



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
OCH HÄLSA

# VÅRDPERSONALENS ERFARENHET AV PATIENTDELAKTIGHET VID PANKREASKIRURGI - INFÖR INFÖRANDET AV EN ERAS-LOGGBOK

**Elsa Östborg**  
**Nils Rodhe**

---

Uppsats/Examensarbete: 15 hp  
Program och/eller kurs: Specialistsjuksköterskeprogrammet inom kirurgisk vård  
Nivå: Avancerad nivå  
Termin/år: HT/2022  
Handledare: My Engström  
Examinator: Eva Carlsson

Titel svensk:	Vårdpersonalens erfarenhet av patientdelaktighet vid pankreaskirurgi - inför införandet av en ERAS-loggbok
Titel engelsk:	The healthcare professional's experience of patient participation in pancreatic surgery - prior to the introduction of an ERAS logbook
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet inom kirurgisk vård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT/2022
Handledare:	My Engström
Examinator:	Eva Carlsson
Nyckelord:	Patientdelaktighet, pankreaskirurgi, postoperativ vård, ERAS, loggbok, ERAS-loggbok, personcentrerad vård, fokusgruppsintervju

---

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Pankreascancer är en allvarlig cancerform med snabbt sjukdomsförlopp och hög mortalitet där den enda potentiellt kurativa behandlingen är kirurgi. För att optimera vårdförloppet förespråkas vårdprogrammet ERAS där patientdelaktighet är fördelaktigt. Forskning visar dock att vårdpersonalens och patientens uppfattning om vad patientdelaktighet innebär skiljer sig åt. För att öka patientdelaktighet har användning av loggbok visat sig vara gynnsamt i vården, men forskning kring dess eventuella effekt gällande patientdelaktighet vid ERAS och pankreaskirurgi är begränsad.

**Syfte:** Syftet var att undersöka vårdpersonalens erfarenhet av patientdelaktighet vid pankreaskirurgi *inför* införandet av en ERAS-loggbok.

**Metod:** Fyra semistrukturerade fokusgruppsintervjuer utfördes under hösten 2022 med sammanlagt 18 deltagare. Deltagarna var vårdpersonal med erfarenhet av patientgruppen på ett svenskt universitetssjukhus. Urvalet skedde till största del strategiskt för att inkludera vårdpersonal med olika professioner och erfarenheter. Intervjuerna transkriberades och det textnära innehållet analyserades i en induktiv manifest innehållsanalys.

**Resultat:** Tre kategorier identifierades: *Patientens förutsättningar för patientdelaktighet*, *Vårdpersonalens möjliggörande av patientdelaktighet* och *Organisationens möjliggörande av patientdelaktighet*. Vårdpersonalen hade en ambivalent syn på vad patientdelaktighet innebär och vem som ansvarar för genomförandet. Däremot fanns en samstämmighet gällande vårdpersonalens ansvar att främja patientdelaktigheten genom att tidigt involvera och förbättra patientens förståelse för vårdförloppet med patientanpassad information. Samtidigt rådde en osäkerhet kring hur och i vilken utsträckning personalen ska informera patienten för att stimulera patientdelaktighet. Vidare identifierade vårdpersonalen flera hinder för patientdelaktighet där patientens fysiska- och psykiska faktorer kräver individanpassad delaktighet, vilket är centralt i ett personcentrerat förhållningssätt. Utöver patientbundna

utmaningar såg vårdpersonalen organisatoriska hinder i vård- och arbetsmiljön såsom medpatienter på flersal och hög arbetsbelastning.

**Slutsats:** Vårdpersonalen var positivt inställda till patientdelaktighet då det ansågs leda till förbättrad vårdkvalité. Tidig involvering och tydlig information ansågs centralt för att stimulera patientdelaktighet. En ERAS-loggbok bör vara ett lämpligt redskap för att förbättra förutsättningarna till patientdelaktighet.

**Nyckelord:**

Delaktighet, patientdelaktighet, pankreaskirurgi, ERAS, loggbok, ERAS-loggbok, postoperativ vård

---

## Abstract

**Background:** Pancreatic cancer is a serious form of cancer with a rapid course of disease and high mortality, where the only potentially curative treatment is surgery. In order to optimize the course of care, the ERAS care program is advocated where patient participation is beneficial. Research shows, however, that the healthcare professional's and the patient's perception of what patient participation means differs. In order to increase patient participation, the use of log books has been shown to be beneficial in healthcare, but research on its possible effect regarding patient participation in ERAS and pancreatic surgery is limited.

**Aim:** The purpose was to investigate the healthcare professional's experience of patient participation in pancreatic surgery prior to the introduction of an ERAS logbook

**Method:** Four semi-structured focus group interviews were conducted in autumn 2022 with a total of 18 participants. The participants were healthcare professionals with experience in the patient group at a Swedish university hospital. The selection was for the most part strategic in order to include healthcare professionals with different professions and experiences. The interviews were transcribed and the textual content was analyzed in an inductive manifest content analysis.

**Results:** Three categories were identified: The patient's prerequisites for patient participation, The healthcare professional's enabling for patient participation and The organisation's enabling of patient participation. The healthcare professional had an ambivalent view of what patient participation means and who is responsible for implementation. On the other hand, there was a consensus regarding the care staff's responsibility to promote patient participation by early involvement and improving the patient's understanding of the care process through patient-adapted information. At the same time, there was uncertainty about how and to what extent the staff should inform the patient in order to stimulate patient participation. Furthermore, the healthcare professional identified several obstacles to patient participation where the patient's physical and psychological factors require individualized participation, which is central to a person-centered approach. In addition to patient-related challenges, the nursing staff saw organizational obstacles in the care and work environment such as fellow patients in multiple rooms and high workload.

**Conclusion:** The healthcare professionals were positively disposed to patient participation as it was considered to lead to improved quality of care. Early involvement and clear information were considered central to stimulating patient participation. An ERAS logbook should be a suitable tool for improving the conditions for participation.

**Key words:** Participation, patient participation, pancreatic surgery, ERAS, logbook, ERAS logbook, post-operative care, focus group interview

---

## Förord

Vi vill rikta ett stort tack till vår handledare My Engström för det stöd och den vägledning du bistått med under arbetets gång. Din kunskap, professionalitet och vänlighet har motiverat och lyft oss.

Vi vill även tacka forskningsprojektets ledare och medlemmar Tina Björserud, Jessica Komi och Chiara Paolicchi för er medverkan under intervjuerna samt stöd under hela processen. Projektet hade inte funnits utan er.

Slutligen vill vi tacka våra fantastiska kollegor och studiedeltagare för att ni ställde upp och delade med er av era kloka tankar och erfarenheter om ämnet.

Arbetet med denna studie har varit spännande och lärorikt för oss och har förhoppningsvis bidragit till nytta för framtida patienter.

*Elsa Östborg & Nils Rodhe*  
*December 2022*

# Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	2
Pankreaskirurgi	2
Enhanced Recovery After Surgery, ERAS	2
Specialistsjuksköterska inom kirurgisk vård	3
Teoretisk referensram: Personcentrerad vård	4
Patientdelaktighet	4
Patientdelaktighet vid vård enligt ERAS	5
Patientdelaktighet kopplat till användandet av en patientdriven loggbok	5
Problemformulering	7
Syfte	7
Design	8
Urval	8
Datainsamling	9
Dataanalys	9
Forskningsetiska överväganden	10
Resultat	12
Patientens förutsättningar för patientdelaktighet	12
Patientens förståelse för vårdförloppet	12
Aktiv patientdelaktighet i vårdförloppet	14
Individens hinder för patientdelaktighet	14
Vårdpersonalens möjliggörande av patientdelaktighet	16
Personanpassad information	16
Kontinuerligt involvera patienten i vårdförloppet	17
Anpassa delaktigheten efter patientens förutsättningar	18
Organisationens möjliggörande av patientdelaktighet	19
Vårdmiljöns roll för patientdelaktighet	19
Arbetsmiljöns roll för patientdelaktighet	19
Ansvarsfördelningen för patientdelaktighet	20
Diskussion	22

Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion	24
Slutsats	28
Klinisk implikation	28
Framtida studier	28
Referenslista	30
Bilaga 1	36
Bilaga 2	37

## Inledning

Personer som diagnostiseras med pankreascancer har en dyster prognos med en femårsöverlevnad på endast 10 %. För ett fåtal kan livet förlängas genom pankreaskirurgi, den enda potentiellt botande behandlingen. Kirurgin är avancerad och följs ofta av ett långt och omfattande postoperativt vårdförlopp (Mizrahi m.fl., 2020). För att optimera vården genom att minska risken för komplikationer och förkorta vårdtiden kan vårdprogrammet Enhanced Recovery After Surgery, ERAS, användas (Sun m.fl., 2020).

I Sverige ska all vård utföras i samråd med patienten och vårdpersonal ska möjliggöra patientens delaktighet utefter patientens behov, önskemål och resurser (Patientlag 2014:821 5 kap). Studier har visat att patientdelaktighet kan leda till kortare vårdtid och säkrare vård med minskad risk för komplikationer (Ekman m.fl., 2011; Thorn m.fl., 2016). Samtidigt visar tidigare studier att uppfattningen om vad patientdelaktighet innebär kan skilja sig mellan vårdgivare och vårdtagare (Martinsson m.fl., 2021).

Författarna till föreliggande studie arbetar på en kirurgisk vårdavdelning där ERAS används vid pankreaskirurgi. När ett forskningsprojekt planerades med syfte att undersöka *om* och *hur* en patientdriven ERAS-loggbok eventuellt kan påverka patientdelaktighet väcktes ett intresse hos författarna att delta då de såg behovet av att stärka patientdelaktigheten för personer som genomgår pankreaskirurgi. Forskningsprojektet ämnar studera både vårdpersonalens och patienternas syn på patientdelaktighet. Författarnas erfarenhet och forskningsprojektets intressanta syfte föranledde således denna delstudie vilken fokuserar på vårdpersonalens erfarenhet av patientdelaktigheten *inför* införandet av en ERAS-loggbok.

## Bakgrund

### Pankreaskirurgi

Pankreascancer är en allvarlig cancerform med snabbt sjukdomsförlopp. Enligt det nationella kvalitetsregistret för tumörer i pankreas diagnostiseras årligen cirka 1500 personer med pankreascancer i Sverige. Medianåldern vid diagnos är 73 år och incidensen jämnt fördelat mellan män och kvinnor (Regionala cancercentrum i samverkan [RCC], 2021). Sjukdomen är relativt ovanlig men incidensen i Sverige förväntas öka med 36% till år 2040 (Maisonneuve, 2019). Även om det finns genetiska arvsanlag som ökar risken för pankreascancer tros den förväntade ökningen preliminärt orsakas av en åldrande befolkning samt ökning av riskfaktorer såsom övervikt, diabetes typ 2 och tobaksanvändning, vilka är associerade med utveckling av cancerformen (Mizrahi m.fl., 2020; Maisonneuve, 2019).

Symtombilden varierar beroende på tumörens lokalisering men mest frekventa debutsymtom är ikterus, buksmärta och vikt förlust. Symtomen tenderar att vara vaga och uppträda sent i sjukdomsförloppet, vilket orsakar att 80–85 % av patienterna har en obotlig sjukdom redan vid diagnos på grund av lokalt avancerad eller metastaserad cancer (Kleeff m.fl., 2016). För övriga 15-20% kan den enda potentiellt kurativa behandlingen, pankreaskirurgi, bli aktuellt (Mizrahi m.fl., 2020). Trots en lyckad kurativt syftande operation är medianöverlevnaden i Sverige 30 månader och 5-årsöverlevnaden 25% (RCC, 2021).

Vid all vård ansvarar sjuksköterskan för att leda och fördela omvårdnadsarbetet (Svensk sjuksköterskeförening, 2017) och vid pankreaskirurgi har sjuksköterskan en betydande uppgift att lindra såväl fysiska, psykiska, sociala och existentiella upplevelser hos patienten för att främja hälsa (RCC, 2021). I Sverige har alla patienter med cancer laglig rätt till en fast kontaktperson, vanligen en kontaktsjuksköterska, med syftet att skapa kontinuitet, trygghet och öka möjligheten för patienten att vara delaktig i den egna vården (SFS 2014:821). Uppdraget innefattar bland annat att informera och följa patienten i vårdprocessen, ge stöd till både patient och närstående, säkerställa patientens delaktighet och inflytande samt följa upp och göra bedömningar utefter patientens behov (RCC, 2022). Preoperativt är exempelvis information av stor vikt för att patienten ska känna sig delaktig i sin vård, där informationen bör vara individanpassad och återupprepas under vårdtiden (Ibrahim m.fl., 2018). Andra viktiga omvårdnadsåtgärder i samband med pankreaskirurgi är att optimera näringsintaget och förebygga malnutrition (Mueller m.fl., 2014), uppmuntra och stötta till tidig mobilisering postoperativt (Sun m.fl., 2020), identifiera och förhindra komplikationer samt lindra eventuella postoperativa symtom såsom smärta och illamående (Kapritsou m.fl., 2014). För att förbättra den perioperativa vården vid pankreaskirurgi rekommenderas användning av Enhanced Recovery After Surgery, ERAS (Sun m.fl., 2020).

### Enhanced Recovery After Surgery, ERAS

ERAS är ett vårdprogram skapat för att förbättra återhämtningen efter kirurgi. Vårdprogrammet är evidensbaserat, multimodalt samt multidisciplinärt och innefattar rekommendationer för den perioperativa vården. Vårdprogrammet implementerades inledningsvis inom kolorektalkirurgi men har under de senaste åren blivit allt vanligare inom pankreaskirurgi. Preoperativt ingår åtgärder såsom patientinformation och preoperativt kolhydratdryck två timmar före operation. Intraoperativt förespråkas bland annat minimalinvasivt utförande snarare än stort operationsnitt, optimerad vätskebalans samt noga övervägd användning av dränering.



Postoperativt ingår åtgärder såsom tidig mobilisering, snar nutriering peroralt samt optimerad smärtlindring med sparsam användning av opiater (Ljungqvist m.fl., 2017). Genom att följa rekommendationerna i ERAS minskar den stress kroppen utsätts för i samband med operation och patienten får möjlighet till snabbare återhämtning. Vårdprogrammet leder till minskad risk för komplikationer såsom obstipation, ileus, sårinfektioner och förlorad muskelmassa vilket i sin tur bidrar till kortare vårdtider och lägre vårdkostnader. Samtidigt ökar inte vårdprogrammet risken för allvarliga komplikationer, återinläggning eller mortalitet (Sun m.fl., 2020; Xiong m.fl., 2016). Ytterligare en fördel med att arbeta utifrån ett vårdprogram, såsom ERAS, är att det leder till att patienterna får förutsättningar för en likvärdig vård oavsett ansvarig vårdpersonal (Brady m.fl., 2015).

Vård enligt ERAS förutsätter ett multidisciplinärt samarbete av olika professioner såsom läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, fysioterapeuter och dietister (Sun m.fl., 2020). Sjuksköterskan har en central roll i genomförandet, framför allt gällande preoperativ information, perioperativ omvårdnad och postoperativ utvärdering (Brady m.fl., 2015). När sjuksköterskan ger preoperativ information och utbildning utifrån rekommendationer från ERAS inger det trygghet och en känsla av tillit till vårdpersonalen (Aasa m.fl., 2013). Då patienterna får en ökad förståelse för ERAS kan det leda till en mer aktiv roll och följsamhet till rekommendationerna (Archer m.fl., 2014).

## Specialistsjuksköterska inom kirurgisk vård

I kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskan inom kirurgisk vård konkretiseras sex kärnkompetenser med syfte att klargöra specialistsjuksköterskans kompetensområden och ansvar i utvecklingen av den kirurgiska vården. *Personcentrerad vård* är en av kärnkompetenserna och tydliggör specialistsjuksköterskans roll att tillämpa och verka för att vården arbetar efter den personcentrerade vårdfilosofin samt möjliggör att patienten blir delaktig i sin vård utifrån dennes önskan och förutsättningar. Specialistsjuksköterskan ska även *samverka i multidisciplinära team* för att säkerställa en god vård, erbjuda och uppmuntra till *evidensbaserad vård*, *kvalitetsutveckla* och använda sin *förbättringskunskap* för att optimera vården, *tillämpa säker vård* dels genom att undvika, identifiera och förebygga vårdskador men även genom *informatik* (Nationella föreningen för sjuksköterskor i kirurgisk vård [NFSK], 2014).

Kopplat till kärnkompetenserna är specialistsjuksköterskan central vid pankreaskirurgi då hen, ofta i rollen som kontaktsjuksköterska, arbetar nära patienten från upptäckt till uppföljning postoperativt. Det är viktigt att specialistsjuksköterskan ser och verkar för att utforma vården utefter individens behov och resurser då ett *personcentrerat arbetssätt* kan stödja patienten genom hela vårdkedjan (Brady m.fl., 2015). Vård enligt ERAS bygger på *multidisciplinärt arbetssätt* så som beskrivet tidigare, vilket ställer höga krav på ett välfungerande samverkande team runt och tillsammans med patienten. Då ERAS är uppbyggt utefter evidensbaserad kunskap utförs *evidensbaserad* och *säker vård* med exempelvis färre komplikationer och kortare vårdtid (Sun m.fl., 2020). Genom tydlig *information* till patienten skapas även tillit till vårdpersonalen (Aasa m.fl., 2013), en ökad känsla av delaktighet (Ibrahim m.fl., 2018) och en mer positiv upplevelse av omvårdnaden (Gröndahl m.fl., 2019). Då även *kvalitetsutveckling* och *förbättringsarbete* är viktigt för att förbättra omvårdnaden (NFSK, 2014) genomförs bland annat denna studie.

## Teoretisk referensram: Personcentrerad vård

Personcentrerad vård har sin grund i personfilosofi och är ett arbetssätt framtaget för att sätta den unika personen i fokus. Det centrala är att se patientens resurser och hälsa snarare än begränsningar och samtidigt ta hänsyn till patientens självbestämmande, värdighet, sårbarhet och integritet. Patientdelaktighet är en grundläggande del inom filosofin då patienten endast kan ses som en jämbördig partner med självbestämmande om den får möjlighet att inkluderas i vårdbeslut och processer (SIS, 2020; Wallström & Ekman, 2018). För att öka patientdelaktigheten inom den personcentrerade vården upplever patienter att det är viktigt att vårdpersonal lyssnar aktivt på deras berättelse, uppmärksammar patienternas erfarenhet, behov och oro samt att de erhåller individanpassad information (Eldh m.fl., 2008). När vården är utformad utefter ett personcentrerat arbetssätt kan det leda till förbättrad vårdkvalité, bättre smärtlindring (Jakobsson m.fl., 2020) och förkortad vårdtid (Soufi m.fl., 2021).

Processen för personcentrerad vård innefattar inhämtning av kunskap genom *patientberättelse*, skapande av *partnerskap* mellan patient och vårdpersonal samt *gemensam dokumentation* (Britten m.fl., 2016). För att möjliggöra personcentrerad vård måste vårdpersonalen lära känna personen bakom patientrollen. Detta kan ske genom ett aktivt lyssnande av patientberättelsen. När patienten får delge sin historia utan distraktion och med öppna frågor skapas en djupare relation (Wolf m.fl., 2017). I det nationella vårdprogrammet vid pankreaskirurgi poängteras vikten av att lyssna på patienten. Det är främst kontaktsjuksköterskan som tar del av patientberättelsen då hen följer patienten genom hela vårdförloppet (RCC, 2021). När patienten känner sig lyssnad på, sedd och bekräftad skapas tillit, en förutsättning för partnerskap. Med partnerskap blir patienten mer aktiv i sin vård då hen involveras i beslut och har en enad inställning med vårdpersonalen gällande förväntningar, förutsättningar och mål (Wolf m.fl., 2017). Vid pankreaskirurgi har patienten laglig rätt till en kontaktsjuksköterska som följer och stöttar patienten genom hela vårdförloppet med syfte att förbättra informationsutbytet samt stärka patientens möjlighet till delaktighet (RCC, 2021). Det är viktigt att kontaktsjuksköterskan, och all annan vårdpersonal, tar hänsyn till patientens särdrag och önskemål så att hen känner sig respekterad som en unik individ, då det kan öka patientdelaktigheten (Arakelian m.fl., 2017). För att bevara patientberättelsen, stärka partnerskapet och underlätta för den fortsatta vården krävs en gemensam dokumentation. Dokumentationen bör bestå av en personcentrerad hälsoplan vilken båda parter kan fylla i. Planen bör uppdateras kontinuerligt och ha målet att vara transparent, tillgänglig och underlätta samspelet mellan patient och vårdgivare (Britten m.fl., 2016). Vid all cancervård ska "Min vårdplan" användas, en skriftlig vårdplan som patient och vårdpersonal, i detta fall främst kontaktsjuksköterska, gemensamt tar fram i den initiala delen av vårdprocessen. Det gemensamma dokumentet ägs av patienten och innehåller individanpassad information om vård och behandling, tidsplan för processen och kontaktuppgifter. Den gemensamma dokumentationen möjliggör delaktighet och inflytande för patienten genom vårdförloppet (RCC, 2021).

### Patientdelaktighet

Patientdelaktighet är ett minimikrav för personcentrerad vård (Svenska Institutet för Standarder [SIS], 2020) men även något vårdpersonal ska sträva efter enligt Patientlag (SFS 2014:821) 5 kap. Lagen innefattar att patienten ska ha rätt att vara delaktig i de vård- och behandlingsåtgärder patienten själv önskar och har förutsättningar för. Det är viktigt att patientdelaktigheten sker på frivillig basis och om patienten önskar en mer passiv roll ska inte vårdkvalitén påverkas. Patientdelaktighet har visat sig leda till en säkrare vård då patienten

lättare kan förstå och följa den tänkta planen samt uppmärksamma eventuella avvikelser. Kunskap och insikt hos patienterna är dock en förutsättning för att delaktighet ska vara möjligt och där har vårdpersonalen en central roll (Socialstyrelsen, 2022).

I en begreppsanalys av Nilsson m.fl. (2019) framkommer det att patientdelaktighet saknar en entydig definition och att användningen av begreppet varierar mellan studier. I analysen framläggs dock tre omvårdnadskoncept som är kopplade till patientdelaktighet; lärande, en vårdande relation och ömsesidighet. Omvårdnadskoncepten förtydligar därmed att patientdelaktighet kräver en informerad och trygg patient i ett partnerskap med vårdpersonalen.

Vårdgivares och patienters uppfattning om patientdelaktighet skiljer sig, vilket kan vara problematiskt då det kan leda till olika förväntningar på varandras roller i vården. Vårdpersonal uppfattar framför allt patientdelaktighet i beslutsfattande medan patienternas uppfattning innebär utbyte av information och erfarenheter samt stöd till egenvård (Martinsson m.fl., 2021). Många sjuksköterskor förmodar att patienter vill vara mer delaktiga i beslut än vad de faktiskt önskar (Florin m.fl., 2006) medan vissa sjuksköterskor uppfattar att patienter önskar en mer passiv roll (Oxelmark m.fl., 2018).

För att öka patientdelaktigheten är det viktigt att patienten känner förtroende för vårdpersonalen. Detta kan vårdpersonalen skapa genom en aktiv dialog och anpassad information (Ibrahim m.fl., 2018). Vårdpersonalen bör även erbjuda emotionellt stöd, fysisk komfort samt respekt för patientens värderingar och behov för att främja patientdelaktighet (SIS, 2020). Ytterligare en förutsättning för patientdelaktighet är att vårdpersonalen och patienten är medvetna om varandras ansvar och roller samt att vårdpersonalen vågar ställa rimliga krav på patienten (Aasa m.fl., 2013).

### ***Patientdelaktighet vid vård enligt ERAS***

Det föreligger en kunskapslucka gällande patienternas delaktighet vid pankreaskirurgi både ur ett patient- och personalperspektiv. Ett fåtal studier har återfunnits gällande patientdelaktighet i vården enligt ERAS, dock rör det sig framför allt om andra kirurgiska ingrepp där kolonkirurgi står för majoriteten. En svensk intervjustudie av patienter som genomgått kolorektalkirurgi visar att det råder meningsskiljaktigheter gällande uppfattningen av delaktighet hos patienterna. Vissa upplevde delaktighet när de var aktiva i sin vård på ett praktiskt plan medan andra upplevde delaktighet när de fick möjlighet att förmedla sina behov till vårdpersonalen (Aasa m.fl., 2013). I en studie med patienter som genomgått övre- eller nedre bukkirurgi framkom det att patienterna såg positivt på möjligheten till ett mer aktivt deltagande i sin ERAS-vård (Roche & Jones, 2021) och Thorn m.fl. (2016) visar att ett aktivt patientdeltagande till ERAS-programmet minskar risken för komplikationer och förkortar vårdtiden jämfört med passiv delaktighet. Faktorer som kan öka patientdelaktigheten är tillit och bekräftelse av vårdpersonalen (Aasa m.fl., 2013) samt tydlig personcentrerad information om ERAS och dess syfte både pre- och postoperativt (Gillis m.fl., 2017; Roche & Jones, 2021).

### ***Patientdelaktighet kopplat till användandet av en patientdriven loggbok***

Sahlgrenska universitetssjukhus har inlett ett forskningsprojekt med syfte att öka patientdelaktigheten vid pankreaskirurgi med hjälp av en patientdriven loggbok. Projektet består av fyra studier där patientdelaktigheten ska studeras ur ett patient- och personalperspektiv både inför och efter implementering av loggboken. Förhoppningen är att loggboken ska vara ett hjälpmedel och stöd för patienten genom hela vårdförloppet. Loggbokens utformning är ännu inte färdigställd men visionen är att vårdprogrammet ERAS ska presenteras

patientanpassat med dagliga rekommendationer och tillhörande förklaringar till varför åtgärderna bör utföras samt utrymme för patientens egna tankar och upplevelser. Syftet är att underlätta för patienten att följa och förstå vårdförloppet, för att på så sätt öka patientdelaktigheten. Loggboken planeras att införas våren 2023. När samtliga studier är fullföljda kommer en uppföljning ske för att utvärdera huruvida loggboken fyllt sitt syfte. Utifrån resultatet kommer beslut tas om loggboken ska revideras och tas i bruk.

Användning av loggbok har i en äldre studie på patienter med öron-, näsa- och halsdiagnoser ökat patientdelaktigheten, effektiviserat vården och förbättrat kommunikationen mellan vårdgivare, patient och anhörig (Sharp m.fl., 2004). Användning av en loggbok kopplat till vårdprogrammet ERAS har endast påträffats i en studie av Coyle m.fl. (2016) vars syfte var att utvärdera vårdprogrammet som helhet, inte loggbokens effekt. Detta tyder på ett tunt vetenskapligt underlag gällande om en ERAS-loggbok har någon påverkan på patientdelaktighet.

## Problemformulering

Pankreascancer har en dystert prognos där endast ett fåtal av de insjuknade kan erbjudas kurativ behandling i form av pankreaskirurgi. Ingreppet och den postoperativa vården är omfattande och för att optimera den perioperativa vården rekommenderas användning av vårdprogrammet ERAS.

Enligt lag ska all vård bedrivas utifrån ett personcentrerat förhållningssätt där patientdelaktighet är en central del. Evidensen för patientdelaktighet vid pankreaskirurgi är dock begränsad. Inom andra verksamhetsområden där ERAS tillämpas visar studier att patienten har en önskan om aktivt deltagande och att det leder till flera fördelar i den perioperativa vården jämfört med en passiv delaktighet. Faktorer som visat sig öka patientdelaktigheten är tillit till och bekräftelse av vårdpersonalen, tydlig personcentrerad information samt en patientdriven loggbok. Vetenskapligt belägg för patientdriven loggbok är dock sparsamt och effekten av en loggbok kopplad till ERAS obefintlig.

Sahlgrenska Universitetssjukhus driver ett forskningsprojekt med förhoppning att stimulera patientdelaktigheten vid pankreaskirurgi genom en patientdriven ERAS-loggbok. För att utvärdera resultatet av loggboken kommer det genomföras studier på både patientens och vårdpersonalens erfarenhet av patientdelaktighet både inför och efter implementeringen. Båda parter behövs då studier visat att patientens och vårdpersonalens uppfattning skiljer sig gällande vad patientdelaktighet är och hur det realiserar i vården. Föreliggande studie fokuserar på att undersöka vårdpersonalens nuvarande erfarenhet av patientdelaktighet vid pankreaskirurgi.

## Syfte

Undersöka vårdpersonalens erfarenhet av patientdelaktighet vid pankreaskirurgi *inför* införandet av en ERAS-loggbok.

## Metod

### Design

För att svara mot syftet valdes en empirisk studie med kvalitativ ansats, då det enligt Henricson & Billhult (2017) är att föredra när ett utforskat ämne ska undersökas.

### Urval

I studien planerades det för en inklusion av sjuksköterskor, kontaktsjuksköterskor, läkare och undersköterskor verksamma på kirurgkliniken på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Författarna till denna studie arbetar på kliniken och är kollegor med informanterna och har därmed en förförståelse av ämnet. Att ha en förförståelse vid kvalitativa studier är vanligt enligt Henricson & Billhult (2017) och de betonar vikten av ökad medvetenhet om denna för att undvika påverkan på resultatet, både vid datainsamling och analys.

#### *Inklusionskriterier:*

- Vårdpersonal med minst 3 månaders erfarenhet av att vårda patienter som genomgått vård enligt ERAS vid pankreaskirurgi
- Förmåga att uttrycka sig och förstå svenska både i tal och skrift

Ett strategiskt urval tillämpades delvis för att inkludera vårdpersonal med erfarenhet av ämnet och som kan bidra med informationsrika beskrivningar (Henricson & Billhult, 2017). Urvalet av sjuksköterskor från kirurgmottagningen och läkare utfördes av forskningsledaren som varken är verksam på den aktuella avdelningen eller författare av denna studie. Urvalet av sjuksköterskor och undersköterskor från kirurgavdelningen skedde däremot med ett bekvämlighetsurval där all tjänstgörande vårdpersonal den aktuella dagen för intervjuerna och som tidigare inte medverkat i studien tillfrågades. Samtliga potentiella deltagare uppfyllde inklusionskriterierna samt erhöll muntlig och skriftlig information om studien. Vid de tillfällen där antalet potentiella deltagare överskred behovet tillämpades turordning.

*Tabell 1. Deltagaröversikt.*

Deltagare	Tillfrågade	Avböjde	Ej möjligheten från verksamheten	Medverkande
Sjuksköterska från kirurgavdelning	25	0	14	11
Undersköterska från kirurgavdelning	13	1	8	4
Sjuksköterska från kirurgmottagning	4	0	1	3
Läkare	5	0	5	0
<b>Totalt</b>	<b>47</b>	<b>1</b>	<b>28</b>	<b>18</b>

## Datainsamling

Datainsamling skedde genom fokusgruppsintervjuer då det enligt Polit & Beck (2022) är fördelaktigt när människors värderingar och erfarenheter studeras. Datainsamlingen skedde september-oktober 2022 och inleddes med en pilotintervju med två deltagare. Pilotintervju är enligt Danielsson (2017a) fördelaktigt för att säkerställa att frågorna är begripliga och svarar till syftet. I samband med detta prövades även inspelningsutrustningen. Efter återkoppling från deltagarna i pilotintervjun justerades intervjuguiden för att förtydliga vissa frågor. Fyra fokusgruppsintervjuer genomfördes sedan med 4–6 deltagare per tillfälle, efter rekommendation från Henricson & Billhult (2017). Fyra tillfällen valdes då Hennink m.fl. (2019) påvisar att detta antal kan generera mättat material, samt att det ansågs rimligt för studiens tidsåtgång. Fokusgruppsintervjuerna varierade i längd, mellan 14 och 49 minuter, och utfördes i anslutning till deltagarnas arbetsplats. Lokalen var lättillgänglig och störmoment såsom oljud försökte undvikas, då det enligt Danielsson (2017a) kan främja ett bra flyt i diskussionen.

Fokusgruppsintervjuerna utfördes semistrukturerat vilket innebär att diskussionen utgick från ett fåtal förutbestämda öppna frågor inom ämnet. Intervjuguiden, bilaga 1, togs fram tillsammans med övriga forskare i forskningsprojektet. Vid samtliga fokusgruppsintervjuer deltog två forskare; den ena som moderator och den andra som observatör. Författarna till denna studie delade ansvaret för genomförandet av intervjuerna med två representanter från forskningsprojektet. Fördelningen möjliggjorde att det närvarade en författare och en representant från forskningsprojektet på varje fokusgruppsintervju med alternerande roller. Innan ljudinspelningen påbörjades upprepade moderatören deltagarnas rättigheter, information om studien och initierade en presentationsrunda där kön, ålder och år med patientgruppen registrerades. Under diskussionen strävade moderatören efter en opartisk och tillbakadragen roll då det enligt Wibeck (2017) gynnar diskussionen.

Ljudupptagningen från fokusgruppsintervjuerna transkriberades ordagrant av författarna till föreliggande studie för att möjliggöra bearbetning i dataanalysen.

## Dataanalys

För att analysera materialet från fokusgruppsintervjuerna utfördes en kvalitativ manifest innehållsanalys med induktiv ansats utefter Graneheim & Lundman (2004). Analysmodellen innefattar stegen *meningsenhet*, *kondenserad meningsenhet*, *subkategori*, *kategori* och *tema*.

För att öka chansen till en tillförlitlig analys läste författarna till studien den transkriberade texten flera gånger självständigt och tog ut meningsenheter, koder och subkategorier individuellt. Ett manifest fokus användes då intervjumaterialets textnära innehåll önskades analyseras, inte en tolkning av innebörden. Under hela processen betraktades de transkriberade texterna från samtliga intervjuer som en analysenhet, detta för att minska risken för att resultatet ska kunna härledas till en specifik individ. En jämförelse och diskussion skedde författarna emellan och analysen fortsatte gemensamt med kodning till kategori. Kodningen till kategori diskuterades tillsammans med handledaren till denna studie i en så kallad triangulering, då det enligt Polit & Beck (2022) kan öka tillförlitligheten för analysprocessen. Ett tema gick inte att utkristalliseras vid dataanalysen. Avslutningsvis skapades en tabell med exempel på analysprocessen, då även det kan stärka studiens trovärdighet (Danielsson, 2017b). Tabellen redovisas nedan.

Tabell 2. Exempel på analysens tillvägagångssätt.

Meningsbärande enhet	Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Subkategori	Kategori
<i>Ja men lite vad just den patienten är extra rädd för eller vad den har för sjukhuserfarenhet sen innan och sånt som också påverkar jättemycket hur man vill vara delaktig eller kan vara delaktig</i>	Vad just den patienten är extra rädd för, vad den har för sjukhuserfarenhet innan och sånt påverkar jättemycket hur man vill eller kan vara delaktig.	Rädsla och sjukhuserfarenhet påverkar delaktigheten	Individens hinder för patientdelaktighet	Patientens förutsättningar för patientdelaktighet

## Forskningsetiska överväganden

Samtliga studier kräver att etiska överväganden tas i beaktning och dokumenteras, både för att skydda deltagarna och för att resultatet ska bli tillförlitligt. Vid empiriska studier är det särskilt viktigt att väga risk mot nytta för att säkerställa att studien inte ger upphov till skada (Helsingforsdeklarationen, 2013). Föreliggande studie har både utförts som en del av en högskoleutbildning på avancerad nivå och som en del av ett större forskningsprojekt. Examensarbeten klassas inte som forskning och enligt svensk lag behöver det inte genomgå en etikprövning (SFS 2003:460), vilket forskningsprojekt behöver. Denna studie hade därför, redan innan examensarbetet påbörjades, inkluderats i forskningsprojektets etikansökan till Etikprövningsmyndigheten. Forskningsprojektet erhöll etikgodkännande 2022-06-22 och blev tilldelat diarienummer 2022-02981-01. Vid examensarbetets uppstart erhöles även godkännande från Etikgruppen vid Vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs Universitet samt av verksamhetschefen inom Kirurgi på Sahlgrenska.

Att delta i studier ska vara frivilligt och deltagaren har rätt att avbryta sin medverkan när som helst utan att ange orsak. Studieansvariga är skyldiga att säkerställa att deltagaren är medveten och införstådd i dessa rättigheter innan datainsamling sker (Helsingforsdeklarationen, 2013). I föreliggande studie säkerställdes detta genom att deltagarna skrev under en samtyckesblankett efter att de både muntligt och skriftligt tagit del av den Forskningspersonsinformation, FPI, som Etikprövningsmyndigheten godkände. Se bilaga 2.

För att motverka att identiteten på deltagarna kunde utrönas i resultatet startade inspelningen efter presentationen, namn avidentifieras vid transkribering och under dataanalysen sågs allt material som en analysenhet. Inga personuppgifter förutom ålder, kön och antal år av arbetslivserfarenhet inom pankreaskirurgi samlades in. Det insamlade materialet, inklusive de ifyllda samtyckesblanketterna och ljudinspelningarna, förvarades inlåst på Forskningsmottagningen Sahlgrenska där inga obehöriga har tillgång till data. Då examensarbetet ingår i ett forskningsprojekt kommer allt material att sparas i minst 10 år och därefter gallras enligt gällande dokumenthanteringsplan.



Det är viktigt att studier med människor inte medför en högre risk för skada eller lidande än nytta (Helsingforsdeklarationen, 2013). Denna studie har bedömts innefatta låg risk för deltagarna. I den FPI deltagarna tog del av poängterades att medverkan sker frivilligt och utan påverkan på anställningen. Vidare innehöll den information om att deltagarna kan kontakta studieansvariga om diskussionen väckte tankar eller känslor som önskas ventileras. Deltagarna erbjöds ingen ekonomisk kompensation för att medverka, däremot utfördes fokusgruppsintervjuerna, efter godkännande från verksamhetschefen, på deltagarnas ordinarie arbetstid. Intervjutillfället kan ge en personlig nytta för deltagarna då de erbjuds chans att utbyta tankar och erfarenheter med kollegor, den största nyttan med projektet är dock möjligheten att utveckla och förbättra vården för patientgruppen.

## Resultat

Totalt medverkade 18 deltagare i studien där majoriteten var kvinnor (88%). Deltagarna arbetade som sjuksköterskor på kirurgavdelning (61%), undersköterskor på kirurgavdelning (22%) och kontaktsjuksköterskor på kirurgmottagning (17%). Ingen läkare deltog. Åldern på deltagarna varierade mellan 20 till 47 år och vid intervju tillfället hade de varit verksamma i vården av patienter som genomgått pankreaskirurgi mellan 4 månader och 22 år.

Tabell 3. Presentation av medverkande i respektive fokusgruppsintervju.

	Sjuksköterska från kirurgmottagning	Undersköterska från kirurgavdelning	Sjuksköterska från kirurgavdelning	Totalt antal medverkande	Tid
Fokusgrupp 1	1	1	3	5	43 min
Fokusgrupp 2	1	1	3	5	31 min
Fokusgrupp 3	1	1	3	5	49 min
Fokusgrupp 4	0	1	2	3	14 min

Utifrån analysen framkom tre kategorier som i sin tur bygger på respektive tre subkategorier, se tabell 4.

Tabell 4. Resultatöversikt.

Kategori	<i>Patientens förutsättningar för patientdelaktighet</i>		
Subkategori	Patientens förståelse för vårdförloppet	Aktiv patientdelaktighet i vårdförloppet	Individens hinder för patientdelaktighet
Kategori	<i>Vårdpersonalens möjliggörande av patientdelaktighet</i>		
Subkategori	Personanpassad information	Kontinuerligt involvera patienten i vårdförloppet	Anpassa delaktigheten efter patientens förutsättningar
Kategori	<i>Organisationens möjliggörande av patientdelaktighet</i>		
Subkategori	Vårdmiljöns roll för patientdelaktighet	Arbetsmiljöns roll för patientdelaktighet	Ansvarsfördelningen för patientdelaktighet

### Patientens förutsättningar för patientdelaktighet

#### Patientens förståelse för vårdförloppet

Vårdpersonalen beskrev att en förutsättning för patientdelaktighet är att patienten har förståelse för vårdförloppets innebörd, såsom vikten av tidig mobilisering, andningsträning och nutritionsoptimering. De ansåg att förståelse för vårdförloppet leder till att patienten får en insikt i varför det är viktigt med delaktighet och varför eller varför inte vissa procedurer ska

utföras självständigt som till exempel mobilisera utan kontroll över in- och utfarter. En annan aspekt som lyftes gällande förståelse av vårdförloppet var vikten av att patienten är mentalt förberedd inför vårdförloppet. Vårdpersonalen upplevde att ökad förståelse ger upphov till att patienten blir mer initiativtagande, tar ett ökat ansvar och lättare kan sätta upp mål att sträva efter, det vill säga blir mer delaktig i vårdförloppet. Det framkom även att vårdpersonalen upplevde ett samband mellan tidig delaktighet och en ökad förståelse för vårdförloppet, vilket i sin tur leder till en ökad delaktighet.

Enligt vårdpersonalen är information en förutsättning för att öka patientens förståelse och därigenom patientdelaktigheten. De ansåg att patienten gynnas av att få både muntlig och skriftlig information då det möjliggör återupprepning av informationen när patienten känner sig mer

*“Om man gör dom delaktiga tidigt så förstår dom kanske mer vad de har gått igenom och vad som förväntas. I sin tur blir de också mer delaktiga, när de har mer förståelse [...]”.*

mottaglig för den. Vidare bör förståelsen gynnas om patienten får möjlighet att läsa informationen på en trygg och säker plats, exempelvis i hemmet, där även närstående kan involveras och ge stöttning. Vårdpersonalen föreslog att patientens förståelse för vårdförloppet kan ökas genom att ERAS-konceptet delges preoperativt genom en metodisk genomgång av vad som kommer ske dag för dag efter operationen. Detta för att patienten ska få möjlighet att bearbeta vårdförloppet preoperativt och på så vis öka förståelsen.

*“Jag ser ERAS-protokollet framför mig. Att man dag 1 rent preoperativt ska introducera dem för det för att få en överblick. Man ska väl göra det på alla patienter såklart men just att man har det gör att jag oftare tenderar att berätta vad planen är, nu är du på den här dagen och imorgon är tanken med det här, och då får dom lyfta sina tankar med det. Hur känns det med planen att avveckla den här slangen imorgon? Då får man tid att bearbeta det, kanske lyfta sina tankar [...]”.*

Personalen trodde samtidigt att en ökad kunskap om vårdprocessen kan leda till jobbiga känslor och skuldbeläggning hos patienten om det tänkta vårdförloppet samt patientens förväntningar på sig själv och den egna kroppen inte uppnås. Detta ansågs i sin tur hämma patientdelaktigheten då patienten riskerar att bli mindre motiverad till den fortsatta vården. Samtidigt poängterade vårdpersonalen att även om patienten har kunskap om vårdförloppet är inte det synonymt med att ha en förståelse för vårdförloppet. De menar att det kan vara svårt för patienten att föreställa sig preoperativt hur vårdförloppet kommer förlöpa då planen endast är en riktlinje och inte alltid är genomförbar på grund av olika faktorer såsom komplikationer.

*“Att det är ens egna fel. Det står att den här dagen ska jag kunna äta postopkost eller kunna göra dethär, men varför kan jag inte det och varför klarar inte jag dethär”.*

## Aktiv patientdelaktighet i vårdförloppet

För att uppnå ett optimalt vårdförlopp ansåg vårdpersonalen att det är en förutsättning att patienten är aktivt delaktig. Med aktiv delaktighet menas att patienten är motiverad, tar ansvar för rehabiliteringen, är självständig i den mån det är möjligt och tar initiativ till att involvera personalen om det krävs. Majoriteten menade att det är lättare att se patienten delaktig när den aktivt gör som vårdpersonalen vill, medan andra poängterade att patienten inte alltid måste göra som personalen vill för att vara delaktig. Patienten kan vara passivt delaktig i vårdförloppet, exempelvis självständigt besluta att vila hela dagen i stället för att mobilisera, men det ansågs inte lika gynnsamt.

*“Man kan ju dra det så långt att patienten själv ska kunna initiera ”ska vi gå till vågen nu? Vill du hjälpa mig att gå till vågen?”. Då är den ju verkligen delaktig. Och kanske se i ERAS-loggboken ”daglig vikt” och att bocka av vikt liksom. Att man är sin egen vårdare på något sätt, med stöttning av oss såklart”.*

*“Och ibland kanske man själv har lite förväntningar och vill att patienten ska äta själv och komma upp men dom säger nej jag kan inte äta en tugga till eller jag tänker inte gå upp mer idag. Då kanske det är bättre att säga fine, du orkar inget mer. Och skita i att. Och då respektera patientens vilja och på sätt och vis delaktighet i att inte göra något som man kanske själv vill göra”.*

Om patienten är aktivt delaktig i sin vård upplevdes det leda till ett mer optimerat vårdförlopp med snabbare vårdtid jämfört med en patient som är passiv och överlämnar ansvaret till vårdpersonalen. Personalen upplevde även att om patienten är aktiv så minskar risken för komplikationer såsom förstoppning. Det framkom också att om patienten är aktiv och förberedd så är det tidsbesparande för personalen.

*“Om de tar mycket initiativ till att komma upp och sånt, och de kanske ganska tidigt i förloppet tar sig upp själva och ur sängen och sitter i fåtöljen och promenerar, så blir det ju oftast att tarmen kanske också kommer igång, då blir det ju oftast lättare med matintaget också. Och det bygger ju på mobiliseringen. Även om man kollar deras sömncykel. Det blir en mycket mer positiv cykel än för de som inte tar några egna initiativ [...]”.*

*“Det sparar jättemycket tid för oss också. Det bli bättre vård för dem för de är mer förberedda. Vi slipper förklara att ”idag är planen det här, du kanske får börja äta postoperativ-kost, du kan får bli av med katetern imorgon, vi ska stänga EDA:n”. Då har de koll på det redan från start”.*

## Individens hinder för patientdelaktighet

Vårdpersonalen beskrev vissa hinder utifrån ett patientperspektiv som hämmar möjligheten till patientdelaktighet. De postoperativa komplikationer som framkom under samtliga intervjuer och som anses minska möjligheten till delaktighet är; smärta, illamående och trötthet samt komplikationer såsom ventrikelretention och anastomosläckage. Även en hög förekomst av medicintekniska hjälpmedel, exempelvis ryggbedövning, dränage samt in- och utfarter ansågs vara hinder för patientdelaktighet. När patienten drabbas av komplikationer som gör att de

avviker från ERAS-programmet menar personalen att patienten hämmas i sitt initiativtagande och sin möjlighet till delaktighet.

*“Efter är det mycket hinder med att edor inte fungerar vilket gör att de inte kommer upp ordentligt och blir liggandes längre. Eller inte kommer igång att äta för ventrikelretention. Vilket gör det svårare för dem med delaktigheten”.*

Det framkom även att psykiska symtom hos patienten kan hindra patientdelaktigheten. Många patienter upplevs deprimerade på grund av en dyster diagnos, en snabb omställning från diagnos till operation och av flera postoperativa komplikationer såsom smärta och illamående. Depressionen ansågs hämma delaktigheten då patienten blir mer initiativlös och passiv, samt försämra patientens förmåga att ta till sig information.

*“Det är svårt att vara delaktig om man är deprimerad, det känns som att många är det, vilket inte är konstigt. Dom har fått en jättehemska diagnos och gjort en jättestor operation och kommer aldrig ha ett liv som förut. Jag skulle också bli deprimerad [...]”.*

Oro och rädsla hos patienterna är också faktorer som vårdpersonalen upplevde hämma patientdelaktigheten. Känslor som grundar sig i att patienten är i en för många främmande och utsatt situation samt att de har bristande kunskap både gällande vårdförloppet och vad kroppen klarar av efter operationen. Samtidigt ansågs även oro hämma patientens förmåga att ta till sig information preoperativt vilket betraktades försämra möjligheten att erhålla kunskap som potentiellt hade kunnat lindra oron och rädslan postoperativt.

*“[...]Rädsla är nog ett ganska stort hinder för patienterna. Men det grundar väl sig mycket i okunskap, eller liksom att man inte har kunskap eller bild av den situationen som man är i liksom”.*

Andra faktorer vårdpersonalen upplevde hämma patientdelaktigheten är trötthet, orkeslöshet och glömska vilket många patienter ansågs erfara efter operationen. Vårdpersonalen menade att om patienten har en nedsatt ork försämras motivationen och initiativförmågan vilket de i sin tur anser försämra förutsättning för patientdelaktighet. Med trötthet och glömska tycks även informationsutbytet försämras vilket hämmar patientens förståelse för vårdförloppet och därmed delaktighet.

*“Ibland är man så tagen efter operationen att man inte orkar vara med. Man kanske till och med glömmar bort vad som är sagt innan [...]. Det är ett hinder om patienten inte orkar”.*

Även språkbarriärer ansågs hämma förutsättningarna för patientdelaktighet. Om patienten pratar ett annat språk försämras informationsutbytet och även om tolk används försummas chansen till dagliga påminnelser och återupprepning av informationen. Det framkom att vårdpersonalen ansåg att skriftlig information på patientens språk hade ökat chansen till patientdelaktighet.

*“Språk kan ju vara en sån sak som vi iochförsig skulle behöva bli bättre på att använda hjälpmedel för att ge samma förutsättningar. Men det är ju inte möjligt eller asså vi har ju inte en tolk närvarande varje gång vi går in till en patient det går ju inte men det är ju kanske i såna situationer som man passar på att upprepa någonting för någon som inte pratar samma språk, så det blir ju fler tillfällen för dom som inte behöver tolk [...] ”*

## Vårdpersonalens möjliggörande av patientdelaktighet

### Personanpassad information

Vårdpersonalen menade att de kan öka chansen till patientdelaktighet genom att individanpassa informationen, vilket de ansåg är att informera tydligt och metodiskt utefter patientens kunskapsnivå och önskemål. De poängterade även vikten av att ge rätt information vid rätt tillfälle och att upprepa informationen kontinuerligt under hela vårdtiden. Det framkom att vårdpersonalen upplever att inte bara förståelsen för vårdförloppet hade gynnats av både muntlig- och skriftlig information, utan även informationsutbytet hade förenklats. De upplevde även att vissa patienter tar till sig skriftlig information lättare än muntligt, speciellt då de kan gå tillbaka och läsa informationen när de känner sig mer mottagliga och även upprepa den på ett enkelt sätt.

*“Man kan ibland babbla hur mycket som helst vid inskrivningssamtalet och så vet man att 90% faller bort. Det krävs upprepning”.*

*“Nej men man försöker ju ändå lägga det på patientens nivå, var de befinner sig. Jag brukar fråga “vill du veta vilka slangar du skall ha?”. Endel vill ju veta precis in i minsta detalj vilka slangar dom skall ha och så får man gå igenom, och en del vill ta det sen”.*

Vårdpersonalen beskrev en del utmaningar med att informera individanpassat, så som att det är en svår balansgång vid informationsutbytet preoperativt. De vill informera patienten tillräckligt mycket så att hon eller han ska vara införstådd och ta ett välgrundat beslut, men samtidigt inte avskräcka patienten från att genomgå operationen. Det upplevdes svårt att avgöra hur mycket information patienten faktiskt uppfattar och omvandlar till kunskap preoperativt, där de anser att både oro, hög ålder och habitualtillståndet kan påverka mottagligheten för informationen. Vårdpersonalen bedömde även att informationsutbytet skiljer sig beroende på den personal patienten träffar preoperativt. Viss personal, oberoende av personalkategori, ansågs ge patienten en mer realistisk bild av vårdförloppet medan andra ansågs glorifiera processen, vilket påverkar vad patienten får för förväntningar.

*“De får mycket information preoperativt. Hur förbereder man någon för en sån här operation? Hur detaljerat ska man gå in på det? Man kan nog inte beskriva för mycket för dem för då skulle de, inte ens jag, våga gå igenom den här operationen med jättetuff eftervård. Man vill ju inte skrämman vill ju peppa [...]”.*

Ytterligare en utmaning enligt vårdpersonalen är att informera tillräckligt mycket utan att patienterna överöses av olika informationshäften. Personalen uppgav att det finns en risk att flera olika foldrar leder till att patienterna inte vet vart de ska titta och därmed går miste om informationen.

*“Alltså nackdel kanske kan vara om man får väldigt mycket skriftlig information som är i olika typer av foldrar eller små häften att det tillslut blir för mycket, man vet inte vart man ska titta eller sådär så kanske skiter man lite i det. Det blir för mycket”.*

Vårdpersonalen ansåg att en loggbok kan vara ett bra verktyg i vården för att ge patienten en personanpassad information. Dels för att den tydligt går igenom vad ERAS innebär, vilka förväntningar vårdpersonalen har på patienten, men även då det lämnas utrymme för patientens egna tankar och frågor. Loggboken ansågs således kunna öka patientdelaktigheten då patienten får en ökad förståelse för vårdförloppet och därmed kan vara mer involverad.

*“Jag tänker att en loggbok ökar sannolikheten för att patienten är mer delaktig [...]”.*

### **Kontinuerligt involvera patienten i vårdförloppet**

Vårdpersonalen ansåg att en grundpelare för patientdelaktighet är att patienten tidigt involveras och inkluderas i vårdförloppet. Involveringen bör innefatta alla moment som patienten kan utföra självständigt exempelvis mobilisering, kontrollera blodsockret eller administrera Fragminsprutor. Vidare bör vårdpersonalen tidigt uttrycka sina förväntningar och ställa krav på patienten, för att på så sätt undvika risken att patienter blir passiva och mindre involverade i sitt vårdförlopp. De ansåg även att det är viktigt att vårdpersonalen kontinuerligt informerar om vikten och fördelarna med att patienterna är delaktiga i sin vård. Detta kan uppnås genom att ställa frågor till patienterna, exempelvis “Hur många timmar har du varit utanför sängen idag?”. Således kan patienterna förstå att vårdpersonalen förväntar sig att de har viss förståelse och ansvar för det egna vårdförloppet.

*“Likväl som att patienterna förväntar sig att vi gör ett bra jobb, och det måste vi ju göra, måste vi kunna ställa lite krav också”.*

*“Kanske ställer frågor också, att ansvaret inte blir direkt patienterna. Man frågar "har du druckit någonting idag?", att man liksom lämnar över frågan för att på så sätt får dem mer medverkande så att de kan känna "aha, ska jag ha koll på det" [...]”.*

När vårdpersonalen tidigt involverar patienten i vårdförloppet genom att exempelvis sätta upp och följa gemensamma mål anses patientdelaktigheten öka. Användandet av en loggbok tros öka en kontinuerlig involveringen i vårdförloppet tack vare att patienterna hinner förbereda sig mentalt på nästa steg, vilket i sin tur kan underlätta att motivera patienterna till att vara delaktiga. Om det är specificerat i informationen vad som förväntas under dagen kan patienterna se fram emot det, känna hopp och kämpa för att det ska bli så.

*“Även något att se fram emot, om det står att katetern ska dras då, att dom då jamen imorgon då katetern dras och för att den ska kunna dras måste jag göra detta. Att då få dem att kämpa lite för att allting ska funka [...]”.*

Att involvera patienten i dess vård ansågs dock inte alltid lätt. Enligt vårdpersonalen har de en tendens att passivisera patienten genom att överarbeta, exempelvis servera frukost i stället för att låta patienten göra det självständigt. Det finns en risk att båda parter blir blinda för hur passiv patienten är på grund av vårdpersonalen, vilket kan leda till problem vid hemgång då patientens behov inte identifierats. Det framkom även att patienten inte alltid vill vara involverad i sin vård, vilket vårdpersonalen ansåg att de bör respektera då det kan ses som ett uttryck av patientdelaktighet i beslutsfattandet. Samtidigt ansåg vårdpersonalen att det inte alltid är bra att respektera ett nej utan att följa upp orsaken till beslutet, vilket kan göras genom att be patienten att motivera sitt beslut. De problematiserade även frågan om delaktighet och att bestämma i sin vård är synonymt utan att komma fram till ett entydigt svar.

*“Ja men det blir så lätt att man tar ifrån, eller typ någon som skulle kunna hämta frukost och så gör man det iallafall [...]”.*

*“Och sen kan man tänka att man kan fråga patienten varför vill du inte komma upp. Är det för att du har ont? Då kan vi ge smärtstillande. Är det för att du är nervös att du ramlar? Då hänger jag såklart med. Är det för att du sovit dåligt? Då får du sovorgon, vi går upp sen. Om man vet anledningen till varför de inte vill kan det vara lättare att hitta olika lösningar”.*

### **Anpassa delaktigheten efter patientens förutsättningar**

Vårdpersonalen ansåg att patienten har olika förutsättningar för delaktighet och poängterade att vården måste anpassa sig utefter det. Förutsättningarna kan variera från dag till dag, ena dagen kan patienten vara mottaglig för information och för att utföra procedurer, medan andra dagen är den orkes- och initiativlös. Variationen kan härledas både till den unika individen och hur det postoperativa vårdförloppet fortlöper. Vissa patienter behöver mer stöttning än andra vilket kan bero på flera faktorer såsom ett skört habitualtillstånd preoperativt och tillgång till socialt nätverk som kan ge stöd. De underströk dock att även när patienternas förutsättningar för delaktighet är någorlunda jämlikt kan det skilja sig personlighetsmässigt, vissa patienter vill ha mer information och vara mer delaktiga i sin vård medan vissa vill vara passiva. Vårdpersonalen ansåg dock att det är lättare att se patienten delaktig när vårdpersonalens rekommendationer följs, medan andra poängterade att patienten inte alltid måste följa dem för att vara delaktig.

*“Det är väldigt olika förutsättningar hur mycket man kan vara delaktig. Man behöver anpassa det efter det, både utifrån vad de har för förutsättningar i sitt habitualtillstånd men också beroende på hur operationen går och kanske komplikationer”.*

*“Det är lätt att se patienten delaktig om den gör som vi vill, men om den inte gör det då har den dålig compliance”.*



Samtidigt betonade vårdpersonalen att det kan vara svårt att anpassa delaktigheten utefter patientens förutsättningar. De ansåg att patienten lätt hamnar i en passiv roll då vårdsituationen ofta kan upplevas ovan och skrämmande vilket kan leda till att patienten överlämnar ansvaret till vårdpersonalen som har mer erfarenhet om vårdförloppet. Patientens symtom ansågs även kunna hindra arbetet med att göra patienten delaktig då vårdpersonalen prioriterar att symtomlindra, exempelvis smärtlindra, i stället för att aktivt göra patienten involverad genom att exempelvis informera om ERAS. Vårdpersonalen spekulerade även kring om operation verkligen är den mest optimala behandlingen för patienter som inte vill vara delaktiga i vårdförloppet.

*“Och i dom fall där patienterna inte alls är delaktiga eller inte alls motiverade där kanske man har tagit fel beslut, det kanske inte skulle vara den rätta behandlingen för patienten”.*

*“Man fokuserar på att hjälpa dom med smärtan, illamående och mobilisering så man sätter sig kanske inte ner och tar ett snack om ERAS med dom då.”*

## Organisationens möjliggörande av patientdelaktighet

### Vårdmiljöns roll för patientdelaktighet

Det framkom att vårdmiljön har en betydande roll för patientdelaktigheten. Vårdpersonalen menade att patienter som ligger på en flersal hämmas i sin delaktighet på grund av rädsla för att störa sina medpatienter samt att visa sig sårbar, exempelvis behöva stöttning vid toalettbesök. Rädslan kan leda till att patienten undviker att mobilisera eller gå på toaletten vilket i sin tur ansågs leda till komplikationer såsom förstoppning. Vårdpersonalen förespråkar i stället enkelrum, eftersom det tros främja patientens integritet och självständighet, underlätta för vårdpersonalen att hålla sekretessen samt leda till att anhöriga kan göras mer delaktiga.

*“Om man ligger på en flersal så stör man andra [...]. Det kan ju vara ett hinder, att vissa liksom, "ja jag vill liksom inte visa andra, den utsatta situation som jag är i nu", och då blir det att de ligger i sängen när de ligger på flersal för det finns inte så mycket annat att röra sig till. Folk vågar inte gå på toaletten, för de är rädda att det ska ta lång tid och så är de andra på rummet och väntar, och så blir de förstoppade istället”.*

### Arbetsmiljöns roll för patientdelaktighet

Även arbetsmiljön har en väsentlig roll för patientdelaktigheten då vårdpersonalen ansåg att tillgänglig personal och resurser är en förutsättning för delaktighet. Om vårdpersonalen har en hög arbetsbelastning, är stressade eller behöver fokusera på en försämrad patient hämmas patientdelaktigheten. Vid dessa tillfällen utför vårdpersonalen hellre proceduren själva då det är tidsbesparande i stunden jämfört med att instruera patienten att utföra det självständigt. Det framkom dock att vårdpersonalen förstår att patientdelaktighet hade varit tidsbesparande i längden men de upplever sig inte ha tiden att göra patienten delaktig under en pressad arbetssituation.

*“Vi som vårdpersonal överarbetar. Ofta är man kanske ganska stressad och istället för att förklara för en nyopererad patient hur man fyller i kostreggen, vad man skall tänka på när man mobiliserar, så tar man snabbaste alternativet”.*

### **Ansvarsfördelningen för patientdelaktighet**

Vårdpersonalen förväntar sig delaktighet av patienterna men var inte eniga om vem som bär ansvaret för att det fullföljs. Under samtliga intervjuer var den initiala åsikten att det är patienten som är huvudansvarig för patientdelaktigheten och att den ska vara motiverad och styra sin vård självständigt i största möjliga mån. De påpekade dock att patienten upplevs uppskatta att lämna över ansvaret då vårdpersonalen har mer kunskap och erfarenhet om situationen. Under diskussionen ändrade flera deltagare delvis uppfattning till att patienten är beroende av vårdpersonalen för att vara delaktig, men att patienten fortsatt bär det yttersta ansvaret. Om vårdpersonalen gett förutsättningar i form av utrymme, tid, information och redskap för patientdelaktighet är det upp till patienten att åta sig ansvaret. Samtidigt poängterades att vårdpersonalen har större förståelse för patienter som önskar vara delaktiga men inte har förmåga, jämfört med de som har förmåga utan att vilja. Om patienten inte vill vara delaktig trots inbjudan och förutsättningar så ansågs det inte vara vårdpersonalens fel.

*“Jag tänker att i slutet av dagen har man valt att opereras, en väldigt stor operation som man vet kräver väldigt mycket. Då tycker jag man ska försöka ha en bra inställning till att försöka vara positiv och försöka göra allt man kan. Sen kan det ju förändras i samband med att man opereras, att man blir trött och tagen och allting. Men i slutet av dagen så är det ens egna ansvar”.*

*“Jag tänker att det absolut är patientens ansvar att visa sig delaktig, men att det krävs att man bjuds in av vårdpersonalen att vara delaktig [...]”.*

Det framkom att viss vårdpersonal ansåg att läkarna har det främsta ansvaret preoperativt för patientdelaktighet hos patientgruppen då det är de som beslutar om operation ska genomföras och i samband med beslutet förmedlar förväntningarna på patienten under vårdförloppet. Om patienten inte förstår innebörden av operationen och de krav som ställs postoperativt finns risk att läkaren, och patienten, tar ett beslut som inte är det mest optimala för patienten. Samtidigt ansåg vårdpersonalen att alla professioner har ett ansvar att göra patienten delaktig inom respektive specialområde, att den som är mest lämpad för att informera och initiera patientdelaktighet ansvarar för det. Vid samtliga intervjuer mynnade vårdpersonalen ut i en samsyn om att det är vårdpersonalen som är huvudansvarig för patientdelaktigheten. I vissa intervjuer poängterades dock att hela vårdteamet, inklusive patienten, gemensamt bär ansvaret för delaktigheten.

*“Det är helt omöjligt att vara delaktig utan att vi har gett förutsättningarna att vara det [...]”.*

*“Jag tänker att det är teamet, alltså alla som är involverade i patienten dvs patienten själv men också sjuksköterska, undersköterska, läkare, dietist, fysioterapeut, arbetsterapeut. Att tillsammans försöka hitta förutsättningar för att patienten ska kunna vara så delaktig som möjligt, så att de inte känner sig överkörda eller förminskade”.*

## Diskussion

### Metoddiskussion

Metodvalet, en empirisk kvalitativ studie, bedöms lämpligt för att besvara syftet då det är att föredra när en persons erfarenhet av ett utforskat ämne ska undersökas (Henricson & Billhult, 2017). Då det råder en kunskapslucka om ämnet hade en systematisk litteraturoversikt (Priebe & Landström, 2017) inte kunnat genomföras. En nackdel med kvalitativa studier är att resultatet inte är generaliserbart, vilket det kan bli med kvantitativ metod. Däremot kan kvalitativa studier ge lärdom och vara överförbart inom andra kontext (Henricson & Billhult, 2017). En styrka med föreliggande studie är att den är hypotesskapande dels för framtida studier gällande patientdelaktighet men även för att optimera införandet och utformningen av den patientdrivna loggboken. Resultatet bör kunna överföras till andra kontext där ERAS används, framförallt inom cancerkirurgi.

För att besvara syftet önskade författarna data från informanter med olika kompetenser och erfarenheter. Fokusgruppsintervju valdes därför som datainsamlingsmetod med hopp om att stimulera en djupare diskussion och därmed generera mer data jämfört med individuella intervjuer (Polit & Beck, 2022). Fokusgruppsintervju ansågs även relevant för att uppnå ett större antal informanter under studiens begränsade tidsram, på endast fyra tillfällen kunde erfarenheter från 18 informanter insamlas. Ytterligare en styrka med vald datainsamlingsmetod är att diskussionen blev relativt fri vilket möjliggjorde att aspekter som forskarna inte tänkt på togs upp. Om en annan metod valts, exempelvis individuella intervjuer, hade författarna till denna studies förförståelse och fördomar kunnat skapa en dialog där deltagarnas åsikter och erfarenheter inte framkom i samma utsträckning (Wibeck, 2017). Däremot kan en gruppintervju riskera att osynliggöra enskilda deltagare. Om diskussionen bygger på en individs åsikter kan resultatet bli missvisande då inte hela gruppens åsikter framkommer. Det finns även en risk att det bildas en gruppkultur vilken kan hämma vissa individers bidrag till diskussionen (Polit & Beck, 2022). För att undvika detta valde författarna att ha en moderator vid samtliga intervjuer med uppgift att bjuda in alla till samtalen samt verka för en avslappnad miljö utan störmoment. I samtliga intervjuer kom alla deltagare till tals, däremot går det inte att säkerställa att allas personliga åsikt framkom.

Fokusgruppsintervjuerna utfördes semistrukturerade med fem förutbestämda frågor vilket får anses vara en styrka i studien eftersom ostrukturerade – och även strukturerade fokusgruppsintervjuer ansågs vara ofördelaktiga för att uppnå denna studies syfte. Vid ostrukturerade fokusgruppsintervjuer sker diskussionen fritt om ämnet vilket kan vara positivt då en öppen diskussion skapas men en nackdel är att det aktuella ämnet som forskarna önskat höra en åsikt om kan kringgås. Strukturerade fokusgruppsintervjuer med ett förutbestämt upplägg styr diskussionen vilket kan hämma det fria tänkandet (Wibeck, 2017). Tack vare pilotintervjun fick författarna möjlighet att utvärdera hur väl de förutbestämda frågorna kunde bidra till en givande diskussion. Efter återkoppling kunde några frågor förtydligas och ytterligare en adderas för att svara till studiens syfte. Detta anses vara en styrka då det möjligen bidrog till mer förståeliga frågor och därmed en mer relevant diskussion utifrån syftet.

Det strategiska urvalet applicerades vid inkludering av sjuksköterskor från mottagningen och läkare men kunde inte användas vid inkludering av avdelningspersonalen på grund av hög arbetsbelastning vilket ledde till ett stort bortfall. Ett bekvämlighetsurval tillämpades i stället

där alla tjänstgörande sjuksköterskor och undersköterskor den aktuella dagen för intervjuerna och som uppfyllde inklusionskriterierna tillfrågades. Detta kan ha påverkat utfallet av diskussionerna, då deltagarna inte valdes strategiskt utefter deras erfarenhet om ämnet, men anses samtidigt inte ge en missvisande bild av resultatet då deltagarna uppfyllde inklusionskriterierna. Trots att den höga arbetsbelastningen bidrog till ett stort bortfall upplevdes inte deltagarna påverkade av den under intervjun. Däremot kan bortfallet av läkare ha påverkat studiens överförbarhet då deras perspektiv inte är representerat och deras åsikter samt erfarenheter inte framkommer. Syftet med föreliggande studie kan därmed inte helt kan besvaras.

I föreliggande studie var målet att ha 4–6 deltagare per fokusgruppsintervju för att uppnå en spridning av erfarenheter men ändå en tillräckligt liten grupp för att möjliggöra att alla kunde komma till tals. Deltagarantalet rekommenderas även av Henricson & Billhult (2017). I den sista intervjun kunde endast tre personer från avdelningen medverka, en mer homogen grupp, vilket kan ha hämmat djupet i diskussionen då andra perspektiv saknades. Däremot är det minskade deltagarantalet inte synonymt med en sämre diskussion då Cortini m.fl. (2019) menar att det är interaktionen i gruppen som styr det optimala deltagarantalet. Den sista fokusgruppsintervjun varade endast i 14 minuter men inkluderades trots bristerna då författarna till denna studie upplevde att liknande diskussioner uppstod som i de tidigare fokusgruppsintervjuerna, även om den inte var lika nyanserad vilket kan ha orsakats av att gruppen var homogen. Då liknande diskussioner återkom och att det vid de sista intervjuerna endast tillfördes begränsat med ny data tyder det på en viss datamättnad, något som är rimligt att få av fyra fokusgruppsintervjuer enligt Hennink m.fl. (2019). Författarna till föreliggande studie anser att datamättnaden styrker studiens överförbarhet och tillförlighet.

Initialt var det tänkt att endast läkare och sjuksköterskor skulle inkluderas i studien vilket är orsaken till att undersköterskor inte är omnämnda i den FPI som presenteras i bilaga 2. Efter övervägande inom forskargruppen inkluderades även undersköterskor till studien, vilket godkändes av både Etikmyndigheten och verksamhetschefen. Inkluderingen av olika professioner anses relevant dels då arbetet vid pankreaskirurgi sker multiprofessionellt och för att olika åsikter och erfarenheter om ämnet kan ge en nyanserad och realistisk bild av ämnet. Gruppen ses därmed heterogen då de har olika yrken och studienivå, men anses även homogen då deltagarna delar arbetsplats vilket enligt Henricson & Billhult (2017) kan vara en fördel då de blir mer benägna att reflektera och diskutera ihop. Om fokusgruppsintervjuer endast utförts med exempelvis sjuksköterskor från avdelningen anser forskarna att viktiga perspektiv från de andra professionerna hade kunnat utelämnas och bidragit till ett missvisande resultat utifrån syftet.

För att främja diskussionen under intervjuerna eftersträvades trygghet hos deltagarna. Detta gjordes bland annat genom att undvika beroendeställningar, vilket både Wibeck (2017) och Helsinforsdeklarationen (2013) poängterar är viktigt, både för studiens och deltagarnas skull. Då forskarna är kollegor och därmed jämlika med deltagarna i intervjun anses inte beroendeställning föreligga. Däremot kan relationen mellan deltagarna och författarna till föreliggande studie ha påverkat både deltagarnas vilja att delta i studien samt vad de berättade under själva intervjun.

Under studien har författarna varit medvetna om sin förförståelse och försökt att undvika att den påverkar tolkningen av resultatet. Enligt Graneheim m.fl. (2017) sker det dock alltid en

grad av tolkning i all innehållsanalys beroende på förförståelsen, även om den sker manifest där fokus ska ligga på intervjumaterialet och inte en tolkning av innebörden. För att motverka detta inleddes analysprocessen individuellt där författarna självständigt kodade datan till subkategorier. Innan kategori togs fram granskades analysprocessen tillsammans med handledaren för denna studie, en så kallad triangulering, vilket enligt Polit & Beck (2022) kan minska risken för att förförståelsen påverkar analysprocessen. Förförståelsen kan även ses som en styrka då författarna till studien känner till relevanta termer och begrepp inom ämnet vilket underlättade förståelsen för vad informanterna diskuterade under fokusgruppsintervjuerna. Författarna till föreliggande studie hade dock inte förförståelse eller förkunskap gällande fokusgruppsintervjuer utan utförde det för första gången. Då författarna endast var moderator och observatör vid ett tillfälle var fanns inte möjlighet att lära sig av sina eventuella brister och förbättra till nästa intervju. Mer erfarenhet av att leda fokusgruppsintervjuer hade möjligen kunnat generera i bättre moderering, och därmed en förbättrad fokusgruppsintervju.

## Resultatdiskussion

Syftet var att undersöka personalens erfarenhet av patientdelaktighet vid pankreaskirurgi inför införandet av en ERAS-loggbok. Det framkom tre övergripande kategorier som ansågs påverka patientdelaktigheten utifrån olika perspektiv; *Patientens förutsättningar för patientdelaktighet*, *Vårdpersonalens möjliggörande av patientdelaktighet* och *Organisationens möjliggörande av patientdelaktighet*.

En viktig förutsättning för delaktighet som framkom i studien är att patienten som vårdas enligt ERAS har en förståelse för vårdförloppet, vilket Archer m.fl. (2014) rapporterat tidigare. För att patienten ska förstå, och därmed möjliggöra delaktighet, menade vårdpersonalen att de har ett betydande ansvar i att ge patientanpassad information och upprepa den kontinuerligt under vårdförloppet. Detta fynd framför även Ibrahim m.fl. (2018) i en kvalitativ intervjustudie på patienter som genomgått pankreaskirurgi. Individanpassad information kan även enligt Eldh m.fl. (2008) leda till en ökad patientdelaktighet inom personcentrerad vård. Den individanpassade informationen ska enligt vårdpersonalen i aktuell studie helst ges både muntligt- och skriftligt för att öka patientens förståelse. Enligt Aasa m.fl. (2013) är det gynnsamt att komplettera den muntliga informationen med skriftlig då det visat sig leda till en ökad förståelse för vad patienten kan förvänta sig under den perioperativa vården samt vilka mål den bör uppnå. Även inom den personcentrerade vården förespråkas både muntlig- och skriftlig information då det visat sig gynna patientens delaktighet och förståelse för vårdförloppet (Britten m.fl., 2016). Trots att informationen på den aktuella kirurgkliniken är utformad på detta sätt redan idag framkom det att vårdpersonalen är osäkra på vilken typ av information som ges. De upplever även att informationen och kvalitén på informationen kan variera beroende på vilken vårdpersonal som ger den, vilket även Mitchell (2017) och O'Connor m.fl. (2020) har kunnat påvisa. För att underlätta informationsutbytet har patienter som genomgår pankreaskirurgi rätt till "Min vårdplan", en skriftlig vårdplan mellan patient och vårdpersonal innehållandes personanpassad information, tidsplan och kontaktuppgifter (RCC, 2021). I resultatet framkom det att vårdpersonalen önskar att loggboken blir en del av "Min vårdplan" för att samla informationen, då oron annars finns att patienten överöses med olika broschyrer vilket kan leda till att patienten får svårt att sortera och ta till sig den mest väsentliga informationen. En potentiell risk med utökad skriftlig information skulle kunna vara att vårdpersonalen förlitar sig för mycket på den och nedprioriterar den muntliga, vilket Tobiano m.fl. (2015b) menar leder till att patienten känner sig oinformerad och ignorerad. För att optimera den muntliga informationen poängterar vårdpersonalen i föreliggande studie att det är

viktigt att få patienten att känna sig trygg då sjukhusmiljö ofta är en ovan plats för patienten, genom att lyssna och bekräfta patientens känslor, tankar och funderingar. Andra verktyg för att bringa trygghet vid muntlig kommunikation kan enligt Tobiano m.fl. (2015a) vara att sjuksköterskan visar ett genuint intresse för patienten, gärna med inslag av humor.

Det framkom att vårdpersonalen anser att operation möjligen inte är den mest optimala behandlingen om patienten inte är motiverad eller vill vara delaktig i sitt vårdförlopp. Dock har patienten enligt Patientlag (SFS 2014:821) 5 kap. rätt att vara delaktig i den mån den önskar, lagen förespråkar snarare vårdpersonalens ansvar att bjuda in till delaktighet. För att patienten ska kunna fatta ett välgrundat beslut gällande behandling anser vårdpersonalen i aktuell studie att det är viktigt med en sanningsenlig information om vårdförloppet och dess risker, för att säkerställa att patienten har förståelse för de förväntningar och utmaningar som föreligger. Uppfattningen delas även av Ozanne m.fl. (2016) som efter att ha studerat patienter som genomgår hjärnkirurgi konkluderar att om patienten har rimliga förväntningar på vårdförloppet preoperativt underlättas hanteringen av det postoperativa förloppet. Att ge uppriktig information ställer enligt resultatet krav på vårdpersonalen, framför allt läkarna då de informerar patienterna om behandlingsalternativen och dess för- och nackdelar. För att säkerställa att all personal informerar likvärdigt rekommenderar Mitchell (2017) en mer standardiserad information. Det är möjligt att det hade kunnat leda till att patienten erhåller adekvata förväntningar på vårdförloppet, oberoende av informatör. Samtidigt visade resultatet att vårdpersonalen upplever en rädsla för att ge en rättvis bild av vårdförloppet då de vill motivera snarare än skrämna patienten. Om samtliga patienter erhåller likvärdig och tillförlitlig information är det möjligt att deras förväntningar på vårdförloppet blir mer realistiska. Dock bör det finnas en risk att förståelsen leder till en ökad oro för vårdförloppet. Enligt Holliman & Bernstein (2012) varierar patientens önskan om realistisk information, flera önskar undslippa det just för att det kan leda till mer ångest och oro för proceduren. Potentiellt skulle en mer verklighetsförankrad information kunna leda till att patienter som inte önskar vara delaktiga under vårdförloppet avböjer operation när de blir uppmärksammade på de förväntningar som ställs.

Vårdpersonalen upplever att ERAS-programmet och loggboken kan öka patientens förståelse för vårdförloppet samt ge hopp och stöd, men även riskera att leda till stress och jobbiga känslor när den tänkta planen inte följs. De menar att om patienten inte följer det tänkta vårdförloppet på grund av exempelvis en komplikation minskar motivationen vilket leder till hämrad patientdelaktighet. Detta antagande motsägs av Galli m.fl. (2015) där patienter som genomgått pankreaskirurgi och vårdats enligt ERAS uppgav att de inte kände sig pressade av kunskapen utan snarare kände stöd i att de förstod varför planen inte alltid kan följas. De upplevde inte heller att delaktigheten blev påverkad av att inte följa det tänkta vårdförloppet. Det är därför möjligt att vårdpersonalen uppfattar hinder med den skriftliga informationen som inte patienten upplever.

I resultatet framfördes vårdpersonalens förväntningar på hur patientdelaktigheten bör realiseras under vårdförloppet. Majoriteten anser att patientdelaktighet kräver att patienten är aktiv i vårdförloppet, medan ett fåtal menar att patienten kan ha en passiv roll och ändå vara delaktig genom att exempelvis lämna över ansvaret till vårdpersonalen. Däremot vill inte alla patienter vara delaktiga och i resultatet beskrev vårdpersonalen svårigheten i att uppmuntra delaktighet och samtidigt acceptera patientens vilja när den inte vill vara delaktig, vilket även Tobiano m.fl. (2015a) lyfter. Vårdpersonalens syn på patientdelaktighet är inte unik, även i en översiktsartikel

av Tobiano m.fl. (2015b) associerade majoriteten av vårdpersonalen på medicinkliniker patientdelaktighet med en patient som är aktiv i vårdförloppet. Översiktsartikeln visar dock att patienterna upplevde delaktighet även när de var passiva i vårdförloppet och endast följde vårdpersonalens instruktioner. Florin m.fl. (2006) bekräftar att sjuksköterskor ofta förmodar att patienterna vill vara mer delaktiga i beslut än vad de faktiskt önskar. Däremot påvisar Oxelmark m.fl. (2018) att sjuksköterskor ofta uppfattar att patienten önskar en mer passiv roll i vårdförloppet, vilket framkom till viss del i resultatet även om det inte hade någon inverkan på vårdpersonalens förväntningar på patienten. Med en ökad insikt hos vårdpersonalen om patientens målsättning för patientdelaktigheten skulle missförstånd gällande förväntningar på respektive part möjligen kunna förebyggas.

Hur patienten önskar eller upplever patientdelaktigheten framkommer inte i denna studie då fokus är på vårdpersonalens erfarenhet. Däremot visar Galli m.fl. (2015) att patienter som genomgått pankreaskirurgi uppskattar att vara aktivt delaktiga i sitt vårdförlopp och värdesätter när de uppmanas att ta mer ansvar. I föreliggande studie framkom det att vårdpersonalen anser att de måste bli bättre på att ställa krav på patienten och uppmana dem att ta mer ansvar för sitt vårdförlopp då de menar att det kan gynna patientdelaktigheten. Vårdpersonalens initiala åsikt var att patienten är huvudansvarig för patientdelaktigheten. Att lägga över ansvaret på patienten kan dock ses som problematiskt ur ett personfilosofiskt perspektiv då patienten enligt Kristensson Ugglå (2020) befinner sig i ett trefaldigt underläge. Författaren menar att patienten dels upplever ett *existentiellt underläge* då patienten är i behov av vård och upplever en osäkerhet över framtiden. Detta lidande identifierades även i resultatet där vårdpersonalen lyfte fram patientens oro gällande ovissheten om prognosen för operationen och överlevnaden, även om vårdpersonalen inte uttryckte det som ett underläge. Vidare beskriver författaren att patienten även är i ett *kognitivt underläge* där patienten, oavsett förutsättningar, alltid kommer befinna sig i ett kunskapsmässigt underläge jämfört med vårdpersonalen som både har en vårdutbildning och erfarenhet av att vårda patientgruppen. I resultatet poängterades vårdpersonalens ansvar att erbjuda individanpassad information, vilket kan tolkas till att vårdpersonalen har förståelse för att patienten har ett kognitivt underläge och är i behov av kunskap. Kristensson Ugglå (2020) menar även att patienten upplever ett *institutionellt underläge* där känslor som maktlöshet och underlägsenhet kan uppstå på grund av vårdens rådande hierarki och struktur. Maktbalansen kan enligt Tobiano m.fl. (2016) leda till att patienten känner sig tvingad till att följa vårdpersonalens råd, men även för att framstå som artig och medgörlig med syfte att behålla vårdpersonalens gunst. För att motverka det institutionella underläget bör personcentrerad vård vara gynnsamt då patienten ses som en central part med ett naturligt anspråk i beslutsfattande. I föreliggande studie lyfts vikten av att bjuda in patienten i beslutsfattande och delaktighet, vilket poängterar att vårdpersonalen vill motverka rådande hierarki där endast vårdpersonalens tankesätt anses korrekt. Det trefaldiga underläget förtydligar att det kan vara svårt för patienten att ta ansvar för patientdelaktigheten, vilket även vårdpersonalen landade i under fokusgruppsintervjuerna. Detta poängterar vikten av att vårdpersonalen får reflektera och fundera över ansvarsrollerna i vården.

Andra faktorer som enligt aktuell studie kan påverka patientens förmåga att vara delaktig är ålder, habitualtillstånd, språk, fysiska- och psykiska känslor, komplikationer, vårdförloppets progression, medicintekniska hjälpmedel och dagsform. Inom personcentrerad vård är det viktigt att vårdpersonalen ser patientens resurser och hälsa snarare än begränsningar och planerar vården utefter det (Wallström & Ekman, 2018). Även små steg i återhämtningsprocessen kan få patienter som genomgått pankreaskirurgi att känna sig friskare



(Andersson m.fl., 2022), vilket understryker vikten av att vårdpersonalen stöttar patienten i att identifiera och uppnå dessa. Det är möjligt att en patientdriven loggbok kan användas som ett hjälpmedel för att tydliggöra vilka steg som tagits och som ska tas i återhämningsprocessen. Vårdpersonalen har enligt SIS (2020) ett ansvar att lyssna på patientberättelsen, förstå patientens mål och kunskap samt definiera och stärka patientens resurser för att optimera vården. Detta ansvar identifierade även deltagarna i föreliggande studie då de poängterar vikten av att sätta upp gemensamma mål, lyssna på patientens förväntningar på vårdtiden samt anpassa vården efter patientens förmåga. Genom att utföra detta bör sannolikheten för patientdelaktighet öka. Komplikationer och symtom kan däremot enligt Sibbern m.fl. (2017) försämra patientens motivation till att vara delaktig i vårdförloppet. Med stöd av detta anses det viktigt att patientdelaktigheten individanpassas då patienter har olika resurser, behov och önskemål.

Vårdpersonalen anser att vårdmiljön påverkar patientdelaktighet, det beskrivs hur patienten undviker vissa moment såsom mobilisering och toalettbesök för att inte störa eller visa sig sårbar inför sina medpatienter. Som en lösning på problematiken ansågs fler enkelsalar vara gynnsamt då patienten får utrymme att anpassa vården efter sina behov, inte medpatienternas. Enligt en studie av Maben m.fl. (2016) önskar två tredjedelar av patienterna enkelrum under vårdförloppet just för deras möjlighet till integritet, konfidentialitet samt flexibilitet gällande besökare. Vidare visar studien att vårdpersonalen uppskattar enkelsal då sekretessen blir lättare att bevara, men de förespråkar hellre en variation av flersalar och enkelsalar då de menar att det är svårare att övervaka patienten och säkerställa en säker vård om samtliga har enkelsalar. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2010) kan patientens delaktighet öka genom att sjuksköterskan tar del av patientens förväntningar på vårdmiljön. Om patienten har svårt för att vara delaktig på grund av medpatienter kan det genom samtalet uppmärksammas och möjligen åtgärdas. Vidare betonas att även anhörigas delaktighet påverkas av vårdmiljön och dess utformning där exempelvis sängens placering och plats däromkring påverkar hur mycket de känner att de kan besöka och stödja patienten. Sammanfattningsvis verkar det föreliggande både fördelar och nackdelar med enkelsalar.

Även arbetsmiljön har en viktig roll för patientdelaktigheten, där stress hos vårdpersonalen, låg personaltäthet och hög arbetsbelastning leder till att vårdpersonalen hellre utför procedurer självständigt än att involvera och lära ut patienten då det är tidsbesparande för stunden. Dessa fynd bekräftas även av Tobiano m.fl. (2015b) där medicinpatienter beskriver att viljan till delaktighet upphör när sjuksköterskan är upptagen, stressad eller för uppgiftsfokuserad. Det finns även en risk att patienter endast är delaktiga i sitt vårdförlopp med syfte att avlasta den stressade vårdpersonalen (Tobiano m.fl. 2016). I föreliggande studie framkom det även att vårdpersonalen i stressade situationer hämmar patientdelaktigheten genom att prioritera symtomlindring före informationsutbyte och involvering. Däremot visar Thorn m.fl. (2016) att om patienten är aktivt delaktig i sitt vårdförlopp minskar risken för komplikationer, det är således möjligt att om vårdpersonalen istället hade gjort patienten delaktig hade behovet av symtomlindring inte behövts. Vårdpersonalen i föreliggande studie ser positivt på användning av en patientdriven loggbok då de menar att den kan förbättra informationsutbytet och uppmuntra till delaktighet, vilket de i sin tur anser kan minska arbetsbelastningen och förbättra arbetsmiljön. Enligt SIS (2020) har organisationer och beslutsfattare en skyldighet att säkerställa att vården är utformad så att en personcentrerad patientdelaktighet kan genomföras, både vad gäller utbildning av personal, stöd till patienter och strukturer för arbetsmiljön. Föreliggande studie bekräftar att det finns en förbättringspotential hos arbetsgivaren där denna

studie utförs, både gällande personalens utbildning inom personcentrerad vård och patientdelaktighet samt utformning av arbetsmiljön och vårdmiljön.

## Slutsats

Föreliggande studie lyfter vårdpersonalens erfarenheter av patientdelaktighet vid pankreaskirurgi inför införandet av en patientdriven ERAS-loggbok. Vårdpersonalen har en ambivalent syn på vad patientdelaktighet innebär och vem som ansvarar för genomförandet. Tvetydigheten hos personalen återspeglas i uppfattningen att patienterna har en bristande kunskap kring vårdens förväntningar och krav gällande vårdförloppet, vilket i sin tur påverkar förutsättningen för patientdelaktighet. Däremot finns en samstämmighet gällande vårdpersonalens ansvar att främja patientdelaktigheten genom att tidigt involvera och förbättra patientens förståelse för vårdförloppet genom patientanpassad information, exempelvis med en patientdriven loggbok. Samtidigt råder en osäkerhet kring hur och i vilken utsträckning personalen ska informera patienten för att stimulera patientdelaktighet då de vill informera sanningsenligt om vårdförloppet utan att avskräcka. Vidare identifierar vårdpersonalen flera hinder för patientdelaktighet där patientens fysiska- och psykiska faktorer kräver individanpassad delaktighet, vilket är centralt i ett personcentrerat förhållningssätt. Utöver de patientbundna utmaningarna ser vårdpersonalen organisatoriska hinder i vård- och arbetsmiljön såsom medpatienter på flersal och hög arbetsbelastning.

## Klinisk implikation

Studien har bidragit till en ökad kunskap om vårdpersonalens syn på och erfarenhet av patientdelaktighet vid pankreaskirurgi. Kunskapen kan bidra till en ökad förståelse för de komplexa situationer vårdpersonalen behöver bemästra för att möjliggöra patientdelaktighet. Den ökade förståelsen kan vara hypotesskapande för både förbättringsarbeten och framtida studier med syfte att förbättra förutsättningarna för patientdelaktigheten.

Det framkommer ett behov av samlad patientanpassad information, både muntlig- och skriftlig, som följer patienten genom hela vårdförloppet. Informationen bör vara standardiserad och uppriktig gällande vårdförloppets krav och mål. Vårdpersonalen anser att en patientdriven loggbok skulle kunna fungera som detta. Förhoppningen är att föreliggande studie kan bidra till en optimerad utformning och implementering av den tilltänkta loggboken.

Studien påvisar att det råder en osäkerhet om patientdelaktighet hos vårdpersonalen och att det föreligger ett behov att diskutera och konkretisera begreppet för att utveckla vården. Förhoppningen är att föreliggande studie kan inspirera till att skapa ett forum där vårdpersonalen får konkretisera sina tankar kring patientdelaktighet.

## Framtida studier

Det vetenskapliga underlaget för patientdelaktighet vid pankreaskirurgi enligt ERAS är tunt. Investeringarna både för patienten och samhället är höga då operationen är omfattande och diagnosen dyster, oavsett om en kurativ behandling utförs. Vidare studier, både kvantitativa och kvalitativa, hade behövts för att stötta både patienten och vårdpersonalen i beslutsfattandet och utformningen av vårdförloppet för att möjliggöra en så god vård som möjligt.

Det hade även varit önskvärt att utföra kvalitativa studier för att undersöka hur, när och vilken information som bör lämnas ut till patienten preoperativt för att stimulera patientdelaktighet. Detta då tidigare forskning visat att den preoperativa informationen är viktig för patientens upplevelse av vården samt för att möjliggöra delaktighet. Samtidigt visar föreliggande studie att det råder en osäkerhet hos vårdpersonalen gällande hur, när och vilken information patienten behöver för att mentalt förberedas inför operation utan att avskräckas.

Det blir intressant att ta del av forskningsprojektets återstående studier vilka fokuserar på patientens nuvarande syn på patientdelaktigheten samt hur användning av en patientdriven loggbok påverkar synen på patientdelaktighet hos personal och patient.

## Referenslista

- Aasa, A., Hovbäck, M., & Berterö, C. M. (2013). The importance of preoperative information for patient participation in colorectal surgery care. *Journal of clinical nursing*, 22(11-12), 1604–1612. <https://doi.org/10.1111/jocn.12110>
- Andersson, T. K., Engström, M., & Bjerså, K. (2022). Perceptions of Experiences of Recovery After Pancreaticoduodenectomy-A Phenomenographic Interview Study. *Cancer nursing*, 45(3), 172–180. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001021>
- Arakelian, E., Swenne, C., Lindberg, S., Rudolfsson, G., & Vogelsang, A. (2017). The meaning of person-centred care in the perioperative nursing context from the patient's perspective – an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(17-18), 2527-2544.
- Archer, S., Montague, J., & Bali, A. (2014). Exploring the experience of an enhanced recovery programme for gynaecological cancer patients: A qualitative study. *Perioperative Medicine (London)*, 3(1), 2.
- Brady, K., Keller, D., & Delaney, C. (2015). Successful Implementation of an Enhanced Recovery Pathway: The Nurse's Role. *AORN Journal*, 102(5), 469-481.
- Britten, N., Moore, L., Lydahl, D., Naldemirci, O., Elam, M., & Wolf, A. (2016). Elaboration of the Gothenburg model of person-centred care. *Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 20(3), 407.
- Cortini, M., Galanti, T., & Fantinelli, S. (2019). Focus group discussion: How many participants in a group? *Encyclopaideia : Rivista Di Fenomenologia, Pedagogia, Formazione*, 23(54), 29-43.
- Coyle, M., Main, B., Hughes, C., Craven, R., Alexander, R., Porter, G., & Thomas, S. (2016). Enhanced recovery after surgery (ERAS) for head and neck oncology patients. *Clinical Otolaryngology*, 41(2), 118-126.
- Danielsson, E. (2017a). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s. 143-154). Studentlitteratur AB.
- Danielsson, E. (2017b). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s. 285–299). Studentlitteratur AB.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., . . . Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care - Ready for prime time. *European Journal Of Cardiovascular Nursing : Journal Of The Working Group On Cardiovascular Nursing Of The European Society Of Cardiology*, 2011, Vol. 10, Iss. 4, Pp. 248-.251, 10(4), 248-251.

- Ekman, I., Norberg, A., & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik* (s. 69-96). Stockholm: Liber.
- Eldh, A. C., Ekman, I., & Ehnfors, M. (2008). Considering patient non-participation in health care. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 11(3), 263–271. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2008.00488.x>
- Florin, J., Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (2006). Patient participation in clinical decision-making in nursing: A comparative study of nurses' and patients' perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 15(12), 1498-1508.
- Gillis, C., Gill, M., Marlett, N., MacKean, G., GermAnn, K., Gilmour, L., Nelson, G., Wasylak, T., Nguyen, S., Araujo, E., Zelinsky, S., & Gramlich, L. (2017). Patients as partners in Enhanced Recovery After Surgery: A qualitative patient-led study. *BMJ open*, 7(6), e017002. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017002>
- Galli, E., Fagnani, C., Laurora, I., Marchese, C., Capretti, G., Pecorelli, N., . . . Zannini, L. (2015). Enhanced Recovery After Surgery (ERAS® ) multimodal programme as experienced by pancreatic surgery patients: Findings from an Italian qualitative study. *International Journal of Surgery (London, England)*, 23(Pt A), 152-159 <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2015.09.071>
- Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse education today*, 56, 29–34. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Gröndahl, W., Muurinen, H., Katajisto, J., Suhonen, R., Leino-Kilpi, H. (2019) Perceived quality of nursing care and patient education: a cross-sectional study of hospitalised surgical patients in Finland. *BMJ Open* 2019;9:e023108. doi: 10.1136/bmjopen-2018-023108
- Holliman, D., & Bernstein, M. (2012). Patients' perception of error during craniotomy for brain tumour and their attitudes towards pre-operative discussion of error: A qualitative study. *British Journal of Neurosurgery*, 26(3), 326-330.
- Hwang, J., Kim, S., & Chin, H. (2019). Patient Participation in Patient Safety and Its Relationships with Nurses' Patient-Centered Care Competency, Teamwork, and Safety Climate. *Asian Nursing Research*, 13(2), 130-136.
- Helsingforsdeklarationen. (2013). *Ethical Principles for Medical Research involving Human Subjects*. Hämtad 2022-09-05 från: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

- Henricson, M., & Billhult., A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s. 111–119). Studentlitteratur AB.
- Hennink, M., Kaiser, B., & Weber, M. (2019). What Influences Saturation? Estimating Sample Sizes in Focus Group Research. *Qualitative Health Research*, 29(10), 1483-1496.
- Ibrahim, F., Sandström, P., Björnsson, B., Larsson, A., & Drott, J. (2018). 'I want to know why and need to be involved in my own care...': A qualitative interview study with liver, bile duct or pancreatic cancer patients about their experiences with involvement in care. *Supportive Care in Cancer*, 27(7), 2561-2567.
- Jakobsson, S., Ringström, G., Andersson, E., Eliasson, B., Johannsson, G., Simrén, M., & Jakobsson Ung, E. (2020). Patient safety before and after implementing person-centred inpatient care - A quasi-experimental study. *Journal Of Clinical Nursing*, 2020, Vol. 29, Iss. 3-4, Pp. 602-612, 29(3-4), 602-612.
- Kapritsou, M., Korkolis, D. P., Giannakopoulou, M., Kaklamanos, I., Elefsiniotis, I. S., Mariolis-Sapsakos, T., Birbas, K., & Konstantinou, E. A. (2014). Fast-track recovery after major liver and pancreatic resection from the nursing point of view. *Gastroenterology nursing : the official journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*, 37(3), 228–233.  
<https://doi.org/10.1097/SGA.0000000000000049>
- Kleeff, J., Korc, M., Apte, M., La Vecchia, C., Johnson, C. D., Biankin, A. V., Neale, R. E., Tempero, M., Tuveson, D. A., Hruban, R. H., & Neoptolemos, J. P. (2016). Pancreatic cancer. *Nature reviews. Disease primers*, 2, 16022.  
<https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.22>
- Letterstål, A., Eldh, A., Olofsson, P., & Forsberg, C. (2010). Patients' experience of open repair of abdominal aortic aneurysm - preoperative information, hospital care and recovery. *Journal of Clinical Nursing*, 19(21-22), 3112-3122.
- Ljungqvist, O., Scott, M., & Fearon, K. (2017). Enhanced Recovery After Surgery: A Review. *JAMA Surgery*, 152(3), 292-298.
- Maben, J., Griffiths, P., Penfold, C., Simon, M., Anderson, J., Robert, G., . . . Barlow, J. (2016). One size fits all? Mixed methods evaluation of the impact of 100% single-room accommodation on staff and patient experience, safety and costs. *BMJ Quality & Safety*, 25(4), 241-256.
- Maisonneuve, P. (2019). Epidemiology and burden of pancreatic cancer. *La Presse Médicale* (1983), 48(3), E113-E123

- Martinsson, C., Uhlin, F., Wenemark, M., & Eldh, A. (2021). Preference-based patient participation for most, if not all: A cross-sectional study of patient participation amongst persons with end-stage kidney disease. *Health Expectations*, 24(5), 1833-1841.
- Mitchell, M. (2017). Day surgery nurses' selection of patient preoperative information. *Journal of Clinical Nursing*, 26(1-2), 225-237.
- Mizrahi, J. D., Surana, R., Valle, J. W., & Shroff, R. T. (2020). Pancreatic cancer. *Lancet (London, England)*, 395(10242), 2008–2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30974-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30974-0)
- Mueller, T., Burmeister, M., Bachmann, J., & Martignoni, M. (2014). Cachexia and pancreatic cancer: Are there treatment options? *World Journal of Gastroenterology : WJG*, 20(28), 9361-9373
- Nationella föreningen för sjuksköterskor i kirurgisk vård. (2014). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot kirurgisk vård*. [https://www.nfsk.se/system/files/kunskapsbank/relaterade-filer/kompetensbeskrivning\\_specialistsjukskoterska\\_med\\_inriktning\\_mot\\_kirurgisk\\_vard.pdf](https://www.nfsk.se/system/files/kunskapsbank/relaterade-filer/kompetensbeskrivning_specialistsjukskoterska_med_inriktning_mot_kirurgisk_vard.pdf)
- Nilsson, M., From, I., & Lindwall, L. (2019). The significance of patient participation in nursing care - a concept analysis. *Scandinavian journal of caring sciences*, 33(1), 244–251. <https://doi.org/10.1111/scs.12609>
- O'Connor, K., La Bruno, D., Rudderow, J., Cannaday, S., Yeo, C., & Yeo, T. (2020). Preparedness for Surgery Analyzing a quality improvement project in a population of patients undergoing hepato-pancreatico-biliary surgery. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 24(5), E65-E70.
- Oxelmark, L., Ulin, K., Chaboyer, W., Bucknall, T., & Ringdal, M. (2018). Registered Nurses' experiences of patient participation in hospital care: Supporting and hindering factors patient participation in care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 612-621.
- Ozanne, A., Graneheim, U., Ekstedt, G., & Malmgren, K. (2016). Patients' expectations and experiences of epilepsy surgery—A population-based long-term qualitative study. *Epilepsia (Copenhagen)*, 57(4), 605-611.
- Polit, D., & Beck, C. (2022). *Essentials of nursing research : Appraising evidence for nursing practice (Tenth edition, international ed.)*.
- Regionala cancercentrum i samverkan. (2021). *Nationellt vårdprogram för bukspottkörtelcancer*. <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/bukspottkortel/vardprogram/nvp-bukspottkortelcancer.pdf>

- Regionala cancercentrum i samverkan. (2022). *Kontaktsjuksköterska*. Hämtad 2022-09-05 från: <https://cancercentrum.se/samverkan/patient-och-narstaende/kontaktsjukskoterska/>
- Roche, D., & Jones, A. (2021). A qualitative study of nurse-patient communication and information provision during surgical pre-admission clinics. *Health Expectations*, 24(4), 1357–1366. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/hex.13270>
- Sharp, L. , Laurell, G. , Tiblom, Y. , Andersson, A. & Birksjö, R. (2004). Care Diaries. *Cancer Nursing*, 27 (2), 119-126. [10.1097/00002820-200403000-00004](https://doi.org/10.1097/00002820-200403000-00004)
- SFS 2003:460. *Lagen om etikprovning av forskning som avser människor*. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460)
- SFS 2014:821. *Patientlag*. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)
- Sibbern, T., Bull Sellevold, V., Steindal, S., Dale, C., Watt-Watson, J., & Dihle, A. (2017). Patients' experiences of enhanced recovery after surgery: A systematic review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 26(9-10), 1172-1188 .
- Socialstyrelsen. (2022). *Patientens delaktighet*. Hämtad 2022-09-10 från: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/arbets-sakerhet/patientens-delaktighet/>
- Soufi, M., Deperalta, D. K., Simpson, R., Flick, K., Yip-Schneider, M. T., Schmidt, C. M., 2nd, Kilbane, M., Colgate, C., Kelley, K. E., Wooden, W., Ceppa, E. P., House, M., Zyromski, N., Nakeeb, A., & Schmidt, C. M. (2021). Novel Preoperative Avs. *Anticancer research*, 41(4), 1895–1901. <https://doi.org/10.21873/anticanres.14955>
- Sun, Y.-M., Wang, Y., Mao, Y.-X., & Wang, W. (2020). The Safety and Feasibility of Enhanced Recovery after Surgery in Patients Undergoing Pancreaticoduodenectomy: An Updated Meta-Analysis. *BioMed Research International*, 1–15. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1155/2020/7401276>
- Svensk sjuksköterskeförening, SSF. (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2022-09-11 från: <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/i-cns%20etiska%20kod%20för%20sjuksköterskor%202017.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening, SSF. (2010). *Vårdmiljöns betydelse*. Hämtad 2022-12-06 från: <https://swenurse.se/download/18.21c1e38d175977459261545a/1605101845570/Vårdmiljöns%20betydelse.pdf>
- Svenska institutet för standarder, SIS. (2020). *Patientdelaktighet i hälso- och sjukvård - minimikrav för personcentrerad vård*. Hämtad 2022-11-01 från: <https://www-sis.se.ezproxy.ub.gu.se/api/document/get/80023860>



- Thorn, C. C., White, I., Burch, J., Malietzis, G., Kennedy, R., & Jenkins, J. T. (2016). Active and passive compliance in an enhanced recovery programme. *International journal of colorectal disease*, 31(7), 1329–1339. <https://doi.org/10.1007/s00384-016-2588-4>
- Tobiano, G., Bucknall, T., Marshall, A., Guinane, J. & Chaboyer, W. (2015a) Nurses' views of patient participation in nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 71( 12), 2741–2752. doi: [10.1111/jan.12740](https://doi.org/10.1111/jan.12740)
- Tobiano, G., Marshall, A., Bucknall, T., & Chaboyer, W. (2015b). Patient participation in nursing care on medical wards: An integrative review. *International journal of nursing studies*, 52(6), 1107–1120. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.010>
- Tobiano, G., Bucknall, T., Marshall, A., Guinane, J., & Chaboyer, W. (2016). Patients' perceptions of participation in nursing care on medical wards. *Scandinavian journal of caring sciences*, 30(2), 260–270. <https://doi.org/10.1111/scs.12237>
- Ugglå Kristensson, B. (2020). Personfilosofi- filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård från filosofi till praktik* (s.58-103). Liber AB.
- Wallstrom, S., & Ekman, I. (2018). Person-centred care in clinical assessment. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 2018, Vol. 17, Iss. 7, Pp. 576-.579, 17(7), 576-579.
- Wibeck, V. (2017). Fokusgrupper. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s. 168–187). Studentlitteratur AB.
- Wolf, A., Moore, L., Lydahl, D., Naldemirci, &., Elam, M., & Britten, N. (2017). The realities of partnership in person-centred care: A qualitative interview study with patients and professionals. *BMJ Open*, 2017, Vol. 7, Iss. 7, 7(7), *BMJ Open*, 2017, Vol. 7, Iss. 7.
- Xiong, J., Szatmary, P., Huang, W., Iglesia-Garcia, D., Nunes, Q., Xia, Q., . . . Raraty, M. (2016). Enhanced recovery after surgery program in patients undergoing pancreaticoduodenectomy a prisma-compliant systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, 95(18), E3497.

# Bilaga 1

Intervjuguiden som användes under fokusgruppsintervjuerna.

## Intervjuguide

### Syfte:

*Undersöka vårdpersonalens erfarenhet av patientdelaktighet vid pankreaskirurgi inför införandet av en ERAS-loggbok.*

### Innan inspelning:

- Introducera med att presentera moderator och observatör, studien i korthet och vår definition på pankreaskirurgi:  
*“Kurativt syftande pankreaskirurgi på grund av pankreascancer med vård enligt ERAS”*
- Informera om frivillighet och sekretess
- Informera att vi är oberoende parter med fokus på att lyssna och leda diskussionen. Analys kommer ske av diskussionen som helhet, inte vad en specifik individ säger.
- Be deltagarna presentera: namn, yrke, arbetsplats och antal år med patientgruppen

### Starta inspelning

- 1) Vad tänker ni att patientdelaktighet innebär i samband med pankreaskirurgi?
- 2) Vilka hinder och förutsättningar för patientdelaktighet ser ni innan och efter pankreaskirurgi?
- 3) Vad har ni för tankar kring en ERAS-loggbok i relation till patientdelaktighet?
- 4) Vem anser ni ha det främsta ansvaret för patientdelaktigheten?
- 5) Har ni något mer ni vill tillägga eller diskutera angående ämnet?
  - a. Har observatören något att tillägga?

### Följdfrågor att ta till vid behov:

- Kan du utveckla ditt resonemang?
- Vad menar du med ...?
- Vad tänker du om ...?
- Kan du ge ett exempel på det du nyss beskrev?

## Bilaga 2

Den forskningspersonsinformation, FPI, som delades ut till samtliga potentiella deltagare.

**ERAS-loggbok; Utvärdering av den upplevda preferensbaserade patientdelaktigheten hos patienter som genomgått pankreaskirurgi (personalperspektiv).**

---

### Information till forskningspersoner

Vi vill fråga dig om du vill delta i ett forskningsprojekt. I det här dokumentet får du information om projektet och om vad det innebär att delta.

#### Vad är det för ett projekt och varför vill ni att jag ska delta?

Du tillfrågas om deltagande i den här studien eftersom du vårdar patienter som har opererats för en misstänkt tumör i bukspottkörteln. På Sahlgrenska Universitetssjukhuset vårdas alla som har gjort en sådan operation enligt ett koncept som heter Enhanced Recovery After Surgery (ERAS). Syftet med ERAS är att optimera vårdförloppet för att minska antalet komplikationer, förkorta vårdtiden och minska vårdkostnaden. Den kliniska nyttan av att vårdas enligt ERAS har visats i flera studier.

Syftet med det här projektet är att undersöka om införandet av en ERAS-loggbok påverkar patientens känsla av delaktighet i den egna vården. Loggboken ger information och förståelse för vårdförloppet, samt om mål att uppnå dag för dag.

Forskningshuvudman för projektet är Västra Götalandsregionen. Med forskningshuvudman menas den organisation som är ansvarig för projektet. Ansökan är godkänd av Etikprövningsmyndigheten, diarienummer för prövningen hos Etikprövningsmyndigheten är 2022-02981-01.

#### Hur går projektet till?

För att kunna svara på om en patientloggbok ökar upplevelsen av delaktighet kommer patienterna bland annat att få fylla i en enkät vid två tillfällen under vårdtiden.

Utöver patientperspektivet önskar vi även undersöka personalens syn på begreppet delaktighet samt tankar inför införandet av ERAS-loggbok och erfarenheter efter att loggboken har införts. Fokusgruppsintervjuer kommer att genomföras både innan ERAS-loggboken har implementerats och efter det att den har använts i ett halvår.

Du tillfrågas om att delta i fokusgruppsintervjuer med syfte att diskutera begreppet delaktighet samt reflektera kring ERAS-loggboken. Fokusgrupperna kommer att bestå av fem till sju personer. Varje intervju tar cirka en timme. Den kommer att spelas in och skrivas ut ordagrant inför analys.

## ERAS-loggbok; Utvärdering av den upplevda preferensbaserade patientdelaktigheten hos patienter som genomgått pankreaskirurgi (personalperspektiv).

---

### **Möjliga följder och risker med att delta i projektet**

Vi kan inte garantera att du kommer ha någon personlig fördel av att delta i studien men ditt deltagande kommer att bidra till forskningen.

Det finns inga kända risker med att delta i studien, men att delta i intervjuer kan väcka olika tankar och funderingar. Om du har några frågor som rör ditt deltagande i studien eller om studien väcker tankar eller känslor som du vill tala med någon om så kan du kontakta studieansvariga.

### **Vad händer med mina uppgifter?**

Projektet kommer att samla in och registrera information om dig.

Vi kommer att registrera uppgifter om ålder och kön. Insamlade uppgifter kommer att lagras i ett register och databehandlas. Ändamålet med detta register är forskning. Då forskning betraktas som allmänt intresse så är det den rättsliga grunden för hantering av personuppgifter. Dina uppgifter är sekretesskyddade och ingen obehörig har tillgång till registret. Vid all databearbetning kommer namn och personnummer att ersättas med en specifik studiekod så att en enskild individ inte kan urskiljas. Endast studieansvariga på ditt sjukhus har tillgång till kodnyckeln som kan koppla ihop dig med din studiekod. Vid databearbetning, då studien rapporteras eller publiceras kommer en enskild individ inte att kunna urskiljas.

Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem.

Ansvarig för dina personuppgifter är Västra Götalandsregionen. Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i projektet, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Rätten till radering och till begränsning av behandling av personuppgifter gäller dock inte när uppgifterna är nödvändiga för den aktuella forskningen. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta huvudansvarig forskare Tina Björserud enligt kontaktuppgifter nedan.

Dataskyddsombud nås på E-post: sahlgrenska.universitetssjukhuset.dso@vgregion.se eller Telefon: 031-343 27 15. Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att ge in klagomål till Integritetsskyddsmyndigheten, som är tillsynsmyndighet.

ERAS-loggbok; Utvärdering av den upplevda preferensbaserade patientdelaktigheten hos patienter som genomgått pankreaskirurgi (personalperspektiv).

---

### **Hur får jag information om resultatet av projektet?**

Resultaten kommer att publiceras i vetenskapliga tidskrifter och i populärvetenskaplig form. Du kan kontakta ansvariga för studien efter att studien är avslutad för att ta del av resultat av studien i denna form.

### **Försäkring och ersättning**

Det utgår ingen ekonomisk ersättning för deltagande i studien.

### **Deltagandet är frivilligt**

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta den ansvariga för projektet (se nedan).

### **Ansvariga för projektet**

Tina Biörserud  
Översjuksköterska  
Forskningsmottagningen Sahlgrenska  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
031-342 84 04  
[christina.biorserud@vgregion.se](mailto:christina.biorserud@vgregion.se)

Chiara Paolicci  
Specialistsjuksköterska  
Avd 136  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
031-342 11 36