Patienternas upplevelse av att vara fastande inför akutoperation

Författare: Eugènia Furumula Larsson
Handledare: Afsaneh Roshanai
Uppsatskurs, avancerad nivå 15hp
Examinator: Maria Carlsson
Uppsatskurs vårdvetenskap D
Ht 2012
SAMMANFATTNING

Bakgrund: Preoperativ fasta har under många år varit en traditionell metod för att minska risken för aspiration medan patienten är under generell anestesi och för att eliminera risken för postoperativ illamående och kräkningar. Studier visar att trots riktlinjer och rekommendationer gällande preoperativ fasta fastar många patienter i onödan i flera dagar än nödvändigt. Detta kan orsaka skador och obefann hos patienten som till exempel: törst, huvudvärk, illamående, svaghet och trötthet.

Syfte: Syfte med denna studie var att undersöka hur patienter upplever fasta mer än 12 timmar innan en akutoperation.


Resultat: Analyserna resulterade i fyra kategorier: Preoperativ information, upplevelse av fasta, hantering av preoperativ fasta och upplevelse av preoperativ tid och åtta underkategorier: Bristfällig information, tillräcklig information, bristfällig kunskap trots tidigare vårderfarenhet, fysisk påverkan, psykisk påverkan, strategi, väntetid och fastetid.


Nyckelord: preoperativ fasta, upplevelse, akut operation, preoperativ vård, information, anestesi.
ABSTRACT

**Background:** Preoperative fasting for many years has been a traditional method of reducing the risk of aspiration while the patient is under general anesthesia, and eliminating the risk of postoperative nausea and vomiting. Studies indicate that despite guidelines regarding preoperative fasting, many patients fast longer than necessary. This can cause damage and discomfort for patients including: thirst, headache, nausea, weakness and fatigue.

**Aim:** The aim of the current study was to investigate patients’ experience of fasting more than 12 hours before emergency surgery.

**Method:** The study had a qualitative approach. In total, 12 patients who underwent emergency surgery were included. Data was collected through a semi-structured interview, using open-ended questions following an interview guide. Collected data were analyzed using manifest content analysis according to Graneheim and Lundman.

**Result:** Analyzes resulted in four categories: Preoperative information, experience of fasting, handles preoperative fasting and experiences of the preoperative period and eight subcategories: Lack of information, enough information, lack of knowledge despite previous nursing experience, physical impact, psychological impact, strategy, waiting time and fasting time.

**Conclusion:** Participants in the study experienced lack of information and knowledge of the preoperative fasting importance. This study showed that patients, waiting for emergency surgery in the emergency department fast longer than necessary despite existing guidelines and recommendations of the Swedish Society of Anaesthesia and Intensive care (SFAI) regarding preoperative fasting. Patients who have undergone appendectomy fasted between 13.5 to 28 hours (M = 22.2), whereas those which had undergone cholecystectomy attached between 12-48 hours (M = 25.6). This caused experience of physical and psychological discomfort for the patients.

**Keywords:** Preoperative fasting, experience, emergency surgery, preoperative care, information and anesthesia.
Innehållsförteckning
SAMMANFATTNING ...................................................................................................................... 2
ABSTRACT ........................................................................................................................................ 3
Innehållsförteckning .......................................................................................................................... 4
1. INLEDNING ................................................................................................................................... 6
2. BAKGRUND ................................................................................................................................... 6
   2.1. Teoretisk referensram - Erikssons lidande teori ................................................................. 7
   2.2. Sjuksköterskans ansvar och kompetens inom omvårdnad ..................................................... 8
   2.3. Riktlinjer för preoperativ fasta ............................................................................................ 9
   2.5. Patientens upplevelse av fasta ........................................................................................... 9
   2.6. Behov av patientinformation ............................................................................................. 10
3. PROBLEMFORMULERING ......................................................................................................... 10
4. SYFTE ........................................................................................................................................ 10
5. METOD ........................................................................................................................................ 10
   5.1. Design ...................................................................................................................................... 10
   5.2. Urval och bortfall .................................................................................................................. 10
   5.3. Datainsamling ....................................................................................................................... 11
   5.4. Procedur .................................................................................................................................. 11
   5.5. Dataanalys ............................................................................................................................. 11
   5.6 Etiska aspekter ....................................................................................................................... 12
   6.1. Intervjupersonaer .................................................................................................................... 12
6. RESULTAT ...................................................................................................................................... 12
   6.2. Kategorierna .......................................................................................................................... 13
7. DISKUSSION .................................................................................................................................. 17
   7.1 Resultatdiskussion.................................................................................................................... 17
      7.1.1 Preoperativ information ................................................................................................... 17
   7.1.2 Upplevelse av fasta ........................................................................................................... 17
   7.1.3 Hantering av preoperativ fasta ......................................................................................... 18
7. 1. 4 Upplevelse av preoperativ tid ................................................................. 18
7. 2 Metodiskussion ........................................................................................................ 18
8. SLUTSATS .................................................................................................................... 19
8. 1 Kliniska implikationer ............................................................................................... 20
8. 2 Framtida forskning ................................................................................................... 20
9. REFERENSER .............................................................................................................. 21
10. BILAGOR .................................................................................................................... 22
    Bilaga 1 ......................................................................................................................... 22
    Bilaga 2 ......................................................................................................................... 23
    Bilaga 3 ......................................................................................................................... 24
1. INLEDNING

Att förebygga sjukdom och ohälsa och att minska onödigt lidande ingår i sjuksköterskors omvårdnadsansvar. Det ställer stora krav på deras kompetens och kunskap om fasterutiner samt vilka konsekvenser blir av fasta inför akutoperation. Syftet med detta arbete är därför att få ökad förståelse för patientens upplevelse av att vara fastande inför en akutoperation. Detta i sin tur kan leda till att vårdpersonalens kunskap om preoperativ fasta och hur patienter upplever den ökar.

2. BAKGRUND
Fasta definieras som att avstå från mat och dryck. Att vara fastande (i klinisk betydelse) innebär att föda eller dryck inte intagits under de senaste 6 timmarna. För laboratorieprover skall fastan oftast pågå under minst 12 timmar (3). Preoperativ fasta har under många år varit en traditionell metod för att minska risken för aspiration medan patienten är under generell anestesi samt för att eliminera risken för postoperativ illamående och kräkningar. Även om det därmed är allmänt accepterat att fasta är nödvändigt ska den anpassas till den enskilda patienten och tidpunkten för dennes operation. Utan denna anpassning fastar patienter ofta mycket längre än nödvändigt före operation (4).

Crenshaw m.fl. (5) genomförde en studie på 155 patienter på ett sjukhus i USA. Syftet var att jämföra deras preoperativa fasterutiner och tillämpning av American Society of Anesthesiologists (ASA) rekommendationer från 1999 för fastetider för vätskor och fasta föda. Resultatet visar att majoriteten av patienterna var instruerade att fasta från midnatt för både vätskor och fast föda. Detta oavsett om operation var planerad till 07.00 eller 14.00 nästa dag. I genomsnitt fastade patienter från vätskor i 12 timmar och från fast föda i 14 timmar. Visa patienter fastade upp till 20 timmar från vätskor och 37 timmar från fast föda. Baril m.fl. (6) gjorde en studie på 200 patienter på ett sjukhus i Boston och det visade sig att patienterna fastade i 5 till 23 timmar före kirurgi, med en genomsnittlig fastetid av 11,70 timmar. Av dessa patienter fick 67 % fasta under minst 12 timmar och 50 % under mer än 14 timmar.
Dessa fastor var betydligt längre än de som rekommenderas av ASA, vilket indikerar att onödig preoperativ fasta är en fråga som kräver uppmärksamhet. Författarna (5) drar slutsatsen att ett ökat samarbete mellan sjuksköterskor och läkare behövs för att säkerställa att instruktioner kring fasta är förenliga med ASA-riktlinjer och att patienterna förstår dessa direktiv. En studie utförd av Hausel m.fl. (7) visar att fritt intag av en kolhydratrik klar dryck fram till två timmar före anestesi vid elektiv kirurgi är säker och förbättrar det subjektiva välbefinnandet.

Chapman (8) visade att 50 % av narkosläkarna i studien kände till de nya rönen gällande fasterutiner men ingen sjuksköterska var medveten om dessa rekommendationer. Det framkom också att sjukhus saknade tydliga riktlinjer angående preoperativ fasta vilket medverkade till långa fasteperioder. I Woodhouse (9) studie uppgav majoriteten av sjuksköteskor att det fanns betydande hinder med att individualisera preoperativ fasta inom organisation. Dessa var kommunikationssvårigheter, brist på kunskap samt begränsad autonomi när det gäller att förändra praxis och en tillvägagångssättet i operationsrummet som bidrar till att patienter fastar under längre tid än nödvändigt.

Även Bothamley m.fl. (10) lyfter fram negativa fysiologiska effekter av överdrivet fastande det vill säga hypoglykemi, elektrolytrubbningar, dålig sårläkning, ökad risk att utveckla trycksår och försämrat immunförsvar. Fastandet som en del av den preoperativa vården innebär därför en form av lidande vilket förklaras i kommande avsnitt.

2.1. Teoretisk referensram - Erikssons lidande teori

Enligt Eriksson (11) utgör lidande en del av allt mänskligt liv vilket kan ha en negativ och en positiv dimension. Lidandet är en kamp mellan det onda och det goda, eller lidandet och lusten. Eriksson menar att det finns tre olika former av lidande inom vård; sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande.

Sjukdomslidande är det lidande som upplevs i relation till sjukdom och behandling och består av två kategorier; kroppslig smärta och själsamt och andligt lidande. Kroppslig smärta försakas av sjukdom eller dess behandling. Själsamt och andlig lidande orsakas däremot av upplevelser av förnedring, skam och/ eller skuld som människan erfär i relation till sin sjukdom eller behandling. Detta kan upplevas dels av patienten själv men även uppstå på grund av en dömande attityd från vårdpersonalen eller det sociala sammanhanget som omger patienten (11).


Livslidande är enligt Eriksson det lidande som är relaterat till vad det kan innebära att som människa leva bland andra människor. Det kan vara allt från ett hot mot ens totala existens till en förlust av möjligheten att fullfölja olika sociala uppdrag. Lidande relaterat till sjukdom kan det enligt Erikson (11) lindras genom följande punkter:


Bristande följsamhet av preoperativa fasterutiner, kunskapsbrist hos personal om fastans orsak och konsekvenser kan medverka till långa fasteperioder vilket innebär ett vårdlidande för patienter. Det är sjuksköterskans ansvar och skyldighet att lindra lidande och förhindra förekomst av vårdlidande. Vårdlidande är ett onödig lidande som bör elimineras enligt Eriksson (11).

Millar (2) anser att sjuksköterskor har en viktig roll i att säkerställa att preoperativa patienter inte fastar längre än nödvändigt för att undvika onödiga negativa hälsoeffekter såsom viktminskning och preoperativ uttorkning vilket i sin tur kan öka förekomsten av postoperativt illamående och kräkningar (PONV) samt lidande (2).

2.2. Sjuksköterskans ansvar och kompetens inom omvårdnad

Enligt Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1993:17) innebär omvårdnad att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov, att minska lidande samt att ge möjlighet till en värdig död. Omvårdnad omfattar även åtgärder i syfte att skapa en hälsofrämjande miljö, att undanröja smärta och obehag samt att ge stöd och hjälp åt patienter i deras reaktioner på sjukdom, trauma, funktionshinder och i behandlingssituationer (14). I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska framgår att en av sjuksköterskans arbetsuppgifter är att uppmärksamma och möta patientens sjukdomsupplevelse och lidande och så långt som möjligt lindra detta genom adekvata åtgärder (15). Enligt International Council of Nurses (ICN) etiska kod har sjuksköterskan fyra grundläggande ansvarsområden:
att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa och att lindra lidande (14). I sjuksköterskans uppgift ingår att följa riktlinjerna för preoperativ fasta.

2.3. Riktlinjer för preoperativ fasta

År 1999 utvecklade ASA riktlinjer som stödjer mer liberala preoperativa fasterekommen. Dessa fastereuter har nu genomförts i de flesta länder. Inför elektiva kirurgi tillåts vanligen klar dryck fram till två timmar före anestesi och fast föda fram till sex timmar (6,15,16). SFAI rekommenderar ett antal riktlinjer hos patienter med normal ventrikeltömning inför elektiv operation. Klar vätska (vatten, te, kaffe, klar saft/fruktjuice utan fruktkött och speciell preoperativ kolhydratdryck) bör intas fram till två timmar innan anestesi. All fast och halvfast föda inklusive mjölkprodukter tillåts fram till sex timmar. Bröstmjölk/bröstmjölsersättning rekommenderas fram till fyra timmar inför anestesi till barn yngre än sex månader. Vid akut kirurgi och för patienter med känd eller misstänkt långsam ventrikeltömning görs en individuell bedömning (17).

SFAI:s riktlinjer tillämpas även på akutvårdsavdelningar. Vid akuta kirurgiska ingrepp gäller generellt att patienten skall vara fastande för drycker samt halvfast och fast föda. Handläggningen av anestesin för dessa patienter styrs individuellt och anpassas enligt eventuell risk för aspiration samt operationsbehovet (17).

2.5. Patientens upplevelse av fasta
Madsen et al (19) gjorde en studie på 50 elektiva kirurgipatienter vid ett sjukhus där patienter fastar från midnatt dagen innan operation. Detta oavsett om operationen sker tidigt eller sent på dygnet. Det visade sig att 30 % av patienterna hade huvudvärk, 92 % muntorrhet och 90 % angav att deras törst orsakade dem ett stort obehag efter operationen. Resultat av denna studie visar att törst orsakade betydligt mer obehag för patienten än att inte kunna äta, sova eller att känna oro inför operationen. Enligt Madsen et al (19) beskrev patienter också att deras besvär
av törst var ännu större när de vaknade upp ur narkosen än vad den hade varit före operationen.

2.6. Behov av patientinformation

3. PROBLEMFORMULERING

4. SYFTE
Syfte med denna studie var att undersöka hur patienter upplever fasta mer än 12 timmar innan en akutoperation.

5. METOD
5.1. Design
I denna studie tillämpades deskriptiv design med kvalitativ ansats.

5.2. Urval och bortfall
Deltagarna bestod av kirurgipatienter som skrevs in på akutvårdsavdelningen och genomgick akut operation under perioden 15 april till 5 maj 2012. En genomgång av samtliga inneliggande patienter på akutvårdsavdelningen genomfördes för att avgöra vilka patienter som fyllde kraven för att delta i studien. De patienter som anmäldes till akutoperation och varit fastande mer än 12 timmar tillfrågades om deltagande i studien. Inklusionskriterierna var dessutom, att de var mellan 18 och 70 år, kunde svenska språket samt uppfattades ha fullgod kognitiv förmåga. Enligt Kvale (21) bör antalet deltagare i en intervjustudie vara 5-15 personer. I denna studie, inkluderades 12 patienter (fyra män och åtta kvinnor) mellan 21-67 år (M= 49,1), vilket betraktas som lämplig enligt Kvale (21). En deltagare (IP 8) hade varit
fastande under fyra timmar och denne togs bort från studien eftersom kriterierna inte uppfylldes.

5.3. Datainsamling
Data samlades in genom en semistrukturerad intervju med öppna frågor enligt en intervjuguide (bilaga 1). En inspelad intervju, bestående av sju frågor, pilottestades för att värdera frågornas kvalitet och lämplighet. I samband med pilotstudien togs den sista intervjufrågan som handlade om hur patienten mår efter operationen bort eftersom bedömdes vara irrelevant för studiens syfte.

5.4. Procedur
Med verksamhetschefens tillstånd (bilaga 2) genomfördes en genomgång av samtliga inneliggande patienter på akut vårdsavdelningen för att avgöra vilka patienter som skulle tillfrågas att delta i studien. Deltagarna i studien fick muntlig och skriftlig information om studiens syfte och metod (bilaga 3) och deras muntliga samtycke inhämtades. Intervjuerna genomfördes dag två efter operation med hänsyn till patientens allmäntillstånd efter operation (sederings, smärta, illamående etc). Intervjuerna som tog mellan 15-20 minuter genomfördes på avdelningens samtalsrum och spelades in med hjälp av en diktafon.

5.5. Dataanalys
Den insamlade datan bearbetades med hjälp av manifestinnehållsanalys som enligt författarna är en analys av de synliga och uppenbara komponenterna i texten (22). Detta innehåll kallas för manifest till skillnad från den latenta analysen som innebär att forskaren gör en tolkning av den underliggande meningens med texten. Exempel på detta redovisas i tabell 1. Graneheim och Lundman (22) menar att både det manifesta och latenta innehållet rör tolkningar men att dessa varierar i djup och graden av abstraktion.


Tabell 1. Exempel på meningsbärande enheter, koder, underkategorier samt kategorier.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Meningsbärande enhet</th>
<th>Kondenserad meningsbärande enhet</th>
<th>Kod</th>
<th>Underkategori</th>
<th>Kategori</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>IP1: Inför operation har jag inte fått någon information förutom att man inte får dricka eller äta efter ett visst klockslag</td>
<td>Ingen annan information än att man inte får äta eller dricka efter viss tid</td>
<td>Upplever brist på information</td>
<td>Bristande information</td>
<td>Preoperativ</td>
</tr>
</tbody>
</table>
5. 6 Etiska aspekter
Tillstånd för att genomföra studien inhämtades av verksamhetschefen (bilaga 2). Studien var en del av avdelningens kvalitetsarbete och enligt lagen om etikprövning behövdes ingen separat ansökan för denna studie till någon etisk kommitté (23). Deltagarna i studien fick muntlig och skriftlig information om studiens syfte och metod (bilaga 3) och lämnade muntliga samtycken. Patienterna informerades om att ett eventuellt deltagande i studien var helt frivilligt och att det när som helst kunde avbrytas utan att anledningen behövde motiveras. Vidare informerades patienterna om att all data skulle behandlas konfidentiellt och att resultatet skulle presenteras på gruppnivå vilket omöjliggör identifiering av enskilda individers svar. Patienterna upplystes om att informationen som samlades in under studien skulle avidentifieras före analys och förvaras i ett inlåst arkiv oåtkomligt för obehöriga. Utöver författaren var det endast handledarna som hade tillgång till materialet. Patienterna informerades om att allt material skulle förstöras efter att uppsatsen var skriven.

6. RESULTAT

6. 1. Intervjupersoner
Patienter på akutvårdsavdelningen vilka deltog i studien intervjuades om deras upplevelse av att vara fastande inför en akutoperation. En utförligare beskrivning av intervjupersonernas kön, ålder, operationstyp, väntetid inför operation, fastetid samt användning av vätska intravenös återfinns i tabell 2.
Tabell 2. Deltagarnas karaktäristiska

<table>
<thead>
<tr>
<th>Intervjuperson</th>
<th>Kän</th>
<th>Ålder</th>
<th>Operation</th>
<th>Väntetid inför operation</th>
<th>Fastetid</th>
<th>Vätska intravenös (Ja/Nej)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>IP 1</td>
<td>Kvinna</td>
<td>62</td>
<td>Kolecystectomi</td>
<td>&gt;12 timmar</td>
<td>&gt;12 timmar</td>
<td>Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>IP 2</td>
<td>Kvinna</td>
<td>60</td>
<td>Kolecystectomi</td>
<td>&gt;12 timmar</td>
<td>&gt;12 timmar</td>
<td>Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>IP 3</td>
<td>Man</td>
<td>38</td>
<td>Appendectomi</td>
<td>&gt;12 timmar</td>
<td>&gt;12 timmar</td>
<td>Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>IP 4</td>
<td>Kvinna</td>
<td>44</td>
<td>Appendectomi</td>
<td>&gt;12 timmar</td>
<td>&gt;12 timmar</td>
<td>Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>IP 5</td>
<td>Kvinna</td>
<td>67</td>
<td>ERCP+ stent</td>
<td>&gt;12 timmar</td>
<td>&gt;12 timmar</td>
<td>Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>IP 6</td>
<td>Kvinna</td>
<td>67</td>
<td>Kolecystectomi</td>
<td>&gt;12 timmar</td>
<td>&gt;12 timmar</td>
<td>Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>IP 7</td>
<td>Kvinna</td>
<td>57</td>
<td>Kolecystectomi</td>
<td>&gt;12 timmar</td>
<td>&gt;12 timmar</td>
<td>Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>IP 8</td>
<td>Kvinna</td>
<td>29</td>
<td>Appendectomi</td>
<td>&gt;12 timmar</td>
<td>&gt;12 timmar</td>
<td>Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>IP 9</td>
<td>Man</td>
<td>54</td>
<td>Appendectomi</td>
<td>&gt;12 timmar</td>
<td>&gt;12 timmar</td>
<td>Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>IP 10</td>
<td>Man</td>
<td>50</td>
<td>Appendectomi</td>
<td>&gt;12 timmar</td>
<td>&gt;12 timmar</td>
<td>Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>IP 11</td>
<td>Man</td>
<td>41</td>
<td>Appendectomi</td>
<td>&gt;12 timmar</td>
<td>&gt;12 timmar</td>
<td>Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>IP 12</td>
<td>Man</td>
<td>21</td>
<td>Appendectomi</td>
<td>&gt;12 timmar</td>
<td>&gt;12 timmar</td>
<td>Ja</td>
</tr>
</tbody>
</table>


6.2. Kategorierna
I analysen av det insamlade materialet framkom fyra kategorier och åtta underkategorier (Tabell 3).
Tabell 3. Sammanställning av kategorier och underkategorier

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kategorier</th>
<th>Underkategorier</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Preoperativ information</td>
<td>Bristfällig information</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Tillräcklig information</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Bristfällig kunskap trots tidigare vårderfarenhet</td>
</tr>
<tr>
<td>Upplevelse av fasta</td>
<td>Fysisk påverkan</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Psykisk påverkan</td>
</tr>
<tr>
<td>Hantering av preoperativ fasta</td>
<td>Strategi</td>
</tr>
<tr>
<td>Upplevelse av preoperativ tid</td>
<td>Väntetid</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Fastetid</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Preoperativ information**

Preoperativ information bestod av tre underkategorier: bristfällig information, tillräcklig information och bristfällig kunskap trots tidigare vårderfarenhet.

**Bristfällig information**


Tillräcklig information

Två av deltagarna ansåg att de hade fått tillräcklig information om den preoperativa fastan och att ingen mer information behövdes. En av deltagarna hade varit opererad tidigare och ansåg att hon hade kunskap angående den preoperativa fastan.

”…Jag tror inte att de behöver berätta så mycket för jag kunde det. Men de nämnde också. Du får inte äta eftersom du ska sovas…inför narkos…” (IP 2)

En annan ansåg att information var tillräcklig, kort och enkel med tanke på hans allmäntillstånd.

”… I tillståndet som jag befann mig så var information kort och enkel…Jag hade inget behov av mer information…” (IP 11)

Bristfällig kunskap trots tidigare vårdefarenhet

Fem av deltagarna hade opererats tidigare eller hade egen vetskap och ansåg att de hade kunskap om preoperativ fasta. Resultatet visade att deltagarna i studien hade olika uppfattning om den preoperativa fastans betydelse. I studien var det endast en deltagare som kunde nämna fastans betydelse för pulmonella aspiration. En deltagare nämnde att anledningen till att de skulle fasta var att förhindra postoperativ illamående och en annan patient hänvisade fastans betydelse till narkos.

”… Jag vet. Jag har blivit opererad 10-15 gånger… för att undvika komplikationer… sura uppstötningar eller maten kan hamna i luftstrapen och orsakar lunginflammation…” (IP 4)

”… Att man kan kräkas och mår dåligt efter operation…” (IP 1)

” … Annars mår man riktig illa sedan. Man mår illa efter narkos.” (IP 6)

” … Men det har jag förstått att det inte ska vara massa grejs i magen innan man ska göra något…” (IP 5)

Upplevelse av fasta

Kategorin upplevelse av fasta bestod av två underkategorier; fysisk och psykisk påverkan.

Fysisk påverkan

Deltagarna upplevde muntorrhet, trötthet, svaghet, illamående, kräkningar, huvudvärk, yrsel och hunger men även törst.

”…huvudvärk, torrhet i munnen och läppar…” (IP 12)

”…känsla av svaghet och trötthet. Jag sov mitt på dagen” (IP 7)

”…Besväras av illamående och var hungrig. Känd som ett svart håll i magen av hunger.” (IP 9)

En patient upplevde att muntorrhet orsakat större obehag än känslan av hunger. Intervjuperson ett (IP 1) uttrycker följande:

"Maten väger inte så mycket…man blir torr i halsen, läpparna och det blir som man i vissa situationer man får hallucinationer." (IP 1).

**Psykisk påverkan**

För en del patienter som fastade var det jobbigt att se andra äta.

"…Det kändes lite tråkigt att inte får dricka något mera…man ser andra som äter och man får inte äta.” (IP 7).

En patient uttryckte rädsla/ oro över postoperativ illamående.

"…Mår bra men äter inte så mycket. Rädsla att må illa ".(IP 2).

**Hantering av preoperativ fasta**

Denna kategori handlar om underkategorin strategi vilken patienterna tillämpade på den fysiska påverkan som fastan orsakat.

**Strategi**

Deltagarna använde sig av olika strategi för att minska obehag, som till exempel att borsta tänderna, skölja munnen, fukta munnen med svamp, försöka tänka positivt och att ändra dropptakt.

"… Fick borsta tänderna och skölja munnen flera gånger. " (IP 2)

"….men jag fick inte dricka, men sen ökat de, nej jag själv ökat på dropp. Då var jag inte längre törstig.(IP 4)

" … Man tänker att man måste fasta och man måste tänka positivt. ”(IP 6)

**Upplevelse av preoperativ tid**

Kategorien upplevelser av preoperativ tid innefattade underkategorierna väntetid på operation (1-7 dagar) och fastetid (>12 h).

**Väntetid**

Deltagarna upplevde väntetiden som besvärlig och lång. De uttryckte osäkerhet när det gällde operationstiden. De kunde vänta i flera timmar på besked om de skulle opereras eller inte.
”…väntetid det var jobbigt. Att man ska vänta på besked att man har blindtarm inflammation eller inte, att man ska opereras eller inte. Har fått information av narkos att jag skulle opereras. Väntetid! Herr gud!”(IP 12)

Fastetid

De flesta deltagarna upplevde fastetiden som mycket lång. Samtliga fastade mer än 12 timmar. Patienter var instruerade att fasta från kl. 24.00 oavsett vilken tid på dygnet de skulle opereras.


”…räknar timmar när man får börja dricka och äta igen. Hur lång tid dröjer innan operation…”(IP 1)

7. DISKUSSION

I denna diskussion relateras först resultatet till bakgrunden om preoperativ fasta. Detta åtföljs av en metoddiskussion.

7. 1 Resultatdiskussion

7.1.1 Preoperativ information


7. 1.2 Upplevelse av fasta

Resultat av studien visade att fasta kan påverka patienternas fysiska och psykiska välbefinnande. Flera av deltagarna upplevde törst, illamående, muntorrhet, svaghet, yrsel, huvudvärk och hunger som mest obehaglig, vilket skulle kunna förebyggas om patienterna inte behövde fasta längre än nödvändig. Att tillgodose patientens behov av näring är en viktig

7.1.3 Hantering av preoperativ fasta
Patienterna använde sig av olika strategier för att minska obehag och lindande genom att till exempel borsta tänderna, eller skölja munnen flera gånger. En av deltagare i studien berättade att hon själv hade ökade dropptakten för att kunna lindra känslan av törst. Sjuksköterskor måste ha kunskap om fastans psykiska och fysiska konsekvenser för att kunna hjälpa patient i att minska lidande. Enligt Eriksson (11) kan lidande lindras genom att ge den vård och behandling som den enskilda människan behöver i relation till sin sjukdom. I sjuksköterskans uppgift ingår att förebygga sjukdom, att återställa hälsa och lindra lidande (12). I detta sammanhang kan sjuksköterskan göra det, genom att erbjuda fastande patienter munvårdsartiklar, vatten för att skölja munnen och tillräckligt med vätska intravenös.

7.1.4 Upplevelse av preoperativ tid
Resultatet av studien visade att patienter fastar längre än nödvändigt trots gällande rekommendationer från SFAI. Enligt SFAI (18) handläggningen av anestesin för akuta kirurgiska ingrepp styrs individuellt och anpassas enligt eventuell risk för aspiration samt operationsbehov, men flertalet av deltagarna i denna studie fastade mer än 12 till 20 timmar. Resultatet tydde på att deltagarna fortsatte ta emot instruktioner enligt NPO efter midnatt, det vill säga att patienterna var instruerade att fasta från midnatt. Detta oavsett om operation var på förmiddag eller eftermiddag. Detta resultat stöds av tidigare forskning (8, 6). Flertalet deltagarna kände frustration över att behöva vänta länge på en operation. En deltagare i studie berättade att hon hade fastade i 24 timmar och fick säga ifrån när hon började må dåligt. En annan deltagare berättade att hon hade fått information på akutmottagning angående fasta och trodde att operation skulle ske akut. Resultatet visade på dålig kommunikation mellan läkare och vårdpersonal samt kunskapsbrist hos personal om fastans konsekvenser.

7.2 Metoddiskussion
För denna studie valdes en kvalitativ metod för att på bästa sätt kunna få fram patienternas upplevelser av att vara fastande inför akut operation. Semistrukturerad intervju, med öppna frågor valdes som datainsamlingsmetod för att deltagarna skulle få möjlighet att fritt och
detailederade beskriva sina upplevelser med egna ord utifrån stöd av den givna frågan. Manifest innehållsanalys valdes som analysmetod eftersom den lämpar sig bra för granskning och tolkning av intervjuexte.

Antalet patienter i studien begränsades till 12, då mättnad i resultatet hade uppnåtts och inget nytt framkom i de senare intervjuerna. Studien omfattade fler kvinnor än man. Anledning till detta var att det inte fanns fler manliga kirurgiska patienter på avdelning som uppfyllde de kriterier som krävdes för att delta i studien. Detta kan ha påverkat resultatet. Om antalet manliga patienter var fler, kanske resultatet skulle ha sett annorlunda ut då män och kvinnor kan uppleva fastan på olika sätt.

I studien framkom ett bortfall dock anses det vara litet och inte påverka studiens resultat och tillförlitlighet.

I kvalitativ forskning används begreppen tillförlitlighet, giltighet och överförbarhet får att säkerställa studiens trovärdighet.

**Tillförlitlighet**

I resultat delen redovisas och redogörs tydligt för hur underkategorier och kategorier har kommit fram. Även citat från intervjuerna presenteras. Det framkomna resultatet är således en direkt spegling av hur personerna upplevde den preoperativa fastan.

**Giltighet**

Giltighet handlar om hur sanna resultaten är. Att författaren själv genomförde och skrev ut samtliga intervjuer stärker datamaterialets trovärdighet. Studiens trovärdighet kan negativt påverkas av frågornas utformning. Därför är frågornas utformning pilottestade och de justerades i efterhand. Enligt Graneheim och Lundman (22) är en noggrann beskrivning av urval och analysarbete ett sätt att ge läsaren möjlighet att bedöma giltighet i tolkningar.

**Överförbarhet**

Överförbarhet handlar om den utsträckning resultatet av en studie är generaliserbar till andra population. Författare kan ge förslag och skapa förutsättningar för överförbarhet, men det är läsaren som avgör om resultat är överförbara till andra kontext. Studiens överförbarhet ökas genom användandet av en noggrann beskrivning av urval, deltagare, datainsamling, analys samt presentation av resultaten tillsammans med lämpliga citat (22). Författaren anser att denna studie kan ge vårdpersonal ökad förståelse för patientens upplevelse av den preoperativa fastan.

**8. SLUTSATS**

Deltagarna i studie upplevde brist på information och kunskaper om den preoperativa fastans betydelse. Studien visade att patienterna som väntade på akut operation på akutvårdsavdelning fastade längre än nödvändigt trots riktlinjer och rekommendationer.
gällande preoperativ fasta från SFAI. Detta orsakade fysiskt och psykiskt obehag hos patienterna.

8.1 Kliniska implikationer

8.2 Framtida forskning
Att undersöka sjuksköterskans och läkarens kunskaper om preoperativ fasta såsom: fasterutiner, rekommendationer gällande fasta, fastans betydelse och konsekvenser är också viktigt. I Woodhouse (9) studie uppåg majoriteten av sjuksköterskor att det fanns betydande hinder med att individualisera preoperativ fasta inom en organisation. Dessa var: kommunikationssvårigheter, brist på kunskap och kompetens samt begränsad autonomi. Millar (2) påpekar att sjuksköterskor har en viktig roll i att säkerställa att patienter inte fastar längre än nödvändigt för att undvika onödiga negativ hälsoeffekter och lidande.
9. REFERENSER

2. Millar E. Reducing the impacto of preoperative fasting on patients: nurses have an important part to play in ensuring preoperative patients do not fast longer than is necessary, thus avoiding unnecessary harm and distress. Kai Tiaki: Nursing New Zealand 2009; 15(5):16-18.
4. Webb K. What are the benefits and the pitfalls of preoperative fasting? www.nursingtimes.net 2003; 99(50)
14. ICN:s (International Council of Nurses) etiska kod för sjuksköterskor
22. Granheiem U.H, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research; concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today 2003; 24(2); 105-112.
10. BILAGOR

Bilaga 1: Intervjufrågor

Bakgrundsfrågor
1. Ålder?
2. Vilken operation har du genomgått?
3. Hur länge fick du vänta innan du opererades?
4. När drack du och åt senast?
5. Har du fått vätska intravenös?

Frågeguide
1. Beskriv hur du upplevt din väntetid inför operation.
2. Vad har du fått för information angående fasta?
4. Anser du att du har fått tillräcklig information angående fasta?
5. Hur upplevde du att vara fastande före operation?
7. Beskriv hur du mår efter operation
Bilaga 2: Tillstånd från verksamhetschefen

UPPSALA UNIVERSITY

ANSÖKAN OM TILLSTÄND FÖR ATT GENOMFÖRA EN STUDIE INOM RAMEN FÖR EXAMENSARBETE

Föreliggande datum: 2012-03-07

Student: Eva-Maria Johnson

Namn: Eva-Maria Johnson

Program: Psykologi

Huvudområde: Psykologi

Datum: 2012-03-07

Doktorand: Eva-Maria Johnson

Ansvarig kliniska förläggning: Karolinska Universitetssjukhuset

1. Tillstånd för att genomföra examens arbete meda lärningsutmaning och studen bedöms utgör en del av den kvalitetssvenska arbete som bedöms inom klinikan och innehåller ej godkänd av medicinska fakultetens forskningsutskott

2. Tillstånd för att genomföra examens arbete meda lärningsutmaning men studen bedöms ej godkänd av medicinska fakultets forskningsutskott

3. Tillstånd för att genomföra examens arbete meda lärningsutmaning ej godkänd av

Datum: 2012-03-07

Namn: Eva-Maria Johnson

Ansvarig kliniska förläggning: Karolinska Universitetssjukhuset

Kliniska förläggning: Karolinska Universitetssjukhuset

Underlag:
Bilaga 3: Deltagarinformation

Deltagarinformation

Till Dig som opereras på akutvårdsavdelningen K41-43

Du tillfrågas härmed om frivilligt deltagande i studien "Patienters upplevelser av att vara fastande inför akutoperation".

Studien är ett studentarbete inom magisterprogrammet vid Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap vid Uppsala universitet och även en del av kvalitetsutvecklingsarbete inom perioperativ vård som bedrivs på akutvårdsavdelningen. Syfte med studien är att undersöka patienternas upplevelser av att vara fastande mer än 12 timmar inför en akutoperation.

Du som deltar i studien kommer att bli intervjuad av en legitimerad sjuksköterska på avdelningen, intervjun kommer att ta cirka 30 minuter och spelas in på band.

Målsättning med studien är att få ökad förståelse för patientens upplevelse av att vara fastande inför akutoperation och för att kunna förbättra omvårdnaden.

Deltagande i studien är helt frivilligt och du kan när som helst du önskar utan motivering avbryta ditt deltagande utan att din vård påverkas på något sätt.

Informationen som samlas in i denna studie kommer att behandlas konfidentiellt och används endast i studiesyfte.

Intervjumaterialet som samlas in under studien kommer att förvaras i inlåst arkiv oåtkomligt för obehöriga och avidentifieras före analys. Allt material kommer att förstöras efter att uppsatsen är skriven och resultatet kommer att presenteras på så sätt som omöjliggör identifiering av enskilda individers svar.

Ansvariga för denna studie är:

Gunnar Öhlen, verksamhetschefen för akutkliniken Karolinska Huddinge.

Afsaneh Roshanai, Leg. Psykolog, Fil. Dr vid Uppsala Universitet, uppsatshandelare

Eugènia Larsson, Student vid Uppsala universitet och Legitimerad sjuksköterska

Akutvårdsavdelningen K41-43, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge

Tel: 08-585 807 21