hälsosituationen. Utmärkande för en vårdande relation är att mötas ansikte mot ansikte och framför allt om ögonen möts. Kasén (2002) menar på att en ögonkontakt genererar i en närmare kontakt. Patientens kroppsspråk kan även ge uttryck för deras känslor, upplevelser och reaktioner på hur de upplever mötet med vården (Kasén, 2002). I en vårdande relation är det viktigt att erhålla patientens livsvärld och patientperspektivet som utgångspunkt i vårdandet. Det vårdande mötet kan skilja sig åt i olika vårdsammanhang, gemensamt är dock att patientens hälsoprocesser ska stödjas och stärkas. Vårdpersonal ska möta patientens oro och osäkerhet genom att finnas till hands samt vara öppen och följsam till patientens behov som föreligger. Oberoende av vilket vårdsammanhang som föreligger ska vårdpersonal bevara och främja patientens delaktighet (Dahlberg & Segesten, 2010). God kommunikation mellan patient och vårdpersonal utifrån patientens villkor och behov stärker vårdrelationen mellan patient och vårdpersonal. Kontinuerlig information ges till för att patienten ska få en bild av sin sjukdom och behandling. Detta skapar en större förståelse hos patienten att leva med kolorektalcancer och en inblick i sin egen livssituation (Jonsson, et al., 2011; Wang et al, 2022). Vårdrelationen mellan patient och vårdpersonal syftar till att främja hälsa och lindra lidande (Eriksson, 1997).

Lidande

Eriksson (1994) beskriver att ordet lidande kan framkomma som tre olika aspekter i vården. Dessa tre är sjukdomslidande, livslidande och vårdlidande. Vårdpersonal kan uppleva stora utmaningar för att eliminera risken för de tre olika lidande som patienten kan uppleva. Sjukdomslidande kan uppstå när patienten får en sjukdom som ska behandlas. Sjukdomslidande delas in i två kategorier, dessa kategorier är kroppslig smärta, själsligt och andligt lidande. När patienten drabbas av en sjukdom kan smärta tillfogas. Smärta är den vanligaste förekommande lidande för patienten och kan vara svår för patienten att behärska. Smärtan kan vara så outhärdlig att patienten inte kan uppleva sin fulla potential för att bemästra sin smärta. Själsligt och andligt lidande kan uppstå när patienten upplever förnedring, skam eller skuld som patienten har till sin sjukdom eller behandling. Patienter kan uppleva detta själv eller om vårdpersonalen har ett fördömande attityd till patienten. Livslidande är det andra begreppet som tillhör till lidande. När en sjukdom, ohälsa eller situation uppstår hos en patient. Kan patientens livssituation förändras. En stor förändring sker i patientens liv och patienten kan behöva anpassa sin livssituation till sjukdomen. Den nya livssituationen kan ta tid för patienten att anpassa sig till. När en sjukdom, ohälsa eller situation uppstår hos patienten kan patienten uppleva att det inte var som innan. Patienter kan uppleva att sin identitet förändras och kan påverkas av den nya situationen som sker i livet. Begreppet vårdlidande är det sista begreppet som tillhör till lidande. Det lidande som patienten upplever i relation till vårdsituationen. Det förekommer många olika typer av vårdlidande och varje individ som utsätts för ett lidande framkallat av vård eller utebliven vård upplevs enskilt av varje individ. Vårdlidande kan inträffa genom: kränkning av patientens värdighet, fördömelse och straff, maktutövning samt utebliven vård (Eriksson, 1994).

Vårdlidande

Enligt Eriksson (1994) är den vanligaste formen av vårdlidande är kränkning av patientens värdighet. Att kränka patientens värdighet betyder att ta ifrån patientens möjligheter att fullständigt vara en enskild individ. I vården kan kränkning av patientens värdighet ske genom nonchalans från vårdpersonalen mot patientens autonomi och integritet. Eriksson (1994) lyfter fördömelse och straff eftersom det är något som ofta uppstår i vården. Fördömelse grundar sig i att det är vårdpersonalens roll att besluta om vad som är rätt eller fel i relation till patienten. Baserat på vårdpersonalens yrkeskompetens så har de kunskap om att avgöra vad som är bäst för patienten, däremot ska patientens autonomi alltid främjas. Fördömelse och straff är sammanhängande. Att straffa en patient innebär utebliven vård eller att nonchalera patientens känslor och tankar. Detta skapar djupa känslor av förnedring hos patienten. Vårdpersonalen som utövar makt är ett sätt att generera lidande hos patienten. Att utöva makt är ett förfarande att frånta patientens frihet och rättigheter genom att tvinga patienten till olika handlingar som patienten inte själv skulle göra av fri vilja. Utebliven vård grundar sig på bristfällig förmåga att uppfatta och bedöma vad patienten är i behov av. Utebliven vård är ett sätt att utöva makt över patienten vilket i sin tur är en kränkning av patientens värdighet. En stor utmaning i vården är att hitta vägar för att påtagligt minska vårdlidandet i vården. För att lindra lidandet krävs det att vårdpersonalen

skapar en vårdmiljö där patienten upplever sig välkommen, respekterad och vårdad. Att lindra patientens lidande handlar främst om att inte kränka patientens värdighet, inte fördöma och att inte utöva makt. Istället ska god vård tillämpas utifrån patientens individuella behov. Det är viktigt att visa respekt gentemot patienten och bekräfta dennes värdighet för att främja välbefinnandet (Eriksson, 1994). I operationssjuksköterskans arbete ska den perioperativa omvårdnaden grunda sig i lyhördhet, medkänsla, trovärdighet och integritet. Omvårdnaden ska baseras på omtanke och respekt samt alltid ske i diskussion med patienten. Vårdandet ska ske utifrån alla människors lika värde oberoende av härkomst, kön, funktionsvariation, social status eller religion. Ett personcentrerat förhållningssätt ska ligga som grund i operationssjuksköterskans arbetssätt för att möta patientens individuella förutsättningar och behov (Riksförening för operationssjukvård, 2020).

Operationssjuksköterskans funktion och ansvar

Enligt 1 §, kap. 1, i SFS 2010:659 ska hög patientsäkerhet främjas inom hälso- och sjukvård. Vårdpersonal har en skyldighet att skydda patienter från vårdskador genom att bedriva ett patientsäkerhetsarbete för att förebygga lidande (SFS 2010:659). Hälso- och sjukvårdsverksamheten ska tillgodose att en god vård uppnås. Det innebär att vården ska vara av god kvalitet och en god hygienisk standard med hänsyn till patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Inom hälso- och sjukvården ska dessutom patientens ställning i vården tydliggöras och stärkas samt främja patientens autonomi, integritet och delaktighet. Verksamheten ska likaså uppmuntra till goda kontakter mellan patienten och vårdpersonalen (SFS 2017:30: SFS 2014:821).

Svensk sjuksköterskeförening (2017) skriver att operationssjuksköterskan arbetar utifrån International Council of Nursing (ICN), etiska kod för sjuksköterskor. Operationssjuksköterskans värdegrund baseras på ICN:s etiska principer vilket innebär att operationssjuksköterskan har ett grundläggande ansvar gentemot patienter i behov av omvårdnad. ICN:s etiska kod är en vägledning för operationssjuksköterskor i deras arbete och innefattar ett etiskt ansvar och riktlinjer. ICN:s etiska kod består av fyra huvudområden och dessa är: sjuksköterskan och allmänheten, sjuksköterskan och yrkesutövningen, sjuksköterskan och professionen samt sjuksköterskan och samarbete. Dessa områden lyfter bland annat evidensbaserad och personcentrerad vård, patientsäker vård, ledning, kompetensutveckling och forskning (Svensk sjuksköterskeförening, 2017: Riksförening för operationssjukvård, 2020).

I riksförening för operationssjukvård (2020) beskrivs operationssjuksköterskans roll för att främja hälsa och välbefinnande samt förebygga ohälsa och lidande. Vilket kan ske genom infektions- och komplikationsförebyggande åtgärder samt behandlingar. I kompetensbeskrivningen för operationssjuksköterskan lyfter de väsentliga centrala begrepp för yrkesprofessionen. Inom operationssjukvård är personcentrerad vård ett grundläggande förhållningssätt i bemötandet av patienten som ska genomgå en operation. Den perioperativa omvårdnadsprocessen ska alltid ske i samråd med patienten. För att skapa en trygg och välkomnande miljö utifrån den enskilde individens behov och

preferenser. Teamet i den perioperativa vården är beroende av varandras unika yrkeskompetens för att kunna bidra till en god och säker vård för patienten. Varje specifik yrkesprofession kan inte ersättas i det perioperativa teamet. Ett välfungerande samarbete grundas i god kommunikation vilket resulterar till färre misstag, kortare operationstider och ökad säkerhet. I en högteknologisk miljö har operationssjuksköterskan ett ansvar att hålla sig uppdaterad inom sitt yrkesområde genom förnyad kunskap inom operationssjukvård. Det skapar en möjlighet att kunna genomföra vård utifrån ett evidensbaserat arbetssätt (Riksförening för operationssjukvård, 2020).

Operationssjuksköterskans funktion är att skapa ett patientsäkert arbete genom att samverka, organisera och prioritera arbetet avseende aseptik, hygien och infektionsprevention. I samband med kirurgiska ingrepp har operationssjuksköterskan ett ansvar att förhindra vårdrelaterade skador, identifiera och reducera oönskade händelser, medicinsk teknik, instrumentering och assistering samt hantering av biologiska preparat. Operationssjuksköterskan befinner sig ofta i utmanande situationer med högt tempo och måste kunna hantera olika variationer av kirurgiska ingrepp. I en arbetsmiljö med ett frekvent flöde av patienter i kombination med ökade produktionskrav. Ställs operationssjuksköterskan inför höga förväntningar på sin yrkesprofession. Vilket kan vara fysiskt krävande och psykiskt stressande för operationssjuksköterskan under det perioperativa arbetet (Blomberg et al., 2018; Riksförening för operationssjukvård, 2020).

PROBLEMFÖRMULERING

ERAS är ett internationellt vårdprogram som flera sjukhus infört i sina verksamheter. Det har gjorts tidigare studier om ERAS där forskning visar flera positiva resultat med implementeringen av vårdprogrammet. Forskningen har mestadels haft fokus på patienternas erfarenheter av ERAS vårdprogram. Operationssjuksköterskor har en minimal funktion i utförandet av vårdprogrammet under den perioperativa vårdprocessen, det vill säga tiden närmast före-, under och efter operation. Vilket kan påverka vårdrelationen mellan patient och operationssjuksköterska vilket i sin tur kan leda till ett lidande i vårdandet. Operationssjuksköterskornas funktion och ansvarsområden har inte uppmärksammats eller varit tydliga i vårdprogrammet ERAS. Dessutom har operationssjuksköterskors erfarenheter kring det perioperativa omhändertagandet inom vårdprogrammet ERAS inte belysts i tidigare forskning. Forskning med syfte att undersöka operationssjuksköterskors erfarenheter av ERAS vårdprogram är begränsad. Genom att belysa operationssjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med ERAS-vårdprogram ger en ökad insikt och förståelse för operationssjuksköterskornas funktion och ansvar inom vårdprogrammet. Detta kan ge ökad kunskap som ytterligare kan främja det perioperativa vårdförloppet och användbarheten av vårdprogrammet ERAS.

SYFTE

Syftet var att belysa operationssjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter som genomgår kolorektalkirurgi inom ERAS vårdprogram perioperativt.

METOD

Vetenskap inom omvårdnad grundar sig på en holistisk syn vilket innebär en helhetssyn på människan. Därför valdes en kvalitativ metod för att besvara syftet, då syftet med denna studie var att skapa en förståelse av människors levda erfarenheter. En kvalitativ metod syftar till att studera upplevelsen hos personer inom det studerade ämnet (Henricson & Billhult, 2017). Detta utfördes genom att använda intervjuer som ett tillvägagångssätt för att samla in data. En induktiv ansats användes för att besvara syftet som enligt Henricson och Billhult (2017) innebär att det insamlade datamaterialet utgår ifrån deltagarnas levda erfarenheter och upplevelser av ett fenomen (Henricson & Billhult, 2017). Vidare skriver Danielsson (2017) att utgå ifrån empirin kunde uppgifter om verkligheten som grundade sig i levda erfarenheter inhämtas (Danielson, 2017).

Urval

Urvalet bestod av åtta operationssjuksköterskor. Informanterna var mellan 30 och 54 år gamla (medelålder 43 år) med en könsfördelning på två män och sex kvinnor. Inklusionskriterierna för studien var att enbart operationssjuksköterskor som arbetar på en operationsavdelning ingick i studien. Ett krav var att personalen hade erfarenheter inom ERAS vårdprogram med minst sex månaders kunskap inom området. Informanterna hade mellan ett till sju års erfarenhet av att arbeta med ERAS vårdprogram (medelvärde fem år). På det valda sjukhuset där studien utfördes, tillämpades ERAS vårdprogram enbart på kolorektalkirurgi. Intervjuerna utfördes på en operationsavdelning i Västsverige. Studien begränsades enbart till kolorektalkirurgi. Inklusionskriterierna låg till grund i urvalet för studien, därför hade författarna inte lagt någon vikt på exklusionskriterierna.

Datainsamling

Data samlades in genom semistrukturerade intervjuer under en tvåveckorsperiod i november 2022. Ett brev (bilaga 1) med information om studiens syfte skickades till verksamhetschefen med förfrågan och begäran för godkännande att genomföra intervjuerna. Efter godkännande från verksamhetschefen fick vårdpersonalen på operationsavdelningen ett informationsbrev (bilaga 2) innehållande studiens syfte och tillvägagångssättet. Författarna hade svårigheter att få tag på informanter efter att en inbjudan med skriftligt brev skickats, därför valdes snöbollsurvalet. Genom snöbollsurvalet kunde valda informanter rekommendera andra lämpliga informanter till studien. En intervjuguide (bilaga 3) utformades som ett stöd vid intervjutillfället för att få mer struktur och stöd vid intervjuerna. Henricson och Billhult (2017) menar att individernas sagda ord och berättelser kan granskas och tolkas. För att få en ökad förståelse och insikt kring innebörden av fenomenet (Henricson & Billhult, 2017). Intervjuguiden (bilaga 3) innehöll både öppna och följdfrågor. Frågorna ställdes i en viss struktur där intervjuaren anpassade följdfrågorna utifrån deltagarnas svar på frågorna. Danielsson (2017) skriver att öppna frågor skapar möjlighet till frihet hos deltagarna att kunna beskriva en upplevelse eller ett fenomen (Danielson, 2017). En provintervju utfördes för att testa om frågorna

i intervjuguiden svarade an till syftet. Provintervjun inkluderades i resultatet. Alla intervjuer genomfördes på arbetsplatsen där deltagarna fick bestämma tid och plats. Författarna till studien genomförde intervjuerna tillsammans. Intervjuerna varierade mellan 30 minuter och 45 minuter (medelvärde 37 minuter). Intervjuerna spelades in med telefoner.

Analys

Dataanalysen genomfördes med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats på manifest nivå enligt analysmodellen av Graneheim och Lundman (2004). Det innebär att data som användes i studien tolkades och baserades på deltagarnas levda erfarenheter vad gäller det fenomen som studerades. Syftet med en manifest innehållsanalys var att beskriva innehållet av den insamlade datan och fokusera på det som tydligt framgår i texten (Graneheim & Lundman, 2004).

Analys av datan som samlats in genomfördes i flera steg (Graneheim & Lundman, 2004). Dataanalysen påbörjades genom att samtliga intervjuinspelningar lyssnades in. Därefter har datamaterialet transkriberats ordagrant av båda författarna. Detta resulterade i en helhetsuppfattning av intervjuerna. Delar som besvarade studiens syfte plockades ut och färgmarkerades. På så sätt identifierades meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna färgmarkerades igen för att kondensera texten ytterligare, det vill säga kondenserade meningsenheter. Därefter fick de kondenserade meningsenheterna en kod bestående av ett eller flera ord som var anknuten till texten. De koder med liknande budskap bildade i sin tur subkategorier och kategorier.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen enligt Graneheim och Lundman (2004)

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
Upplevelsen vi har här på operationsavdelningen är att de flesta patienterna är väl införstådda och väl informerade innan de kommer ner till operation.	Upplevelsen är att patienterna är väl införstådda och väl informerade när de kommer till operation.	Väl Införstådda och väl informerade patienter.	En välunderrättad patient	Patient i fokus

Etiska överväganden

Lagen om etikprövning av forskning som avser människor syftar till att värna om den enskilde individen och respekten för människans värdighet i relation till forskning (SFS 2003:460). Intentionen med forskningsetik var att bevara individens grundläggande värde och rättigheter. I studien valde författarna att ta hänsyn till de fyra etiska kriterier enligt vetenskapsrådet (2002) som fullföljdes i studien, dessa var informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. *Informationskravet:* forskaren har ett ansvar att informera de berörda avseende forskningens avsikt. Författarna informerade de berörda avseende forskningens avsikt. Informanterna informerades om metoderna som tillämpades samt de konsekvenser och risker det fanns med forskningen. Det framgick tydligt i informationen att informanternas medverkan var av fri vilja. Författarna förklarade för informanterna att den data som samlades in kommer inte att brukas till något annat än forskningens syfte. *Samtyckeskravet:* forskningen får enbart genomföras om informanterna har givit sitt samtycke. Informanterna hade rätten till att själva bestämma över sitt deltagande i forskningen. Studien genomfördes efter att informanterna givit sitt samtycke. Informanterna hade rätten till självbestämmande över sitt deltagande i studien. *Konfidentialitetskravet:* kännetecknas av att värna om informanternas integritet och anonymitet. Författarna som genomförde studien värnade om informanternas integritet och anonymitet. Personuppgifter skyddades och bevarades på en lämplig plats där utomstående inte hade tillgång till. *Nyttjandekravet:* betyder att insamlade uppgifter kring enskilda individer får endast nyttjas för forskningsändamål. De uppgifter som informanterna delgav nyttjades endast för studiens forskningsändamål. Målet med studien var att spegla och inte vinkla innehållet på ett felaktigt sätt (vetenskapsrådet, 2002).

Förförståelse

Förförståelse innefattar den uppfattning forskaren bär med sig redan innan en ny studie om det valda fenomenet inleds. Detta grundar sig i form av tidigare kunskap, erfarenheter och föreställningar kring det fenomenet som ska studeras (Priebe & Landström, 2017). Författarna i studien är grundutbildade sjuksköterskor som läser en specialistutbildning inom operationssjukvård. Den förförståelse studiens författare erhåller är att båda arbetat på olika avdelningar på sjukhuset. En av författarna har arbetat på en kirurgavdelning och den andra författaren har arbetat på hematologiavdelning och postoperativ avdelning. Författarnas egna förförståelse är att båda har arbetat med ERAS vårdprogram preoperativt och postoperativt. Vilket innebär att båda författarna besitter kunskap om ERAS vårdprogram. Vår förförståelse av ERAS vårdprogram är att patienterna är välinformerade om vårdprogrammet, dock finns det patienter som inte är lämpade till vårprogrammet ERAS. Vår uppfattning är att äldre patienter med kolorektalcancer med andra bakomliggande sjukdomar begränsar deras förmåga att fullfölja vårdprogrammet. Under författarnas studietid har föreläsningar om ERAS vårdprogram givits. Vår förförståelse kan ha inverkat under studiens gång genom begränsad öppenhet vilket kan sätta avtryck på resultatet. Det kan vara tufft och utmanande att bortse från sin egen förförståelse, då den existerar i sitt egna undermedvetna och kan på så vis framgå under analysen. Henricson och Billhult (2017) menar att reflektera och diskutera kring sin förförståelse kan leda till en ökad medvetenhet om vilket inflytande förförståelsen har för

resultatet i studien (Henricsson & Billhult, 2017). Författarnas ontologiska ställningstagande är att se människan baserat på en holistisk människosyn, att människan ses som en helhet av kropp, själ och ande. Författarnas epistemologi har under studiens gång utvecklats. Båda författarna hade kunskap om ämnet som studerats vilket var enat med verkligheten. Författarna har erhållit fördjupad kunskap om ämnet i relation till verkligheten genom intervjuer med personer som har erfarenheter av att vårda patienter utifrån ERAS vårdprogram. Målet var att hämma sin egen förförståelse och endast tolka texterna objektivt. Det var av vikt att tydliggöra sin förförståelse innan forskningsprocessen inleddes för att på så sätt förbigå den.

RESULTAT

Analysarbetet av de åtta intervjuerna resulterade i tre kategorier med tillhörande sex subkategorier. En sammanställning av kategorier och subkategorier redovisas i tabell 2.

Tabell 2. Översikt av subkategorier och kategorier.

Subkategorier	Kategorier
En välunderrättad patient	Patient i fokus
Kunna se den unika patienten	
Minskad delaktighet	Att arbeta utefter ett standardiserat vårdprogram
Alla i teamet behövs	
Ett strukturerat och effektivt arbetssätt	Fördelar för verksamheten
Vägen till bättre vård	

Patient i fokus

Kategorin "*Patient i fokus*" belyser informanternas upplevelser av ERAS vårdprogram. Patientfokuserad perioperativ vård förutsätter att patienterna blir delaktiga och välinformerade. Patientfokuserad vård ligger som grund till att kunna ta hänsyn till den unika patientens behov. Kategorin "Patientfokuserad perioperativ vård" innehåller två subkategorier "*En välunderrättad patient*" och "*Kunna se den unika patienten*".

En välunderrättad patient

Operationssjuksköterskor uppgav att patienter som genomgått kolorektalkirurgi inom ERAS vårdprogram är välinformerade, väl förberedda och väl införstådda under hela den perioperativa vårdprocessen. Patienterna informerades kontinuerligt under förloppets gång. Patienterna var vanligtvis väl införstådda och medvetna om vad som skulle hända och var informerade om vad det var för operation de skulle genomgå. Operationssjuksköterskor erfarenheter var att patienter som vårdades inom ERAS vårdprogram hade bättre förutsättningar att hantera och klara av sin vård före och efter operation. Detta resulterade i snabbare återhämtning och kortare vårdtider.

“Det är väldigt väl förberedda patienter oftast, patienterna vet vad det är som ska hända, patienterna vet vad operationen går ut på, patienterna är väldigt väl informerade” (Informant 1).

Informanternas erfarenheter var att det fanns flera fördelar med ERAS vårdprogram vilket bidrog till positiva effekter för patienterna. Patienterna var väl optimerade inför operation vilket genererade i ett bättre välbefinnande postoperativt. Patienterna fick information preoperativt om mobilisering, kost och de förväntningar som krävdes av patienterna. För att på ett snabbt och effektivt sätt komma igång postoperativt. Informanternas erfarenheter var att operationerna oftast blev lyckade med få komplikationer.

“Det känns som att det finns flera fördelar för patienten, de mobiliseras snabbare, mår bättre mycket snabbare, kommer igång med maten snabbare samt att de kommer hem snabbare” (Informant 5).

Med ERAS vårdprogram hade både vårdpersonal och patient ett ansvar. Det var av betydelse att vårdpersonalen informerade och förklarade för patienten varför det är betydelsefullt att komma upp och gå snabbt från sängläge, att försörja sig nutritionsmässigt och rökstopp. Det handlade mycket om att patienterna skulle förstå betydelsen av att stillasittande eller sängliggande inte var att föredra efter större tarmkirurgi då det kunde leda till flera komplikationer. Ambitionen var att få ett gott resultat av sin operation. Informanterna menade att så länge patienten var välinformerad, väl förberedda och väl införstådd så såg förutsättningarna i vården ut så otroligt mycket bättre. Ett ansvar låg även på patienten själv att veta vad som förväntades och vara införstådd i att operationen endast är en del av vårdprocessen. Likväl hängde det mycket på hur motiverade och trygga patienterna var under vårdprocessen.

“Man vet ju att patienterna är mer optimerade inför operation, att de får ordentlig med information preoperativt för att kunna komma igång postoperativt” (Informant 3).

Kunna se den unika patienten

Informanternas erfarenheter var att se den unika individen kanske inte alltid var lätt när ett specifikt och strukturerat vårdprogram följdes. Operationssjuksköterskors erfarenheter var trots att det strukturerade vårdprogrammet följdes. Så kunde operationssjuksköterskan skapa en snabb blick över den unika individens specifika omvårdnadsbehov. För att på så sätt kunna tillgodose patientens behov. Varje enstaka möte med en patient var speciellt och anpassades efter patienternas unika behov och förutsättningar. Flera operationssjuksköterskors erfarenheter var att patienterna kände sig bekräftade och sedda.

“Jag tycker ändå att man ser den specifika patienten, man gör ju detta för patientens bästa. Man göra det på ett specifikt sätt för att patienten ska må så väl som möjligt samt ha en bra återhämtning utan komplikationer. Däremot måste vi ha med patienten i förloppet annars blir det ändå inte ERAS vårdprogram” (Informant 6).

Informanternas erfarenheter var att det behövdes kontinuitet i vårdandet för att perioperativ vård skulle fungera och kunna bedrivas på ett bra sätt. Genom att ständigt vara närvarande till patienten genom den perioperativa vårdprocessen. Vilket tillgodosågs i mötet med patienterna under vårdprocessens perioperativa faser. Operationssjuksköterskornas erfarenheter var att de behövde en större inverkan preoperativt för att skapa en vårdrelation till patienterna. För att patienterna skulle känna ytterligare trygghet. Operationssjuksköterskors erfarenheter var att det var betydelsefullt att vara närvarande kring patienterna vilket bidrog till trygghet i vårdandet. Informanterna menade på att kontinuitet, trygghet och respekt för patientens integritet skapades genom perioperativ omvårdnad. Detta ledde till god vårdkvalité och en mer genomtänkt omvårdnad. Genom att vara mer involverad kring patienten var operationssjuksköterskornas erfarenheter att de fick en helhetsbild och ett mer perioperativt synsätt.

“Jag tror att det skulle ha bidragit till ytterligare trygghet för patienten. Att patienterna får en känsla av när jag blir sövd eller när jag ska opereras så finns det ett igenkänt ansikte, en person som tar hand om och finns närvarande. Det skulle jag känna om jag var patient. Istället för att det bara dyker upp en sterilklädd person med munskydd på sig” (Informant 5).

Informanternas erfarenheter var att patienterna var delaktiga i sin egen vård inom ERAS vårdprogram. Detta på grund utav att det fanns ett tydligt och strukturerat vårdprogram vilket underlättade för patienterna i vården. Patienterna visste redan i förväg förutsättningarna före och efter operation och var med på banan genom hela vårdprocessen. Operationssjuksköterskorna erfarenheter var att detta skapade i sin tur en trygghet bland patienterna vilket stärkte deras självbestämmande. Operationssjuksköterskans erfarenheter av ERAS vårdprogram var att det förbättrade vårdkvalitén hos patienterna vilket resulterade i bättre utfall för patienterna. Operationssjuksköterskorna var hoppfulla och positivt inställda om att ERAS vårdprogram är framtidens vård och kommer att kunna tillämpas på andra kirurgiska ingrepp.

“Jag upplever också att patienterna är väldigt delaktiga i sin vård, så patienterna känner nog sig väldigt trygga tror jag när man har ett tydligt och strukturerat vårdprogram. Jag tror att detta är framtidens vård om man ska få bra resultat” (Informant 4).

Att arbeta utefter ett standardiserat vårdprogram

Kategorin “Att arbeta utefter ett standardiserat vårdprogram” tillsammans med två subkategorier “Minskad delaktighet” och “Alla i teamet behövs” beskriver operationssjuksköterskans funktion inom ERAS vårdprogram. Operationssjuksköterskans funktion och ansvar var att främja hälsa och välbefinnande genom infektions-och komplikationsförebyggande åtgärder och behandlingar. Genom att förebygga och hindra ohälsa och lidande. Operationssjuksköterskor hade en självklar funktion i arbetet på

operation. Likväl var operationssjuksköterskors erfarenheter att arbetet inom ERAS vårdprogram inte skilde sig från en vanlig operation. De administrerade lokalbedövning och gjorde mätning av operationssåret.

Minskad delaktighet

Operationssjuksköterskornas erfarenheter var att de hade minimal delaktighet inom ERAS vårdprogram i jämförelse med andra yrkeskategorier. Operationssjuksköterskor upplevde att deras del i ERAS vårdprogram var minimal. De hade endast specifika uppgifter som att administrera lokalbedövning och mäta operationssåret. Utifrån operationssjuksköterskors synpunkt var det ingen större skillnad operationstekniskt mot en vanlig tarmoperation som inte följer ERAS vårdprogram.

“Jag skulle väl säga att operationssjuksköterskans del av det hela är en liten tårtbit, det är så jag upplever det när man jobbar på operationssal” (Informant 3).

Operationssjuksköterskans erfarenheter var att de saknade delaktighet i det perioperativa arbetet. Informanternas erfarenheter var att det fanns svårigheter med att vara mer involverad och engagerad i praktiken relaterat till resursbrist och tidsbrist. Operationssjuksköterskornas erfarenheter var att de sällan kunde vara med i förberedelserna av patienten preoperativt, utan de blev delaktiga först när patienten kom till operationssalen. Det fanns ingen möjlighet för operationssjuksköterskorna att vara delaktiga under hela perioperativa vårdprocessen. Operationerna förväntades att ta en hel arbetsdag vilket påverkade operationssjuksköterskans delaktighet i det pre- och postoperativa vårdandet. De följde det standardiserade vårdprogrammet utefter ERAS vad gäller lokalbedövning, snittets längd, positionering och värme.

“Rent fysiskt och i praktiken är det inte något som hade funkade för man jobbar åtta timmar om dagen. Men det skulle kanske ge ännu mer motivation ifall man kunde vara delaktig i hela den perioperativa vårdprocessen för att se hur viktigt ERAS konceptet är” (Informant 8).

Trots att deras erfarenheter var att de sällan kunde vara med under hela den perioperativa vårdprocessen. Tror operationssjuksköterskorna att det skulle vara till en större fördel att vara mer delaktig för att skapa en djupare vårdrelation till patienterna. Operationssjuksköterskan önskade att vara mer delaktig i det perioperativa omhändertagandet av patienten för att få en större inblick av de effekter ERAS vårdprogram ger.

“Min upplevelse är att vi som operationssjuksköterskor sällan kan vara med under hela den perioperativa vårdprocessen. Jag tror absolut att det skulle vara till en större fördel, för det känns som att jag skulle fått samma information som patienterna får” (Informant 2).

Alla i teamet behövs

Samverkan i team på operation menade operationssjuksköterskorna att det innebar att alla professioner på operationssalen var beroende av varandras expertis och kompetens. För att det skulle bli en lyckad operation, där patienten hela tiden är i fokus. Tillsammans samverkade operationsteamet mot ett ömsesidigt mål för att åstadkomma ökad patientsäkerhet, utökandet av varandras kompetenser samt att god kommunikation uppnåddes med varandra. Informanterna menade på för att ERAS vårdprogram skulle vara välfungerande så krävdes det samverkan bland alla yrkesprofessioner. Varje steg i ERAS vårdprogram var tydligt och varje yrkesprofession visste sin uppgift detta resulterade i att operationen blev smidigare vilket bidrog till ett välbefinnande för patienten. Trots att operationssjuksköterskornas erfarenheter var att de hade minimalt ansvar i ERAS vårdprogram. Så var informanternas erfarenheter att teamet hade en stor betydelse i vårdprogrammet. Vårdprogrammet blev på det sättet välfungerande då struktur och självsäkerhet upplevdes av teamet i arbetet med ERAS.

“Hela teamet är med på alla punkter inom ERAS konceptet” (Informant 1).

Hela teamet var med på alla moment inom ERAS vårdprogram. Informanterna ansåg att även om just deras del inom vårdprogrammet inte var lika stor som de andra yrkesprofessionerna. Kunde de som en del i teamet hjälpa till och påminna sina kollegor vid vissa moment. Dessa moment kunde vara att påminna varandra om läkemedel, lokalbedövning, mätning av operationssåret samt vid positionering. Det bidrog till teamarbete där operationssjuksköterskorna kände sig mer engagerade.

“Som en del i teamet så kan man vara med och hjälpa till att påminna narkosen om att de ska ge vissa läkemedel innan vändning på rektumamputationer” (Informant 5).

Fördelar för verksamheten

Kategorin “Fördelar för verksamheten” lyfter de positiva egenskaper ERAS vårdprogram har genererat i. Vilket alstrat i två subkategorier: “Ett *strukturerat och effektivt arbetssätt*” och “*Vägen till bättre vård*”. ERAS vårdprogram är ett väl implementerat vårdprogram på operationsavdelningen vilket har bidragit till positiva effekter för verksamheten. ERAS vårdprogram har bidragit till struktur, effektivitet, optimering och reducerade vårdtider. Operationssjuksköterskor upplevde att etableringen av ERAS vårdprogram var revolutionerande på så sätt att de har sett en stor utveckling av vården.

Ett strukturerat och effektivt arbetssätt

Operationssjuksköterskors erfarenheter relaterat till ERAS vårdprogram var att ERAS var strukturerat vilket underlättade för operationssjuksköterskorna i deras arbete. Informanternas erfarenheter var att ett strukturerat arbetssätt ökade kvalitén i vården hos patienter som genomgått kolorektalkirurgi. Operationssjuksköterskorna erfarenheter av

arbetet blev smidigare och mer strukturerat hos patienter som skulle genomgå kolorektalkirurgi enligt ERAS vårdprogram. Momenten operationssjuksköterskan var ansvarig för stod i ERAS pärmen vilket var bra hjälp då momenten sällan missades. Operationssjuksköterskornas erfarenheter var dessutom att vårdprogrammet var ett stöd för all personal vilket skapade en effektiv och god arbetsmiljö på avdelningen.

“Dels är det klart vad man ska göra med patienten, man följer vårdprogrammet som är väldigt strukturerat. Man vet vad det är man ska göra med patienten, hur man ska göra det samt vad vi ska titta på. Vilket är väldigt skönt för mig som operationssjuksköterska att veta” (Informant 4).

Operationssjuksköterskors erfarenheter var att det fanns en tydlighet med vårdprogrammet. Dels visste operationssjuksköterskorna exakt vad som skulle göras med patienten, hur det skulle genomföras och vad som skulle inspekteras. Informanterna visste vad som skulle göras i varje steg i vårdprogrammet. Detta för att vårdprogrammet upplevdes strukturerat och enkelt att uppfatta. Det strukturerade arbetssättet ökade effektiviteten i operationssjuksköterskornas arbete. Informanternas erfarenheter var att de kände sig mer fokuserade och mer produktiva i arbetet med ERAS vårdprogram. Till skillnad från en vanlig operation där ett tydligt och strukturerat vårdprogram inte följdes. Operationssjuksköterskorna kände även att ett strukturerat arbetssätt möjliggjorde optimal optimering hos patienterna inför kirurgi.

“Det är väldigt sällan moment missas. Det tror jag är mycket för att man har ERAS vårdprogrammet att följa, patienterna har sin pärm där man ska bocka av olika moment. Det underlättar nog tror jag mycket på operation för att det ska bli rätt och man gör alltid samma på alla patienter” (Informant 8).

Vägen till bättre vård

Operationssjuksköterskors erfarenheter var att ERAS inflytande har lett till en stor utveckling inom operationssjukvård och på patientvården. Vidare var erfarenheterna av operationssjuksköterskorna att ERAS vårdprogram har gett en större förståelse till varför det är angeläget med en väl optimerad, informerad och förberedd patient. Informanterna beskrev att etableringen av ERAS vårdprogram har gett goda resultat vilket det även har visat sig i siffror och statistik hur effektivt och funktionellt vårdprogrammet faktiskt är. Vilket har medfört ett bättre välbefinnande hos patienterna och de kunde komma hem mycket snabbare. Operationssjuksköterskan uppgav att det var förvånande att ERAS vårdprogram inte har tillämpats tidigare.

“Revolutionerande. Även lite konstigt att ERAS konceptet kom så sent som 2016, det är konstigt att man kanske inte har förstått vikten av en riktigt optimerad, informerad, motiverad patient. Det är konstigt att man inte infört detta mycket tidigare. Man har sett utifrån siffror och statistik hur bra ERAS är” (Informant 2).

Operationssjuksköterskors erfarenheter var att ERAS vårdprogram kunde tillämpas på andra kirurgiska ingrepp. Informanterna menade på att om ERAS vårdprogram tillämpades

på andra kirurgiska ingrepp kunde det bidra till att patienterna återhämtar sig snabbare och kommer hem fortare. Operationssjuksköterskors erfarenheter var att patienter som genomgått andra kirurgiska ingrepp där ERAS vårdprogram inte tillämpades. Inte var lika välinformerade och delaktiga i sin egen vård i jämförelse om ERAS vårdprogram hade etablerats.

”Jag tror också att ERAS patienter har bättre förutsättningar att hantera och klara av eftervården bättre. Det tyder ju på att dom är väl förberedda preoperativt och postoperativt. Vilket jag tycker är positivt med ERAS konceptet. Man borde ha det på fler patienter ett liknande vårdprogram” (Informant 2).

Resultatsammanfattning

Resultatet visade operationssjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter som genomgått kolorektalkirurgi enligt ERAS vårdprogram perioperativt. Studiens författare har studerat flera faktorer avseende operationssjuksköterskors erfarenheter i arbetet med ERAS vårdprogram. Operationssjuksköterskor beskrev ERAS vårdprogram som strukturerat, effektivt, positivt och total optimal optimering. Flera fördelar förekom under intervjuerna kring etableringen av ERAS vårdprogram, dessa var att patienterna var välinformerade, väl införstådda och välförberedda. Operationssjuksköterskornas erfarenheter var att de kunde tillgodose patientens unika omvårdnadsbehov. Under det korta mötet kunde operationssjuksköterskan skapa en vårdrelation med patienten baserat på respekt och trygghet. Vidare var operationssjuksköterskors erfarenheter att ERAS vårdprogram förbättrar och effektiviserar vården hos patienter samt sjukvården. Det framkom även att operationssjuksköterskor hade minskad delaktighet i ERAS vårdprogram, däremot hade teamet i sin helhet en avgörande funktion i arbetet med ERAS. Det framkom under intervjuerna med operationssjuksköterskorna att ERAS vårdprogram har lett till flera fördelar för verksamheten. Deras erfarenheter var att det skapats en god och effektiv arbetsmiljö med hjälp av vårdprogrammet. Dessutom har etableringen av ERAS vårdprogram lett till en utveckling inom operationssjukvård där vård av god kvalitet kan ges. Således visades positiva känslor i större utsträckning än negativa vad gäller arbetet med ERAS vårdprogram.

DISKUSSION

Metoddiskussion

För att besvara syftet valdes en kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer. Enligt Henricson och Billhult (2017) är kvalitativa metoder passande för att få förståelse över de subjektiva faktorerna och innebörden av fenomenet. En kvantitativ metod kunde användas, däremot var ambitionen med denna studie att fånga in och tolka upplevelser och erfarenheter. Enligt Billhult (2017) presenteras kvantitativa data i form av olika typer av strukturerade mätningar i egenskap av siffror för att få svar på syftet. Författarna ansåg att de inte skulle få samma omfattande fördjupning med en kvantitativ metod som det skulle ge med en kvalitativ metod. Likaså valdes en enkätstudie bort därför att ambitionen var att fånga enskilda operationssjuksköterskors erfarenheter kring det valda ämnet. Enligt Polit och Beck (2021) ger en intervjustudie en ökad möjlighet att ställa följdfrågor i den utsträckning som en enkätstudie inte gör. Därför blev valet en kvalitativ metod med intervjuer för att beskriva operationssjuksköterskors erfarenheter av att använda ERAS vårdprogram. Vilket stärker studiens trovärdighet.

Baserat på studiens inklusionskriterier kunde lämpliga informanter inkluderas i studien, vars erfarenheter svarar till syftet. Informanterna var mellan 30 och 54 år (medelålder 43 år) gamla med en könsfördelning mellan två män och sex kvinnor. Informanternas erfarenheter inom ERAS vårdprogram varierade mellan ett och sex år (medelvärde fem år). Inklusionskriterierna för studien var att operationssjuksköterskor med minst två års kunskap inom ERAS vårdprogram skulle intervjuas. Detta fick ändras på grund av för få operationssjuksköterskor med en arbetserfarenhet på minst två år. Kraven sänktes därför till minst ett års arbetserfarenhet inom det studerade området. Enligt Henricson och Billhult (2017) är det nödvändigt att hitta tillräckligt många informanter med olika erfarenheter som kan ge rika beskrivningar kring ämnet (Henricson & Billhult, 2017). Författarna ansåg att det var ett brett urval som framgick i studien. Flera variationer av erfarenheter från informanterna kunde fångas in och studiens syfte kunde därmed besvaras. Detta ökade studiens trovärdighet.

Författarna hade svårigheter att få tag på informanter efter att en inbjudan med skriftligt brev skickades, därför valdes snöbollsurvalet. Snöbollsurvalet applicerades för att kunna rekrytera deltagare till denna studie. Ett snöbollsurval är en strategi där man via redan valda informanter söker sig fram till nya informanter som är passande till urvalet (Polit & Beck, 2021). Snöbollsurval ansågs vara fördelaktigt och effektivt eftersom att nya informanter rekommenderas av redan valda informanter. En styrka med snöbollsurvalet var att författarna kunde nå en bredare urvalsgrupp. Däremot fanns det en möjlighet att resultatet kan ha påverkats negativt genom att de deltagare som inkluderats utgör ett homogent urval (Polit & Beck, 2021). Ett homogent urval innebär att urvalet styrs till informanter med liknande erfarenheter (Wibeck, 2017). Snöbollsurvalet resulterade i åtta informanter och det framkom inte något nytt under intervjuerna. Intervjuerna bedömdes vara tillräckligt fylliga och gav rikligt med information, därmed ansågs de genomförda intervjuerna skapa ett resultat av god kvalitet.

Samtliga intervjuer genomfördes med operationssjuksköterskor på en operationsavdelning i Västsverige. En intervjuguide (bilaga 3) som konstruerats med öppna och följdfrågor användes. Detta var ett stöd för studiens författare för att få mer djupgående svar. Varje intervju genomfördes av båda författarna tillsammans för att få ökad förståelse för intervjusvaren. Datamaterialet granskades tillsammans för att gemensamt bilda en helhetsuppfattning om ämnet, vilket ökade trovärdigheten i studien. En svaghet i studien är att studiens författare är noviser i att genomföra intervjuer och det kan påverka trovärdigheten. Danielson (2017) menar på att det är väsentligt att planera en intervju för att det ska ge ett så bra resultat som möjligt (Danielson, 2017). Därför genomfördes en provintervju för att säkerställa att frågorna och upplägget var adekvata till syftet. Små justeringar av intervjuguiden fick genomföras. Svaren i provintervjun tillämpades i studien. Trots detta upplevdes svårigheter under de första intervjuerna att ställa relevanta följdfrågor till svaren vilket påverkade djupet i berättelserna. Författarna kunde ibland engagera sig i informanternas svar under intervjuerna som senare visade sig vara av mindre betydelse till syftet. Detta ansågs som en svaghet i studien. För varje intervju som utfördes utvecklades och förbättrades intervjuerna successivt. Framförallt förmågan att ställa lämpliga följdfrågor vilket ledde till en mer utförligare och omfattande berättelse. Vilket ansågs som en styrka under datainsamlingsperioden.

Den analysmetoden som valdes var en kvalitativ innehållsanalys beskriven av Graneheim och Lundman (2004). Analysen genomfördes genom att följa noggrant den beskrivna processen i flera olika steg i detalj enligt beskrivningen av Graneheim och Lundman (2004). Intervjuerna spelades in och transkriberingen av intervjuerna skedde fortlöpande under den tiden intervjuerna genomfördes. Författarna transkriberade alla intervjuerna tillsammans. Datamaterialet omhändertogs konfidentiellt. Detta ansåg författarna stärka trovärdigheten. Den transkriberade texten lästes flertalet gånger av båda författarna för att sedan erhålla en ökad förståelse av innehållet. Meningsbärandeenheter som besvarade syftet kunde därefter identifieras. Dessa kondenserades för att bilda koder. Därefter skapades subkategorier och kategorier. Citat har inkluderats i studien för att stärka trovärdigheten av resultatet. En analysprocess som är väl beskriven anser Graneheim och Lundman (2004) öka examensarbetets trovärdighet, pålitlighet och bekräftelsebarhet. Studiens författare har tillsammans analyserat och diskuterat alla delar inklusive analysen, vilket har varit en styrka. Analysarbetet har även förankrats och diskuterats med handledare för att intyga sig om att analysen baserades på relevant data. Enligt Mårtensson och Fridlund (2017) stärks trovärdigheten när innehållet i studien diskuteras med en utomstående person. Eftersom subkategorierna och kategorierna diskuterades med handledaren blev resultatet mer tydligt för examensarbetets författare. Detta ökade och stärkte studiens trovärdighet och kvalitet.

Genom hela utvecklingen av studien har författarnas förförståelse tagits till hänsyn genom att beakta de tidigare erfarenheter och kunskaper kring det studerade ämnet. Vilket ökade studiens pålitlighet. Enligt Mårtensson och Fridlund (2017) kan pålitlighet konstateras genom att författarna tidigare beskrivit sin förförståelse. För att så gott det går inte påverka analysprocessen av datamaterialet (Mårtensson & Fridlund, 2017). Detta går dessvärre inte att garantera då vår förförståelse utgått från vårt undermedvetna och var hela tiden

verksam. Vilket kunde påverka studiens pålitlighet. Under sektionen förförståelse i studien finns en tydlig beskrivning.

Kvalitativ forskning grundar sig på individens tolkningar och erfarenheter vilket gör det svårt att överföra till andra grupper, kontexter eller situationer. Genom att visa tillräckligt beskrivande data så att läsaren kan tillämpa det till andra omgivningar eller situationer ökar studiens överförbarhet (Mårtensson & Fridlund, 2017). Författarna har försökt beskriva data för att underlätta studiens överförbarhet vilket på så vis stärktes studiens trovärdighet. På så sätt kunde studien vara användbar och överförbar där ERAS vårdprogram används inom kolorektalkirurgi.

Resultatdiskussion

I resultatet framkom det att informanternas erfarenheter var att patienter som ingick i ERAS vårdprogram var välinformerade, väl förberedda och väl införstådda. Detta bidrog till bättre förutsättningar för patienterna under deras vård. Informanternas erfarenheter var dessutom att patienter som genomgår kolorektalkirurgi enligt ERAS vårdprogram visste vad som förväntades under vårdprocessen. Liknande resultat framkommer även i Somoza-Fernández et al. (2022); Polen et al. (2017) uppger att patienter som ingår i ERAS vårprogram som kommer på flera preoperativa besök. Känner sig mer trygga och mer involverade i sin vårdprocess inför operation. Att ge god information och erhålla en god perioperativ dialog med patienten. Om hur vårdförloppet förväntas att se ut främjar trygghet hos patienterna. Somoza-Fernández et al. (2022); Polen et al. (2017) lyfter även att en effektiv preoperativ dialog förknippas med förbättring av patientens välbefinnande. Genom att det kan bidra till bättre och effektiv vård samt snabbare återhämtning efter kirurgi. Detta resulterar i en reducerad oro och ångest hos patienter under deras kommande operation. I dialog med patienten krävs tydliga och noggranna förklaringar av vårdpersonalen kring förberedelser inför operation. Detta resulterar i en medvetenhet hos patienterna om vikten av att följa de preoperativa instruktionerna som rekommenderas (Somoza-Fernández et al., 2022; Polen et al., 2017). Spalding et al. (2013) bekräftar att patienter som får information och undervisning av vårdpersonal har en bättre förutsättning att hantera sin sjukdom samt behandling. Detta bidrar till att patienten får en känsla av kontroll, minskad oro, ångest samt lidanden hos patienten. De nämner även att patienter som inte får någon perioperativ information har sämre förutsättningar att hantera vården som ges samt återhämtningen som patienten ska genomgå. Det bidrar även till ett lidande hos patienten som inte vet hur de ska hantera sin livssituation. Buber (1990) belyser att under den perioperativa dialogen är det betydelsefullt att den perioperativa sjuksköterskan är lyhörd och närvarande vilket i sin tur skapar en trygg och säker miljö för patienten. Rehnsfeldt och Eriksson (2004) skrivet att vårdpersonal har en skyldighet att lyssna på patientens livssituation och lidande för att kunna bilda en förståelse för patientens situation. I riksförening för operationssjukvård (2020) beskrivs att första patientmötet som operationssjuksköterskan har med patienten sker oftast i operationsrummet. Vilket medför svårighet att bilda en vårdrelation till patienten. Att erhålla perioperativa dialoger skapar en unik möjlighet för operationssjuksköterskan att arbeta utifrån ett personcentrerat arbetssätt under perioperativa vårdandet (Riksförening för operationssjukvård, 2020).

Resultatet visade att fastän ett strukturerat vårdprogram följdes ansåg informanterna att den unika patienten blev bekräftad och sedd. För att patienten ska känna sig bekräftad och sedd menade informanterna på att det var betydelsefullt att vara närvarande samt främja patientens delaktighet. Resultatet visade även att ERAS vårdprogram skapar möjligheter för patienter att vara mer delaktiga i sin egen vård. Patienterna tillsammans med vårdpersonal skapar en individuell vårdplan utarbetat utifrån den enskilda patienten. Informanternas erfarenheter var att det skapade en trygghet vilket främjade patienternas självbestämmande. Vilket bidrog till kontinuitet i vårdandet. Varje enskilt möte med patienten upplevdes speciellt. På så sätt att patientens enskilda omvårdnadsbehov och förutsättningar anpassades. Informanternas erfarenheter var att de kunde under den korta tiden med patienten tillgodose deras omvårdnadsbehov. Aasa et al. (2013) skriver att för att patienten ska kunna återhämta sig snabbare och ha en bättre förutsättning i sin vård är det angeläget att vårdpersonal ser den unika patienten samt lyssnar och besvarar patientens individuella behov. ERAS vårdprogram gör patienten mer delaktig i sin egenvård vilket resulterar i kortare vårdtider samt snabbare återhämtning. Enligt 1 §, kap. 1, i SFS 2014:821 ska vårdpersonal ta hänsyn till patientens självbestämmande samt främja patientens integritet och delaktighet. Enligt 2 §, kap 5, i SFS 2014: 821 ska vården beakta patientens önskemål och individuella förutsättningar. Rehnsfeldt och Eriksson (2004) skriver att för att patienten ska känna sig bekräftad, sedd och förhindra lidande är det betydelsefullt att vårdpersonal bemöter patientens oro. Vårdpersonal ska ha ett genuint närvarande för patientens värdighet för att kunna förstärka eller återställa patientens livssituation, därmed kan vårdpersonalen hjälpa patienten att uppnå ett gott liv samt förhindra lidande för patienten. Informanternas erfarenheter var att de inte hade ett stort inflytande preoperativt, att skapa en bättre vårdrelation till patienten hade bidragit till ytterligare trygghet hos patienten. Kontinuitet, trygghet och respekt skapades genom perioperativ omvårdnad och involverad vårdpersonal. Genom att vara närvarande fick informanterna en bredare helhetsbild och synsätt. Informanterna menade att vården blev mer effektiv och bättre vårdkvalitet kunde ges till patienterna. I Aasa et al. (2013) framkom även att det är betydelsefullt att vårdpersonalen binder en kontakt med patienten för att patienten ska känna makt över sin egen vård. Genom att stärka patientens empowerment får de en känsla av att de har makt och kontroll över sin sjukdomssituation och vård (Aasa., et al. 2013). I riksföreningen för operationssjukvård (2020) skriver att patientens planerade vård ska stämma överens med patientens individuella behov, förutsättningar och preferenser. När möjligheten för den perioperativa dialogen finns skapar det bättre förutsättningar för att ge patienten en personcentrerad vård vilket bidrar till en säker, lugn och harmonisk miljö.

Resultatet visade vidare att informanternas erfarenheter var att de hade minimal delaktighet och medverkan inom ERAS vårdprogram i jämförelse med andra yrkeskategorier. Operationssjuksköterskornas erfarenheter var att de endast utförde få arbetsuppgifter i anknytning till ERAS. Informanterna uttryckte att en av anledningarna till att de upplevde hinder med att vara mer engagerade och delaktiga i patienternas vård, var resursbrist och tidsbrist. Detta enligt informanterna ledde till svårigheter att hinna med sitt fullständiga arbete i den perioperativa vårdprocessen. Rudolfsson et al. (2005) bekräftar att en pressande arbetssituation skapar hinder under den perioperativa vårdprocessen. Tiden är en resurs där kravet på produktion kan vara svår att påverka, vilket förhindrar

operationssjuksköterskors delaktighet i patienternas vård. Det finns svårigheter med att föra in nya vanor i praktiken som det perioperativa samtalet relaterat till organisation, operationsprogram, personal, schema och tid (Rudolfsson et al., 2005). Likväl var informanternas tankar att delaktighet skulle bringa en djupare vårdrelation till patienten. Eriksson (2000) skriver för att vårdprocessen ska kännas vårdande krävs en trygg och djup relation mellan de involverade där vårdandet präglas av ömsesidighet. Vårdrelationen grundas även på kontinuitet. Kontinuitet är betydelsefullt för att patienten ska känna stöttning och trygghet under vårdprocessen.

Fortsättningsvis visade resultatet att teamarbete handlar om att flera professioner hjälper varandra och samarbetar. Teamet arbetade tillsammans mot ett gemensamt mål för att skapa vård av hög kvalitet genom att komplettera varandras kompetenser. Många av informanternas erfarenheter var att ERAS var ett välfungerande vårdprogram som var tydligt och strukturerat för varje yrkesprofession. Detta resulterade i en effektiv operation vilket i sin tur ledde till god hälsa bland patienterna. Vidare var informanternas erfarenheter att teamet i sin helhet hade stor betydelse för ERAS vårdprogram. Enligt Kahokehr et al, (2009); Ljungqvist et al. (2017) består teamet inom ERAS av många olika yrkesprofessioner, däribland operationssjuksköterskan. De redovisar i sina studier att ingen enskild yrkeskategori kommer i sig att förbättra resultatet av operationen och den perioperativa vården. Därför måste tillvägagångssättet för perioperativ vård vara multimodalt. Således ska alla tillgängliga resurser som finns i vården användas för att kunna förbättra återhämtningen. Kärnan i en effektiv praxis är ett team med flera professioner med olika kompetenser som stödjer varandra. Fortsatt skriver riksföreningen för operationssjukvård (2020) att operationsteamet är beroende av varandras unika yrkeskompetens. Därför är det grundläggande med ett gott samarbete inom teamet för att säkerställa god och säker vård hos patienten.

I resultatet framkom det även att informanternas erfarenheter var att ERAS vårdprogram är ett strukturerat vårdprogram som har gynnat operationssjuksköterskor i deras arbete. Förutom det strukturerade vårdprogrammet var informanternas erfarenheter att ERAS vårdprogram är ett bra underlag för att effektivisera vården. Det har även hjälpt operationssjuksköterskor att komma ihåg moment som ska göras. Det är även ett bra stöd för all vårdpersonal på avdelningen. Gustafsson et al. (2019); Pisarska et al. (2016) menar på att ERAS vårdprogram är ett vårdprogram som effektiviserar vården för både patient och vårdpersonal. Herbert et al. (2017) skriver att ERAS vårdprogram är ett hjälpmedel som används för att påminna vårdpersonal för vissa moment som ska genomföras. Vidare beskriver Pisarska et al. (2016) att patienter som följer ERAS vårdprogram återhämtar sig snabbare samt att det medför till reducerade vårdtider. Studien visar även på att behandlingsresultatet påverkas av följsamheten som patienterna och vårdpersonalen har till ERAS vårdprogram.

Slutligen visade resultatet att informanternas erfarenheter i studien var att ERAS vårdprogram var tydligt och vårdpersonalen visste exakt vad som skulle genomföras och undersökas. Det strukturerade vårdprogrammet ökade effektiviteten i arbetet för operationssjuksköterskor. Operationssjuksköterskornas erfarenheter var att etableringen av ERAS vårdprogram har lett till en förbättrad operationssjukvård och

patientvård. Pisarska et al. (2016) skriver att genom att följa ERAS vårdprogram medför det flera positiva effekter, inte bara för patienten men även för vården och operationssjuksköterskornas arbete. Wennström et al. (2020) menar på att ERAS vårdprogram är ett väl utarbetat vårdprogram som förbereder patienten för de perioperativa vårdförloppet. ERAS vårdprogram representerar ett mönster av förändring i hur kirurgisk vård ges och hur ERAS vårdprogram har implementerats och förändrat praktiken. ERAS vårdprogram har dessutom förbättrat vårdkvalitén (Wennström et al., 2020). Patienter som vårdas utefter ERAS vårdprogram är mer välinformerade och välförberedda vilket lett till stärkt autonomi, trygghet, färre komplikationer och ett ökat välbefinnande. Resultaten av ERAS visar förbättrad, snabb och okomplicerad återhämtning vilket i sin tur lett till förkortad sjukhusvistelse (Ljungqvist et al., 2017; Wennström et al., 2020; Jakobsson & Cornelius, 2016).

Konklusion

Denna studie visar att implementeringen av ERAS vårdprogram har effektiviserat och förbättrat kvaliteten på hälso- och sjukvården inom perioperativ vård. Arbetet enligt ERAS perioperativa riktlinjer har bidragit till positiva och utvecklande följder. Operationssjuksköterskorna lyfter även att patienter som vårdas enligt ERAS vårdprogram är totalt optimerade inför deras planerade operation. Operationssjuksköterskorna i studien framhävde att arbeta utefter ERAS vårdprogram har medfört till ett strukturerat arbetssätt vilket har skapat en mer effektiv och produktiv vård. Vilket operationssjuksköterskorna menar skapar en trygghet och en god arbetsmiljö för vårdpersonalen som är involverad. Trots att operationssjuksköterskornas funktion är minimal under arbetet med ERAS vårdprogram. Betonar operationssjuksköterskan betydelsen av ett fungerande och optimalt samarbete mellan de olika yrkesprofessionerna för att tillgodose patientens individuella omvårdnadsbehov. Vidare nämner operationssjuksköterskan att implementeringen av ERAS lett till positiv utveckling inom både operationssjukvård och patientvård.

Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet

Studien lyfter och skapar en ökad förståelse för operationssjuksköterskans perioperativa arbete i enlighet med ERAS vårdprogram. Resultatet bidrar även till att belysa samverkan i team vilket är grundläggande för att ERAS vårdprogram ska vara fungerande. Vidare kan det vara önskvärt att genomföra en introduktion för ny vårdpersonal på operationsavdelningen om hur ERAS patienter ska omhändertas. Detta för att få en inblick i vad ERAS vårdprogram innebär och varför det är betydelsefullt att alla delaktiga medarbetare följer det. I tidigare forskning om ERAS har operationssjuksköterskans funktion inte studerats. Däremot finns utrymme för mer framtida forskning där operationssjuksköterskans betydelse i arbetet med ERAS främjas. Förslag till vidare utveckling är att studera hur operationssjuksköterskor arbetar med ERAS vårdprogram samt deras upplevelser och erfarenheter av ERAS vårdprogram. Fortsättningsvis betonar resultatet betydelsen av de interventioner som finns i ERAS vårdprogram och hur de har förbättrat vården markant inom den kirurgiska vården. Ytterligare förslag till vidare

utveckling är att studera om ERAS vårdprogram är applicerbart på annan typ av kirurgi än bara kolorektalkirurgi.

REFERENSER

- Aasa, A., Hovbäck, M & Berterö, M, C. (2013) The importance of preoperative information for patient participation in colorectal surgery care. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 1604-1612. <https://10.1111/jocn.12110>
- Angenete, E., Carlsson, E. & Persson, E. (2016). Nedre mag-tarmkanalen. I J. Rystedt (Red.), *Omvårdnad och kirurgi* (s. 267–286). Studentlitteratur.
- Blomberg, A.-C., Bisholt, B. & Lindwall, L. (2018). Responsibility for patient care in perioperative practice. *Nursing Open*, 5(3), 414–421. <https://10.1002/nop2.153>
- Buber, M. (1989). *Skuld och skuld känsla*. Dualis förlag.
- Buber, M. (1990). *Det mellanmännsliga*. Dualis förlag.
- Billhult, A. (2017). Kvantitativ metod och stickprov. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från ide till examination inom omvårdnad*. (s. 111–117). Studentlitteratur.
- Cancercentrum. (2022) *Tjock- och ändtarmscancer*. Hämtad 31 oktober, 2022, från <https://cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/tjocktarm-andtarm-och-anal/tjock--och-andtarm/>
- Cancerfonden. (2020, maj 13). *Tjocktarmscancer och ändtarmscancer*. Hämtad 31 oktober, 2022, från https://www.cancerfonden.se/om-cancer/cancersjukdomar/tjock-och-andtarmscancer?fbclid=IwAR1e7aeqtMYwO1kplqpQ3nji63s4XPghgqcTeK7USwuHS_Tz674lrhcrMt8
- Conn, G. L., Mckenzie, M., Pearsall, E. & McLeod, R. (2015). Successful implementation of an enhanced recovery after surgery programme for elective colorectal surgery: a process evaluation of champions' experiences. *Implementation Science*, 10. <https://10.1186/s13012-015-0289-y>
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: I teori och praxis*. Natur & kultur.
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från ide till examination inom omvårdnad* (s. 143–153). Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Liber Utbildning.
- Eriksson, K. (1997). *Vårdandets ide*. Liber AB
- Eriksson, K. (1988). *Vårdprocessen*. Almqvist & Wiksell.

Eriksson, K. (2000). *Vårdprocessen*. (fjärde upplagan.). Liber AB

Folkhälsomyndigheten. (2022). *Tjock- och ändtarmscancer, död*.
https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/tjock-och-andtarmscancer-dod/?fbclid=IwARojCdu3mlN8_-M2MR1S-okIVN7Ix-ebJpGAHzSHswreG_oyBdX-wpgh94I

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. <https://10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Gustafsson, U. O., Scott, M. J., Hubner, M., Nygren, J., Demartines, N., Francis, N., ... & Ljungqvist, O. (2019). Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations: 2018. *World journal of surgery*, 43(3), 659-695.

Hanks, P. (Red.). 1979. *Collins english dictionary of the english language*.

Hagggar, F. & Boushey, R.P. (2009). Colorectal Cancer Epidemiology: Incidence, Mortality, Survival, and Risk Factors. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 22(4), 191-197. <https://10.1055/s-0029-1242458>

Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från ide till examination inom omvårdnad*. (s. 111-117). Studentlitteratur.

Herbert, G., Sutton, E., Burden, S., Lewis, S., Thomas, S., Ness, A. & Atkinson, C. (2017). Healthcare professionals' views of the enhanced recovery after surgery programme: a qualitative investigation. *BMC Health Services Research*. 1-14. <https://10.1186/s12913-017-2547-y>

Jakobsson, J. & Cornelius, M. (2016). Optimal kirurgisk återhämtning (ERAS). I C. Kumlien & J. Rystedt (Red.), *Omvårdnad & kirurgi*. (s. 157-163). Studentlitteratur.

Jonsson, C.A., Stenberg, A. & Frisman, G.H. (2011) The lived experience of the early postoperative period after colorectal cancer surgery. *Journal of cancer care*, 20, 248-256. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2009.01168.x>

Kasén, A. (2002). *Den vårdande relationen*. Doktorsavhandling, åbo akademi, Vasa.

Kahokehr, A., Sammour, T., Zargar-Shoshtari, K., Thompson, L. & Hill, Andrew. (2009). Implementation of ERAS and how to overcome the barriers. *International Journal of Surgery*, 7(1), 16-19. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2008.11.004>

Kuipers, E.J., Grady, W.M., Lieberman, D., Seufferlein, T., Sung, J.J., Boelens, P.G., van de Velde, C.J.H., Watanabe, T. (2015). COLORECTAL CANCER. *Author manuscript*. (1), 1-25. <https://10.1038/nrdp.2015.65>

Lau, C. & Chamberlain, R. (2016). Enhanced Recovery After Surgery Programs Improve Patient Outcomes and Recovery: A Meta-analysis. *World Journal of Surgery* 41(4), 899-913. <https://10.1007/s00268-016-3807-4>

Li, Q., Du, L., Lu, L., Tong, Y., Wu, S., Yang, Y., Hu, Q & Wang, Y. (2019). Clinical Application of Enhanced Recovery After Surgery in Perioperative Period of Laparoscopic Colorectal Cancer Surgery. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*, 29(2), 1-6. <https://10.1089/lap.2018.0708>

Lindwall, L., & von Post, I. (2009). Continuity created by nurses in the perioperative dialogue - a literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), 395-401.

Lindwall, L. & von Post, I. (2008). *Perioperativ vård: att förena teori och praxis*. Studentlitteratur.

Lindwall, L., & von Post, I. (2005). *Människan i det perioperativa vårdandet*. (Forskningsrapport 2005:35). Karlstad universitet. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:24724/FULLTEXT01.pdf>

Ljunqvist, O., Scott, M. & Fearon, K.C. (2017). Enhanced Recovery After Surgery A Review. *JAMA Surgery*, 152(3), 292-298. <https://10.1001/jamasurg.2016.4952>

Lyon, A., Solomon, M. & Harrison, J. (2014). A Qualitative Study Assessing the Barriers to Implementation of Enhanced Recovery After Surgery. *World Journal of Surgery*, 38(6), 1374-1380. <https://10.1007/s00268-013-2441-7>

Molander, B. (1993). *Kunskap i handling*. Daidalos.

Miao, X., Tao, L., Huang, L., Li, J., & Pan, S. (2022). Application of Laparoscopy Combined with Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) in Acute Intestinal Obstruction and Analysis of Prognostic Factors: A Retrospective Cohort Study. *BioMed Research International*, 2022.

Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från ide till examination inom omvårdnad*. (s. 421-436). Studentlitteratur.

Nadler, A., Pearsall, E., Victor, C., Aarts, M-A., Okrainec, A. & Mcleod, R. (2014). Understanding surgical residents' postoperative practices and barriers and enablers to the implementation of an Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Guideline. *Journal of Surgical Education* 71(4), 632-638. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2014.01.014>

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11 uppl.). Wolters Kluwer.

Polen, F., Spalding, N., Gregory, S., McCulloch, J., Sargen, K. & Vicary, P. (2017). Developing patient education to enhance recovery after colorectal surgery through action research: a qualitative study. *BMJ Open* 7(6). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013498>

Pisarska, M., Pedziwiatr, M., Małczak, P., Major, P., Ochendusko, S., Zub-Pokrowiecka, A., Kulawik, J. & Budzyński, A. (2016) Do we really need the full compliance with ERAS protocol in laparoscopic colorectal surgery? A prospective cohort study. *International Journal of Surgery*, 36, 377-382. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2016.11.088>

Priebe, G. & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från ide till examination inom omvårdnad*. (s. 25-40). Studentlitteratur.

Rehnsfeldt, A. & Eriksson, K. (2004). The progression of suffering implies alleviated suffering. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(3), 264-272. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00281.x>

Rudolfsson, G., Ringsberg, K. & Von Post, I. (2003). A source of strength – nurses' perspectives of the perioperative dialogue. *Journal of Nursing Management* 11(4), 250-257. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2834.2003.00380.x>

Rudolfsson, G., Von Post, I., Frid, I., Kelvered, M. & Madsen, C. (2005). Den perioperativa dialogen – möjligheter och hinder för nya vanor i praxis. *Vård i Norden*, 25, 37–42.

Riksförening för operationssjukvård. (2020). Kompetensbeskrivning avancerad nivå. Specialistsjuksköterska inom operationssjukvård. https://www.swenurse.se/download/18.43b130891791c6024147ebfb/1620718694086/Komponenter%20Operationssk%C3%B6terska%20NY%202021.pdf?fbclid=IwAR2ocekD4WGVMHdbpKypKdXXSBSVdT_7_-LnWJYCau9Tf2v1N1sDG2wSmo

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Socialdepartementet. Hämtad 20 oktober, 2022, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30#K2

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Utbildningsdepartementet. Hämtad 26 oktober, 2022, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Socialdepartementet. Hämtad 5 januari, 2023, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Socialdepartementet. Hämtad 24 mars, 2023, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

Somoza-Fernández, B., Ribed-Sánchez, A., Martin-Lozano, S., De Vega-San Vicente, FM., Menéndez-Tarín, R., Giménez-Manzorro, Á., Sanz-Ruiz, P., Garutti-Martínez, I., Herranz-Alonso, A., Vaquero-Martín, J., Sanjurjo-Sáez, M. & de Vega-San Vicente, F M. (2022). Implementation of an enhanced recovery after surgery program including a patient school: Impact on quality of life results. *Injury*, *53*(12), 3987-3992. <https://10.1016/j.injury.2022.09.063>

Spalding, N., Poland, F., Gregory, S., McCulloch, J., Sargen, K. & Vicary, P. (2013) Addressing patients' colorectal cancer needs in preoperative education. *Health Education* *113*(6), 502–516. <https://10.1108/HE-11-2012-0052>

Svensk Sjuksköterskeförening. (2017). *ICN's etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 24 mars, 2023, från <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns%20etiska%20kod%20of%C3%B6r%20sjuksk%C3%B6terskor%202017.pdf>

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Vetenskapsrådet. ISBN:91-7307-008-4

Wang, W., Li, H., Li, Y., Fang, S., Zhang, S., Zhang, X., Meng, X., Su, J. & Sun, J. (2022). Colorectal cancer survivors' experience of continuity of care provided by different health professionals: A qualitative evidence synthesis. *Journal of clinical nursing*, *31*(21-22), 2985-2999. <https://10.1111/jocn.16189>

Wennström, B., Johansson, A., Kalabic, S., Loft, E. S., Skullman, S., & Bergh, I. (2020). Patient experience of health and care when undergoing colorectal surgery within the ERAS program. *Perioperative Medicine*, *9*(1), 1–12.

Wibeck, V. (2017). Fokusgrupp. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från ide till examination inom omvårdnad*. (s.169–185). Studentlitteratur.



HÖGSKOLAN
I SKÖVDE

BILAGA 1: Informationsbrev till verksamhetschefen

Till verksamhetschef på operationsavdelningen...

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien *operationssjuksköterskors upplevelser av att vårda ERAS patienter som genomgår kolorektalkirurgi inom ERAS vårdprogram perioperativt*.

Vi är två sjuksköterskor som läser specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning operationssjukvård. Under hösten 2022 ska vi skriva ett examensarbete på avancerad nivå vid högskolan i Skövde och denna studie kommer att vara underlag för detta. Syftet med studien är att undersöka operationssjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter som genomgår kolorektalkirurgi inom ERAS vårdprogram.

Enhanced recovery after surgery - ERAS är ett vårdprogram som strävar efter att förbättra och effektivisera vården hos patienter som ska genomgå elektiv kolorektalkirurgi inom ERAS vårdprogram. ERAS vårdförlopp innefattar ett multidisciplinärt och ett multiprofessionellt arbetssätt som har en inverkan på alla delar i den perioperativa vårdprocessen i samband med stor kirurgi. Målet är att sträva efter effektiv återhämtning avseende patienternas tillfrisknande. Det finns mycket forskning som beskriver patienters upplevelser av att ingå i ett ERAS vårdprogram. Däremot är forskning som belyser operationssjuksköterskors upplevelser av ERAS vårdprogram begränsat. Därför vill vi undersöka operationssjuksköterskors upplevelser av att vårda ERAS patienter perioperativt. Detta för att få en ökad insikt och förståelse för operationssjuksköterskors upplevelser av ERAS vårdprogram. Detta kan i sin tur generera i ökad kunskap som vidare kan främja vårdförloppet och användbarheten av vårdprogrammet ERAS.

Metoden som kommer att användas är en kvalitativ intervjustudie baserat på semistrukturerade intervjuer. Studien riktar sig mot operationssjuksköterskor som arbetar på en operationsavdelning. Vi kommer att genomföra individuella intervjuer med operationssjuksköterskor på arbetsplatsen eller via videotjänster. Intervjuerna kommer att spelas in för att sedan transkribera och analysera. Intervjuerna beräknas ta cirka 30 minuter till 1 timme. I studien förväntas ingå ca 8–12 deltagare. Inklusionskriterier är att ha minst sex månaders arbetslivserfarenhet av att arbeta som operationssjuksköterska inom ERAS vårdprogram. Det insamlade datamaterialet kommer att analyseras med en innehållsanalys.

Operationssjuksköterskor kommer få förfrågan till deltagande i studien via e-postadress och studien först påbörjas efter att informanter har lämnat ett informerat samtycke. Information som studien och genomförandet lämnas både muntligt och skriftligt innan studien påbörjas. Deltagandet i studien är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att uppge varför. Deltagarnas personliga uppgifter avidentifieras genom att ersätta dessa med koder och kommer att behandlas konfidentiellt. Resultatet presenteras på så sätt att det inte framgår vem som har sagt vad. Datamaterialet som är sekretesskyddat kommer att sparas i högskolans server och ingen obehörig kommer att ha tillgång till datamaterialet. Allt material kommer att avidentifieras.

Vänligen besvara denna förfrågan om att operationssjuksköterskor i din verksamhet kan tillfrågas om deltagande. Du kan skriva på den medskickade blanketten för att bevilja ett samtycke och godkänna förfrågan. Genom att skicka ett meddelande via e-post till någon av de undertecknande studenterna.

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

Med vänliga hälsningar

Operationssjuksköterskestudent: Operationssjuksköterskestudent: Handledare:

Högskolan i Skövde

Högskolan i Skövde

Högskolan i Skövde



HÖGSKOLAN
I SKÖVDE

Bilaga 2: Informationsbrev till deltagarna

Förfrågan om att delta i studien ”operationssjuksköterskors upplevelser av att vårda ERAS patienter perioperativt”.

Hej! Vi är två sjuksköterskor som läser specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning operationssjukvård. Under hösten år 2022 ska vi utföra ett examensarbete på avancerad nivå vid högskolan i Skövde. Syftet med studien är att undersöka operationssjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter som genomgår kolorektalkirurgi inom Enhanced recovery after surgery (ERAS) vårdprogram.

Du som är operationssjuksköterska och har minst sex månaders arbetslivserfarenhet av att arbeta med ERAS vårdprogram tillfrågas om deltagande i ovanstående studie.

Bakgrund

Enhanced recovery after surgery - ERAS är ett vårdprogram som strävar efter att förbättra och effektivisera vården hos patienter som ska genomgå elektiv kolorektalkirurgi inom ERAS vårdprogram. ERAS vårdförlopp innefattar ett multidisciplinärt och ett multiprofessionellt arbetssätt som har en inverkan på alla delar i den perioperativa vårdprocessen i samband med stor kirurgi. Målet är att sträva efter effektiv återhämtning avseende patienternas tillfrisknande. Det finns mycket forskning som beskriver patienters upplevelser av att ingå i ett ERAS vårdprogram. Däremot är forskning som belyser operationssjuksköterskors upplevelser av ERAS vårdprogram begränsat. Därför vill vi undersöka operationssjuksköterskors upplevelser av att vårda ERAS patienter perioperativt. Detta för att få en ökad insikt och förståelse för operationssjuksköterskors upplevelser av ERAS vårdprogram. Detta kan i sin tur generera i ökad kunskap som vidare kan främja vårdförloppet och användbarheten av vårdprogrammet ERAS.

Hur går studien till?

När du har lämnat ett informerat samtycke så skulle vi vilja att göra en intervju med dig. Vi kommer att höra av oss och du själv kan välja dag, tid och plats för intervjun. Du har även möjlighet att bli intervjuat via digitala verktyg såsom zoom, skype etc. Vi kommer att utföra intervjun med dig på arbetsplatsen eller via videotjänster. Vi båda studenter kommer att genomföra i intervjun och vi har med oss en intervjuguide med några frågor som relaterade till studiens syfte. Med din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun som beräknas ta cirka 30 minuter till 1 timme. Intervjuerna kommer att transkriberas ordagrant och sedan analyseras. Resultatet kommer sedan att presenteras i form av olika kategorier och

underkategorier och citat kommer att användas i syfte med att styrka dessa underkategorier.

Hantering av data och sekretess

Deltagandet i studien är helt frivilligt och du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan att uppge varför. Om du väljer att avbryta din medverkan, så kommer all data du lämnat förstöras och inget du säger kommer att användas. Personlig information som du lämnar kommer att behandlas konfidentiellt och sparas separat från intervjuerna, detta möjliggör att det inte går att koppla intervjuer till de personliga uppgifterna. Intervjuerna kommer att kodas, vilket gör det omöjligt för obehöriga att veta vem som har sagt vad. Resultatet kommer att presenteras på gruppnivå och det kommer inte att framgå de enskilda individerna bakom texten. Datamaterialet som är sekretesskyddat kommer att sparas i högskolans server och ingen obehörig kommer att ha tillgång till detta.

Deltagande

Om du vill delta ber vi dig att skicka ett meddelande via e-post till någon av de undertecknande studenterna. Då återkommer vi till dig via e-post så vi kan bestämma tidpunkt för intervjun. Med detta brev följer en samtyckesblankett för skriftligt samtycke som du lämnar vid intervjutillfället.

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

Med vänliga hälsningar

Operationssjuksköterskestudent:
Högskolan i Skövde

Operationssjuksköterskestudent:
Högskolan i Skövde

Handledare:
Högskolan i Skövde

BILAGA 3: Intervjuguide

Öppna frågor:

Beskriv hur det är att arbeta som operationssjuksköterska genom att använda ERAS-vårdprogram perioperativt för patienter som genomgår kolorektalkirurgi?

Berätta om vilka möjligheter/fördelar det finns att arbeta i ERAS-vårdprogram perioperativt?

Berätta en situation där ERAS har bidragit positivt i ditt patientarbete som operationssjuksköterska?

Berätta om vilka hinder/svagheter det finns att arbeta med ERAS-vårdprogram för patienter som genomgår kolorektalkirurgi?

Berätta en situation där ERAS har bidragit negativt/har varit hinder i ditt patientarbete som operationssjuksköterska?

Kan du beskriva din upplevelse av att vårda ERAS patienter perioperativt?

Har du andra situationer att berätta om att använda ERAS vårdprogram perioperativt för patienter som genomgår kolorektalkirurgi?

Följdfrågor:

Kan du berätta mer?

Kan du utveckla det du säger?

Vad menar du med det?

Hur menar du med det?

Vad kände du då?

Hur upplevde du det?

Kan du förklara mer?

Kan du ge ett exempel?

Vad är din roll i detta?

Intervjutid minuter: