

Informasjonsflyt i fast track:

Hvordan kan sykepleieren sikre best mulig informasjonsflyt til pasienter i et fast track forløp?

Kandidatnummer: 174

VID vitenskapelige høgskole Diakonhjemmet

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 13SYKHEL

Antall ord: 10580

17.03.2016

Sammendrag

Oppgaven er en kvalitativ litteraturstudie hvor det er benyttet et systematisk litteratursøk for å finne ut av hvordan sykepleiere kan sikre informasjonsflyten i et fast track forløp. Det er benyttet litteratur om fast track, teori av Benner og Wrubel (2001), samt litteratur som belyser betydningen av informasjon og egenomsorg. Funnene fra det systematiske litteratursøket viser at pasientene har behov for informasjon, men at de ikke opplever å få tilstrekkelig med informasjon rundt fast track forløpet. Litteraturen drøftes sammen med funnene, for å se hvilke situasjoner og momenter som kan vise hvordan sykepleieren kan sikre informasjonen. Informasjon om symptombehandling hjemme, individuelle behov for informasjon, og godt tilpasset informasjon for den enkelte pasienten, kommer frem som viktige momenter for sykepleieren å ta tak i.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	2
1 INNLEDNING	5
1.1 PRESENTASJON AV TEMA OG PROBLEMSTILLING	5
1.2 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA OG PROBLEMSTILLING	5
1.3 AVGRENSING AV PROBLEMSTILLING.....	6
1.4 OPPGAVENS OPPBYGGING	6
1.5 BEGREPSAVKLARINGER	6
2 TEORI	8
2.1 FAST TRACK	8
2.2 MOMENTER INNENFOR FAST TRACK.....	9
2.2.1 Pasientinformasjon.....	9
2.2.2 Multimodal smertelindring	10
2.2.3 Pasient i fast track	10
2.2.4 Sykepleiernes opplevelse av fast track.....	11
2.3 BENNER OG WRUBEL	11
2.3.1 Omsorg	11
2.3.2 Mennesket, pasienten.....	12
2.3.4 Mestring.....	13
2.3.5 Omsorgsgiverens/sykepleierens spesielle anliggender og fortolkning	14
2.3.6 Hvordan Benner og Wrubel er relevant for oppgaven.....	14
2.4 EGENOMSORG OG INFORMASJON	15
2.4.1 Egenomsorg.....	15
2.4.2 Informasjon; behov og forståelse	15
2.5 LOVER OG RETNINGSLINJER	17
2.5.1 Lovverket	17
2.5.2 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere	17
2.6 FREMGANG FOR Å FINNE TEORI.....	18
3 METODE	19
3.1 VITENSKAP OG KUNNSKAP	19
3.2 LITTERATURSTUDIE OG SYSTEMATISK LITTERATURSØK.....	20
3.3 SYSTEMATISK LITTERATURSØK OG FUNN	20
3.4 VALG AV KILDER OG KRITIKK AV DISSE.....	21
3.4.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier på forskningsartiklene:	22
4 FUNN	23
4.1 THE IMPORTANCE OF PREOPERATIVE INFORMATION FOR PATIENT PARTICIPATION IN COLORECTAL SURGERY CARE	23
4.2 PATIENTS' NEED FOR INFORMATION PRIOR TO COLONIC SURGERY.....	23
4.3 PATIENT EXPERIENCES OF ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY (ERAS).....	24
4.4 RECOVERING AT HOME: PARTICIPATING IN A FAST-TRACK COLON CANCER SURGERY PROGRAMME	24
4.5 PATIENT EXPERIENCE IN FAST-TRACK HIP AND KNEE ARTHROPLASTY – A QUALITATIVE STUDY	25
4.6 OPPSUMMERING AV FUNN	25
5 DRØFTING	27
5.1 INFORMASJON OM SYMPTOMBEHANDLING OG BETYDNINGEN AV INFORMASJON OG DIALOG	27
5.2 HELHETLIG BEHANDLINGSFORLØP.....	30
5.3 INDIVIDUELLE BEHOV FOR INFORMASJON	32

6 KONKLUSJON	35
6.1 BEGRENSNINGER OG VIDERE FORSKNING	35
7 LITTERATURLISTE.....	37

1 Innledning

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Fast track kirurgi presenteres som en revolusjonerende form for et kirurgisk forløp, hvor det fokuseres på en multimodal tilnærming på å effektivisere forløpet, basert på evidensbasert kunnskap (Husted 2012:4; Kehlet og Wilmore 2008:189). Dette fører til at pasienten får en raskere gjenoppretting av optimal funksjon, redusert risiko for komplikasjoner, i tillegg til at det er kostnadseffektivt for sykehuset (ibid). Med disse effektiviseringene stilles det også høyere krav til pasientens egenomsorg, ettersom liggetiden på sykehuset reduseres og pasienten reiser tidligere hjem (Norlyk og Harder 2011:165). En viktig del av fast track forløpet blir derfor informasjonsformidlingen, ettersom pasienten blir den som skal overta ansvaret for sin egen rekonvalesering mye tidligere enn før.

For å finne ut av hva sykepleieren kan gjøre for å sikre informasjonsflyten, vil jeg fokusere på pasientenes og sykepleiernes opplevelse av fast track forløpet og derfra trekke ut viktige momenter som kan optimalisere informasjonsflyten. Hva kan forbedres, og hvordan kan det gjøres?

Jeg har derfor valgt følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleieren sikre best mulig informasjonsflyt til pasienter i et fast track forløp?

1.2 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Jeg var i praksis ved en ortopedisk avdeling som blant annet hadde et godt organisert fast track forløp for hofte- og kneprotesepasienter. Det var et spennende forløp som gjorde det mulig å operere flere pasienter enn tidligere, samtidig som pasientene ble mer involvert i eget behandlingsforløp. Likevel erfarte jeg mye usikkerhet hos pasientene ved utreisetidspunkt. Mange var forberedt og hadde alt planlagt, likevel var det overraskende mange som ikke var forberedt, selv om de hadde tilsvarende funksjonsnivå. De var gjerne stresset, irriterte og redde for å bli utskrevet.

Etter å ha lest mer om fast track fant jeg ut at det var pasientenes opplevelse av fast track, ikke bare medisinske teknikker, som kunne forbedres. Det er derfor jeg ønsker å undersøke

hvordan sykepleieren kan sikre informasjonsflyten i fast track forløpet, slik at flere pasienter opplever det trygt og håndterbart å komme hjem.

1.3 Avgrensning av problemstilling

Fokuset for oppgaven vil være å se på informasjonsflyten som gis ved et fast track forløp under innleggelse, pre- og postoperativt. Jeg vil ikke gå inn på sykepleierens pedagogiske fremførelse av informasjonen, på grunn av oppgavens omfang og avgrensning. Jeg vil heller ikke drøfte forskjellene som ligger i de ulike typene av operasjoner i et fast track forløp og de ulike behovene dette stiller til informasjon, for eksempel behovet for informasjon når det gjelder operasjon for tykktarmskreft kontra innsetting av total kneprotese.

1.4 Oppgavens oppbygging

I kapittel 1 har jeg presentert bakgrunnen for valgt tema og problemstilling. I kapittel 2 fokuserer jeg på litteratur om fast track, informasjon, pasienten og omsorgsgiveren/sykepleieren. I kapittel 3 vil jeg forklare metoden og hva den innebærer. I kapittel 4 presenterer jeg funnene jeg har gjort, og i kapittel 5 kommer drøftedelen hvor jeg drøfter resultater i funn og knytter dem til teorien jeg har presentert i kapittel 2. Til slutt, i kapittel 6, vil jeg komme med en konklusjon, eller et forsøk på en konklusjon, i håp om å finne ut av problemstillingen.

1.5 Begrepsavklaringer

Her presenterer jeg begrep jeg vil bruke i oppgaven. Det er ord som går igjen i oppgaven og som er relevant å kjenne til.

Analgetika: Smertelindrende medikamenter (Slørdal og Rygnestad 2013:342).

Anestesi: Betyr følelsesløshet og innebærer at alle bevisste sanseinntrykk er borte, inkludert smertesansen (Berntzen m.fl. 2013:293-294). Under operasjon brukes anestesi og dermed ulike anestesimidler (ibid). Anestesien kan være regional eller generell (ibid).

Colon: Tykktarmen (Sand m.fl. 2011:417).

Eksistensiell: Det som gjelder individets eksistens, temaer som omhandler livet (Mathisen 2012:306).

Enhanced recovery after surgery, ERAS og fast track: Ulike navn på samme type behandlingsforløp, i Norge kalles det akselererende behandlingsforløp (Holm og Kummeneje 2009:14-15; Kehlet og Wilmore 2008:189; Sjøstedt m.fl. 2011:390). I oppgaven vil jeg bruke benevnelsen fast track når jeg presenterer teori og drøfter. I artikler som bruker andre benevnelser enn fast track, vil jeg bruke samme benevnelse som artikkelen bruker.

Fatigue: Følelsen av trøtthet, utmattelse og manglende energi (Bastøe og Frantsen 2012:302). Fatigue preger også kognitive og atferdsmessige aspekter (ibid).

Informasjonsflyt: Med dette begrepet mener jeg kontinuerlig overlevering av informasjon fra helsepersonellet til pasienten gjennom det operative forløpet, pre- og postoperativt.

Opioider: Preparater med samme virkningsmekanisme som morfin, og virker mot sterke, akutte smerter (Slørdal og Rygnestad 2013:346).

Preoperativ: Tiden før operasjonen (Berntzen m.fl. 2013:273).

Peroperativ: Tiden under operasjonen (Berntzen m.fl. 2013:273).

Postoperativ: Tiden etter operasjonen (Berntzen m.fl. 2013:273).

Rekonvalesering: Opptrening etter sykdom, skade, operasjon. Gjenoppretting av helse.

2 Teori

Jeg vil her kort forklare fast track, med fokus på det som er relevant for problemstillingen. Deretter vil jeg fokusere på pasienten i fast track og egenomsorg, sykepleiernes syn på fast track, samt lover og retningslinjer hvor informasjon tydeliggjøres som en viktig del av sykepleien. Jeg har tatt med deler av Benner og Wrubels teori (2001) som et rammeverk for å forstå behovet for informasjon og hvordan sykepleieren kan bidra pasienten med informasjon.

2.1 Fast track

Akselererende operasjonsforløp, også kalt *enhanced recovery after surgery*, ERAS eller fast track, er et resultat av langvarig forskning og utvikling av et kirurgisk behandlingsforløp som kunne standardiseres og videre optimalisere behandling på sykehuset for å fremskynde rekonvalesens (Holm og Kummeneje 2009:14; Husted 2012:11; Kehlet 1997:606; Kehlet og Wilmore 2008:189). Resultatet skulle være av best mulig kvalitet, effektivt og til slutt økonomisk besparende (Husted 2012:11; Kehlet og Thienpont 2013:32). De seneste studiene inkluderte fokus på årsaker til innleggelsestid, postoperative komplikasjoner og dødelighet, tidsaspekt for gjenopprettelse av full funksjon, samt pasienttilfredshet (Kehlet og Wilmore 2008:189). De har kommet frem til at ved å ta i bruk evidensbasert kunnskap, resultater av forskning, innenfor områdene anestesi, analgesi, reduksjon av kirurgisk stress, væskebehandling, mindre inngripende teknikk under operasjon, ernæring og mobilisering, vil man kunne redusere morbiditet og fremskynde rekonvalesens (Holm og Kummeneje 2009:14-15; Kehlet og Thienpont 2013:29; Kehlet 1997:607; Kehlet og Wilmore 2008:189). Dette er altså en forbedret multimodal tilnærming og er en kombinasjon av kliniske aspekter ved operasjon og behandling, samt forbedret logistikk, som inkluderer kirurger, anesthesiologer, sykepleiere og fysioterapeuter (Husted 2012:12; Kehlet og Thienpont 2013:29; Kehlet og Wilmore 2008:189).

Henrik Kehlet har bidratt til mye forskning innenfor fast track kirurgien. Han fokuserte først på å forbedrede behandlingsforløpet innen gastrokirurgi, særlig ved colonoperasjoner, og senere ble teknikkene og prinsippene utviklet ytterligere, og overført til ortopedi (Husted 2012:14; Kehlet 2008). Nå finnes det akselererende behandlingsforløp, i tillegg til innenfor ortopedi og gastrokirurgi, også innen gynekologi og brystkreftoperasjoner (Philp m.fl. 2014; Husted 2012; Kehlet 2008; Kehlet og Thienpont 2013). På grunn av økt effektivitet under

innleggelse, reiser pasientene tidligere hjem, noe som igjen øker kravet til pasientens egenomsorg og evne til å klare seg hjemme (Norlyk og Harder 2011:165).

2.2 Momenter innenfor fast track

Av elementene innenfor fast track, vil jeg ikke gå inn på områdene for anestesi, operasjonsteknikk, reduksjon av kirurgisk stress, væskebehandling, ernæring, mobilisering og trombolyseprofylakse. Disse er viktige elementer innenfor fast track, men er likevel ikke relevante for problemstillingen (Foss og Bernard 2012:221; Kehlet og Thienpont 2013:29-30). Elementene om informasjon og smertelindring vil jeg forklare mer om, ettersom de er mer relevante for oppgaven og at sykepleieren er mer involvert innenfor disse elementene.

2.2.1 Pasientinformasjon

En preoperativ samtale mellom pasient og lege og sykepleier er et viktig element i fast track, ikke bare for å kartlegge anamnesen, men og for å forberede pasienten best mulig på hva som skal skje og for å forebygge kirurgisk stress (Foss og Bernard 2012:221; Hjort-Jakobsen, Rud, Kehlet og Egerod 2014:473; Holm og Kummeneje 2009:14-15; Husted 2012:19; Kehlet og Thienpont 2013:29; Kehlet og Wilmore 2008:192). Pasientene i fast track får utlevert skriftlig informasjon om behandlingsforløpet en viss tid i forkant av innleggelse, i tillegg til at de blir innkalt til informasjonsmøte eller samtale i forkant av innleggelsen (Husted 2012:18-19). Forskning viser at når informasjon om smertelindring ikke bare gis muntlig, men og skriftlig, kan dette gjøre informasjonen lettere å forstå, og pasienten kan ha mulighet til å delta mer i egen smertebehandling (Andersson m.fl. 2015:640). Sammen med premedikasjon, viser forskning at preoperativ informasjon også er med på å redusere postoperative smerter (Al-Azawy, Oterhals og Fridlund 2015:273). Informasjon som gis før utskrivelsesdagen, er og viktig for å planlegge hjemreisen og forberede pasienten på å komme hjem (Hjort-Jakobsen m.fl. 2014:473). Pasientene i fast track har en liste med daglige mobiliseringsmål som skal være en veileder i rekonvaleseringsprosessen (ibid).

2.2.2 Multimodal smertelindring

Informasjon om smerte og opplæring av pasienter i forkant av operasjon, er ikke bare effektivt mot stress, men det er også effektivt med tanke på at informasjon kan redusere behovet for analgetika postoperativt (Al-Azawy m.fl. 2015:273; Holm og Kummeneje 2009:14-15). Preoperativ informasjon om smertelindring, gitt både skriftlig og muntlig, er også viktig, da dette kan øke pasientens deltagelse i smertebehandlingen postoperativt (Andersson, Otterstrom-Rydberg og Karlsson 2015:640).

Optimal smertelindring er en forutsetning for tidlig og intensiv mobilisering (Holm og Kummeneje 2009:14-15 og 131; Kehlet og Wilmore 2008:191). De ulike metodene som brukes under fast track, er blant annet ikke-opioider kombinert med paracetamol, NSAIDs, samt noen anestesimidler og anestesiteknikker gitt peroperativt (ibid). Dette kalles en multimodal tilnærming på smertelindring (Husted 2012:12). Smertelindring fortsetter også etter utskrivelse, og det er derfor viktig med god veiledning siden pasientene da skal klare dette alene. Det er viktig at sykepleiere har god kunnskap om nyeste forskning innen smertelindring i fast track og kjenner til bruken av dem for å kunne gi best mulig smertelindring.

2.2.3 Pasient i fast track

Mye av forskningen gjort på fast track, er gjort av leger og går på medisinske teknikker, noe som ikke innebærer fast track ute i praksis. Samtidig er det stor etterspørsel på informasjon om pasientperspektivet, for å se hvordan pasienten opplever fast track, og hvordan det er å komme hjem (Specht m.fl. 2015:836). Med så stor effektivisering på sykehuset og tidlig utskrivelse, krever dette mer av pasientenes evne til egenomsorg (Norlyk og Harder 2011:165). Norlyk forklarer hvordan pasienter som er selvhjulpne ved utskrivelse likevel opplever rekonvaleseringen i eget hjem som vanskelig (2012:186). Det er ikke bare operasjonssåret som skal heles, men også hverdagsrutinene (ibid). Pasientene handler ut fra hva som passer dem best, føles best for dem selv, tross faglige anbefalinger fra sykehuset (ibid).

2.2.4 Sykepleiernes opplevelse av fast track

I en kvalitativ studie, ble åtte sykepleiere intervjuet om deres opplevelse av å være involvert i det postoperative stadiet av et ERAS forløp for colonopererte pasienter (Jeff og Taylor 2014:23). Resultatene viste at sykepleierne tilpasser sin omsorg til pasientene ut i fra pasientenes behov (ibid). Det viste seg at sykepleierne gjorde dette blant annet fordi en fullstendig etterlevelse av ERAS forløpet ute i praksis var vanskelig på grunn av mangler ved forløpet, usikkerhet rundt progresjonen, og for lite kunnskap om forskningen bak ERAS (Jeff og Taylor 2014:30). Sykepleierne utviklet strategier for å prøve å utføre sykepleie til ERAS best mulig (ibid). De utfordret seg selv ved å forandre ”gamle vaner”, samt lage nye mål sammen med pasienten hvis ikke de gamle ble nådd (ibid). De selvstendige tilpasningene og strategiene økte sykepleiernes selvtillit og tiltro til forløpet, og generelt sett syntes sykepleierne at ERAS fungerte (Jeff og Taylor 2014:30-31).

2.3 Benner og Wrubel

Jeg har i det følgende trukket ut relevante begreper i Benner og Wrubels teori (2001). På grunn av oppgavens omfang vil jeg forklare det jeg mener er relevant for oppgaven, for å forstå hva de legger i begrepene omsorg, menneske, sykepleier, mestring og stress.

2.3.1 Omsorg

Benner og Wrubel refererer til omsorg som en måte for mennesket å forholde seg til verden på, at omsorg er andre personer, relasjoner, hendelser, prosjekter og ting som betyr noe for den personen (2001:23). Omsorg betyr ”å bry seg om noe” og beskriver hva som er av virkelig betydning for den som mottar omsorg (ibid). Omsorg beskriver altså ikke forholdet mellom personer, slik vi er kjent med det, men heller forholdet mellom en person og hva som er betydningsfullt for han (Kirkevold 1998:200). Det er denne omsorgen, det å bry seg om noe, som gir muligheter for at personen kan mestre en situasjon (Benner og Wrubel 2001:24-25). Benner og Wrubel forklarer at denne omsorgen kan gi opphav til stress fordi det som er av betydning for personen står i fare (2001:23; gjenfortalt i Kirkevold 1998:200). Videre sier de at omsorgen er fundamental på den måten at omsorgen også gir muligheten for å yte og motta hjelp (Benner og Wrubel 2001:26). Et omsorgsfullt mellommenneskelig forhold skaper muligheter for å bry seg om den andre og ha tillit til han eller henne, noe som gjør en i stand

til å yte og motta hjelp, samt føle seg tatt vare på (ibid). Forklaringen på sykepleierens omsorg er at sykepleieren har omsorg for å bry seg om arbeidet sitt, at arbeidet er betydningsfullt for sykepleieren (Benner og Wrubel 2001:26). Denne betydningsfullheten, omsorgen, er da en veiledning i pleien overfor hva som fungerer av tiltak; omsorgen sykepleieren har for yrket gjør det mulig for han eller henne å se om det er en forverring eller en forbedring hos pasienten, etter å ha gjort tiltak (ibid).

2.3.2 Mennesket, pasienten

Benner og Wrubel bruker en fenomenologisk synsvinkel, i sin definisjon av mennesket, basert på Martin Heideggers filosofi (Benner og Wrubel 2001:64-65). Fire typiske trekk ved det å være menneske gjenspeiler den fundamentale forbindelsen mellom personen og sammenhengen personen finner seg i (ibid). Disse er kroppslig intelligens, bakgrunnsforståelse, ”spesielle anliggender” og det å være plassert i en ”situasjon” eller kontekst (ibid).

Mennesket er ikke delt i kropp og sjel, men alt er integrert i samme kropp (Benner og Wrubel 2001:66-68; Kirkevold 1998:201). Personen er født med sanser og følelser som utvikles hele livet, og kroppen får kunnskap gjennom dette (ibid). Denne kunnskapen kalles kroppslig intelligens og er annerledes enn den reflekterte kunnskapen som personen får gjennom å betrakte seg selv og verden på avstand (ibid).

Bakgrunnsforståelse definerer Benner og Wrubel som den kunnskapen personen lærer gjennom å vokse opp i en bestemt kultur, subkultur og familie (2001:69-70; gjenfortalt i Kirkevold 1998:201). Det læres ikke gjennom ord, men oppfattes ved å være i kulturen, gjennom språket og andre formidlinger (ibid). Dette oppfatter vi fordi mennesket har kroppslig intelligens, og bakgrunnsforståelse er avgjørende på hvordan personen forstår verden (Benner og Wrubel 2001:69-70; Kirkevold 1998:201).

”Spesielle anliggender”, personlig engasjement eller ”*concern*”, forklarer Benner og Wrubel som at mennesket engasjerer seg i noe eller noen, at det betyr noe for oss, blir mennesket involvert i verden (2001:70-71; gjenfortalt i Kirkevold 1998:201). Det er ikke snakk om interesser, men noe dypere (Kirkevold 1998:201). Mennesket ser verden gjennom disse spesielle anliggender (ibid). ”Det er menneskets ”spesielle anliggender” som bestemmer hva

et mennesket er, og hvordan det opplever verden og sitt forhold til verden” (Kirkevold 1998:201-202). Det kan være vanskelig å skille spesielle anliggender og omsorg, ettersom begge blir beskrevet som å bry seg om noe. Kirkevold forklarer det samme, og skriver at begge termene kan oversettes med å bry seg om noe (1998:212).

”Situasjon” er det siste karakteristiske trekket ved å være mennesket, og Benner og Wrubel forklarer dette ved at mennesket alltid er i en situasjon eller kontekst (2001:73; gjenfortalt i Kirkevold 1998:202 og 212). På bakgrunn av kroppslig intelligens, bakgrunnsforståelse og spesielle anliggender, forstår og involverer mennesket seg i situasjoner direkte, uten å måtte stoppe opp og tolke og analysere situasjonen personen er i (Benner og Wrubel 2001:75). Benner og Wrubel forklarer at stress kan oppstå når personer møter på ukjente situasjoner, når konteksten endres, og ikke bakgrunnsforståelse, kroppslig intelligens eller spesielle anliggender kan forklare hva som skjer, eller at personen ikke har opplevd den ukjente situasjonen tidligere og kan analysere hva som bør gjøres (2001:73; gjenfortalt i Kirkevold 1998:202). Stress definerer de som ”(...) brudd i mening, forståelse og uhemmet funksjon slik at fare, tap eller utfordring erfares, og sorg, tolkning eller nye ferdigheter er påkrevd.” (Benner og Wrubel 2001:83; Kirkevold 1998:202). Til vanlig handler personen ut fra uhemmet funksjon, som betyr at personen ikke må stoppe opp og analysere situasjoner, for å finne ut av hva han skal gjøre (Kirkevold 1998:202). Dette forklares vanligvis ut fra kunnskapservvelsen fra kroppslig intelligens, bakgrunnsforståelse og spesielle anliggender (ibid). Stressende sykdom fører omtrent alltid til brudd i uhemmet funksjon, i følge Benner og Wrubel, og samtidig kan selve konteksten også være fremmed og føre til stress på samme vis (gjenfortalt i Kirkevold 1998:202). Vi ser stress knyttes til både person og situasjon (ibid). Stress er resultatet av personens vurdering av sin egen relasjon til konteksten, og dermed evnen til å tilpasse seg konteksten (ibid).

2.3.4 Mestring

Mestring kan forklares som tiltaket man gjør med bruddet som fremkaller stress (Benner og Wrubel 2001:86). Mestring er en vurdering av den endrede situasjonen, og på bakgrunn av vurderingen av stresset og hvilken innvirkning det har, bestemmer pasienten selv hva som oppleves som stressende og hvilke mestringmuligheter som finnes (Benner og Wrubel 2001:86-87). Det er altså det pasienten opplever som stressende og problemfylt som gir mulighetene for mestring. Mestring er derfor ikke å takle situasjonen objektivt sett best mulig,

men heller å takle konteksten ut fra personens egen forståelse, vurdering og mulighet (ibid). Dessuten mener Benner og Wrubel at alle mennesker opplever sykdom forskjellig og at man nødvendigvis ikke må føle seg syk selv om man har fått en sykdom (2001:30-31 og 158).

2.3.5 Omsorgsgiverens/sykepleierens spesielle anliggender og fortolkning

Sykepleieren er avhengig av å ha et personlig engasjement i sin praksis fordi det skal gi mening for sykepleieren som fagperson å være i den situasjonen (Benner og Wrubel 2001:116-117). Samtidig er det sykepleierens personlige engasjement som gjør det mulig å observere de ulike symptomene hos pasienten (ibid). Pasientens spesielle anliggender forteller oss om hva som er av betydning for pasienten (Benner og Wrubel 2001:70-71). Dette viser hva som står på spill for pasienten ved sykdom, eller i en spesiell kontekst eller situasjon, og gir oss dermed et bilde på hvordan pasienten opplever sykdommen og hva slags påvirkning den har på han eller henne (Benner og Wrubel 2001:113). Evnen til å fortolke disse spesielle anliggender gjør at sykepleieren kan hjelpe pasienten til å mestre sin sykdom (ibid). Det blir gjennom denne tolkningen lettere for sykepleieren å vite hva han eller hun skal hjelpe pasienten med, og hvilket behov pasienten har for informasjon. Sykepleieren må være aktiv og deltagende for å få en dypere forståelse av hvordan pasienten opplever situasjonen, for dermed å kunne klare å hjelpe pasienten til å mestre situasjoner med sykdom, helsesvikt, tap og lidelse (Benner og Wrubel 2001:113). Selv om Benner og Wrubel forklarer hvordan personens mestring ikke gir et fullt spekter av muligheter for mestring, ettersom denne skapes av personens bakenforliggende kunnskaper, skriver de at nye mestringsmuligheter likevel kan være mulig hvis det skjer et skifte av mening, nyfortolkning av situasjoner eller ervervelse av nytt engasjement (2001:203). Sykepleieren kan være bidragsyter til dette ved å gi riktig tilpasset informasjon for å få pasienten til å se nye muligheter. Igjen kan det være vanskelig å skille begrepet omsorg fra spesielle anliggender. Uansett kan personlig engasjement, spesielle anliggender og omsorg for arbeidet hos sykepleieren oppfattes som hvordan han eller hun ønsker å jobbe og hjelpe andre, og på den måten kunne gjøre en god jobb.

2.3.6 Hvordan Benner og Wrubel er relevant for oppgaven

Jeg tolker Benner og Wrubels forklaring på omsorg som at det er omsorgen som setter i gang prosesser i mennesket for å kunne mestre noe når denne omsorgen blir utfordret. Hvis

pasienten opplever sykdom, kan betydningen av det som settes på spill i forbindelse med sykdommen, sette i gang mestringsstrategier, vurderinger eller handlinger som gjør at pasienten har mulighet til å kjempe i mot sykdommen og ta imot hjelp. Derimot er det ikke gitt at pasienten har evnen til å oppfatte alle mulige løsninger og muligheter for det han står ovenfor. Likevel har pasienten fremdeles mulighet til å ta i mot hjelp. Med sin omsorg og engasjement i yrket har sykepleieren mulighet til å hjelpe pasienten med å gi ny informasjon, sette situasjonen pasienten står ovenfor i et annet lys, og se det fra ulike vinkler. Pasientens tidligere erfaringer, sammen med en ny informasjon og dermed ny tolkning og vurdering av muligheter, kan hjelpe pasienten å mestre denne ukjente situasjonen. Pasienten mestrer på grunn av egne valg. Jeg oppfatter teorien som aktuell for oppgaven fordi jeg ser hvordan sykepleieren blir en viktig brikke i pasientens liv i en ukjent situasjon, slik sykdom ofte er. Pasienten er fremdeles den viktigste person og tar selvstendige valg, men informasjon og ny kunnskap fra sykepleier kan gjøre at pasienten er i stand til å ta bedre valg.

2.4 Egenomsorg og informasjon

2.4.1 Egenomsorg

Høy skriver at egenomsorg er evnen til å ha omsorg for seg selv (Høy 2012:160). Hun forklarer videre at egenomsorgen ofte kommer frem som naturlig reaksjon på sykdom eller skade og med hensikt til å ta vare på seg selv, samt gjenvinne, vedlikeholde og utvikle sunnhet og velvære (ibid). Egenomsorg er et sentralt element i rehabilitering, forebygging av sykdommer og generell helsefremming for enkeltindividet, men det er likeledes helsepersonellens oppgave å fremme og støtte pasienters evne og muligheter for egenomsorg (ibid). Noen opplever utfordringene de står ovenfor tyngre enn andre; mye kommer an på tidligere holdninger til helse og ressurser (ibid). Det stilles kanskje høyere krav til egenomsorg ved et fast track forløp. En viktig forutsetning for at pasientene skal klare dette er derfor å lære dem opp i hvordan de skal takle hverdagen hjemme, i den nye situasjonen de står overfor.

2.4.2 Informasjon; behov og forståelse

Eide og Eide forklarer hvordan mangel på informasjon kan gi en følelse av usikkerhet og engstelse (2013:182). En sykehusinnleggelse kan kanskje være en ny erfaring for pasienten.

Manglende informasjon om den nye situasjonen, med tanke på sykdommen, behandling, bivirkninger, kan gi en følelse av usikkerhet og utrygghet (Eide og Eide 2013:182). For å betrygge pasienten, skape forutsigbarhet og en slags kognitiv kontroll, er informasjon viktig (ibid). Med tanke på kontroll, er det en grunntanke at informasjon kan fremme mestring (ibid). Selv om det foregår mye tankevirksomhet hos pasienten i en ny situasjonen, er det viktig å betrygge og tilpasse informasjonen til hva pasienten kan ta imot på det stadiet han befinner seg i (ibid).

Liedman forklarer hvordan han skiller informasjon fra kunnskap og forståelse (2001; gjenfortalt i Scherman 2013b:76). Informasjon er ikke kunnskap som forstås før det har blitt bearbeidet av den som skal forstå informasjonen, og i denne sammenhengen er det pasienten. Informasjonen må ikke bare tilpasses pasientens følelser, behov, tanker og vurderinger, men den må og få tid til å integreres i pasienten, slik at han selv får mulighet til å gjøre den til forstått kunnskap (ibid). Eide og Eide forklarer hvordan informasjon kan hjelpe pasienten, ved å formidle det pasienten har behov for og er i stand til å forstå (2013:292). Videre forklarer de at pasientene har ulikt behov for informasjon, og at man må søke seg frem for å finne ut av hva de trenger å vite, ettersom pasienten ikke alltid vet selv hva han eller hun lurer på (Eide og Eide 2013:293). Scherman forklarer at helsepersonell prater om sykdommer, skader og medisiner på måter som ofte ikke forstås eller oppleves som kunnskapsnivende og motiverende av mennesker uten særlig kjennskap til den medisinske verdenen (2013b:82). Det oppleves som fremmed, og man føler kanskje ingen tilknytning til det som blir sagt om sykdommen; forståelse og kunnskapen uteblir. Det blir nødvendig for helsepersonellet å få innsikt i pasientens perspektiv og forutsetninger, og hvilket utgangspunkt for læring pasienten har (Scherman 2013b:82). For helsepersonellet, kan en hverdagslig samtale åpne for forståelse av pasienten, for dermed å kunne tilpasse informasjonen og undervisningen videre, slik at den blir forståelig (Scherman 2013b:82). Det er dette Eide og Eide også mener, når de sier at helsepersonellet må prøve seg frem for å finne ut hva pasienten har behov for å vite, og videre formidle det på en god måte, gjennom dialog og samhandling (2013:292-293). Hver enkelt har forskjellig opplevelse av hva sykdommen betyr for dem, ut fra tidligere erfaringer og oppfatninger (Scherman 2013a:42). Derfor kan dette skape en konflikt med hvordan helsepersonellet opplever sykdommen medisinsk og videre hvordan informasjonen skal formidles (ibid). Hvordan skal du som sykepleier formidle informasjonen på en forståelig måte, samtidig som du inkluderer det nødvendige?

2.5 Lover og retningslinjer

2.5.1 Lovverket

Pasient- og brukerrettighetsloven av 1999 har til hensikt å sikre at befolkningen mottar tjenester av god kvalitet innen helsevesenet (Helsedirektoratet 2016). Kapittel 3, §3-5 i pasient- og brukerrettighetsloven forklarer det hvordan informasjon sikres i et behandlingsforløp, og hvordan den skal presenteres for pasienten. Det står nedfelt i loven at informasjon skal være best mulig tilpasset pasienten, at helsepersonellet skal sikre seg at pasienten har forstått det de er blitt fortalt, og en skal dokumentere at informasjonen har blitt overlevert (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999 § 3-5). I Helsepersonelloven kapittel 2 § 10, står det at den som yter helse- og omsorgstjenester, skal gi informasjon til den som har krav på det, etter Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 til 3-4.

2.5.2 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

Yrkesetiske retningslinjene kom første gang i 1983, og i dag bruker vi en revidert versjon som kom i 2011 (Norsk Sykepleierforbund 2011:1). Disse beskriver "(...) sykepleiernes profesjonsetikk og de forpliktelser som tilligger god sykepleiepraksis" (ibid). Retningslinjene bygger på International Council of Nurses' (ICN) etiske regler, samt menneskerettighetene i FNs menneskerettighetserklæring, og skal gjenspeile samfunnsutviklingen og nye problemstillinger sykepleiere står ovenfor (Norsk Sykepleierforbund 2011:5-6).

Noen av de Yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere gjelder informasjon og kommunikasjon i samhandlingen med pasienten. Sykepleieren har ansvar for å holde seg faglig oppdatert på kunnskap og på nyere forskning både generelt og innad på avdelingen (Norsk Sykepleierforbund 2011, punkt 1.3, 1.4 og 5.1). Dette gjør at sykepleieren vet det siste og det nyeste for å kunne utøve oppdatert og forsvarlig praksis i forhold til rutiner, prosedyrer og hva annet som måtte komme pasienten til gode å kunne. Videre går retningslinjene på at sykepleieren skal bidra til å fremme helse, håp, mestring og livsmot, samt å tilpasse informasjonen som blir gitt, til å gjelde den aktuelle pasienten (Norsk Sykepleierforbund 2011, punkt 2.1-2 og 2.4).

2.6 Fremgang for å finne teori

For å finne litteratur til teoridelen, var jeg også avhengig av å finne forskningsartikler, ettersom konseptet fast track er relativt nytt. Jeg har derfor gjort søk, hovedsakelig i CINAHL, men også i PubMed og EBSCO Host, med søkeordene:

Eras, enhanced recovery after surgery, fast track, rapid recovery, accelerated stay, replacement, arthroplasty, pain, nurs*, reduce pain, preoperative, information.

Disse ble søkt på både alene og i ulike kombinasjoner med hverandre, med OR og/eller AND mellom. Jeg tillot publiseringer eldre enn fra 2005, for å få innblikk i de tidligste artiklene innen temaet. Den eldste artikkelen jeg vurderte som relevant, var fra 1997. Flere av artiklene har jeg funnet igjen i de andre databasene, med samme eller ulike søkekombinasjoner. Jeg så også i litteraturlisten til artiklene jeg fant ved systematisk litteratursøk i funndelen, og fant igjen flere av artiklene jeg har brukt i teoridelen. Dette var med på å styrke relevansen og dermed bestemmelsen om å bruke disse artiklene.

Innen sykepleieteorien har jeg inkludert primærlitteratur fra Benner og Wrubel, men en oversatt dansk utgave (2001). I tillegg har jeg støttet meg på sekundærlitteratur av Kirkevold for å få en dypere innsikt i hvordan teorien kunne forstås, samtidig som jeg redusere risikoen for å mistolke teorien (1998). Jeg lette etter relevante bøker på skolens bibliotek, gjennom databasen Oria og ved å gå å ”gresse” i hyllene på biblioteket (Hørmann 2013:37). Jeg fant og bøker som ville si noe om kommunikasjon, egenomsorg og pasientperspektivet (Eide og Eide 2012; Høy 2012; Scherman 2013a; Scherman 2013b). Bøkene er skrevet på norsk, svensk og dansk.

Jeg fant en bok hvor det sto litt om fast track forløp og sykepleierens rolle i forløpet, og jeg valgte å ha med denne som en støtte i teorikapitlet om fast track (Holm og Kummeneje 2009). Annen litteratur er hentet fra nettsider som Lovdata, Norsk Sykepleierforbund og Helsedirektoratet. Ellers har jeg benyttet meg av litteratur som har vært på pensumlisten underveis i studiet, da dette er grunnlaget for min kunnskap innenfor dette faget.

3 Metode

Metode forklares som en fremgangsmåte for hvordan en skal løse problemer og derfra komme frem til ny kunnskap (Dalland 2012:50 og 111). En metode systematiserer og viser klart og tydelig hvordan en har kommet frem til kunnskapen (ibid). Det finnes ulike metoder en kan bruke, alt etter hva som gjør at kunnskapen kommer best mulig frem, eller kan etterprøves (ibid). Jeg vil i neste avsnitt kort forklare vitenskap og kunnskap innenfor helsefag, fordi det hjelper en til å forstå bakgrunnen for valg av metoder i forskningsartikler jeg har brukt for å besvare oppgaven. Videre vil jeg forklare metoden ”systematisk litteratursøk”. Til slutt vil jeg forklare kildekritikken.

3.1 Vitenskap og kunnskap

Helse- og sosialfag blir mer og mer utviklet ved hjelp av vitenskapelig teori som bygger på forskning (Dalland 2012:50). Likevel er det viktig å se hva som fungerer i praksis, og vitenskapen må derfor vise hvordan forskningsbasert teori også fungerer i praksis (ibid). Etersom helse- og sosialfag behøver kunnskap om hele mennesket, trenger en å vite om kunnskap som hovedsakelig kommer fra to syn, naturvitenskapen og humanvitenskapen, også kalt positivistisk kunnskap og hermeneutisk kunnskap (Dalland 2012:51). Det positivistiske synet gir to kilder til kunnskap, det vi kan se og det vi kan regne ut med logisk sans (Dalland 2012:52). Det er forklarende kunnskap, og vi forstår at målinger er viktige (ibid). Det skal være troverdig, gyldig, pålitelig og detaljert (ibid). Videre er hermeneutikken en annen form for kunnskap, det er en mer forstående kunnskap. Hermeneutikken betyr fortolkningslære, å finne frem til meningen om noe (Dalland 2012:57). Fenomenologi er et annet uttrykk som ofte kombineres med hermeneutikken, som også betyr læren om fenomenene, hvor fenomen betyr fremtoning, det som kommer til syne (ibid). Ingen forhåndsbestemmelser eller lover ligger til grunn for forståelsen av disse fenomenene, slik man finner innenfor positivismen, men det forklares altså ut fra pasientens eget perspektiv (ibid). Fortolkninger av hvordan og hvorfor mennesket oppfatter, tenker, føler og handler som det gjør, er viktige innen hermeneutikken (Dalland 2012:57-58).

3.2 Litteraturstudie og systematisk litteratursøk

Denne oppgaven er en litteraturstudie, og jeg har benyttet meg av ”systematisk litteratursøk”. Litteraturstudiet skal ha en tydelig problemstilling og skal være basert på vitenskapelig og relevant litteratur som belyser problemstillingen (Dalland 2012). Søkene er gjort systematisk i aktuelle databaser, ved hjelp av relevante søkeord som er kombinert riktig sammen, med visse inklusjon- og eksklusjonskriterier (Hørmann 2013:37). I underkapittelet 3.3 ser man hvilke søkeord jeg har brukt og i hvilke kombinasjoner de er søkt på, samt hvilke inklusjon- og eksklusjonskriterier jeg har hatt.

3.3 Systematisk litteratursøk og funn

For å finne relevant litteratur har jeg søkt i databaser som er tilgjengelige via biblioteket. Jeg har brukt CINAHL og PubMed med de samme søkeordene, kombinasjonene mellom disse og avgrensningene, så langt det var mulig. Artikkene som ikke var tilgjengelige på databasene, fikk jeg hjelp av biblioteket til å få tak i.

For å finne frem til aktuell forskning å bruke i funndelen, har jeg benyttet meg av søkeordene i kombinasjonen presentert nedenfor. Jeg søkte først på hvert enkelt ord, før jeg kombinerte de med AND og OR. Dette opplevde jeg som den beste måten å gå frem på, fremfor å søke alle ordene sammen i et søk med AND og OR mellom.

Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Eras OR: Enhanced recovery after surgery OR: Fast track OR: Rapid recovery OR: Accelerated stay	Nurs*	Information OR: Experience

I CINAHL ga dette meg 125 treff som jeg gikk igjennom, og derav valgte jeg fire relevante artikler. Med lignende søkeord og kombinasjon mellom disse, gjorde jeg også søk i PubMed. Da avgrensningen om fagfelleverderte artikler ikke er mulig i PubMed, artikler vurdert og godkjent av andre forskere, ble ikke dette gjort. Jeg fikk 98 treff og valgte ut en ny artikkel fra funndelen, samt at jeg fant igjen flere av de samme artiklene fra det samme systematiske søket i CINAHL.

3.4 Valg av kilder og kritikk av disse

Kildekritikk er viktig å utøve for å kunne bestemme om kildene en bruker for å finne kunnskap, er pålitelige og relevante (Dalland 2012:67). Innenfor temaet fast track har jeg funnet mye medisinsk forskning, og det var derfor særlig viktig for meg å avgrense og spesifisere søkene mine for å finne informasjon som var relevant for problemstillingen min. Medisinsk forskning er artikler skrevet av leger og er ofte artikler som ikke fokuserer på fenomenet ute i praksis.

Ved å søke etter litteratur i elektroniske databaser får man tilgang til det nyeste som er skrevet om emnet (Hørmann 2013:37). Litteraturen som deretter har blitt valgt, ut er på bakgrunn av påliteligheten i artiklene og relevans for problemstillingen (Dalland 2012:120). Pålitelighet betyr at litteraturen jeg bruker, skal være samlet inn på en pålitelig måte og at ikke misforståelser eller misoppfattelser har forekommet under innsamlingen av data (ibid). Relevans betyr at litteraturen jeg bruker, må være aktuell for problemstillingen og belyse den (Dalland 2012:120). Gjennomgangen av litteraturen og forskningen jeg fant basert på søkeordene har vært kritisk, for å finne de mest relevante artiklene (Dalland 2012:114-120; Hørmann 2013:46). Flere av artiklene jeg har benyttet meg av i funndelen, har en fenomenologisk tilnærming basert på hermeneutisk vitenskap. Likevel kan ikke hermeneutisk vitenskap forstås uten å ha en naturvitenskapelig forståelse (Dalland 2012:50-52).

Artiklene som brukes i funndelen, bygger på kvalitative metoder for å finne frem til data. De kvalitative dataene fanger opp erfaringer, oppfatninger og vurderinger blant de undersøkende (Dalland 2012:112). De kan ikke tallfestes eller presenteres i statistikk (ibid). Kvantitative metoder gir kunnskap basert på målbare enheter, slik at en får frem mengdedata (ibid). Jeg har benyttet meg kun av kvalitativ forskning i artiklene i funndelen fordi jeg synes det best

belyser problemstillingen i oppgaven. De gir mer detaljerte forklaringer på opplevelser under et fast track forløp.

Det er ulike nivåer av kilder, og vitenskapelige tidsskrifter er på øverste nivå når det kommer til kunnskap (Dalland 2012:71). Fagbøker og lærebøker er nummer to på listen (ibid). Likevel finnes det mer og mindre god litteratur innenfor disse områdene, og man må vurdere denne kritisk (ibid). Publisering av artikler er vurdert ut fra to kvalitetsnivåer, hvor nivå 2 er det øverste og er artikler som er publisert i tidsskrifter med særlig høy prestisje (Norsk senter for forskningsdata 2016). Jeg har brukt en artikkel fra nivå 2 og fire artikler fra nivå 1.

3.4.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier på forskningsartiklene:

Artiklene jeg har brukt er publisert mellom 2005 og 2016, slik at de fremdeles skal være aktuelle for oppgaven i dag (Dalland 2012:71-72). En av artiklene er engelsk, de fire andre er nordiske. Alle er skrevet på engelsk. Artiklene var fagfellevurdert og kun publisert i vitenskapelige tidsskrifter (Dalland 2012:78). Søkeordene søkte jeg på i abstractet til artiklene. Artiklene viser pasienters, sykepleieres, og noen legers perspektiver på fast track. Alle pasientene i studiene er over 18 år og har gjennomført operasjon under et fast track forløp.

4 Funn

4.1 The importance of preoperative information for patient participation in colorectal surgery care

Av: Aasa, Hovbäck og Berterö (2013).

Introduksjon: Hensikten med studien er å beskrive pasientenes opplevelse av et preoperativt informasjonsmøte med en sykepleier som en del av et akselererende kirurgisk forløp ved colonoperasjon, og i hvilken grad betydningen av informasjon hadde for pasientdeltagelsen i sitt eget behandlingsforløp.

Metode: Kvalitativ metode, enkeltintervju av tolv pasienter.

Resultat: Analysen av intervjuene ga fem forskjellige temaer rundt opplevelsen av den preoperative informasjonssamtalen: bli sett, opplevelse av trygghet, tillit, ansvar og deltagelse. De ulike temaene belyste både negative og positive opplevelser pasientene hadde omkring samtalen og egen deltagelse.

Diskusjon: Resultatene viser at pasientene opplevde at de følte seg bekreftet og at de var i fokus etter det preoperative informasjonsmøtet og at møtet var strukturert og delvis individuelt lagt opp. Likevel bør informasjonen gjentas når pasienten er innlagt på sykehuset, i tillegg til ved utskrivelsesdagen. Samtidig bør sykepleierne bekrefte pasientens handlinger underveis i forløpet, for å føle at de deltar, gjør riktig og tar ansvar. Flere deltagere i undersøkelsen kunne økt validiteten på resultatene.

4.2 Patients' Need for Information Prior to Colonic Surgery

Av: Sjøstedt, Hellström og Stomberg (2011).

Introduksjon: Hensikten med studien er å se sykepleieres og legers erfaring med pasientens behov for informasjon før elektive colonoperasjoner under et ERAS forløp.

Metode: Kvalitativ studie, enkelt- eller gruppeintervju med ti anestesileger, ti operasjonssykepleiere og ti anesthesisykepleiere fra samme sykehus, samt 19 sykepleiere fra to ulike avdelinger på et annet sykehus som behandler denne pasientgruppen.

Resultat: Behovet for informasjon var nødvendig for å redusere angst, for å få en trygghetsfølelse, for å informere om smertebehandling og for å formidle kunnskap og dermed gi et mer helhetlig omsorgsforløp. Informasjonen burde være omstendelig og inneholde

Informasjon om alle delene av behandlingsforløpet for å kunne tilfredsstille alle pasientenes forskjellige behov for informasjon.

Diskusjon: Samarbeid mellom avdelingene, kunnskap, god kommunikasjon og riktig holdning var gode forutsetninger for at pasientene følte seg tryggere og mer involvert i eget forløp når helsepersonellet samhandlet med pasientene under forløpet. Studien gir innsikt i hvordan man kan gi best mulig tilpasset informasjon til pasienter i et elektivt, akselererende operasjonsforløp.

4.3 Patient experiences of enhanced recovery after surgery (ERAS)

Av: Bernard og Foss (2014).

Introduksjon: Hensikten med studien var å få en bedre innsikt i hvordan pasientene opplevde ERAS, og videre se på problemer ved forløpet.

Metode: Kvalitativ metode med en tilnærming til en *grounded theory*, intervju med fire pasienter på en colonkirurgisk avdeling.

Resultat: Erfaringene til pasientene rundt ERAS kunne deles inn i fire temaer og var positive og negative. Dette angikk erfaringer vedrørende gitt informasjon, innleggelse, rekonvalesens i hjemmet og psykologisk/emosjonell opplevelse.

Diskusjon: Resultatene gir et positivt innblikk på pasientenes opplevelse av å delta i ERAS som forløp innenfor sykepleiedelen. Likevel vises det til områder som kan forbedres for å støtte pasienten ytterligere. Begrensninger med studien er at det er svært få antall deltagere, noe som trekker usikkerhet rundt hvorvidt de representerer korrekte opplevelser av andre ERAS-deltagere.

4.4 Recovering at home: participating in a fast-track colon cancer surgery programme

Av: Norlyk og Harder (2011)

Introduksjon: Hensikten er å se pasientenes opplevelse av erfaringen ved å ha deltatt i et fast track forløp ved colonoperasjon, etter å ha blitt utskrevet fra sykehus, og å se hvordan rekonvalesensen hjemme var.

Metode: Kvalitativ metode, to enkeltintervjuer med hver av de 16 pasientene, 2 og 8 uker etter utskrivelse. Studien har en beskrivende fenomenologisk tilnærming.

Resultat: Pasientene opplevde et skifte i å overleve operasjon til å skulle være på vei til å rekonvaleseres. De forklarer en spenning som ble skapt i kroppen mellom det å kjempe mot kroppen, samtidig som man må ta vare på den. Pasientene følte at de skulle reetablere en balanse i livet, etter de var kommet hjem.

Diskusjon: Sykepleiere må være mer villige til å ta opp eksistensielle spørsmål og være mer observant på pasientens opplevde erfaring og individuelle behov i egen rekonvaleseringsperiode.

4.5 Patient experience in fast-track hip and knee arthroplasty – a qualitative study

Av: Specht, Kjaersgaard-Andersen og Pedersen (2015).

Introduksjon: Hensikten er å se på pasientenes opplevelse av fast track forløpet, etter innleggelse for ensidig total hofte- eller kneprotese, fra første besøk på poliklinisk avdeling før operasjon til utskrivelse.

Metode: Kvalitativ metode med en fenomenologisk, hermeneutisk tilnærming. Intervju og observasjoner av åtte pasienter.

Resultat: Temaene som gikk igjen var smertehåndtering, trygghets- og usikkerhetsfølelsen, betydningen av informasjon, og til slutt å være forberedt for utskrivelse.

Diskusjon: Artikkelen gir god innsikt i pasientopplevelsen rundt tidlig utskrivelse ved et fast track forløp. Studien har begrensinger, ettersom resultatene kommer fra kun et sykehus og at andre resultater kan forekomme på andre sykehus, med andre forhold og rutiner. Kun en pasient bodde alene.

4.6 Oppsummering av funn

Etter å ha analysert artiklene ut fra problemsstillingen, kom det frem at pasientene var opptatt av å bli sett og føle trygghet i forkant av operasjon, men og etter utskrivelse (Bernard og Foss 2014:104; Norlyk og Harder 2011:169-170; Sjøstedt m.fl. 2011:393; Specht 2015:840-841; Aasa m.fl. 2013:1607-1608). Det var mange som følte usikkerhet ved å skulle klare seg hjemme, nyoperert og med ansvar for dette selv (ibid). Noen syntes det ble gitt for mye

informasjonen, eller forsto ikke hva som ble sagt (Bernard og Foss 2014:104; Sjøstedt m.fl. 2011:394; Specht 2015:841). Andre syntes det var for lite, eller syntes informasjonen ikke korresponderte med det som ble sagt på informasjonsmøtet i forkant (Norlyk og Harder 2011:170; Aasa m.fl. 2013:1608). Noen savnet informasjon om smertelindring og syntes det var vanskelig å håndtere dette (Sjøstedt m.fl. 2011:393; Specht 2015:839-840). Andre syntes det var vanskelig med alle de andre symptomene som oppstod hjemme, for eksempel hvor vanskelig det var å finne tilbake til den gamle formen, at de var slitne, kvalme og hadde dårlig appetitt, og at de syntes det var vanskelig å ta beslutninger når kroppen ikke samarbeidet (Bernard og Foss 2014:104; Norlyk og Harder 2011:170; Aasa m.fl. 2013:1608). Noen hadde nytte av pårørende, mens andre hadde behov for å bearbeide informasjonen over litt tid (Bernard og Foss 2014:104; Norlyk og Harder 2011:170; Specht 2015:843; Aasa m.fl. 2013:1607).

I drøftingsdelen har jeg samlet disse opplevelsene og erfaringene under tre hovedtemaer som tydeliggjør behovene for informasjon i fast track og som jeg vil drøfte sammen med teori. Disse tre hovedtemaene har jeg delt inn i kapittel 5.1 Informasjon om symptomer og betydningen av informasjon og dialogen, kapittel 5.2 Helhetlig behandlingsforløp og kapittel 5.3 Individuelle behov. De to første viser opplevelser av informasjon i fast track, mens den siste, individuelle behov for informasjon, handler om at pasienter opplever ting ulikt og dermed har ulikt behov for informasjon. Dette kan virke som et mer overordnet tema fordi individuelle behov for informasjon er relevant innenfor hver av de ulike opplevelsene av informasjon. Det jeg til slutt ønsker å finne ut av, er hvilke områder og situasjoner sykepleieren kan ta tak i for å øke kvaliteten på informasjonsoverføringen til pasienten.

5 Drøfting

Etter analysen av artiklene i funndelen, ønsker jeg å dele pasientene og sykepleiernes opplevelser i tre hovedtemaer, som presentert i kapittel 4.6.

5.1 Informasjon om symptombehandling og betydningen av informasjon og dialog

Smerte, kvalme og fatigue er vanlige bivirkninger etter operasjon, noe som også forekom hos pasientene i artiklene (Norlyk og Harder 2011:169; Sjøstedt 2011:392-393; Aasa m.fl. 2013:1608). Smerte og kvalme skaper ikke bare stressreaksjoner for kroppen som gir økt risiko for komplikasjoner og forsinket rekonvalesering, men det skaper også usikkerhet hos pasientene i fast track (Kehlet 2008:792; Kehlet og Wilmore 2008:190-191; Specht m.fl. 2015:840). Artikkelen til Specht m.fl. forteller om hvordan pasientene var usikre på vurderingen av egen smerte og ikke visste når eller om de skulle ta ekstra smertestillende (2015:840). De var også redde for å bli avhengig av smertestillende eller andre bivirkninger disse måtte ha (ibid). Forskning viser at preoperativ informasjon om smertelindring har positiv effekt på nivået av postoperative smerter og er derfor en av grunnene til hvorfor det er viktig å informere om (Al-Azawy m.fl. 2015:273; Holm og Kummeneje 2009:14-15). For andre pasienter var det ikke smertene som var verst når de kom hjem, men heller det å ikke fungere optimalt, være slitne, kvalme og ha dårlig appetitt, og derfor ikke orke å gjennomføre mobilisering og de daglige målene fast track stilte (Norlyk og Harder 2011:168-170). Pasientene ga uttrykk for ikke å ha nok kunnskap til å håndtere disse symptomene på egenhånd, noe som førte til en følelse av utrygghet (Specht m.fl. 2015:840). Benner og Wrubel forklarer hvordan ukjente situasjoner skaper stress, og hvor situasjonen må analyseres og deretter handle ut fra vurderingen av denne analysen (2001:73 og 75). I dette tilfellet blir den ukjente situasjonen det at pasientene opplevde ikke å ha nok kunnskap om symptomer til å håndtere disse. Manglende informasjon i nye situasjoner kan i følge Eide og Eide gi en følelse av usikkerhet og utrygghet (2013:182). Liknende opplevelser erfarte jeg da jeg var i kirurgisk praksis, da ulike symptomer, men særlig smerte, ofte var et tema pasientene spurte mye om, selv om informasjon om symptombehandling også ble gitt skriftlig. Det var særlig en mannlig pasient som uttrykte dette tydelig for pleiepersonalet. Han var engstelig for hjemreisen fordi han følte ikke kroppen var helt normalisert og ikke fungerte som den skulle, i forhold til at han skulle klare seg hjemme alene.

Norlyk og Harder forklarer hvordan pasientene fokuserte mye på de kroppslige symptomene når de kom hjem og brukte mye tid på å finne gode forklaringer på dem, for så å handle deretter (2011:168). Selv om de hadde fått veiledningen og informasjonen om dette på sykehuset og at dette veide tungt i avgjørelser, stolte de likevel mer på seg selv og på egen kunnskap og kjennskap til kroppen da de kom hjem (ibid). Benner og Wrubel forklarer hvordan det er en naturlig prosess for mennesket å analysere situasjoner og dermed vurdere hva som skal gjøres, ut fra kroppslig intelligens og bakgrunnsforståelser (2001:66-68 og 69-70). Likevel var pasientene usikre på hvordan de skulle forholde seg til kroppslige symptomer ved hjemkomst og at de ikke hadde stor nok tillit til profesjonelle råd. Dette betyr at informasjonsflyten gjennom hele forløpet, med informasjon om kroppslige symptomer og håndtering av disse, er mangelfull og at pasientene ikke klarer å ta vare på seg selv i den grad fast track ønsker. God smertelindring og annen symptombehandling er forutsetninger for tidlig mobilisering og for at pasienten skal kunne rekonvalesere i hjemmet (Kehlet og Wilmore 2008:191).

Noen pasienter uttrykker at de hadde vanskeligheter med å huske hva som var blitt sagt på det preoperative informasjonsmøte (Bernard og Foss 2014:102; Aasa m.fl. 2013:1608). Noen kunne huske det ble snakket om smerte, mens andre husket noe annet (ibid). Dette betyr at selv om det har blitt snakket om, har ikke pasienten fått nok ut av informasjonsmøtet og har fremdeles ikke nok kunnskap om hvordan de skal ta vare på seg selv når han eller hun kommer hjem. Aasa m.fl. forklarer at pasientene oppfattet informasjonen som ble gitt forskjellig (2013:1608). De husket informasjon som dreide seg om det de var mest bekymret for og ønsket å få svar på (ibid). For noen dreide dette om smertelindring, for andre var dette om selve operasjonen (ibid). Vi ser at det blir nødvendig å gjenta informasjon for pasientene gjennom hele forløpet fordi pasienten fokuserer på det som bekymrer han eller henne mest for øyeblikket og har derfor ikke like stor mulighet til å ta inn informasjon som omhandler annet enn det som er av interesse akkurat i det øyeblikket (Aasa m.fl. 2013:1608). På en annen side, kan skriftlig informasjonen også være betydningsfullt. Dette utøves i fast track forløpet i dag, og er viktig å fortsette med (Husted 2012:19). Pasientene uttrykte at skriftlig informasjon var fordelaktig fordi de kunne følge med på hvordan de lå an i forløpet og til de gangene de trengte en påminnelse på hva som var blitt sagt (Specht m.fl. 2015:841; Aasa m.fl. 2013:1608). De likte også å ha den skriftlige informasjonen tilgjengelig for å kunne forberede seg ytterligere til det preoperative informasjonsmøte og for kjenne til hva som skulle skje videre (Bernard og Foss 2014:102; Sjøstedt 2011:394; Aasa m.fl. 2013:1607-1608). Skriftlig

informasjon kan være betydningsfullt fordi pasientene har noe å se tilbake på, ikke bare på sykehuset, men også når de kommer hjem og ikke har like lett tilgang på helsepersonell. Forskning sier at informasjon om smertelindring som ble gitt skriftlig og muntlig økte pasientenes forståelse og muligheten for at pasienten deltok mer i egen smertebehandling (Andersson m.fl. 2015:640). Det er grunn til å tro at muntlig og skriftlig informasjon om også andre symptomer kan sikre informasjonsflyten gjennom forløpet og dermed hjelpe pasienten til å være tryggere i symptombehandling hjemme. Etersom det i fast track stilles større krav til egenomsorg, er det viktig å være trygg i vurderinger rundt symptomer og rekonvalesering når pasienten kommer hjem (Norlyk og Harder 2011:165). Benner og Wrubel forklarer hvordan pasienten kan åpne opp for nytolkninger av ukjente situasjoner (2001:203). Sykepleieren kan bidra til å hjelpe dem til å drive bedre egenomsorg i slike situasjoner. Den skriftlige informasjonen kan og være god hjelp når pasienten har kommet hjem og ikke har helsepersonellet like lett tilgjengelig for å spørre om råd. Høy skriver at egenomsorg gjerne kommer naturlig som følge av sykdom eller skade, men etersom pasientene i fast track reiser tidligere hjem enn før, trenger de kanskje mer kunnskap for å kunne utføre den egenomsorgen som kreves (2012:160). Der står sykepleierne overfor en viktig oppgave, ved å sikre en god og allsidig informasjonsflyt gjennom hele forløpet, for å gjøre pasienten klar for hjemreise.

I artiklene kom det frem at pasienten opplever at det er mange følelser og inntrykk når man innlegges på sykehus; pasientene i artiklene opplevde det samme. Pasientene ønsket informasjon for å føle trygghet og for å redusere angst under innleggelsen, men også når de kom hjem og selv skulle behandle eventuelle symptomer som dukker opp, for eksempel kvalme, fatigue, etc. (Bernard og Foss 2014:104; Norlyk og Harder 2011:168-169; Sjøstedt 2011:392-393; Aasa m.fl. 2013:1607-1608). Specht m.fl. forklarer hvordan informasjonen trygget og beroliget (2015:840), noe Eide og Eide også forklarer at informasjon kan gjøre (2013:182). Likevel kunne informasjon gi usikkerhet dersom informasjonen ikke korrelerte med den informasjonen pasientene hadde fått skriftlig eller at sykepleierne ikke kunne svare på det pasientene spurte om (Norlyk og Harder 2011:170; Specht 2015 m.fl. 2015:841 og 843; Aasa m.fl. 2013:1607). I praksis opplevde jeg at noen pasienter var irriterte og oppgitte over personalet da det nærmet seg utskrivelse. En dame uttrykte stor misnøye og sa hun opplevde det uforsvarlig å reise hjem i hennes tilstand. Funksjonsnivået til alle pasientene tilsa at de var friske nok til å reise hjem, men det var tydelig at det var andre følelser som sto bak den irriterte og oppgitte holdningen de viste personalet. Mangelen på informasjon ved utskrivelse ga pasientene i artiklene følelsen av usikkerhet og utrygghet, og det er kanskje det samme

som denne damen og de andre pasientene jeg erfarte i praksis følte det og. Det å føle seg sett og få svar på spørsmål var betydningsfullt (Aasa m.fl. 2013:1607). Pasientene fikk tilbake en følelse av kontroll, noe de ellers hadde mistet når det gjaldt selve operasjonen (ibid). Å få prate med flere av helsepersonellet som var involvert i forløpet til pasienten, gjorde at tillitten til informasjonen som ble formidlet ble større (ibid). Imidlertid var det noen pasienter som fortalte at motstridene informasjon fra et helsepersonell til et annet, kunne gi usikkerhet og føre til tap av tillit til helsepersonellet (Sjøstedt 2011:396; Specht m.fl. 2015:840).

Sykepleierne som derfor kjenner til hele forløpet, kan trygge pasienten ekstra og fremme muligheten for at pasienten får et godt forløp og er bedre rustet til å ta inn informasjon (ibid). Sykepleieren må være aktiv og deltagende for å kunne fortolke pasienten og situasjonen, slik at han eller hun har mulighet til å forstå hva som kan hjelpe pasienten (Benner og Wrubel 2001:113).

Sykepleierne i artikkelen til Sjøstedt m.fl. presiserer betydningen av hva informasjon hadde for trygghetsfølelsen blant pasientene (2011:394). Gjennom formidling av kunnskap og god kommunikasjon ble pasientene rolige og mindre angstfulle (ibid). Ved Benner og Wrubels syn på sykepleierens spesielle anliggender, kan vi tolke det som at det er deres engasjement i arbeidet som gjør at pasientene får denne gode opplevelsen av informasjon gitt av sykepleierne (2001:116-117). Sykepleierens engasjement og omsorg for arbeidet, gjør at de forstår hva pasienten har bruk for å vite for å føle seg bedre og dermed vet hva som skal til for å sikre informasjonsflyten for den enkelte pasienten (ibid).

5.2 Helhetlig behandlingsforløp

I et helhetlig behandlingsforløp kan pasientens eksistensielle behov også være viktige å inkludere. Det kom nemlig frem i artiklene at pasientene ofte hadde spørsmål av mer eksistensiell art (Norlyk og Harder 2011:171; Sjøstedt 2011:392). Norlyk skriver at pasientene kan virke selvhjulpne ved utskrivelse, men at de opplever rekonvalesering hjemme som vanskelig (2012:186). Sykdommen gjør pasientene mer sårbare ettersom kroppen er endret og sykdommen fører til at pasientens tidligere livserfaring kanskje ikke passer inn i hverdagen fremover (Norlyk og Harder 2011:172). Ved hjemreise skal hverdagsrutinene gjenopptas og som noen pasienter forklarte, var det vanskelig å skulle både kjempe i mot kroppen og samtidig ta vare på den (Norlyk 2012:186; Norlyk og Harder 2011:168). Det kan

derfor være behov for samtaler før hjemreise, mellom pasientene og sykepleieren, hvor dypere spørsmål og informasjon blir diskutert. Slik kan pasienten være mer forberedt på at tiden hjemme ikke kun vil være å skulle behandle symptomer, men at man også kan støte på tanker og problemer som gjør rekonvaleseringen vanskeligere enn man antok. Benner og Wrubel forklarer hvordan omsorgen eller de spesielle anliggender kan trues ved ukjente situasjoner (2001:83). Dette betyr at noe av stor betydning for personen trues, og det er kanskje dette pasientene i artiklene opplever som at livet deres blir truet (ibid). Den måten pasientene har levd livet tidligere, er kanskje ikke mulig å fortsette i like stor grad. De må tilpasse seg hverdagen etter hvordan kroppen fungerer. Sykepleiere sitter inne med mye kunnskap som kan være av betydning for pasientene i disse situasjonene. Noen av pasientene uttrykte også å føle manglende kontroll over situasjonen (Aasa m.fl. 2013:1607). Dette var særlig gjeldende for selve operasjonen og hvordan den ville gå (ibid). Eide og Eide mener at informasjon kan gi kognitiv kontroll, og ved å gi informasjon kan det betrygge og skape forutsigbarhet (2013:182). Informasjon om flere ulike sider ved et operasjonsforløp, også de eksistensielle sidene, sikrer en mer helhetlig informasjonsflyt gjennom forløpet. Dette kan også gjøre pasienten tryggere i beslutninger som gjelder å håndtere både kroppslige symptomer, men også andre problemer som kan oppstå, før pasienten videre finner tilbake til en ny hverdag.

Benner og Wrubels syn på stress og hvordan det oppfattes ulikt hos hver enkelt, kan vise at sykepleieren må kartlegge pasienten godt for å vite bedre hva pasienten opplever i situasjonen (2001:86-87). Det å sikre et helhetlig forløp, med fokus også på det eksistensielle, er ikke bare viktig i vanlige kirurgiske forløp, men og i kirurgi som foregår i et fast track forløp. Det er kanskje vanskelig å inkludere eksistensielle behov i fast track forløpet fordi alt skal effektiviseres, men resultater viser at fokus på det eksistensielle etterspørres (Norlyk og Harder 2011:172). I artikkelen til Sjøstedt forteller sykepleiere om pasienter som tar opp eksistensielle spørsmål rett før operasjon (2011:392). Noen andre pasienter uttrykte at det var slitsomt å leve med de kroppslige symptomene, samtidig som de skal følge fast track forløpet og dets mål (Norlyk og Harder 2011:168). Pasientene følte seg sårbare og mentalt usikre på situasjonen og kroppens signaler, og det var derfor vanskelig å forsøke å finne tilbake til den gamle formen (ibid). Pasientene i artikkelen til Specht m.fl. forteller om situasjoner hvor pasientene balanserer mellom en indre kamp samtidig prøver å komme tilbake til hverdagen (Norlyk og Harder 2011:168). De var sårbare og skjøre ovenfor sin nye fysiske og psykiske tilstand før de fikk rekonvalesert og forsonet seg med sin nye tilstand (ibid). Slike nye

livssituasjoner krever kanskje dypere dialoger med informasjon, som gjerne er mer eksistensielle, kontra praktisk informasjon om hvordan behandle symptomer som smerte, kvalme, osv. Det er tydelig at pasientene har bruk for slik informasjon, også i fast track. Sjøstedt m.fl. forklarer hvordan sykepleierne i artikkelen var enige om at det var stort behov for informasjon som var riktig tilpasset hver enkelt pasient (2011:394). Benner og Wrubel forklarer hvordan pasientene kan mestre stress og nye, vanskelige situasjoner enten alene eller med hjelp av omsorgsgiver eller sykepleier, ved å sette situasjonen i nytt perspektiv og belyse flere sider av saken for å åpne opp for nye muligheter for mestring (2001:86-87 og 203). Det er derfor viktig at sykepleieren er aktiv og deltagende i møte med pasienten, slik at han eller hun lettere kan forstå hvordan pasienten opplever den nye situasjonen (Benner og Wrubel 2001:113). På den måten kan sykepleieren gi informasjon som pasientene kan ha bruk for, for å åpne opp for ny innsikt angående situasjonen (ibid).

5.3 Individuelle behov for informasjon

Informasjon er ikke kunnskap med mindre det er forstått, mener Scherman (2013b:76). Dette kan forklare hvordan informasjon ikke bare kan overleveres uten ytterligere ettertanke. I lovverket og i de Yrkesetiske retningslinjene for sykepleieren står det at sykepleiere må tilpasse informasjonen til pasientens situasjon og kapasitet, og videre forsikre seg om at informasjonen har blitt forstått (Norsk Sykepleierforbund 2011, punkt 2.4; Pasient- og brukerrettighetsloven 1999 § 3-5). Benner og Wrubel forklarer hvordan sykepleieren med sitt personlige engasjement i yrket gjør det mulig å fortolke pasientens opplevelse av situasjonen og dermed vurdere hvilket behov pasienten har for informasjonen, og hvordan tilpasse den til pasienten (Benner og Wrubel 2001:113). Av informasjonen som ble gitt under fast track forløpet, var det ulike oppfattelser av hva som var blitt fortalt (Bernard og Foss 2014:102; Sjøstedt 2011:394; Specht m.fl. 2015:841; Aasa m.fl. 2013:1607). Sykepleierne fortalte at pasientene ikke fikk med seg alt av hva som var blitt sagt og mange pasienter mente de hadde fått for mye informasjon (ibid). Sykepleierne i Jeff og Taylors artikkel forteller at de tilpasser fast track forløpet til pasienten etter behov (2014:23). Likevel viser det seg at pasientene får med seg ulik mengde informasjon (ibid). Det kan være avhengig av hva de fokuserer på, hva de ønsker å ha svar på, om de har hatt tid til å forberede seg og tid til å bearbeide hva som har blitt sagt (ibid). Noen uttrykte at pårørende var til stor hjelp for å kunne bearbeide all informasjonen som var blitt gitt (Specht m.fl. 2015:843; Aasa m.fl. 2013:1608). Pasienter har

altså ulike forutsetninger for å forstå og ta inn informasjon. Den må bearbeides og integreres i pasienten, slik at det blir til kunnskap pasienten kan bruke til å ta vare på seg selv etter hjemreise.

Benner og Wrubel nevner kroppslige intelligens og og bakgrunnsforståelser som forutsetninger for hvordan pasienten forstår informasjon og hva de har av kunnskap fra før (2001:66-68 og 69-70). Dette sammen med situasjonen og spesielle anliggender, gjør at pasienten kan handle og ta valg i de situasjonene pasienten er i (Benner og Wrubel 2001:75). Men hva gjør pasientene når de havner i en ny situasjon? I situasjonen som pasient i et fast track forløp, som skal gjennomgå operasjon og videre skal hjem for rekonvalesering? Hvordan mestre denne nye situasjon, og hva må man vite? Benner og Wrubel forklarer at sykdom omtrent alltid fører til endrede kontekster eller situasjoner og kan føre til stress (2001:83; gjenfortalt i Kirkevold 1998:202). Det oppleves som at noe verdifullt trues, og pasienten må stoppe opp i situasjonen og analysere, med bakgrunn i tidligere erfaringer, for å vite hva han skal gjøre nå (ibid). Kanskje er det omsorgen til livet til pasienten som trues, med alle dets relasjoner og verdier. Til tross for at Benner og Wrubel skriver at alle mennesker oppfatter sykdom forskjellig, har pasienten fremdeles behov for informasjon og ny innsikt for å vite hvordan han skal handle, hva han skal gjøre (2001:30-31). Ut fra Benner og Wrubels syn på hvordan pasienten handler ut fra bakenforliggende kunnskap, kan man tro at pasienten ikke har mulighet til å ta alle de mulige valgene i en gitt situasjon på grunn av manglende erfaring (2001:203). Pasienten kan likevel få hjelp til å tolke hvordan en ny, ukjent situasjon skal mestres, ut fra hva pasienten selv anser som viktig og riktig å gjøre (2001:86-87). Det kan for eksempel være å søke informasjon eller å ikke gjøre noe (ibid). Sykepleieren kan bidra til at pasienten ser situasjonen fra en annen side som kan gjøre at pasienten opplever situasjonen annerledes og videre handle deretter. Sykepleieren må bidra til en allsidig informasjonsflyt gjennom hele forløpet, slik at pasienten har større mulighet til å mestre ukjente situasjoner. Vi ser at et samarbeid er nødvendig for å finne ut hva som er best for pasienten og hva han har behov for å vite. Med fast tracks fokus på effektivisering kan man fort glemme de psykiske bekymringene som oppstår ved å skulle reise tidligere hjem. Det er derfor viktig at sykepleieren er åpen og lydhør for hva pasienten har behov for, og dermed hva sykepleieren kan bidra med for å trygge situasjonen.

Benner og Wrubels forklarer at mennesker har ulike oppfattelser av sykdom (Benner og Wrubel 2001:30-31). Scherman gjør og det, men fokuserer mer på konflikten som kan oppstå

mellom helsepersonell og pasient hvis det er ulike oppfattelser av sykdom (Scherman 2013a:42 og 72; Scherman 2013b:78-79 og 82). Ettersom helsepersonell jobber med sykdom og helse hver dag, kjenner til årsaker og virkning, bruker fagspråk når de snakker med hverandre, og generelt har mer teoretisk kunnskap, har de kanskje et annet forhold til sykdom enn det pasienten har (ibid). Sjøstedt m.fl. forklarte hvordan sykepleierne opplevde at pasientene ikke skjønnte helt hva de skulle igjennom (2011:394). Dette kan være et eksempel på den konflikten Scherman mente kunne oppstå mellom helsepersonell og pasient. Det er derfor viktig at informasjonsflyten gjennom forløpet ikke blir for komplisert, men at sykepleierne tilpasser informasjonen til et mer forståelig språk for pasienten. Det å sikre at pasienten forstår hva som har blitt sagt gir fordeler for begge parter. Pasientene opplever et mer helhetlig behandlingsløp og stiller sterkere når han eller hun skal klare seg hjemme. På den andre siden etterfølger sykepleieren de elementene som er bestemt innenfor fast track og bidrar dermed til at fast track forløpet fungerer optimalt for begge parter, helsevesenet og pasienten.

6 Konklusjon

Denne litteraturstudien viser hvilke ulike opplevelser og behov pasienter har for informasjon i et fast track forløp, og at informasjonsflyten ikke kan sikres uten ytterligere gjennomtenkning. Informasjonen kan ikke bare overføres, den må også forstås. Den må bearbeides og integreres i pasienten, slik at den er forståelig og at pasienten utøver egenomsorg med bakgrunn i egen kunnskap. Informasjonen som blir gitt, må også samsvare med det som har blitt sagt av et annet helsepersonell under samme forløpet for å ikke skape frustrasjon for pasienten. Ved å ha fokus på å gjenta informasjonen gjennom hele forløpet, utlevere skriftlig informasjon om symptombehandling, samt å ta opp eksistensielle temaer i samtaler med pasienten, kan sykepleier bidra til å møte flere spektrere av pasientens følelser vedrørende fast track forløpet og videre optimalisere pasientens opplevelse av forløpet. Selv om praktisk informasjon om fast track forløpet er viktig å gi pasienten, er det viktig å være observant på hva pasienten har behov for av informasjon, og om noen har behov for ytterligere informasjon av eksistensiell art. Sykepleieren er ansvarlig for å sikre informasjonsflyten gjennom et fast track forløp, men den kan ikke bli optimal hvis ikke sykepleieren og pasienten samarbeider for å tydeliggjøre hva pasienten egentlig har behov for å vite.

Noe som ikke ble tatt med i drøftingen, er fokuset på de ulike operasjonene i fast track og dermed de ulike behov pasientene har for informasjon. Noen av pasientene i et fast track forløp skal ha en operasjonen som en del av en kreftbehandling, noen har behov for cellegift i etterkant, mens andre skal få en kneprotese (Husted 2012; Norlyk og Harder 2011:167). Behovet for informasjon, blant annet om tiden etter operasjonen, kan være veldig forskjellig fra operasjon til operasjon. Artiklene viste at det var flere pasienter som hadde behov for informasjon og samtaler av eksistensiell art (Sjøstedt m.fl 2011:392; Norlyk og Harder 2011:167)

6.1 Begrensninger og videre forskning

Metodevalget systematisk litteratursøk opplevde jeg som det best egnede for temaet og problemstillingen, med tanke på hva jeg kunne finne av funn og oppgavens omfang. Jeg har likevel oppdaget at metoden har sine begrensninger på grunn av at konseptet fast track er relativt nytt og at det ikke er mye forskning som har et pasientrettet fokus i fast track. Derfor måtte jeg inkludere pasienter som gjennomgikk flere forskjellige typer operasjoner, selv om

alle var fast track forløp. I videre forskning ville det vært spennende å se pasienters opplevelse av informasjon under fast track forløp innenfor kun hofte- og kneproteseoperasjoner eller kun ved colonoperasjoner, for å kunne sammenligne opplevelsene mellom de ulike operasjonene.

7 Litteraturliste

Al-Azawy, M., Oterhals, K. og Fridlund, B. (2015). Premedication and preoperative information reduces pain intensity and increases satisfaction in patients undergoing ablation for atrial fibrillation. A randomised controlled study. *Applied Nursing Research*, 28 (4):268–273

Andersson, V., Otterstrom-Rydberg, E. og Karlsson, A-K. (2015). The Importance of Written and Verbal Information on Pain Treatment for Patients Undergoing Surgical Interventions. *Pain Management Nursing*, 16 (5):634-641.

Bastøe, L-K.H. og Frantsen, A-M. (2012). Kapittel 16: Søvn og hvile. I: N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt og E-A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie 2. Grunnleggende behov*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Benner, P. og Wrubel, J. (2001). *Omsorgens betydning i sykepleje. Stress og mestring ved sundhed og sykdom*. København: Munksgaard.

Bernard, H. og Foss, M. (2014). Patient experiences of enhanced recovery after surgery (ERAS). *British Journal of Nursing*, 23 (2):100-106

Berntzen, H. m.fl. (2013). Kapittel 9: Perioperativ og postoperativ sykepleie. I: H. Almås, D-G. Stubberud og R. Grønseth (red.). *Klinisk sykepleie 1*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, og Eide (2013). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Foss, M. og Bernard, H. (2012). Enhanced recovery after surgery: implications for nurses. *British Journal of Nursing*, 21 (4):221-223.

Helsedirektoratet (2016). *Pasient og brukerrettighetsloven*. Hentet 14.03.16 fra <https://helsedirektoratet.no/lover/pasient-og-brukerrettighetsloven>

Helsepersonelloven. Lov av 2. juli 1999 nr 64 om helsepersonell m.v.

Hjort-Jakobsen, D., Rud, K., Kehlet, H. og Egerod, I. (2014). Standardising fast-track surgical nursing care in Denmark. *British Journal of Nursing*, 23 (9):471-476.

Holm, S. og Kummeneje, H. (2009). Kapittel 1: Preoperativ sykepleie. I: S. Holm, og H. Kummeneje. (2009). *Pre- og postoperativ sykepleie. Med dagkirurgi*. 2. utg. Oslo: Fagbokforlaget.

Husted, H. (2012). Fast-track hip and knee arthroplasty: clinical and organizational aspects. *Acta Orthopaedica. Supplementum* 83 (346):1-39.

Hørmann, E. (2013). 3.1.1 Litteratursøgning. I: S. Glasdam (red.). (2013). *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Høy, B. (2012). Kapitel 9: Sundhedsfremmende egenomsorg. I: B. Martinsen, A. Norlyk, og P. Dreyer (red). *Patientperspektivet. En kilde til viden*. København: Munksgaard.

Jeff, A. og Taylor, C. (2014). Ward nurses' experience of enhanced recovery after surgery: a grounded theory approach. *Gastrointestinal Nursing*, 12 (4):23-31.

Kehlet, H. (1997). Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *British Journal of Anaesthesia*, 78 (5):606-617.

Kehlet, H. (2008). Fast-track colorectal surgery. *The Lancet*, 371 (9615):791-793.

Kehlet, H. og Thienpont, E. (2013). Fast-track knee arthroplasty – status and future challenges. *The Knee*, 20 (1):29–33.

Kehlet, H. og Wilmore, D. (2008). Evidence-Based Surgical Care and the Evolution of Fast-Track Surgery. *Annals of Surgery*, 248 (2):189-198.

Kirkevold, M. (1998). Kapittel 11: Patricia Benner og Judith Wrubels omsorgsteori. I: M. Kirkevold. *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*. 2 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Mathisen, J. (2012). Kapittel 26: Sykepleie ved livets avslutning. I: N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt og E-A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie 3. Pasientfenomener og livsutfordringer*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norlyk, A. (2012). Kapitel 10: Korte indlæggelsesforløb og restitution i eget hjem. I: B. Martinsen, A. Norlyk, og P. Dreyer (red). *Patientperspektivet. En kilde til viden*. København: Munksgaard.

Norlyk, A. og Harder, I. (2011). Recovering at home: participating in a fast-track colon cancer surgery programme. *Nursing Inquiry*, 18 (2):165-173.

Norsk senter for forskningsdata (2016). Vitenskapelig publisering. *Database for statistikk om høgre utdanning*. Hentet 14. mars 2016 fra <http://dbh.nsd.uib.no/pub/hjelp.jsp>

Norsk Sykepleierforbund (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler. Oslo: NSF.

Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov av 2. Juli 1999 nr 64 om pasient- og brukerrettigheter*.

Philp, S., Carter, J., Pather, S., Barnett, C., D'Abrew, N. og White K. (2014). Patients' satisfaction with fast-track surgery in gynaecological oncology. *European Journal of Cancer Care*, 24 (4):567-573.

Sand, O., Sjaastad, Ø.V., Haug, E. og Bjålie, J.G. (2011). Kapittel 13: Fordøyelsessystemet. I: O. Sand, Ø.V. Sjaastad, E. Haug og J.G Bjålie. *Menneskekroppen. Fysiologi og anatomi*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Scherman, M.H. (2013a). Kapitel 2: Samma sjukdom – olika betydelser. I: B.K. Söderkvist (red.). *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur AB.

Scherman, M.H. (2013b). Kapittel 3: Att lära sig ha en sjukdom. I: B.K. Söderkvist (red.). *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur AB.

Sjöstedt, L., Hellström, R. og Stomberg, M.W. (2011). Patients' Need for Information Prior to Colonic Surgery. *Gastroenterology Nursing*, 34 (5):390-397.

Slørdal, L. og Rygnestad, T. (2013). Kapittel 27: Legemidler ved smerter. I: H. Nordeng og O. Spigset (red.). *Legemidler og bruken av dem*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Specht, K., Kjaersgaard-Andersen, P. og Pedersen, B.D. (2015). Patient experience in fast-track hip and knee arthroplasty – a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 25 (5-6):836-845.

Aasa, A., Hovbäck, M. og 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.