

Tvätta sig – varför då?

Patientens upplevelse av information om preoperativa duschar

FÖRFATTARE	Eva Pihlemark Sophia Johansson
PROGRAM/KURS	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning operationssjukvård 60 högskolepoäng OM5340 VT 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Monica Pettersson
EXAMINATOR	Harshida Patel
Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa	

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Tvätta sig – varför då? Patientens upplevelse av information om preoperativa duschar
Titel (engelsk):	Why wash? The experience of preoperative showers from the patient's point of view
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning operationssjukvård 60 högskolepoäng
kursbeteckning:	OM5340
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	28 sidor
Författare:	Eva Pihlemark Sophia Johansson
Handledare:	Monica Pettersson
Examinator:	Harshida Patel

FÖRORD

Utan stöttning av våra familjer hade detta inte varit möjligt. Många är timmarna vi suttit på tåg, i skolan eller vid datorn istället för att vara med er. Anton, Jesper och Tea, Martina och Marcus, Micke och Anders – TACK!!! Stort tack också till vår handledare Monica Pettersson som stöttat och varit med i hela processen.

SAMMANFATTNING

Introduktion: Forskare har under årtionden kommit fram till att minskandet av bakterier på huden innan operation kan minska de postoperativa sårinfektionerna. Tvålar, duschar och tvätt med hibiscrub används idag rutinmässigt. **Syfte:** Syftet med denna studie är att beskriva patientens upplevelse avseende information om preoperativa duschar med klorhexidintvål. **Metod:** Vid datainsamlingen har författarna gjort kvalitativa semistrukturerade intervjuer. Därefter har en innehållsanalys gjorts. Pilotstudien har gjorts för att testa metodens genomförbarhet som fullskalig studie. **Resultat:** Patienterna kände sig väl införstådda med vad de skulle göra, och de förstod att det är viktigt att göra precis på det sättet de blivit uppmanade. Informationen var tydlig, både muntlig och skriftlig. Att vara förberedd inför sin operation och det ingrepp som skall utföras är något som upplevdes viktigt för informanterna. Alla informanterna upplevde att de fått tydliga instruktioner i utförande kring förberedelsen av duscharna. Känslan av förbereddhet är också knuten till att känna sig bekräftad och sedd som person. **Konklusion:** För att få ett mera innehållsrikt material behövs det många intervjuer, vilket är tänkt till den fullskaliga studien. Dessa tre patienter har fått en vad de upplevde bra information. De har en förståelse för vad de ska göra och varför. De har även fått noggranna instruktioner om tillvägagångssättet och kände sig väl förberedda. Duscharna är att se som egenvårdshandlingar som även tas upp i Orem's undervisande omvårdnadssystem.

ABSTRACT

Introduction: Scientists have over the last centuries realized that presurgical reduction of bacterial skin flora decreases the surgical site infections. Sponges, showers and washing with Chlorhexidine is today a standard procedure. **Purpose:** The purpose of the study was to describe the patient's experience of the information given to them about the preoperative showers with hibiscrub. **Method:** Semi-structured interviews were used to collect the data, and content analysis was used to analyse the data. This pilot study has been performed to analyze the method before a fullscale study. **Result:** The patients were well understood with the procedure and the importance of it. The information they received was easy to understand and was given both in oral and written. All three informants were satisfied with the idea of, "to be prepared before the operation". All informants experienced that they had received clear instructions in how to perform the preoperative showers. The feeling of preparedness is also linked to the feeling of being confirmed and seen as a person. **Discussion:** To have a more eventful material, there has to be more interviews, which is planned for the full scale study. These three patients has been given what they feel is very good information. They have an understanding as to what to do, and why they are supposed to do it. They have also been given thorough instructions about the approach and felt well prepared. The showers are seen as self-care that is spoken of in Virginia Orem's information system.

Nyckelord: Klorhexidin, Preoperativ, Omvårdnad, Information, Förberedd

Keywords: Chlorhexidine, Preoperative, Nursing, Information, Prepared

INNEHÅLL

INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Historik – upptäckten av hygienens betydelse.....	1
Hygienens betydelse i samband med operation i svensk sjukvård	2
Ledplastik.....	3
Klorhexidin.....	4
Klorhexidin och postoperativa sårinfektioner	5
Klorhexidin - hur gör man.....	5
Teoretisk referensram	6
CENTRALA BEGREPP	7
Patientinformation	7
Patientdelaktighet	8
Förbereddhhet.....	9
Compliance och adherence.....	9
PROBLEMFÖRMULERING	10
SYFTE	10
FRÅGESTÄLLNING.....	10
METOD	11
DESIGN	11
URVAL.....	11
TILLVÄGAGÅNGSSÄTT	11
DATAINSAMLING	12
DATAANALYS	12
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	13
PILOTSTUDEN.....	14
Presentation av intervjupersoner	14
RESULTAT	15
FÖRSTÅELSE	15
Att få tydlig information	15

Att känna till infektionsrisk.....	15
Att vara medveten.....	16
FÖRBEREDDHET	16
Att få material	16
Att få tydliga instruktioner.....	16
Att vara redo	17
DISKUSSION	17
METODDISKUSSION.....	17
RESULTATDISKUSSION.....	19
Förståelse	19
Förbereddhet.....	20
ARBETSFÖRDELNING	21
KONKLUSION.....	22
KLINISKA IMPLIKATIONER.....	22
REFERENSER	23
BILAGOR	
BIPACKSEDEL DESCUTAN	
FRÅGEOMRÅDEN	
INFORMATION OM EXAMENSARBETEN	
FORSKNINGSPERSONSINFORMATION	

INTRODUKTION

INLEDNING

Det sägs att tiden läker alla sår men om det med hjälp av information och rätt handling kan förebygga uppkomsten av sår är mycket vunnet. Forskare har under årtionden kommit fram till att minskandet av bakterier på huden innan operation kan minska de postoperativa sårinfektionerna (Alexander, Rothrock, & McEwen, 2011; Bröte, 1976; Byrne, Napier, Phillips, & Cuschieri, 1991; Dåvøy, Eide, Hansen, Midenstrand, & Törnqvist, 2012; Kaiser, Kemodle, Barg, & Petracek, 1988; Paulson, 1993).

Tvålar, duschar och tvätt med klorhexidin används idag rutinmässigt. Samarbete mellan patient och sjukvården ökar och delaktighet från patienten eftersträvas i allt större grad. För att skapa en delaktighet är information en viktig del. En välinformerad patient är en tryggare patient. En delaktig patient är motiverad till samarbete i sin vård och får ett snabbare tillfrisknande (Lithner & Zilling, 2000).

Författarna har, som patienter, själva varit med om de preoperativa duscharna och fått de instruktioner som ges av ansvarig sjuksköterska. När författarna började studera vidare till operationssjuksköterskor och fördjupade sig i dessa duschar och vikten av varför den görs, kom de fram till att den informationen aldrig gavs. De märkte skillnad på hur de själva genomförde preoperativa duschar innan och efter de visste varför. Författarna vill därför med denna studie undersöka patientens upplevelse avseende informationen kring de preoperativa duscharna och om de förstår vikten av de förberedande klorhexidinduscharna utifrån den information de har fått.

BAKGRUND

Historik – upptäckten av hygienens betydelse



Under Krimkriget (1853-1856) reste Florence Nightingale dit för att ta hand om och hjälpa de svårt skadade soldaterna. Hon beskrev förhållandena som förfärliga och många av soldaterna dog. Genom att införa något som idag skulle uppfattas som väldigt enkla hygienrutiner, lyckades Florence minska dödligheten hos soldaterna från 42% till endast 2% (Nightingale, 1989). Ungefär samtidigt, i Wien i Österrike, upptäckte Ignaz Semmelweis ett samband mellan kvinnor som dog i barnsängsfeber, och sin egen kollega som dog efter att ha stuckit sig på en kniv under en obduktion. Många är beskrivningarna om hur de höggravida kvinnorna gjorde allt för att slippa vårdas på den förlösningsavdelning som användes för utbildning av medicinestudenter. De ville istället vårdas på den andra avdelningen, som användes för utbildning av barnmorskor (Nuland & Månsson, 2005).

Skälet till kvinnornas skräck för läkarna var att dödligheten på barnmorskornas avdelning låg på 2%, mot 13% på medicinestudenternas. Då Semmelweis vid obduktionen av sin vän upptäckte likheter med kvinnorna som dog i barnsängsfeber, drog han slutsatsen att partiklar följde med från de lik som medicinestudenterna dissekerade, upp till de födande kvinnorna. Då han införde rutinen att tvätta händerna med klorerad kalk mellan obduktion och förlossning, sjönk dödligheten till 2%. Trots detta vann hans upptäckter aldrig gehör hos kollegorna. Han skrev två artiklar, men fick fortfarande inte något stöd av sina samtida kollegor. År 1849 avskedades han från sin post som chef för förlossningskliniken, och han dog år 1865. Postumt kom dock hans erkännande, och nu betraktas han som en föregångare inom aseptiken (Nuland & Månsson, 2005).

År 1867 publicerade Joseph Lister en artikel - *On a new method of treating compound fractures* – i tidningen “The Lancet”. Denna artikel, där han beskriver metoden att använda karboxylsyra som preoperativ hudinfektion, anses av många vara den största upptäckten inom kirurgin och en ny kirurgisk era kunde påbörjas (Toledo-Pereyra, 2010).

Hygienens betydelse i samband med operation i svensk sjukvård

Sveriges kommuner och landsting (SKL) arbetar sedan 2008 aktivt med att minska antalet vårdrelaterade infektioner, (VRI). Målet är att 2014 ha halverat det antal VRI som uppmättes 2008. Då man riktar in sig på just de postoperativa sårinfektionerna, (SSI – surgical site infection), som uppges vara en av de vanligaste vårdrelaterade infektionerna, inriktar man sig, förutom basala hygienrutiner, på fyra åtgärder:

- korrekt använd antibiotikaproylax
- följa rutiner för preoperativ hudinfektion och eventuell hårvkortning
- uppmana till rökstopp före operation
- att registrera postoperativa sårinfektioner

De patienter som man anser skall genomgå preoperativa duschar med klorhexidin är patienter som ska genomgå kärlkirurgi, ortopedisk kirurgi, hjärtkirurgi eller annan operation där hudbakterier är en vanlig orsak till allvarliga infektioner (SKL, 2011).

I Göteborg på Sahlgrenska sjukhuset införde man 1973 på kärlkirurgen rutinen att alla patienter skulle helkroppstvättas åtta gånger med 4%-ig klorhexidinlösning. Då denna rutin infördes reducerades antalet postoperativa infektioner med 50 %. Man konstaterade samtidigt att detta var en både omständig och kostsam rutin som dessutom orsakade längre vårdtider, vilket föranledde en undersökning där man sökte finna en enklare men trots det effektiv rutin. Man gjorde en jämförande studie, där man jämförde två olika

rutiner: att lägga in patienten två dagar preoperativt och duscha eller tvättas åtta gånger, eller så lades patienten in dagen före operation och duschade/tvättades tre gånger.

Man gjorde odlingar med kontaktplatta i ljumskarna före och efter tvätt och i samband med operation. Resultatet visade samstämmighet från båda patientgrupperna, och man rekommenderade därefter helkroppstvätt med klorhexidinlösning tre gånger inför operation (Holm, 1978).

I modern tid gjorde tre svenska sjuksköterskor en jämförande litteraturstudie för att söka finna det optimala antalet duschar med klorhexidintvål som krävdes för att förebygga postoperativa infektioner. Slutsatsen blev att undersökningarna de studerat var så pass olika utförda, att det inte gick att dra någon konkret, vetenskaplig slutsats av dem (Jakobsson, Perlkvist, & Wann-Hansson, 2011).

Ledplastik

Höftplastiker har utförts i Sverige sedan 1960-talet, och knäplastiker sedan 1970-talet. Den främsta orsaken till dessa protesoperationer är primär arthros, men även sekundär arthros och skador kan leda till att man behöver opereras och få en konstgjord led. Vid operationerna öppnas ledkapseln, aktuell led sågas av och ersätts med en protes. Vid höftplastik byts collum femoris och acetabulum. Vid knäplastik byts femurs laterala och mediala kondyl samt även tibias laterala och mediala kondyler (Andersson, 2013). 2011 utfördes i Västra Götalandsregionen 1.815 primära höftplastiker och 1.664 knäplastiker. I Skaraborg, fördelat på Skas Skövde och Skas Lidköping, utfördes 362 respektive 380 av dessa operationer (Förars, 2011).

Leder är väldigt infektionskänsliga. I ben rinner blodet i små och trånga kanaler, och vid ledytorna, som består av brosk, är blodförsörjningen i det närmaste obefintlig, vilket gör förutsättningarna för att läka en infektion som uppstått väldigt dåliga. Därtill är själva förekomsten av främmande material, som ju ledprotesen är, ytterligare en riskfaktor för att infektion ska uppstå. De vanligaste infektionerna är orsakade av olika stafylokocker (Lindgren, Svensson, Alfredson, & Johansson, 2007). Stafylokocker tillhör hudens normalflora, de ska däremot inte finnas inuti en led. Kommer de väl in i leden bildar de där gärna en så kallad mikrobiologisk film, som underlättar för dem att fästa mot underlaget och undvika fagocytos. De bildar även enzymer som bryter ner vävnaden och motverkar antibiotika (Murray, Rosenthal, & Pfaller, 2009).

STRAMA-gruppen (Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens) anger risken för postoperativ infektion efter proteskirurgi till 3-5% utan antibiotikaproylax eller ortopedspecifik ventilation – ”ren luft”. Vid användande av antibiotikaproylax men utan ”ren luft” sjönk frekvensen till 1%.

Vid användande av ”ren luft” men utan antibiotikaproylax ligger frekvensen på 2%, medan den med samma förutsättningar sjunker till 1% om man använder cement innehållande gentamicin. Vid användande av antibiotikaproylax i kombination med ”ren luft” sjunker frekvensen ner till 0,5% (Rasmussen, 2004).

Klorhexidin

Det finns en klar evidens för att just klorhexidintvätt minskar antalet postoperativa infektioner. En av de äldsta studierna som visar att patogena hudbakterier på huden innan operation ökade risken för SSI är från år 1976 (Bröte, 1976). Denna artikel är byggd på material samlat under 1971-1972 i Linköping. Trots att den är så pass gammal, är den ändå tack vare sin grundlighet fortfarande relevant. Det finns också studier som visar att dusch med klorhexidin minskar antalet hudpatogener under minst två dygn (Byrne et al., 1991; Kaiser et al., 1988; Paulson, 1993).

I en Cochranerapport 2012 gjordes en sammanställning av alla randomiserade kontrollerade studier rörande klorhexidinduschar. De sökte i olika databaser från 1882 till juni 2012 och fick då fram sju studier med sammanlagt 10.157 patienter. Deras slutsats var att man inte kunde finna evidens för att preoperativa duschar med klorhexidin skulle vara att föredra framför någon annan slags tvål/rengöringsprodukt (Webster & Osborne, 2012).

Edmiston et al har i sin artikel valt att undersöka evidens för klorhexidin, både 2% förberedd duschsvamp och 4% tvål. De anger också att kritik framförts mot användandet av klorhexidin preoperativt, då man är rädd för utveckling och spridning av multiresistenta stafylokocker – MRSA. Effekten av klorhexidin beskrivs vara att det binder molekyler till bakterieceller, och orsakar en störning i balansen mellan intra- och extracellulär koncentration av kalium och fosfor. Detta gör att cellen ”läcker” och dör, vilket ger en långsiktig bakteriostatisk effekt. I högre doser ger det en direkt baktericid effekt och cellerna dör. I sin artikel hänvisade de till en pågående genomgång utförd av Cochrane library. De har sedan återgivit ett flertal kliniska studier, och gör en konklusion, att klorhexidin är ett billigt och effektivt sätt att undvika postoperativa sårinfektioner. Man inte funnit någon evidens för att det heller skulle kunna vara skadligt (Edmiston, Okoli, Graham, Sinski, & Seabrook, 2010).

Tanner et al har gjort en, förhållandevis liten, randomiserad studie 2011. Den kan ses vara en bekräftelse på vad Kaiser och Paulson kom fram till i sina studier redan 1988 och 1993. I Tanners studie gjordes odlingar på 60 stycken frivilliga personer. Syftet var att studera skillnader i hudkolonisering efter tvätt med vanlig tvål, klorhexidin samt octenidin. Vid tvätt av underarm fann man att både klorhexidin och octenidin var signifikant effektivare att minska förekomsten av bakteriekolonier.

I ljumskregionen var det klorhexidin som var signifikant bättre. Det saknas dock studier som visar samband mellan antal bakteriekolonier och antalet SSI. Detta tas upp i diskussionen, och det påpekas samtidigt att preoperativa duschar med klorhexidin eller octenidin (används ej i någon produkt Sverige) är en i sammanhanget billig förebyggande åtgärd mot SSI (Tanner et al., 2012).

Klorhexidin och postoperativa sårinfektioner

En sökning i pubmed och cinahl för att hitta randomiserade samt andra studier om patienters upplevelse av att tvätta med klorhexidin eller liknande innan operation visade att inte några sådana studier är gjorda i modern tid. Författarna har därför börjat baklänges, det vill säga letat fram en gammal svensk avhandling från 1973 som det hänvisas till i en mängd studier avseende klorhexidin och postoperativa sårinfektioner, och sedan via SCOPUS arbetat sig framåt i tiden.

Nalini Rao et al har gjort en prospektiv kohortstudie på elektiva ortopedpatienter. Det har tagits nasala odlingar för att hitta bärare av *staph aureus* i näsan. De bärare som hittades har fått lokal behandling med mupirocin samt klorhexidinduschar dagligen i fem dagar innan operation. På detta vis har man vid en tvåårskontroll minskat förekomsten av SSI från 2,7% till 1,2%. Tyvärr finns ej angivet huruvida patienterna i kontrollgruppen duschade med klorhexidin, vilket gör det svårt att föra över dessa resultat till svenska förhållanden (Rao et al., 2011).

Klorhexidin - hur gör man

Enligt bipacksedeln till Descutan®, som är det i Sverige vanligast använda medlet för preoperativ dusch, förklaras att klorhexidin är ett bakteriedödande medel som skall förebygga infektion. Sedan beskrivs noga hur man utför en dubbeldusch, och att man inte får använda balsam eller hudlotion efteråt. Man betonar även att man ska vara extra noga med området runt näsan, ljumskar och könsorgan. (se bil. 1)



("FASS," 2013)

Teoretisk referensram

En teoretisk ram syftar till att beskriva vilken ansats som väljs för att tolka fakta som kommer in. Ramen innehåller förklaringsmodeller till begreppet omvårdnad och vad omvårdnadsprocessen innebär. För att hitta en teoretiker vars filosofi passade in på detta arbete, genomgicks ett antal modeller för att sedan välja den som bäst motsvarade arbetets syfte och frågeställning.

Att valet föll på Dorothea Orem beror på hennes syn på patienten som en lärande individ som själv, efter information från sjuksköterskan, kan utföra egenvårdshandlingar. Att utföra de preoperativa duscharna på ett korrekt sätt ser författarna som ett utmärkt exempel på hur patienten, efter korrekt information från sjuksköterskan, utför egenvård och på så sätt är delaktig i och tar ansvar för sin egen vård (Polit & Beck, 2012).

Enligt Dorotea Orem är sjuksköterskans omvårdnadsuppgift att undervisa och stötta patienten, så att hon/han kan utföra egenvård. Målet med omvårdnaden är att underhålla patientens egna, normala hälsa, funktion, välbefinnande och där är egenvården ett av delmålen. De individer som inte har dessa förmågor ska istället få hjälp med det, fortfarande med normaliteten och egenvården som mål och delmål. Hennes teori bygger på en egenvårdsteori, dvs. vad människor själva, på egen hand, gör för att upprätthålla hälsa och välmående (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2005; Parker, 1990).

Omvårdnadens mål i detta arbete är att hjälpa patienten att uppnå sina egenvårdsmål (Polit & Beck, 2012). En analys visar att Orems teori till stor del har sitt ursprung i St Thomas Aquinas filosofiska system med filosofisk realism, vilken framställdes redan på 1200-talet (Orem, Taylor, & Renpenning, 2001). Thomas Aquinas menade bland annat att människan består av kropp och själ, och att själen är unik för varje människa. I själen finns även en subjektiv bas till all kunskap (Porter, 2011).

Orem skiljer mellan tre olika omvårdnadssystem:

- Fullständigt kompenserande omvårdnadssystem
- Delvis kompenserande omvårdnadssystem
- Stödjande/undervisande omvårdnadssystem

Det tredje systemet används som grund i detta arbete. Detta system vänder sig främst till personer som redan har förmågan till, eller kan lära sig att utföra egenvård, men behöver professionell stöttning (Kirkevold & Larsson-Wentz, 2000).

CENTRALA BEGREPP

Genom olika sorters information försöker sjukvården förbereda och delaktiggöra patienten inför en operation. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (Socialdepartementet, 1982) skall *”vården och behandlingen så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.* Även i sjuksköterskans kompetensbeskrivning utgiven av socialstyrelsen (Sverige, 2005) poängteras att vård ska ges i dialog med patienten, att sjuksköterskan ansvarar för att undervisa patienter och även har ett ansvar att följa upp att givna information har förståtts.

Patientinformation

En patient är en person som kontaktar sjukvården för att få hjälp med sina besvär, få en diagnos eller behandling. Ordet kommer från latinets *pati* som betyder lida eller tåla. Information är en mängd fakta, kunskap eller budskap i en verklig form. Patientinformation är information om hälsa och sjukdom, diagnos och behandling från sjukvårdspersonal till patient och/eller anhöriga (Berg, Holmer, & Hult, 2009).

Information är ett lärande begrepp och utgår från tre grundläggande frågeställningar - vad, hur och varför något ska undervisas eller läras. Målet med att ge information är att hjälpa patienten att få en orientering/översikt i något och ge förberedande kunskaper, men informationen leder inte till djupare förståelse. Det hjälper patienten att få kännedom om någonting (Engström, 2007).

Vanligt vid vardaglig kommunikation är att det tas för givet att den vi pratar med tänker och förstår på samma sätt som vi. I en situation med en patient kan det orsaka problem. Vissa delar av informationen vi vill förmedla uppmärksammas inte av patienten, därför att vi inte är uppmärksamma på vilken betydelse informationen har för patienten. Konsekvenserna blir då att patienten inte lär sig det som vi har för avsikt att lära ut. Informationen och lärandet måste utformas utifrån patientens förståelse och kunskap och sen synliggöra det vi vill att hon ska se (Hansson Scherman & Runesson, 2009).

Sjuksköterskan måste ha kunskap och se hela bilden och hela patienten, eftersom olika patienter har olika möjlighet att ta till sig information. Det som är rätt mängd information till en patient, kan bli för mycket för en annan, vilket i sin tur istället kan leda till onödig och ökad oro, istället för kunskap och trygghet (Ryder & Wiltshire, 2001). I en aktiv process mellan två lärande människor, som i mötet mellan patienten och vårdpersonalen, kan man få patienten delaktig genom att lyssna och vara uppmärksam på vad patienten har att säga (Engström, 2007).

I en designstudie från Uppsala universitet, visade resultatet att patienterna kände att de var i behov av praktisk information om hur de skulle förbereda sig inför sin operation med t.ex. dusch. Studien är skriven på institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, och syftet var bland annat att beskriva vad patienter ansåg vara betydelsefullt avseende delaktighet under vårdtiden (Kiuru, 2011).

I en artikel skriven av Friberg, Pilhammar och Bengtsson står det att patienten ska ses som en lärande person (Friberg et al., 2007). Den kunskap sjuksköterskor har, förmedlas vidare till patienterna via den information sjuksköterskan har ett ge. Detta ger en välinformerad patient som blir trygg med det som händer runt honom. En välinformerad patient är också mer motiverad till vården före under och efter en operation. Den patienten uppfattas även vara mer nöjd med vården den får (Lithner & Zilling, 2000). Enligt ICNs etiska kod för sjuksköterskor är det sjuksköterskans ansvar att patienten får tillräcklig information (Willman, 2007).

Margaret Crotty menar att det är av största vikt att sjuksköterskor tar kommunikationen till patienter mer allvarligt. Oavsett när du ska informera patienten och vad du ska informera om måste en tät kontakt etableras. Om patienten känner delaktighet från sjuksköterskan både i psykologiska och emotionella behov kan en individualiserad patientvård ges. Det är bevisat att patienter som fått adekvat information och förklaringar innan operationen eller undersökningen har mindre ont och känner mindre oro och stress under vårdtiden (Crotty, 1985).

Patientdelaktighet

Delaktighet är när en individ medverkar i eller har vetskap om något. Patientdelaktighet fås genom en välinformerad patient som kan medverka i sin vård, alltifrån att tycka och tänka till att veta hur duscharna ska genomföras innan operation. Även Dorothea Orem talar om delaktighet i sin omvårdnadsteori. Hon beskriver att det är viktigt att ta hänsyn till patientens egna perspektiv, personlighet och livssituation när sjuksköterskan ska hjälpa till med det som patienten själv inte klarar i sin egenvård. Grunden för hur den hjälpen ska ges kan ses i patientens livssituation och personlighet. Orem beskriver också att handledning och att visa vägen för någon annan, är ett samarbete mellan sjuksköterska och patient. När förslag och råd eller rekommendationer och instruktioner ges till patienten resulterar detta till en konkret handling (Orem et al., 2001).

I en studie om individens ansvar för sin hälsa menar författaren att sjukvården kan se egenvården som sin förlängda arm (Kjellström, 2005). Enligt Orem ger egenvård ”en förutsättning för bevarad hälsa, strukturerad livssituation, personlig integritet och utveckling”. Hon anser att alla människor har egenvårdsresurser. För att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande utför individer egenvårdsaktiviteter. Människan har vanligtvis tillräckligt med kunskap om sina egenvårdsbehov och hur de bör och kan tillgodoses. Om en sjukdom plötsligt drabbar en person så kan dock situationen se annorlunda ut. Vid vård vid sjukdom kan det krävas allmänna kunskaper om tillståndet och kunskaper om målet med egenvården och hur målet ska uppnås. Det krävs också motivation (Klang Söderkvist, 2008).

I ett alltmer välinformerat samhälle, ökar patientens kunskap om hälso- och sjukvård samt rättigheter och skyldigheter. Detta ställer krav på sjuksköterskor att arbeta aktivt för ökad patientdelaktighet. Många studier rekommenderar att kommunikation mellan sjuksköterska och patient borde ingå som ett ämne i grundutbildningen (Crotty, 1985; Moene, Bergbom, & Skott, 2006).

Förbereddhet

Friberg beskriver i sin avhandling att huruvida patienten känner sig förberedd har betydelse för hur de pedagogiska mötena mellan sjuksköterska/vårdare och patienter utvecklar sig. I det pedagogiska mötet ser patienten sjuksköterskan som en viktig person, och tolkar hennes ord och handlingar som meningsfulla. Om även sjuksköterskan ser patienten som en viktig person, resulterar det i att patienten ser sjuksköterskan som någon som både kan och vill hjälpa patienten i sökandet efter kunskap att veta och förstå. Patienten ger därmed sjuksköterskan tillåtelse att vara en medspelare i det pedagogiska mötet. Om patientens behov av att veta och förstå inte beaktas, är det lätt att patienten blir orolig. Men om mötet går i riktning mot lärande värnas det om förbereddhet (Friberg, 2001).

I boken ”pedagogik inom vård och omsorg” diskuteras också patienters möjligheter till förbereddhet. Sjuksköterskan kan i mötet med patienten ge information baserad på sina kunskaper i vetenskap och beprövad erfarenhet. Samtidigt kan sjuksköterskan också med sin kompetens bedöma patientens behov av kunskap. Även vikten av förbereddhet som grund för patientens trygghet diskuteras (Pillhammar Andersson & Bergh, 2003).

Compliance och adherence

Sökning på ”compliance” i Cinahl och PubMed gav ett stort antal träffar. Sökningen begränsades genom att lägga till ”patient” och ”pre-operative”. Nya sökningar gjordes och ordet ”compliance” byttes mot ”adherence” Tyvärr framkom inga relevanta träffar.

Compliance är ett begrepp som används inom hälso- och sjukvård och som betyder följsamhet. Det används i sammanhang om en patients följsamhet och förmåga att följa givna ordinationer (B. I. Lindskog, 2008). Ordet compliance har ansetts ha en negativ klang, då patienter faktiskt själva kan göra informerade beslut och själv ta ansvar för sin egen vård. Man har istället mer glidit över mot ordet ”adherence” där det ordet mer antyder en överenskommelse mellan patient och vårdgivare. Författaren anger att ”non-compliance kan vara så högt som 30-50%, och att man i de flesta fall inte har någon bra förklaring på varför (Bastable, 2006).

På Irland gjordes en studie som publicerades 2001. Där har en enkät gjorts hos 250 patienter som skulle göra ett dagkirurgiskt ingrepp, och man fann att 2% hade ätit och druckit trots ordinerad fasta, 1,5% hade druckit men inte ätit något. 22% som regelbundet åt medicin hade fortsatt göra så trots att de ordinerats att inte ta sin medicin på operationsdagens morgon. 4% planerade att köra bil hem, och 2,5% tänkte ta sig hem med kommunala färdmedel. I studien har man även givit ett antal förslag på att öka compliance, men inte redovisat något resultat av detta eller om det genomförts (Laffey & Boylan, 2001).

PROBLEMFÖRMULERING

Postoperativa infektioner är idag ett bekymmer såväl för patientens välbefinnande som för samhället i stort. Det orsakar onödigt lidande för patienten med operationssår som inte läker, ev. reoperationer, antibiotika, längre sjukhusvistelse. Det blir då som följd även en samhällsrisk med ökade kostnader, ökad användning av antibiotika som i sin tur bidrar till en ökning av de resistenta bakteriestammarna. För att förebygga dessa används klorhexidin i duschar inför många operationer. Detta är en handling patienterna får information om i förväg, och sedan får utföra på egen hand innan inskrivning. Då det saknas studier om patienterna verkligen förstår vad det är de ska göra och varför, är målet med denna studie att få ökad kunskap om patientens förståelse och upplevelse av information som ges vid inskrivning.

SYFTE

Syftet med denna studie är att beskriva patientens upplevelse avseende information om preoperativa duschar med klorhexidintvål.

FRÅGESTÄLLNING

Finns det en förståelse hos patienterna varför det är viktigt med de preoperativa duscharna?

METOD

DESIGN

Då syftet för denna undersökning grundar sig på patienters upplevelser, valdes en kvalitativ intervjustudie med en innehållsanalys. Kvalitativa data som samlats in kan sedan analyseras för att få fram människors upplevelse av t.ex. given information, men även andra fenomen (Polit & Beck, 2012). Att använda sig av en kvalitativ metod är lämpligt då man vill undersöka sammanhang och fokusera på det unika hos människan man har framför sig (Olsson & Sörensen, 2011).

Detta val av metod gör det också möjligt för patienten, eller informanten, att fritt beskriva sina upplevelser. Det kräver också att forskaren verkligen är intresserad och använder sig själv som ett instrument i samtalet (Malterud, Almqvist, & Strang, 1998).

URVAL

Studien kommer att omfatta 25 patienter som faller inom ramarna för våra inklusionskriterier; planerad proteskirurgi i höft eller knä, att patienten är orienterad till tid, rum, person och situation. Exkluderas gör de patienter som har svårare att ta till sig given information, t.ex. dementa, de som behöver tolk och har svårt med språket samt förståndshandikappade.

Ett strategiskt urval kommer att användas. Denna metod är vanligast vid kvalitativa intervjuer då man önskar en så vid spridning i data som möjligt av personerna som ska intervjuas. Patienterna måste ha erfarenhet av det område som skall undersökas, och ska vara heterogen för att få en grupp som för studien är så representativ som möjligt. Färre antal personer med olika erfarenheter ger ett mer hanterbart material än en större grupp med liknande erfarenheter, vilket ofta blir fallet vid ett konsekutivt urval (Henricson, 2012).

TILLVÄGAGÅNGSSÄTT

Genomförandet kommer att gå till på följande sätt

- Godkännande av verksamhetschef

Vårdenhetschefen kommer att tillfrågas via brev. En kopia på forskningspersoninformationen – FPI kommer att skickas med.

- Var sker intervjuerna?

Intervjuerna kommer, efter patientens godkännande, ske i deras hem. De skall genomföras några dagar efter informationen givits, men innan de skall påbörja sina duschar. Önskan är att inskrivande sjuksköterska kommer tillfråga de patienter som faller inom inklusionskriterierna om de godtar detta, och ge dem en FPI.

- Förfrågan om medverkan

Studien skickas till enhetschefen på ortopedavdelningen på KSS. Enhetschefen får ett brev där beskrivning av studien i stort, tillvägagångssätt och etiska aspekter framgår. Vidare kommer en förfrågan om hjälp att fråga patienter som är planerade för inskrivningssamtal att finnas med. Ett informationsbrev att lämna ut till de blivande informanterna bifogas också. Patienterna har informerats om studien och dess syfte. Information om att vara med och vad det innebär har givits och att de när som helst kan avbryta intervjun och utgå ur studien utan att riskera sämre vård.

DATAINSAMLING

Vid datainsamlingen har författarna valt en kvalitativ semistrukturerad intervju. Det innebär att istället för helt öppna frågor, eller tvärtom helt slutna frågor, väljs ett antal ämnen som under intervjun försöker täckas in. Olika frågeområden kommer att användas, dessa finns i bil. 2.

- Inspelning

Intervjuerna kommer att, efter patientens godkännande, spelas in digitalt för att sedan transkriberas ordagrant.

- Frågeområden

Stödord för samtalet kommer att användas Se bil. 2, så det som är intressant forskningsmässigt täcks in.

DATAANALYS

Analysen pågår i olika faser. Första fasen innebär att läsa hela intervjuer för att få ett helhetsintryck. I den andra fasen skall texten först delas in i meningsenheter, dvs. de meningsbärande enheterna lyfts fram. De här enheterna kondenseras sedan, dvs. texten förkortas, men det centrala skall behållas. Därefter påbörjas fasen med att koda – de kondenserade meningsenheterna skall få en ”etikett”. Till sist sker en kategorisering, vilket innebär att koder med liknande innehåll/betydelse förs samman till olika kategorier (Graneheim & Lundman, 2004).

Tabell 1. Exempel på meningsbärande enheter, kondenserade enheter, koder, subkategorier och kategorier.

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
hon va väldigt tydlig muntligt, verbalt alltså...å skriftligt så fick jag instruktioner om hur jag skulle göra...vade....det går liksom inte å göra fel...	Jag fick tydliga muntliga och skriftliga instruktioner	Tydlig muntlig och skriftlig information	Att få tydlig information	Förståelse
Jaa, det är ju att en ska duscha tre gånger med särskilt preparat eller tvättmedel eller vad en ska kallat...vad heter det.... <i>hibiscrub</i> ...japp.... ja vi har en påse där inne... ska ju göra det en gång hemma nu då...å sen får jag....sen ska jag ju...åka in på måndag läggs jag ju in då...å då får	Jag ska duscha tre gånger med <i>Hibiscrub</i> . Jag ska duscha en gång hemma och två gånger på sjukhuset	Vet vad jag ska göra	Att få tydliga instruktioner	Förbereddhet

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Vid forskning med människor bör etiska spelregler gälla och det finns flera internationella regelverk och riktlinjer (främst Helsingforsdeklarationen) som uttrycker vilka dessa är (Stendahl, 2003). Prövning via etiska rådet kommer enligt dessa regler och riktlinjer att ske innan studien påbörjas.

För samhällets utveckling likväl som för individens utveckling är forskning både viktig och nödvändig. Samhället har rätt att förvänta sig och kan kräva att forskning bedrivs med inriktning på väsentliga frågor och håller hög kvalitet. Det här kallas för forskningskrav (Vetenskapsrådet, 2002).

Krav på skydd mot insyn från obehöriga, att inte utsättas för psykisk eller fysisk skada, förödmjukelse eller kränkning, är också något som kan krävas. Detta krav kallas för individskyddskravet, och är utgångspunkten för forskningsetiska överväganden. Varje forskare måste inför varje arbete ställa fördelarna mot nackdelarna. Det vill säga överväga om värdet av den nya kunskap som forskningen förväntas ge, är högre än eventuella negativa följder för deltagarna. Individskyddskravet kan delas upp i fyra allmänna huvudkrav på forskning – informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002).

Det tas hänsyn till dessa krav då alla uppgifter kommer att behandlas konfidentiellt vilket innebär att allt material kommer att förvaras på ett säkert sätt och deltagarnas identiteter inte kommer att kunna röjas. Deltagarna kommer att informeras om studiens syfte, vad deras medverkan kommer att innebära och att det är frivilligt att delta samt att de när som helst kan välja att avbryta sin medverkan utan att det påverkar den vård de får. All information om studien som är av vikt för deltagaren ges både muntligt och skriftligt. Det insamlade datamaterialet kommer endast författarna och handledaren tillgång till och materialet kommer att förstöras efter att studien blivit godkänd. Alla deltagare kommer att behandlas lika under studien och erbjudas ta del av den slutgiltiga rapporten.

Riskerna med att delta i studien kan vara att det framkommer att man inte tvättat sig som det har rekommenderats att man ska göra före operationen. Då vi tänkt intervjua patienterna före operation men efter inskrivningssamtalet är det lätt åtgärdat genom att vi då förklarar igen hur man ska gå tillväga och varför det är så viktigt med de preoperativa duscharna.

Fördelarna med studien är att få reda på om det i inskrivningssamtalet och informationen kring de preoperativa duscharna är självklart att mottagaren förstår varför det är så viktigt att göra på rätt sätt. Dessa är större än nackdelarna för om förståelsen inte finns är det relativt lätt att ändra i informationen som går ut till patienterna för att få in förståelsen av vikten med att duscha rätt (Vetenskapsrådet, 2002).

PILOTSTUDEN

Pilotstudien görs för att testa metodens genomförbarhet som fullskalig studie. Information om examensarbeten (bil. 3) skickades till verksamhetschefen. I pilotstudien intervjuades tre personer. Urvalskriterier var planerad proteskirurgi i höft eller knä, att patienten var orienterad till tid, rum, person och situation samt att personen var boende i Skövde med närområden. Patienterna fick information om studien via FPI – forskningspersonsinformation (bil. 4) Tillvägagångssättet och dataanalys överensstämmer med fullskalig studie.

Presentation av intervjupersoner

Intervju 1. Man 43år, ensamstående, student. Intervjun tog 12 minuter.

Intervju 2. Man 72år, gift, sammanboende, pensionär. Intervjun tog 26 minuter.

Intervju 3. Man, 61år, särbo, hantverkare. Intervjun tog 9 minuter.

RESULTAT

Då materialet bearbetades utkristalliserades två olika kategorier, och sammanlagt 6 subkategorier, dessa återfinns nedan i tabell 2

Kategori	Subkategori
Förståelse	<i>Att få tydlig information</i> <i>Att känna till infektionsrisk</i> <i>Att vara medveten</i>
Förbereddhet	<i>Att få material</i> <i>Att få tydliga instruktioner</i> <i>Att vara redo</i>

FÖRSTÅELSE

Att få tydlig information

Den information som ges vid inskrivningssamtalet uppfattas av informanterna som mycket bra och tydlig. De kände sig väl införstådda med vad de skulle vara med om och vad de skulle göra. Informationen som ges kring de preoperativa duscharna är ingående. Den är tydlig och ges både muntligt genom att sjuksköterskan berättar och skriftligt genom text och bilder i förpackningen vilket överensstämmer med det man gått igenom under samtalet.

Nä alltså dels så får du det verbalt å dels så får du med informationsblad med hem så att det är ju bara att läsa. (I1)

...så det berättar hon la väldigt ingående...å det står ju på det där pappret också...visar till och med hur en ska tvätta sig...ååå så fick en ju fråga hele tiden om en undra nåt...(I2)

Att känna till infektionsrisk

Informanterna förstod varför det var viktigt att duscha så noga inför operationerna, att duscharna måste genomföras på ett speciellt sätt för att vara effektivt. De förstod att det är viktigt att göra precis på det sättet de blivit uppmanade.

Ja det är la för en...ja...för infektioner å sånt där...å... ..joo det har jag för mig att de sa att det var för infektioner och att det va väldigt noga med det då. (I2)

...så att eh... det tar bort alla bakterier det är väldigt noga...(I3)

Att vara medveten

Förutom informationen som gavs under inskrivningsdagen, visade det sig också att våra informanter, genom att lyssna till information från andra källor redan innan, var medvetna om riskerna för infektioner. Det ger en förförståelse om vikten av att vara ren, redan innan patienten kommer till avdelningen.

Såååå...åååå...läser man tidningarna så ser man ju att folk blir ju mer å mer sjuka på sjukhusen än vad dom har blivit tidigare streptokocker å...mördarbakterier å allt möjligt å då pratar vi ju inte bara om vinterkräksjukan, det är ju som man liksom kan...aa (I1)

En av informanterna uttryckte också vikten av ”sunt förnuft”. Att det är en infektionsrisk att bli opererad är något ”man vet”.

Jaa men det sa hon ju också...jaa alltså...är man, har man lite sunt förnuft så förstår man ju liksom, du ska opereras liksom...du ska va ren. Det är ju infektionsrisker. (I1)

FÖRBEREDDHET

Att vara förberedd inför sin operation och det ingrepp som skall utföras är något som upplevdes viktigt för informanterna. Förbereddhet kan nås på ett flertal olika sätt, tex genom:

Att få material

Det förekommer olika rutiner beroende på vilken avdelning, sjukhus eller landsting man ska opereras på. Våra informanter fick med sig materialet hem, det vill säga descutansvampar för preoperativa duschar. En informant som hade tidigare erfarenheter från plastikoperation menar att han alltid fått med sig material hem.

Nä den får man, den skickar de med hem...jag vet inte...men jag har aldrig behövt...jag har alltid fått med mig den hem... å nu visste jag ju om att man skulle göra det. (I2)

Att få tydliga instruktioner

Alla informanterna upplevde att de fått tydliga instruktioner i utförande kring förberedelsen av duscharna och rutinerna kring detta. Några berättade utförligt steg för steg hur duscharna skulle genomföras, vad som var extra viktiga områden och hur sängar och kläder skulle vara rena efteråt.

jajamen...det berättar hon mycket om...ja det gjorde hon...å det va la det att..e...först ska en duscha riktigt å då står det ju på pappret hur vi ska va noga med öronen...öronen å ögonen så ingen få sånt där i ögonen...å tvätta även håret...å allt...bele kroppen...å det ska en ju göra 3 gånger... först imorgon...kväll ja, å så ska du ta på dig rena kläder efter det, å ha rena handdukar när man torkar

sig efter det...å nybytt i sängen...det har vi gjort... ..å sen så...blir det sen på sjukhuset de andra två gångerna... siste gången... då får jag ju inte gå...då får jag på mig operationskläder å det där å då får jag inte gå ur sängen..utan å ha sånna där....skydd på fötterna..... så det berättar hon la väldigt ingående...å det står ju på det där pappret också...visar till och med hur en ska tvätta sig...bibib...jababababa...bilder...(12)

...förklarar hur du ska tvätta dig, skydda ögonen, skydda öron, eee...stoppa in bomull i öronen typ...ee...å så börja uppifrån å gå ner...å va extra noga med navel, armbålar, näsa, skrev, typ (11)

Att vara redo

En av informanterna uttryckte klart att han känt sig sedd och det ökade hans känsla för förberedhet. Alla informanterna kände sig väl förberedda på vad de skulle göra och hur duscharna skulle utföras.

De fick mig å känna som om jag vore en viktig person... Ja, jag kände mig förberedd... (11)

...ska duscha tre gånger med det här desinfektionsmedlet... (13)

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Det har framförts kritik mot metoden kvalitativ innehållsanalys, då man menar att text kan tolkas på så olika sätt. Graneheim och Lundman (2004) har försökt att dels beskriva en metod som innehåller de olika steg som en kvalitativ innehållsanalys bör innehålla, visa hur dessa steg kan användas samt uppnå tillförlitlighet i den kvalitativa innehållsanalysen. Antagandet var att en text alltid innehåller ett flertal innebörder, och vid analys av en text sker alltid en viss tolkning. Detta är ett grundläggande antagande i diskussionen om trovärdighet av fynden i en kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004).

Semistrukturerad intervju med frågeområden ansågs fungera bäst för detta ändamål då patienternas upplevelse och förståelse kring ett specifikt ämne var vårt ändamål men författarna hade en önskan att inte styra samtalet för mycket. Denna metod visade sig vara ett bra val då ett samstämmigt material erhöles. En provintervju kan vara bra att göra då det kan hjälpa författarna att se om frågorna var relevanta för studiens syfte och även utvecklat intervjutekniken. För att få ett mera innehållsrikt material behövs det många intervjuer, vilket är tänkt till den fullskaliga studien.

Datamaterialet bearbetades enligt en innehållsanalys där man hittar koder ur de meningsbärande enheterna utifrån vad som direkt står i texten (Graneheim & Lundman, 2004). Denna analysmetod var relativt lätt att förstå vilket underlättade arbetet med kondensering, kodning, och kategorisering.

Då studien skulle genomföras blev det problem, bland annat stängda operationssalar. Förändringar i inklusionskriterierna fick då göras. Dels fick en patient som skulle göra en ryggoperation inkluderas, dels fick två av intervjuerna utföras på sjukhuset istället för i patienternas hem. Detta resulterade till slut i tre intervjuer. Detta kan eventuellt ha påverkat resultatet negativt då det blev få informanter vilket inte ger ett så innehållsrikt material. Dock har informanterna givit ett samstämmigt material vilket kändes positivt för resultat. Pilotstudien visar att till den fullskaliga studien behövs ett strategiskt urval där ett flertal åldersgrupper finns representerade, även representation av både patienter som tidigare genomgått protesoperation och de som opereras för första gången, samt både män och kvinnor. Erfarenheten från pilotstudien visar att det kan finnas skillnader i hur information tas emot av patienter som ska opereras första eller kanske tredje gången, om de är cirka 30 år eller cirka 80 år, och om de är män eller kvinnor.

Platsen för intervjuerna var tänkt att genomföras i informantens hem, efter inskrivningssamtalet men före operation. Detta för att eventuella missförstånd kring informationen som givits angående duscharna skulle uppmärksammas i tid och kunna åtgärdas. På grund av att det dröjde innan några informanter till studien hittades gjordes, när väl informanterna till studien fanns, två stycken intervjuer på sjukhuset och en i hemmet, alla dock före operation. Resultatet kan ha påverkats av att intervjuerna utfördes på olika ställen men det är inget som går att se i pilotstudien. I en fullskalig studie är dock att rekommendera att intervjuerna sker i informantens hem då en känd miljö kan få informanterna att bli mer avslappnade och därmed mer delaktiga i intervjun (Kvale, Brinkmann, & Torhell, 2009).

Författarna utförde intervjuerna var för sig för att inte informanten skulle känna sig i underläge. Innan intervjuerna skrevs olika frågeområden ner som författarna följde för att intervjuerna skulle vara lika. Informanterna fick inte tillgång till dessa frågeområden innan då risken fanns att spontaniteten i svaren kunde utebli. Intervjuerna spelades in med mobiltelefon och transkriberades kort efter intervjutillfället.

På så sätt minskade risken för felskrivningar och resultatet fick en ökad trovärdighet. Författarna har arbetat både enskilt och tillsammans under hela analysarbetets gång för att både skapa en egen uppfattning och även kunde skapa tillfälle till diskussion. Författarna hade gjort i stort sett samma markeringar av meningsbärande enheter i textmaterialet, vilket tyder på ett trovärdigt resultat.

Sökningar efter artiklar har främst skett via Cinahl och PubMed, samt även Scopus. Då det gäller sökningar på patientinformation avseende duschinstruktioner i både Cinahl och PubMed, både på svenska och engelska, har varit ganska svårt. Resultaten ledde inte till några användbara artiklar. Där har sökningarna främst skett via andra uppsatsers referenser och via Scopus.

RESULTATDISKUSSION

Förståelse

Syftet med studien har varit att undersöka patientens upplevelse av sin preoperativa information, främst gällande de preoperativa duscharna med klorhexidintvål, samt undersöka om det finns en förståelse hos patienterna varför det är så viktigt med de preoperativa duscharna. I resultatet framkom att dessa tre patienter fått vad de upplevde bra information som både gavs skriftligt och muntligt. De har en förståelse för vad de ska göra och varför. De har även fått noggranna instruktioner om tillvägagångssättet och kände sig väl förberedda inför duschandet hemma. Precis som Klang Söderkvist, 2008 uttrycker i sin bok ”Patientinformation” att det är viktigt att få med patienten i samtal om egenvård efter hans eller hennes egen förmåga. Två av patienterna berättade att de tidigare genomgått protesoperationer, vilket gjorde att de kände sig förtrogna med rutinerna.

Studien har också visat att patienter har en hel del förkunskaper. Man är medvetna om att det i samhället förekommer virus och bakterier som kan smitta, liksom att alla operativa ingrepp innebär en risk för infektion i operationssåret. En patient berättade att ett skrapsår på det andra benet höll på att få hans operationstid uppskjuten, då befintligt sår innebär en ökad infektionsrisk. Både Crotty, 1985 och Moene, Bergbom och Scott 2006, tar upp detta med förkunskaper. Dagens patienter är ofta välunderrättade och pålästa om sin sjukdom och situation, vilket ställer helt andra krav på kommunikationen mellan sjuksköterska och patient, och sjuksköterskans arbete för en aktiv och delaktig patient. Även själva utformningen av informationen måste utgå från patientens förståelse och kunskap för att sedan kunna synliggöra vad det är vi vill att patienten ska förstå (Hansson Scherman & Runesson, 2009)

Våra informanter uppfattade inskrivningsdagen som en välorganiserad och bra dag. Informationen de fick under inskrivningssamtalet och då särskilt informationen kring de preoperativa duscharna var mycket tydlig. Det är viktigt att samtalen och informationen som ges anpassas till varje enskild patient och sjuksköterskan måste också vara uppmärksam på människan hon har framför sig så att informationen varierar utifrån dennes behov. Enligt Engström är information ett lärande begrepp och målet med att ge information är att ge patienten en översikt över vad som ska göras och ge förberedande kunskaper inför momentet. Det är också viktigt att som sjuksköterska lyssna aktivt på patienten, vilket då kan ge en delaktig patient (Engström, 2007). Våra informanter beskrev dagen som om det varit delaktiga i samtalen och väl införstådda med den vård de ska få och den egenvård de ska utföra själva.

För att patienten ska tillgodogöra sig information på bästa sätt är det viktigt att den är individuellt anpassad (Socialdepartementet 1982, 2010) och många patienter tycker att det är bra att få den både muntligt och skriftligt (Lithner och Zilling 2000). Detta stämmer väl överens med det som framkommit i resultatet kring informanternas förståelse kring duscharna. De fick till sig informationen genom att sjuksköterskan berättade och sen visade bilder. I boken omvårdnadens grunder står det att *”Sjuksköterskan måste kunna anpassa sina informationsinsatser till varje enskild person hon möter”*. För att lärandet ska bli meningsfullt och på rätt sätt krävs det att patienten förhåller sig till informationen som ges och värderar den genom att ställa frågor och diskutera (Edberg et al., 2010). Informanterna i studien fick under inskrivningssamtalet tid för frågor och blev under hela samtalet uppmanade att fråga om något var oklart.

Informanterna i studien upplevdes som mycket delaktiga i sin vård. De visade på intresse och kunskap kring kommande operation och på de förberedande moment de skulle utföra själva. En välinformerad patient kan medverka i sin vård på olika sätt men bland annat genom de preoperativa duscharna och då skapas patientdelaktighet. Orem menar att när instruktioner och råd ges till patienten resulterar detta till konkret handling. Att ge handledning och visa vägen för någon annan är ett samarbete mellan sjuksköterska och patient som leder till ökad patientdelaktighet och egenvård (orem et al, 2001)

Förbereddhet

I resultatet framkommer det att informanterna har fått mycket tydliga instruktioner kring de förberedelser de ska utföra själva, vilket de har uppskattat. En designstudie från Uppsala Universitet visade att patienterna önskar praktisk information då de med egenvårdshandlingar ska förbereda sig inför en operation. Denna studie bekräftar att patienterna uppskattar handgripliga instruktioner i hur duscharna skall gå till (Kiuru, 2011). Likaså verkade informanterna uppskatta att de fick med sig den speciella tvålen hem från avdelningen och inte behövde införskaffa den själva. Denna rutin är olika på olika sjukhus.

Känslan av förbereddhet är knutet till att känna sig bekräftad och sedd som person. Mötet med sjuksköterskan får gärna vara lärande för att öka förbereddheten. Att kunna lyssna, känna in och anpassa information till den individ man har framför sig, ökar chanserna till att patienterna förstår och även känner sig trygga att ställa frågor.

Bekräftelse och att känna sig sedd är en viktig del, vilket i sin tur ger större chans att ta emot och själv söka information, kunskap och känna sig förberedd inför sin operation. Friberg (2001) beskriver hur viktigt det är att sjuksköterskan ser sin patient som en viktig person. En av informanterna uttryckte detta väldigt tydligt då han berättade att han känt sig som en intressant person i deras ögon och väl omhändertagen.

Samtidigt som våra informanter uttryckte förbereddhet, finns det flera studier, t.ex. (Bastable, 2006) och (Laffey & Boylan, 2001) som visar att patienter trots att de uppger att de har förstått instruktionerna, inte gör som de ska ändå. Lindskog et al visar i sin studie att 23 av deras tillfrågade 24 patienter på en allmän fråga om det förstått informationen och instruktionerna om de preoperativa duscharna svarat ja.

Vid en djupare intervju postoperativt där de ombads förklara tydligt hur de gått tillväga, visade det sig att de ändå inte följt instruktionerna helt och hållet (K. Lindskog et al., 2004). Detta ger en intressant vinkling på denna studies resultat då informanterna upplevdes som väl förberedda och införstådda med den egenvård de skulle utföra. Vi tycker att det vore väldigt intressant att spinna vidare på detta och undersöka vad det kan bero på.

I valet att ha en omvårdnadsteoretikers forskning i vår teoretiska ram föll valet, som tidigare beskrivits, på Dorothea Orem. Detta beroende på hennes syn på patienten som en lärande individ som själv, efter information från sjuksköterskan, kan utföra egenvårdshandlingar. Efter intervjuerna och analyserna av dessa upplever författarna detta som ett väl överensstämmande val. Patienterna har fått tydlig information om hur och varför de skall utföra egenvårdshandlingar, uppger att de känner sig trygga och känner sig väl förberedda. Författarna vill även påpeka att i bedömningen av patientens omvårdnadsbehov, ingår bedömningen av patientens kunskapsbehov. Kunskap och information finns även som begrepp i VIPS.

Florence Nightingale var ingen forskande omvårdnadsteoretiker. Trots det genomsyras det mesta omvårdnadsarbetet idag av hennes revolution om synen på renlighet, och hennes centrala begrepp om en patient i varje säng, varmt vatten, såpa och frisk luft. Hon är därför väl värd att nämnas i detta sammanhang, om än inte som en omvårdnadsteoretiker.

ARBETSFÖRDELNING

Författarna har jobbat både enskilt och tillsammans med alla avsnitt i uppsatsen. Då den ena har letat böcker och skrivit ner text till något stycke har det kompletterats av den andre genom korrekturläsning och vice versa. Författarna känner att de på så sätt har fördelat arbetet på ett bra sätt och kompletterat varandra

på ett fördelaktigt sätt för uppsatsen och arbetet. Författarna är överens om att arbetsfördelningen har varit rättvis och att det har lett fram till ett resultat båda är nöjda med.

KONKLUSION

Patienter blir mer motiverade till egenvård om de är välinformerade. Om patienterna upplever att de får tydlig och välriktad information vid inskrivningssamtalet ökar det förståelsen kring varför duscharna är så viktiga och då utförs de förhoppningsvis på rätt sätt. Eftersom tidigare forskning delvis saknas när det gäller patienternas upplevelse och förståelse kring informationen och vikten av de preoperativa duscharna anser författarna att ämnesområdet behöver forskas vidare på.

KLINISKA IMPLIKATIONER

Författarna tror att studiens resultat kan bidra till att vårdpersonal förstår vikten av att informationen de ger skall vara tydlig och synlig för patienten, så patienten blir delaktig i den vård som skall utföras. Samt även ge ökad kunskap om hur viktigt det är att ha ett öppet förhållningssätt och lyssna på vad patienten har att säga, för att kunna känna in hur mycket patienten förstår och kan ta in. Författarnas ursprungliga tanke med den här studien var att resultatet kunde vara till hjälp för att förstå om patientens upplevelse av inskrivningsdagen, som är fylld med information, resulterar i bättre förbereddhet i egenvården kring de preoperativa duscharna. Resultatet kan också öka vårdpersonalens förståelse över hur viktigt det är att vara uppmärksam på om patienten tar in och förstår given information. Kunskap en fullskalig studie kan resultera i, skulle kunna användas kliniskt vid t.ex. inskrivningssamtalet, då det är viktigt att patienterna är delaktiga i sin vård. Om vetskapen att en god kommunikation och kontakt till patienten kan öka förståelsen för vikten av att duscharna görs och görs rätt, kan vården bara bli bättre.

En annan tanke som väckts är att synliggöra operationssjuksköterskans arbete och kunskap genom att hon eller han är en av deltagarna under den preoperativa informationsdagen. Genom att som operationssjuksköterska vara med under informationsdagen och genom vår kunskap och vårt synsätt förklara vikten av en hel hudkostym och tre noggranna fullständiga dubbelduschar, kanske förståelsen för detta ökar hos patienten. Studier visar som tidigare nämnts att patienter, trots att de uppgivit att de förstått informationen, inte gör så som de blivit instruerade (K. Lindskog et al., 2004). Dessutom har vi då genom ett preoperativt samtal möjlighet att även svara på andra frågor kring vad som kommer att hända inne på operationssalen. Förhoppningsvis får då patienten ett känt ansikte att träffa på operationssalen och en bättre kontinuitet kan uppnås.

REFERENSER

- Alexander, Edythe Louise, Rothrock, Jane C., & McEwen, Donna R. (2011). *Alexander's care of the patient in surgery*. St. Louis, Mo: Mosby/Elsevier.
- Andersson, Joacim (2013, 2013-01-28). [Endoprotiser].
- Bastable, Susan B. (2006). *Essentials of Patient Education*. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Berg, Sture, Holmer, Louise, & Hult, Ann-Kristin. (2009). SAOL Plus - Svenska Akademiens ordlista i elektroniskt format.
- Bröte, Lars. (1976). *Postoperative wound infections in general surgery*. (33), Linköping.
- Byrne, D. J., Napier, A., Phillips, G., & Cuschieri, A. (1991). Effects of whole body disinfection on skin flora in patients undergoing elective surgery. *The Journal of hospital infection*, 17(3), 217-222.
- Crotty, M. (1985). Communication between nurses and their patients. *Nurse Education Today*, 5(3), 130-134.
- Dåvøy, Grethe A. Myklestul, Eide, Petrin Hege, Hansen, Ingeborg, Midenstrand, Madeleine, & Törnqvist, Lars. (2012). *Operationssjukvård: operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Edberg, Anna-Karin, Ehrenberg, Anna, Friberg, Febe, Wallin, Lars, Wijk, Helle, & Öhlén, Joakim. (2010). *Omvårdnadens grunder – en specialutgåva för sjuksköterskor*: Studentlitteratur.
- Edmiston, Charles E., Okoli, Obi, Graham, Mary Beth, Sinski, Sharon, & Seabrook, Gary R. (2010). Evidence for Using Chlorhexidine Gluconate Preoperative Cleansing to Reduce the Risk of Surgical Site Infection. *AORN Journal*, 92(5), 509-518.
- Engström, Birgitta. (2007). *Patientundervisning och patienters lärande*. Stockholm: Gothia.
- FASS. (2013, 2013-01-20). Retrieved 2013-01-20, 2013, from <http://www.fass.se>
- Friberg, Febe. (2001). *Pedagogiska möten mellan patienter och sjuksköterskor på en medicinsk vårdavdelning: mot en vårddidaktik på livsvärldsgrund*. (170), Acta Universitatis Gothoburgensis, Göteborg.
- Friberg, Febe, Pilhammar Andersson, Ewa, Bengtsson, Jan, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Department of Education, Learning, Teaching, Unit, . . . Sahlgrenska, akademien. (2007). Pedagogical encounters between nurses and patients in a medical ward. A field study. *International Journal of Nursing Studies*.

- Förars, Marianne. (2011). Hälso- och sjukvård i Västra Götaland Verksamhetsanalys 2011. Regionkansliet Hälso- och sjukvårdsavdelningen maj 2012.
- 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.
- Hansson Scherman, Marianne, & Runesson, Ulla. (2009). *Den lärande patienten*. Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, Maria. (2012). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Holm, J Brandberg, Å Scherstén, T. (1978). Effekt på hudfloran av helkroppstvättning med 4-procentig klorhexidin, *Svensk Kirurgisk Förening*.
- Jakobsson, Jenny, Perlkvist, Agnetha, & Wann-Hansson, Christine. (2011). Searching for Evidence Regarding Using Preoperative Disinfection Showers to Prevent Surgical Site Infections: A Systematic Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 8(3), 143-152. doi: 10.1111/j.1741-6787.2010.00201.x
- Kaiser, Allen B., Kemodle, Douglas S., Barg, Neil L., & Petracek, Michael R. (1988). Influence of Preoperative Showers on Staphylococcal Skin Colonization: A Comparative Trial of Antiseptic Skin Cleansers. *The Annals of Thoracic Surgery*, 45(1), 35-38.
- Kirkevold, Marit, & Larsson-Wentz, Karin. (2000). *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Kiuru, Sara. (2011). *Patientens perspektiv på vad som är betydelsefullt avseende patientdelaktighet under vårdtiden och inför utskrivning på kirurgisk vårdavdelning*. Institutionen för hälso- och sjukvård. Uppsala Universitet.
- Kjellström, Sofia. (2005). *Ansvar, hälsa och människa: En studie av idéer om individens ansvar för sin hälsa*. Linköpings universitet: Institutionen för hälsa och samhälle.
- Klang Söderkvist, Birgitta. (2008). *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur.
- Kristoffersen, Nina Jahren, Nortvedt, Finn, & Skaug, Eli-Anne. (2005). *Grundläggande omvårdnad: 1*. Stockholm: Liber.
- Kvale, Steinar, Brinkmann, Svend, & Torhell, Sven-Erik. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Laffey, J. G., & Boylan, J. F. (2001). Patient compliance with pre-operative day case instructions. *Anaesthesia*, 56(9), 910.

- Lindgren, Urban, Svensson, Olle, Alfredson, Håkan, & Johansson, Fredrik. (2007). *Ortopedi*. Stockholm: Liber.
- Lindskog, Bengt I. (2008). *Medicinsk Terminologi*. Stockholm: Nordiska bokhandelns förlag & Norstedts akademiska förlag.
- Lindskog, K., Idvall, Ewa, Institutionen för medicin och, vård, Omvårdnad, Linköpings, universitet, & Hälsouniversitetet. (2004). Preoperative hudinfektion inför dagkirurgi - patienters följsamhet. *Vård i Norden*.
- Lithner, M., & Zilling, T. (2000). Pre- and postoperative information needs. *Patient education and counseling*, 40(1), 29-37.
- Malterud, Kirsti, Almqvist, Inger, & Strang, Peter. (1998). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Moene, Monica, Bergbom, Ingegerd, & Skott, Carola. (2006). Patients' existential situation prior to colorectal surgery. *Journal of advanced nursing*, 54(2), 199-207.
- Murray, Patrick R., Rosenthal, Kenneth S., & Pfaller, Michael A. (2009). *Medical microbiology*. Philadelphia: Mosby/Elsevier.
- Myklestuhl, Dävöy G, Hege, Eidi P, & Hansen, I. (2012). *Operationssjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Nightingale, Florence. (1989). *Anteckningar om sjukvård - ur vårt tidsperspektiv. FoU-rapport 31*. Skellefteå: Studentlitteratur.
- Nuland, Sherwin B., & Månsson, Per Lennart. (2005). *Doktor Semmelweis och barnsängsfebern*. Nora: Nya Doxa.
- Olsson, Henny, & Sörensen, Stefan. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Orem, Dorothea E., Taylor, Susan G., & Renpenning, Kathie McLaughlin. (2001). *Nursing: concepts of practice*. St. Louis, Mo: Mosby.
- Parker, Marilyn E. (1990). *Nursing theories in practice*. New York: National League for Nursing.
- Paulson, D. S. (1993). Efficacy evaluation of a 4% chlorhexidine gluconate as a full-body shower wash. *American journal of infection control*, 21(4), 205.
- Pilhammar Andersson, Ewa, & Bergh, Madeleine. (2003). *Pedagogik inom vård och omsorg* (Vol. 59). Stockholm: Studentlitteratur.

- Polit, Denise F., & Beck, Cheryl Tatano. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Porter, Burton Frederick. (2011). *What the tortoise taught us: the story of philosophy*. Lanham, Md: Rowman & Littlefield Publishers.
- Rao, Nalini, Cannella, Barbara A., Crossett, Lawrence S., Yates Jr, Adolph J., McGough Iii, Richard L., & Hamilton, Cindy W. (2011). Preoperative Screening/Decolonization for Staphylococcus aureus to Prevent Orthopedic Surgical Site Infection: Prospective Cohort Study With 2-Year Follow-Up. *The Journal of Arthroplasty*, 26(8), 1501-1507.
- Rasmussen, Christian. (2004). Antibiotikaprofylax vid kirurgiska ingrepp – när, var, hur Uppsala Universitet: STRAMA.
- Ryder, Elaine, & Wiltshire, Sula. (2001). Understanding empowerment. *Nursing Times*, 97(32), 39.
- SKL, Sveriges kommuner och landsting. (2011). *Postoperativa sårinfektioner — Åtgärder för att förebygga*
- Socialdepartementet. (1982). *Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)*.
- Socialdepartementet. (2010). *SOSFS 2010:659 Patientsäkerhetslag*.
- Stendahl, Olle (sekr). (2003). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning, SFS 2003:460*. Uppsala 2003: Almqvist & Wiksell Tryckeri.
- Suhonen, Riitta, & Leino-Kilpi, Helena. (2006). Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review. *Patient Education and Counseling*, 61(1), 5-15.
- Sverige, Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska: Elektronisk resurs*. Stockholm U6 - ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info%3Aofi%2Fenc%3AUTF-8&rft_id=info:sid/summon.serialssolutions.com&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:book&rft.genre=book&rft.title=Kompetensbeskrivning+f%C3%B6r+legitimerad+sjuksk%C3%B6terska&rft.date=2005-01-01&rft.pub=Socialstyrelsen&rft.externalDocID=vtls001271502 U7 - eBook U8 - FETCH-göteborg_catalog_vtls0012715021: Socialstyrelsen.
- Tanner, J., Gould, D., Jenkins, P., Hilliam, R., Mistry, N., & Walsh, S. (2012). A fresh look at preoperative body washing. *J Infect Prev*, 13(1), 11-15.

- Toledo-Pereyra, Luis H. (2010). Joseph Lister's surgical revolution. *Journal of investigative surgery : the official journal of the Academy of Surgical Research*, 23(5), 241-243.
- Webster, Joan, & Osborne, Sonya. (2012). Preoperative bathing or showering with skin antiseptics to prevent surgical site infection. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, 9(9), CD004985.
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning: Elektronisk resurs*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Willman, Ania. (2007). ICNs etiska kod: Svensk Sjuksköterskeförening.

BILAGOR

BIPACKSEDELDESCUTAN

Descutan®

För att minska riskerna för infektion i operationssåret skall du vid tre tillfällen tvätta hela kroppen och håret före operation (dubbelbehandling) med det antiseptiska hudrengöringsmedlet Descutan®.

Descutan® är receptfritt och finns att köpa på apotek. Fråga efter Descutan® hemtvättpack (art.nr: 10 18 05) på ditt apotek. Descutan® hemtvättpack innehåller allt du behöver för två dubbelbehandlingar.

Vanligen görs de två första dubbelbehandlingarna i hemmet och den sista på sjukhuset.
Se tvättinstruktion på baksidan av detta blad.

Mer information medföljer i förpackningen, eller se www.fass.se.



ATC D08AC02 Rx EF

Fresenius Kabi AB
Kundservice
tel: 020-116 68 44
fax: 018-64 49 20
kundservice@fresenius-kabi.com
www.fresenius-kabi.se

 **FRESENIUS
KABI**
caring for life

Dubbelbehandling - vad är det?



1

Tvätta håret med tvålösningen i påsen.

OBS! Använd inte Descutan® i hörselgången, fetvadd kan rekommenderas.

Undvik kontakt med ögonen.



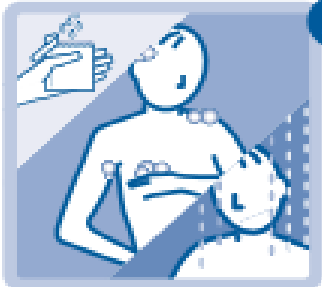
2

Öppna svampförpackningen och fyll på med vatten för att fukta svampen. Tvätta kroppen nogat:

- Ansiktet, var noga kring näsan.
- Överkroppen, speciellt armhålor och navel.
- Ryggen, rekommenderas att du tar hjälp av någon anhörig så att hela ryggen blir ordentligt intvålad.
- Underkroppen, benen och fötterna

Var noga med könsorgan, ljumskar.

Skölj hela kroppen med vatten.



3

Tag ny svamp och tvålösning och upprepa hela tvättningen ytterligare en gång.

Torka kroppen med en ren handduk.

Tag på rena kläder.

Byt till rena sängkläder.

Gör två dubbelbehandlingar i hemmet innan operation.

FRÅGEOMRÅDEN

Socialt status:

Kön:

Ålder:

Yrke:

Inskrivningsdagen (kan du berätta lite om...)

Information (är det något speciellt som du minns extra tydligt...)

Hygien, förberedelse) (minns du om så något speciellt om...)

Duschar (vad minns du om informationen som gavs kring...)

Förberedd (känner du dig...)



Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

INFORMATION OM EXAMENSARBETEN

2013-01-21

Studenters examensarbete på avancerad nivå

Vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborg universitet ingår ett examensarbete på avancerad nivå inom specialistsjuksköterske- och barnmorskeprogrammet. Arbetet omfattar 15 högskolepoäng och är en kurs inom ramen för en akademisk yrkesexamen. Examensarbetet ligger även till grund för en generell magisterexamen i huvudområdet omvårdnad. En magister- alternativ mastersexamen kan också erhållas efter genomgång av erforderliga fristående kurser.

Examensarbeten på avancerad nivå *omfattas inte av etikprövning* och därför krävs inte tillstånd av etikprövningsnämnd. Det innebär dock inte att de forskningsetiska frågorna lämnas därhän.

Vi är två operationssjuksköterskestudenter som i vårt examensarbete vill skriva om information till patienter som skall genomgå en knä- eller höftplastik. Vi önskar härmed få ett godkännande för att utföra denna studie inom er enhet.

Vi vill göra en uppföljande intervju några dagar efter informationsdagen och då följa upp patienternas upplevelse av den givna informationen. Tyngdpunkten kommer att ligga vid informationen de fått av sjuksköterskan. Urvalskriterier är planerad proteskirurgi i höft eller knä, att patienten är orienterad till tid, rum, person och situation samt att personen är boende i Skövde med närområden. Vi kommer att ta kontakt med patienterna och utföra intervjun i deras hemmiljö om möjligt, efter de godkänt deltagande i studien. Vi önskar hjälp med att få tillstånd av 4 patienter, gärna i Skövdes närområde. Vi kontaktar sedan dessa patienter via telefon för att bestämma tid för intervjun.

Resultatet kommer att presenteras i form av ett examensarbete på avancerad nivå, vid Göteborgs Universitet.

Om ni önskar ta del av studiens resultat kan ni kontakta nedanstående personer.

Bifogar forskningspersonsinformation FPI.

Vänliga hälsningar

Eva Pihlemark leg SSK, OPSSK stud eva.pihlemark@vgregion.se

Sophia Johansson leg SSK, OPSSK stud sophia@devons.se

Monica Pettersson, handledare monica.e.pettersson@vgregion.se



FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

Bakgrund

Inför en planerad operation med ledprotes får patienten en mängd information från en rad olika yrkeskategorier. Vi är två sjuksköterskor som skriver en magisteruppsats och vi vill undersöka patienters upplevelse av denna information och hur man tar till sig informationen.

Syfte

Syftet med studien är hur du som patient upplever informationen du fick av en sjuksköterska, inför din operation.

Förfrågan om deltagande

Studien kommer att genomföras dels på Kärnjukhuset i Skövde, dels i patienternas hem. Kontakt har tagits med verksamhetschefen på kliniken. Du tillfrågas om du vill delta i denna studie eftersom du ska genomgå en planerad operation med ledprotes.

Hur går studien till?

Om du väljer att delta i studien kommer författarna att göra en enskild intervju med dig som beräknas ta mellan 30-60 min. Intervjun kommer att spelas in på band och därefter skrivas ned och analyseras.

Finns det några risker med att delta?

Vår ambition är att du inte skall uppleva något obehag av att delta i studien. Du väljer själv vad du vill ta upp och prata om under intervjun. Har du funderingar kan du naturligtvis ta upp detta.

Finns det några fördelar med att delta?

Det finns inga direkta fördelar för dig personligen att delta. I ett vidare perspektiv kan studien bidra till att belysa möjligheter till eventuella förändringar i patientinformation. Det kommer inte att gå att urskilja vad just du har sagt under intervjun när resultatet presenteras. Det kommer heller inte att påverka din vård om du väljer att inte delta i studien.

Hantering av data och sekretess

Den inspelade intervjun skrivs ut och förvaras tillsammans med ljudinspelningen så att ingen obehörig får tillgång till materialet. Enligt PUL – personuppgiftslagen – måste insamlat material förstöras när det inte



Bilaga 4

GÖTEBORGS UNIVERSITET SAHLGRENSKA AKADEMIN

längre behandlas. Det innebär att allt material som vi samlar in kommer att förstöras när studien är avslutad och presenterad.

Hur får jag information om studiens resultat?

Resultatet kommer att presenteras i form av ett examensarbete på avancerad nivå, vid Göteborgs Universitet.

Om du önskar ta del av studiens resultat kan du kontakta nedanstående personer.

Frivillighet

Det är helt frivilligt att delta i studien och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet, utan att förklara varför.

Ansvariga för studien

Eva Pihlemark

op-ssk. student

Tel. 0702-456 345

mailadress

eva.pihlemark@vgregion.se

Sophia Johansson

op-ssk. student

Tel. 070-91 00 508

mailadress

sophia@devons.se

Monica Pettersson

Handledare

mailadress

monica.pettersson@vgregion.se

Jag har tagit del av denna information och godkänner deltagandet i studien.
