



# Hvordan kan sykepleier motivere pasienter gjennom empowerment til å følge ERAS-protokoll?

Kandidatnummer: 767  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i Emne 14 B

Antall ord: 8187  
Dato: 16.04.2018

1



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 16.04.2018
<p>Tittel «Hvordan kan sykepleier motivere pasienter gjennom empowerment til å følge ERAS-protokoll?»</p>	
<p><u>Problemstilling</u> «Hvordan kan sykepleier motivere pasienter gjennom empowerment til å følge ERAS-protokoll?»</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> I oppgaven anvendes det teori om «Enhanced Recovery After Surgery»-protokollen i pre- og postoperativt forløp. Begrepet empowerment sett i lys av sykepleierens yrkesutøvelse. Det legges frem sykepleierens ansvar- og funksjonsområder, samt yrkesetiske og juridiske ansvar.</p> <p><u>Metode</u> Oppgaven besvare ved hjelp av et litterærstudie som benytter seg av relevant fag- og forskningslitteratur for å besvare problemstilling.</p> <p><u>Drøfting</u> Problemstillingen «Hvordan kan sykepleier motivere pasienter gjennom empowerment til å følge ERAS-protokoll?» drøftes i lys av sykepleiers rolle i post-operativ pleie av pasienter som følger ERAS-forløp</p> <p><u>Konklusjon</u> Forskning viser at pasienter gjerne ønsker å følge protokoll, men mister motivasjon på grunn av vanlige post-operative plager og manglende eller feilaktig informasjon i pre-operative samtaler. ERAS-protokollen følger empowerment-tankegangen, men det oppstår utfordringer når pasienter ikke opplever at det er nok individuell tilrettelegning i et standardisert forløp. Det er opp til sykepleier å promotere pasientens egenressurser og ivareta individene både fysisk og psykisk i et standardisert forløp.</p>	

(Totalt antall ord:300)

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn og hensikt .....	1
1.2	Problemstilling .....	1
1.3	Avgrensning.....	2
1.4	Oppgavens disposisjon .....	2
<b>2</b>	<b>Teoretisk rammeverk .....</b>	<b>4</b>
2.1	Enhanced Recovery After Surgery .....	4
2.1.1	Pre-operativt forløp .....	4
2.1.2	Post-operativt forløp.....	5
2.2	Sykepleieperspektivet.....	6
2.2.1	Sykepleiers undervisende og veiledende rolle.....	6
2.3	Post-operativ sykepleie.....	7
2.4	Empowerment .....	8
2.4.1	Empowerment og autonomi.....	9
2.4.2	Sykepleiers rolle i empowermentprosessen.....	9
2.4.3	Empowerment og motivasjon .....	10
<b>3</b>	<b>Metode.....</b>	<b>11</b>
3.1	Kvantitativ metode.....	12
3.2	Kvalitativ metode .....	12
3.3	Metaanalyse.....	12
3.4	Kilde- og metode kritikk .....	13
<b>4</b>	<b>Presentasjon av forskningsresultater .....</b>	<b>14</b>
4.1	“The future of surgical nursing and enhanced recovery programmes” .....	14
4.2	«Patients’ experiences of enhanced recovery after surgery: a systematic review of qualitative studies» .....	14
4.3	“Lived experience, enhanced recovery and laparoscopic colonic resection”.....	15
4.4	“Patients’ Need for Information Prior to Colonic Surgery” .....	15
4.5	“Patient experiences of enhanced recovery after surgery” .....	16
4.6	“Empowering dialogues - the patients' perspective” .....	16
<b>5</b>	<b>Drøfting.....</b>	<b>17</b>
5.1	Optimisme og fallhøyde: .....	17
5.2	Mobilisering: .....	18
5.3	Ernæring: .....	20
5.4	Psykososiale behov: .....	21
5.5	Helhetlig tilnærning.....	23
<b>6</b>	<b>Avslutning .....</b>	<b>25</b>
	Litteraturliste .....	26
	Vedlegg 1.....	29
	Vedlegg 2.....	30

# **1 Innledning**

Effektivisering av helsevesenet får ofte mye negativ oppmerksomhet. Man er engstelig for at menneskeliv skal reduseres til tall, og humaniteten og omsorgen skal forsvinne. Jeg er fascinert av ERAS-protokoll som både er samfunnsøkonomisk, bidrar til redusert sjanse for senkomplikasjoner etter kirurgiske inngrep og er så ivaretagende som jeg opplever at ERAS-protokollen er (Ljungqvist, 2014; Mitchell, 2011). I denne oppgaven ønsker jeg å belyse hvordan sykepleier kan bidra til å ivareta pasient i et standardisert behandlingsforløp.

## **1.1 Bakgrunn og hensikt**

ERAS-protokoll (Enhanced Recovery After Surgery) er en protokoll som bidrar til å redusere liggedøgn på postoperative pasienter og minimalisere risikoen for senkomplikasjoner etter operasjon (Ljungqvist, 2014; Mitchell, 2011). Jeg var i praksis på gastrokirurgisk sengepost og har etter endt praksis jobbet på sengeposten som pleieassistent. Det er i denne kapasiteten jeg har blitt kjent med ERAS-protokollen og observert dens effekt på kirurgiske pasienter. Min opplevelse er at pasienter føler seg svært ivaretatt da protokollen fasiliterer for jevnlig informasjon og forutsigbare dager. Men det kan være en utfordring for helsepersonell å jobbe så skjematisk, da hovedfokuset fort kan bli på forventet, og ikke individets, behandlingsforløp. ERAS-protokoll fordrer mye eget ansvar og medvirkning fra pasient. Denne form for brukermedvirkning er vektlagt i empowerment-prosessen og det er et naturlig begrep å knytte opp mot pasienter i et ERAS-forløp. Jeg ønsker å utforske pasientopplevelse av ERAS-protokollen og hvordan sykepleier kan promotere pasientens egne ressurser hvis pasient opplever det som overveldende med så mye eget ansvar av helse. Jeg utdyper dette videre i kapittel 2 og kapittel 5.

## **1.2 Problemstilling**

Etter å ha lest litteraturen og forskningen tilgjengelig på teamet har jeg utarbeidet følgende problemstilling:

«Hvordan kan sykepleier motivere pasienter gjennom empowerment til å følge ERAS-protokoll?»

Empowerment handler i stor grad om å identifisere egne ressurser som bidrar til mestre faktorer som påvirker sin egen helse og det er nettopp dette som kreves av pasienter i ERAS-forløp. Dette kan sees på empowerment satt i system. Jeg ønsker å fokusere på hvordan empowerment på individnivå kan sees opp mot et standardisert behandlingsnivå rotfestet i empowerment-tenkning. (Tveiten, 2007, 2008).

### **1.3 Avgrensning**

Fokuset på oppgaven vil være å ivareta postoperative pasienter som har vært igjennom et colo-, hepatisk eller pancreasinngrep som kvalifiserer til å følge ERAS-protokollen på gastrokirurgisk sengepost. Tidsaspektet vil være pasientens første 4 døgn etter operasjon. Jeg har valgt å fokusere på denne delen av tilhelingsprosessen da dette er en tid hvor pasienter opplever mange demotiverende og stressende faktorer som kan påvirke pasients evne til å følge protokollen. Vanlige postoperative plager er smerte og kvalme (Berntzen, Almås, Bruun, Dørve, Giskemo, Dåvøy & Grønseth, 2010) som er svært belastende for en allerede redusert pasient og kan forhindre pasient å følge planlagt post-operativt forløp (vedlegg 2.) Egen erfaring tilsier også at pasienter det første døgn (eller lengre ved behov) ligger på en firemannsstue med andre nyopererte pasienter. Det er mange eksterne stressende faktorer som støy fra maskiner, kroppslukt og vokalisering av smerte fra medpasienter. Det er i denne fasen det er særdeles viktig at sykepleier er en støttespiller for pasient, og bidrar til å avdekke og styrke pasienters ressurser slik at protokollen kan følges.

### **1.4 Oppgavens disposisjon**

Jeg har i innledningen lagt frem bakgrunn for valg av teamet, problemstilling og nødvendig avgrensning av tema.

I kapittel 2 legger jeg frem det teoretiske rammeverket jeg jobber innenfor. Jeg forklarer hvordan ERAS-protokollen ble utviklet og hvordan den er implementert på en gastrokirurgisk sengepost. Begrepet empowerment blir beskrevet og relatert til pasienter som følger ERAS-forløp. Videre blir sykepleiers rolle og ansvarsområder definert gjennom lovverk og etiske retningslinjer. Teorien som legges frem i dette kapitlet er det jeg baserer drøftingskapitlet på.

Kapittel 3 omhandler metode. Jeg tar for meg hvordan jeg har søkt meg frem til forskningen jeg bruker i oppgaven. Kvantitativ og kvalitativ metode blir kort lagt frem og til slutt har jeg sett kritisk på egne søksmetoder og svakheter ved forskningen jeg bruker.

Resultatet av forskningen blir lagt frem i kapittel 4. Resultatene blir ikke diskutert eller sammenlignet, kun kort oppsummert.

I kapittel 5 drøfter jeg teorien lagt frem i kapittel 2 og knytter dette opp mot problemstillingen. Jeg forsøker å belyse hvordan sykepleier kan motivere pasienter til å følge ERAS-protokoll og hvordan empowerment-prosessen er viktig i motivasjonsarbeidet.

Avslutningsvis har jeg en kort oppsummering i kapittel 6 hvor jeg legger frem sentrale temaer jeg har avdekket i løpet av oppgaven knyttet opp mot problemstilling.

## **2 Teoretisk rammeverk**

I dette kapittelet presenteres først et ERAS-forløp, så går jeg videre til sykepleieperspektiv hvor jeg gjør rede for sykepleiers funksjons-og ansvarsområder. Jeg går også igjennom sykepleiers funksjon i post-operative pleie. Juridiske og etiske hensyn legges frem fortløpende i teksten. Tilslutt avslutter jeg med en teoretisk gjennomgang av begrepet empowerment.

### **2.1 Enhanced Recovery After Surgery**

“Enhanced Recovery After Surgery”-protokollen, heretter referert til som ERAS, ble utviklet i 2001 av ledende kirurger i Stor-Britannia og Sverige. De videreutviklet ideen lagt frem på 90-tallet av den danske kirurgen Henrik Kehlet. Kehlet opplevde en svært sprikende praksis i kirurgisk pasientpleie i Europe og ønsket en forskningsbasert protokoll. Målet var å utvikle og samkjøre en multimodal behandlingsplan i kirurgisk pre-og postoperativ pleie (vedlegg 1). De dannet en gruppe, The ERAS-society, der hovedfokuset er å videreutvikle ERAS-protokollen og implementere protokollen i flere kirurgiske felt enn det er i dag (ERAS Society, 2018; Ljungqvist, 2014).

I dag har flere land tatt i bruk ERAS-protokollen. De følger protokollen som ERAS Society har laget, men det er individuelle løsninger på interne problemer. I avsnittene under går jeg igjennom hvordan sykehus i Norge har implementert og gjennomfører ERAS-protokollen. Avsnittene bygger på tidligere forskning (Ljungqvist, 2014; Bernhard & Foss, 2012), egen erfaring på gastrokirurgisk sengepost, samt informasjon gitt av faglig ansvarlig ERAS-sykepleier på gastrokirurgisk sengepost.

#### **2.1.1 Pre-operativt forløp**

ERAS-protokollen er i første omgang innført på kirurgiske avdeling som omfatter colo-, hepatic- og pancreaskirurgi med brede inkluderingskriterier. Ekskluderingsårsaker kan være redusert kognitiv funksjon og alvorlige somatiske plager som ikke er knyttet til underliggende årsak til inngrep. Pasienter kan også ekskluderes fra protokollen hvis det oppstår store uforutsette komplikasjoner under eller etter operasjon. ERAS-protokollen er et standardisert forløp, men det er åpent for individuell tilrettelegning. Pasienter diskuteres i et tverrfaglig team og ERAS-sykepleier har en koordinere rolle. Sykepleier ringer pasient for å informere om beslutninger tatt i det tverrfaglige møte og pasient får datoer for forundersøkelse 1 og 2,

samt dato for innleggelse/operasjon. Ved første forundersøkelse har pasient på poliklinikk samtale med kirurg, turnuslege og ERAS-sykepleier. Det utleveres skriftlig informasjon om planlagt operasjon og en oversikt over forventet post-operativt forløp. Ved forundersøkelse 2 har pasienten samtale med ERAS-sykepleier, fysioterapeut og anestesilege. Alt skriftlig informasjon blir nøye gjennomgått av ERAS-sykepleier og pasient, slik at eventuelle spørsmål eller problemstillinger kan avklares. Den skriftlige informasjonen inneholder blant annet forventet oppvåkningstid etter narkose, ernæringsveiledning og en skjematisk fremstilling av hva pasient skal gjøre de første 4-5 postoperative døgnene (vedlegg 2).

Disse to møtene gir god pre-operativ informasjon til pasient. Min egenerfaring tilsier at denne type god pre-operativ erfaring gjør pasienter svært engasjert og fjerner noe av stresset og usikkerheten rundt en kirurgisk innleggelse. Når veiledningen ligger til rette for klare forventninger fra begge parter blir informasjonsflyten optimal. Hvis sykepleier evner å formidle hva som forventes at pasienten gjør selv i løpet av sitt sykehusopphold, innebærer det at pasienten forstår selv hva han eller hun må gjøre for å bli fortest mulig frisk og symptomfri etter inngrep. Dette forhindrer en passivisering av pasient, der pasient venter på å få instruksjoner for hva som må til for å bedre tilhelingsprosessen. Fallgruven her er at sykepleier må huske igjennom pasientens opphold at selv om det fostrer til en selvstendig hverdag post-operativt, så er de fortsatt pasienter og i behov av emosjonell og psykisk støtte i form av nærvær og veiledning (Tveiten, 2008; Fecher-Jones & Taylor, 2015).

### **2.1.2 Post-operativt forløp**

Ved innleggelse faster pasient 6 til 8 timer, og klare væsker kan inntas inntil to timer før operasjon. Dette for å forhindre dehydrering og lavt blodsukker. ERAS-pasienter skal innta fire karbohydratrike næringsdrikker kvelden før operasjon, og to til to timer før operasjon. Disse næringsdrikkene har til hensikt å minske kroppens stressrespons ved større inngrep (Ljungqvist, 2014; Bernhard & Foss, 2012).

Det post-operative forløpet er der ERAS-protokollen skiller seg mest ut fra tradisjonell pleie til kirurgiske pasienter (vedlegg 2). De fleste pasienter mottar smertelindring gjennom epidural og smertestillende tabletter. Ved å ta i bruk epidural blir dosene med smertestillende lavere og pasientene opplever mindre bivirkninger (Bernhard & Foss, 2012; Berntzen et al., 2010; Slørdal & Rognestad, 2014).



Før innføring av ERAS-protokollen mottok ikke pasienten næring peroral før bekreftet tarmfunksjon. Med ERAS-protokoll skal pasienten spise et lett måltid eller innta kaloririk næringsdrikk ved ankomst til post. Pasienter mobiliseres også tidligere post-operativt og i høyere grad enn tradisjonell postoperativ pleie tilsier. Pasient skal stå ved sengekant allerede på oppvåkningspost for overflytning til kirurgisk sengepost og på første postoperative dag skal pasient mobiliseres i tilsammen 8 timer (vedlegg 2). Mobilisering eller aktivitet er etter min erfaring definert som sitte i stol, stå på stedet hvil eller gå.

## **2.2 Sykepleieperspektivet**

Sykepleierens ansvars- og funksjonsområder innebærer funksjoner som både er direkte og indirekte knyttet til pasientkontakt. Disse områdene har glidende overganger i en arbeidshverdag, men det er pasientsituasjonens kontekst som er rammeverket for hvilke sykepleierroller som er mest relevant og fremtredende (Kristoffersen, 2015; Nortvedt & Grønseth, 2015).

### **2.2.1 Sykepleiers undervisende og veiledende rolle.**

Bruk av empowerment i dialog med pasient fostrer en pedagogisk funksjon hos sykepleier. Det pedagogiske rolle som sykepleier har til hensikt å bidra med omsorg i form av støtte og veiledning. Dette omfatter kompetanse i fagområder som kommunikasjon, veiledning og samhandling. Ved bruk av veiledende og undervisende samtale kan sykepleier identifisere og promotere pasientens iboende ressurser (Tveiten, 2012).

Sykepleiers veiledende og undervisende rolle omfatter å legge til rette for å styrke pasientens evne til å mestre, medvirke og håndtere konsekvenser av sykdom og behandling (Tveiten, 2008). I *Yrkesetiske retningslinjer* trekkes det frem at sykepleier, gjennom tilpasset informasjon, skal gi pasient muligheten til å ta selvstendige valg (Norsk sykepleierforbund, 2011). Dette understreker viktigheten av å respektere pasientens autonomi, og hvor mye makt det ligger tilrettelagt og riktig informasjon. Pasienter som deltok i undersøkelse gjennomført av Tveiten & Knutsen (2011) var ikke klar over at rett til medbestemmelse var lovfestet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3; Tveiten & Knutsen, 2011). Det byr på utfordringer som pasient å utøve medvirkning hvis man ikke er informert om sine rettigheter.

Hensikten med veiledning og undervisninger er å legge rammer for optimal informasjonsutveksling. Juridisk plikter sykepleier til å informere pasienter på en tilrettelagt og individuell måte, slik at det sikres at pasient oppfatter informasjon med de forutsetningene de har (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3). Pasienter som får god informasjon opplever redusert stress og angst i forbindelse med sykehus-opphold, men forskning indikerer at pasienter er i behov av informasjonen flere ganger, da det kan være utfordrende å ta til seg all informasjon på en gang (Sibbern, Bull Sellevold, Steindal, Dale, Watt-Watson & Dihle, 2017; Sjøstedt et al., 2011). Tveiten (2007) trekker frem viktigheten av pasientsentrert kommunikasjon hvor hensikten er å oppnå en felles forståelse for hverandres roller, problem og behandling, og fordele makten i relasjonen. Ved å kartlegge pasientens bevissthet, ressurser og selvinnsikt, er det lettere å ha en hensiktsmessig dialog relatert til behov for veiledning.

### **2.3 Post-operativ sykepleie**

Sykepleiers rolle i post-operativ pleie er å forebygge komplikasjoner og optimalisere behandlingsforløpet (Berntzen et al., 2010). I denne sammenhengen benytter sykepleier seg av ERAS-protokollen som et verktøy for å optimalisere forløpet (vedlegg 2). Et optimalisert forløp bidrar til raske rehabilitering og kortere sykehusopphold (Berntzen et al., 2010; Ljungqvist, 2014). Dette kan føre til at pasienten utsettes for mindre stressende påkjenninger. Ved å tilrettelegge for at pasient føler seg trygg i behandlingsforløpet og er deltagende i utviklingen av sin egen behandlingsplan, er det større sjanse for at pasient har et eierforhold til sin plan og større motivasjon til å følge den (Eide & Eide, 2007). Dette fordrer god pre-operativ kommunikasjon og informasjon til pasienten. God informasjon til pasienten kan fjerne engstelsen rundt et inngrep og nye omgivelser (Sjøstedt et al., 2011; Berntzen, 2010.)

Post-operativt har sykepleier mange ansvarsområder. Et kirurgisk inngrep er en stor påkjenning for kroppen og har fysiologiske konsekvenser. Et inngrep betyr ganske enkelt å skjære i hud og vev, som vil sette i gang omfattende endokrine, metabolske og inflammatoriske responser (Berntzen, 2010). Grad av respons er avhengig av hva slags inngrep og det er viktig at sykepleier innehar kompetanse på hvilke fysiologiske parameter som skal observeres (Helsepersonelloven, 1999, §2; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999. §2). Endringer i de fysiologiske parameterne kan gi pasienten ubehag eller senkomplikasjoner. Pasient kan oppleve nedsatt lungefunksjon, høyere krav til hjertefunksjon, nedsatt tarmmotilitet og kvalme og oppkast (Berntzen et al, 2010). Disse faktorene kan påvirke pasientens

evne til å følge ERAS-protokollen postoperativt og det er viktig at sykepleier kartlegger og iverksetter nødvendige tiltak ved behov. Sykepleier må jobbe holistisk, det vil si ha et helhetlig blikk på pasienten og ta hensyn til både kroppslige og psykiske symptomer og plager (Kristoffersen, 2015; Nortvedt & Grønseth, 2015).

## 2.4 Empowerment

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer Empowerment som: ” En prosess som setter folk i stand til økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse ” (gjengitt av Kristoffersen, 2014, s. 338). Etter endringer i politiske og juridiske føringer beveger helsevesenet seg lengre bort fra den tradisjonelle passive pasienten, og tillegger tydelige forventninger til pasient om stor grad av medbestemmelse og deltagelse i eget behandlingsforløp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3). Empowerment kan implementeres på et system- eller individnivå. ERAS-protokollen, med sitt standardiserte forløp og fokus på brukermedvirkning, kan sees på som implementering av empowerment på system-nivå. Empowerment handler i stor grad om å mestre faktorer som påvirker sin egen helse og det er nettopp dette som kreves av pasienter i ERAS-forløp. På en gastrokirurgisk sengepost vil empowerment på et individnivå være aktuelt der det handler om selvkontroll, tro på egen evne til og mulighet for mestring (Tveiten, 2007, 2008).

Det tradisjonelle pleie-pasient forholdet bygger på et grunnlagt av makt hos pleier og en avmakt hos pasient. Empowerment-begrepet ble utviklet som en motvekt til denne tankegangen og fokusere på et dynamisk maktskifte fra pleier til pasient. Ideen er at pasienter skal bevege seg bort fra en passiv mottaker-rolle til en kompetent partner som deltar i beslutninger angående sin egen helse. Grunnleggende verdier i empowerment-tankegangen er brukermedvirkning, maktfordeling og pasienten i rollen som ekspert på sin egen situasjon, mens sykepleier er ekspert på det faglige området (Tveiten, 2012). Her er det viktig å påpeke at dette ikke fratår helsepersonell krav om forsvarlig utøvelse av yrke. Helsepersonell har fortsatt et ansvar for forsvarlig og omsorgsfull behandling av pasienter (Helsepersonelloven, 1999, §2; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999. §2)

Tveiten (2007) beskriver empowerment som både en prosess og et resultat. Prosessen beskrives som en holdningsendring i både pasient og sykepleier. Pasienten må legge fra seg den tradisjonelle passive rolle og ta en aktiv rolle i sitt eget behandlingsforløp. Dette kan være

en krevende prosess for pasienter og grad av deltagelse påvirkes av ytre og indre faktorer. Det krever at en selvvinnsikt i egen situasjon og ressurser til å delta i avgjørelser som påvirker sin egen hverdag. Empowerment som et resultat av er økt selvbevissthet, utvikling og mestringsfølelse hos pasient (Tveiten, 2007).

#### **2.4.1 Empowerment og autonomi**

I faglitteraturen har de fleste valgt å ikke oversette det engelske ordet empowerment til norsk. Tveiten (2007) legger frem forslag, som for eksempel, myndiggjøring, medvirkning og egenmakt. Ingen av disse ordene omfatter empowerment fullstendig, men representerer viktig grunnleggende ideer i empowerment. Pasienten skal myndiggjøres i sitt eget behandlingsforløp. Dette forutsetter en grunnleggende bevissthet hos sykepleier om pasientens iboende autonomi. I de *Yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere* står det at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet (Norsk sykepleierforbund, 2011). Sykepleier har altså en etisk forpliktelse å respektere pasientens autonomi og legge fra seg den tradisjonelle paternalistiske tilnærmingen. Ved en paternalistisk tilnærming kan pasient føle seg overkjørt, da maktforholdet er ujevn i relasjonen. Sykepleier tar velmenende avgjørelser på vegne av pasient da sykepleier sitter på all kunnskap og, derfor, makten (Kristoffersen, 2014: Tveiten, 2007). Ved å ta med pasienten inn i beslutningsprosessen og la pasient tar ansvar for egen helse, vil pasientens eierforhold til situasjonen øke sjansen for compliance hos pasient. Det vil si at pasient følger iverksatte helsefremmende tiltak (Eide & Eide, 2007). Denne forståelse av pasientens rett til autonomi og medvirkning i egen hverdag er lovfestet. Retten til selvbestemmelse grunner i prinsippet om pasientenes autonomi og ivaretar deres rett til å velge om de vil ta del i det som blir foreslått av helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3).

#### **2.4.2 Sykepleiers rolle i empowermentprosessen**

Ordet empowerment setter grunnleggende i stand to prosesser. En side indikerer at en part sitter med mer makt i en relasjon og gir noe, eller all, makt til den andre part. Den andre tanken er at noen bistår andre til å øke egen makt eller mobilisere egne ressurser, uten å andre gir dem noe (Strøm og Fagermoen, 2011). Det betyr at ingen kan være passiv i en empowerment prosess, men samarbeidspartnere. Sykepleier eller andre fagfolk kan være samarbeidspartnere i empowermentprosessen.

Sykepleiers motiverende rolle tar form ved å fokusere på pasientens personlige egenskaper og de ressursene pasienter innehar. Ved å skifte fokus bort fra mangler og problemstillinger kan sykepleier promotere mestring hos pasient (Tveiten, 2012).

### **2.4.3 Empowerment og motivasjon**

Motivasjon kan defineres som et samlebegrep for de ressurser som igangsetter og vedlikeholder valgt adferd. Teorier knyttet til motivasjon omhandler underliggende årsaker og det legges frem at mennesket har et iboende ønske om å dyrke og ivareta selvbilde, og selvrespekt. Selvbilde og selvrespekt farges av indre og ytre faktorer, og påvirker også drivkraften bak adferd. Hvis adferd eller handling drives av en ytre motivasjon, er det individets ønske å motta skryt eller møte andres forventninger. Er adferd eller handling styrt av indre motivasjon, besitter individet ressurser og forventninger til egen evne til å utføre handling eller styre adferd (Håkonsen, 2014).

Pasienters motivasjon påvirkes av nettopp indre og ytre faktorer. Sykepleier har forventninger til pasientens adferd og pasient har forventninger til sykepleiers adferd. Empowerment tar utgangspunkt i etiske verdier som respekt, autonomi og likeverd. Den tradisjonelle rollen mellom pasient og pleier legges til side, og pasient oppmuntres til å ta del i beslutningsprosesser vedrørende egen helse. Ved å fokusere på, og promotere, pasientens egne ressurser får pasienten et eierforhold til sitt eget behandlingsforløp og det øker sannsynligheten for god compliance (Eide & Eide, 2007). Pasienten er med på å utforme sin hverdag og ansvarliggjøres på konsekvenser av egne handlinger.

### 3 Metode

For å samle informasjon rundt problemstillingen har jeg benyttet meg litteraturstudie som metode. Det vil si at oppgaven er basert på eksisterende skriftlige kilder, ikke egenprodusert forskning. Jeg belyser problemstillingen gjennom teori, forskning og erfaringsbasert kunnskap (empirisk). Aktuelle kilder skal alltid vurderes med tanke på deres kvalitet og relevans for oppgaven (Dalland, 2012).

For å finne forskningsmateriale ble søk bli gjennomført på Cinhal, Google Scholar, Pubmed, Svemed og Oria, men hovedsakelig ble artiklene funnet på Pubmed og Cinhal. Søkemotorer ble valgt ut etter anbefaling fra biblioteket ved

Lovisenberg Diakonale Høgskole. Søkekombinasjonene som ble benyttet var:

- nurse AND ERAS AND experience
- nurse AND “enhanced recovery” AND patient
- nurse AND ERAS
- Nurse AND “enhanced recovery”
- Empowerment AND dialogue AND patient

Jeg brukte Lovisenberg Diakonale Høgskole sitt eget bibliotek hvor jeg søkte etter relevante fagbøker og artikler. Jeg benyttet meg også om lærebøker som er på studiets pensumliste.

Artiklenes relevans for oppgaven ble vurdert ut i fra tittel og abstrakt. Mange ble forkastet grunnet manglende relevans for sykepleieperspektivet, og fordi de ikke kunne belyse problemstillingen. Avslutningsvis valgte jeg forskning som var utført i samfunn og kulturer som var lignende Norge, slik at resultatene var overførbare.

For en balansert oppgave var alle aspekter av teamet belyses er det nødvendige å trekke inn lovverket, og jeg har benyttet meg av nettstedet [www.lovdato.no](http://www.lovdato.no) for å innhente relevante lovparagrafer. For å belyse de etiske perspektivene ved oppgaven har jeg brukt Norsk Sykepleierforbund sine “Yrkesetiske Retningslinjer for Sykepleiere”.

Forskningen som litteratursøket avdekket har benyttet seg av enten kvantitativ, kvalitative eller meta-analyse som metode for å samle og analysere data. I avsnittene under kort for meg hovedforskjellene på de forskjellige metodene. Metoddelen avsluttes med et avsnitt hvor jeg

tar for meg svakheter ved forskningen jeg har benyttet meg av for å belyse problemstillingen min.

### **3.1 Kvantitativ metode**

Hensikten med kvantitativ metode er å samle inn strukturert data for å avdekke så gyldig kunnskap som mulig. Den innsamlede data omfatter det som kan telles, måles og veies. Denne metoden gir ikke rom for synsing eller personlig forståelse. Metoden krever et visst volum på enhetene som deltar i undersøkelsen slik at resultatene har statistisk hold. Analyse av et volum av data kan vise et generelt snitt av en populasjon eller deler av den (Aadland, 2011).

Fordelen med denne metoden er at slik konkrete data er lett å analysere, og resultat er ikke preget av personen som utførte undersøkelsen. Svakheter ved denne metoden er at resultatet kan få et overfladisk preg og overgeneralisere en kompleks og sammensatt populasjon (Aadland, 2011).

### **3.2 Kvalitativ metode**

Kvalitativ metode har en mer helhetlig tilnærming. I motsetning til kvantitativ metode er det mindre rigide begrensninger på innsamling og tolkning av data. Data samles som regel inn fra få enheter og metoden avdekker individets opplevelse, ikke en målbar enhet. Undersøker kan benyttes seg av halv- og ustrukturert intervju, litteraturstudier og feltarbeid (Aadland, 2011).

Denne metoden gir et mye mer nyansert bilde av innsamlet data. Objektene får selv lov til å beskrive sin opplevelse og man oppnår innblikk i situasjoner på individ-nivå. Ulempen med denne metoden er nærheten mellom få objekter og undersøker kan farge undersøkers fortolkning av resultater. Forutinntatthet og undersøkers evne til kritisk refleksjon kan prege resultatet (Aaland, 2011).

### **3.3 Metaanalyse**

En metaanalyse tar for seg resultater av tidligere forskning for å belyse et team eller fenomen. Gjennom å analysere resultater fra en viss mengde forskning kan man få et mer helhetlig bilde over forskningen som gjennomføres på teamet. Grunnprinsippet for meta-analyser er å

identifisere en felles måleenhet på tvers av undersøkelsene for å kunne påse at studiene har relevans til hverandre (Aaland, 2011).

En metaanalyse har litt av de samme svakhetene som en kvantitativ undersøkelse. Resultatene kan få et overfladisk preg og legge frem et forenklet bildet av en kompleks og sammensatt populasjon eller fenomen. En annen svakhet er hvis forfatter av metaanalysen ikke er flink nok til å definere en felles måleenhet. Hvis disse rammene ikke er klare nok, kan irrelevant forskning påvirke resultatene av meta-analysen (Aaland, 2011)

### **3.4 Kilde- og metode kritikk**

Det jeg gjennomførte litteratursøk til denne oppgaven ble det fort klart at det er mangel på sykepleier-rette forskning av ERAS-protokollen. ERAS-protokollen er en medisinsk protokoll og det er mangelfull deltagelse fra sykepleiere i videreutvikling av dette feltet (Mitchell, 2011). Forskingen var særdeles rettet mot samfunnsøkonomi i form av kartlegging av reduksjon av liggedøgn og senkomplikasjoner (Ljungqvist, 2014; Mitchell 2011).

Grunnet manglende sykepleierrettet forskning i dette teamet, valgte jeg forskningen som var knyttet tettest opp mot problemstillingen min i håp om at de kunne belyse den. Som et resultat av dette er pasientgrupper som faller utenfor min avgrensning kommet med, men jeg velger å inkludere forskningen da min problemstilling ikke påvirkes nevneverdig av type operasjon pasienten har gjennomgått.

Jeg har valgt å referere til hjemmesiden til ERAS-society, men er svært kritisk til informasjon hentet derfra. Dette er en organisasjon som har laget protokollen og har stor interesse av at all informasjon tilgjengelig om ERAS-protokollen er i positivt lys.

Det er også hensiktsmessig å være kritisk til Sjøstedt et al. (2011) "Patients' Need for Information Prior to Colonic Surgery" da den tar for seg helsepersonells oppfatning av pasienters stress og angstnivå. Informasjonen er altså hentet fra helsepersonell, ikke pasientgruppen det gjelder.



## **4 Presentasjon av forskningsresultater**

Det er forsket mye på ERAS i nyere tid. Mye av forskningen har et rent medisinsk eller økonomisk perspektiv, noe som bød på noe utfordring i forhold til min problemstilling. Jeg valgte derfor å bruke forskning som nærmer seg min problemstilling. I løpende tekst under vil jeg presentere forskningen jeg har benyttet meg av i oppgaven. Jeg viser til kapittel 3 for en oversikt over hvordan jeg har fant artiklene.

### **4.1 “The future of surgical nursing and enhanced recovery programmes”**

Mitchell (2011) har skrevet en artikkel som fremhever behovet av endring i tankegang rundt behandlingsforløp og pasientens rolle. Artikkelen er et litteraturstudie gjennomført i Storbritannia og tar for seg behovet for ERAS-protokollen. Den legger også frem en systematisk mulig modell for implementeringen av ERAS-protokollen og ved hjelp av denne modellen, skisserer fordelene av protokollen, både for pasient, yrkesutøvelse til sykepleier og at det er en samfunnsøkonomisk gunstig modell. Det trekker frem fordeler og ulemper ved protokollen. Den illustrere større frekvens av gode resultater hvis pasienten ansvarliggjøres mer i sitt eget behandlingsforløp og trekker frem skandinavisk forskning som en modell. Studiet viser også til det store potensialet sykepleieren har i dette fagfeltet. Forfatter opplever at det forekommer en fragmentering av kompetanse i kirurgisk sykepleie per dags dato i Storbritannia. Da det kirurgiske feltet er et medisinsk felt i rask utvikling, er det vanskelig å koordinere og utveksle kompetanse. Forfatter trekker konklusjonen at det mangler en overordnet forståelse i utøvelse av sykepleieryrke i det kirurgiske felt og mangel på kompetanse på nyere tenkning rundt ivaretagelse av pasient under kirurgisk behandlingsforløp. Resultatene viser at sykepleiefaget har blitt oppdelt fordi det har blitt basert på medisinske protokoller og til tross for kunnskapen de besitter har ikke sykepleiere bidratt til videreutviklingen av programmet.

### **4.2 «Patients’ experiences of enhanced recovery after surgery: a systematic review of qualitative studies»**

Sibbern, Bull Sellevold, Steindal, Dale, Watt-Watson and Dihle (2017) gjennomførte en meta-analyse de ønsket å belyse pasientopplevelsen i et ERAS-forløp. Analysen benyttet seg av 11 kvalitative studier og trekker frem fire gjennomgående temaer: overføring av informasjon, individet versus et standardisert forløp, belastende symptomer og forventninger

om en rask bedringsprosess og følelsen av trygghet ved utskrivelse. Pasienter fremsto svært motivert i begynnelsen av behandlingsforløpet, men ga uttrykk for at ERAS-protokollen malte et veldig rosenrødt bilde av forventet tilhelingsprosess. Faktorer som kvalme og smerte tæret på pasienters motivasjon for å følge protokoll.

#### **4.3 “Lived experience, enhanced recovery and laparoscopic colonic resection”**

Fecher-Jones and Taylor (2015) har gjennomført et studie hvor fokuset ligger på pasientens opplevelse igjennom et ERAS-forløp og de medisinske fordelene ved å ansvarliggjøre pasienten igjennom et kirurgisk behandlingsforløp. Dette er en kvantitativ undersøkelse hvor 11 pasienter ble intervjuet hjemme, 14-16 dager etter å ha blitt skrevet ut fra sengepost. Pasienter inkludert i ERAS-protokollen viste en stor optimisme og indre motivasjon til å nå målene lagt frem av protokollen. De var svært godt informerte om sitt eget behandlingsforløp og fulgte konkrete tiltak ved utskrivelse for å forhindre senkomplikasjoner og øke livskvalitet. Men det var en gjennomgående problemstilling for pasienter at de følte rekonvalesensen tok lengre tid enn forventet. De opplevde også da de ble mer ansvarliggjort og avhengige som pasienter, mistet de noe av den emosjonelle støtte og daglige kontaktet med sykepleierne da de lå på kirurgisk sengepost. Noen av deltagerne mottok oppfølging av hjemmetjenester og rapporterte en lignende følelse i møte med hjemmetjeneste. Studiet trakk frem i konklusjonen at sykepleier må erkjenne at pasientens psykiske behov bør følges bedre opp, både på kirurgisk sengepost og i hjemmetjenester. Det ble også vektlagt at selv om ERAS-protokollen er et meget nyttig verktøy som gir pasient gode helsegevinster, bør sykepleiere også være mer realistiske og mer detaljerte i sin beskrivelse av pasientens rekonvalesenstid.

#### **4.4 “Patients’ Need for Information Prior to Colonic Surgery”**

Sjöstedt, Hellström, and Stomberg (2011) utførte et studie hvor hensikten var hvordan god pre-operativ informasjon påvirker en pasients behandlingsforløp. Sentralt i god pasientomsorg ligger informasjon og kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell. Studien identifiserer sykepleiers og legers erfaring med pasientens behov for informasjon før intra-operativ behandling opp mot hvor mye informasjon og mulighet til mental forberedelse pasienten har fått. Studie er et kvalitativt studie, hvor data er samlet gjennom fokusgrupper med sykepleiere og, på grunn av logistikk, individuelle intervjuer med leger. Generelt blant deltagere i studiet

kom det frem at pasienter var i stort behov av informasjon igjennom behandlingsforløpet, ofte gjentatte ganger. God informasjon reduserte stress og angst, og gav pasienten en god mental forberedelse til post-operativ smerte. Helsepersonell fant et stort behov for god informasjon til pasient pre-operativ og at en bevisstgjøring rundt kunnskap og holdninger fra et flerspråklig og flerkulturelt perspektiv bidro til en helhetlig opplevelse av omsorg og trygghet fra pasienten sin side.

#### **4.5 “Patient experiences of enhanced recovery after surgery”**

Bernard and Foss (2012) har skrevet en fagartikkel der hensikten er å beskrive de tre aspekter ved ERAS: bedret preoperativ informasjon, redusere kroppens stressrespons og redusert smerte og fremme behagelighet. Studiet ble gjennomført gjennom intervju av pasienter som hadde vært igjennom et ERAS-forløp. De ønsket med studie å belyse pasientopplevelsen av et ERAS-forløp. Pasientene satt igjen med et generelt positivt inntrykk av ERAS-forløpet men påpekte mangel på psykososial oppfølging, samt oppfølging etter utskrivelse fra sykehus. Det fremstår av resultatene at sykepleiere er svært viktige i implementering og oppfølging av ERAS-protokoll. Artikkelen viser til at det finnes lite forskning på akkurat dette temaet.

#### **4.6 “Empowering dialogues - the patients' perspective”**

Tveiten og Knutsen (2011) skrev en artikkel som tar for seg pasientens oppfattelse av den profesjonelle dialog mellom pasient og sykepleier. Det ble gjennomført gruppeintervjuer og det kom frem 4 gjennomgående temaer: hvordan oppnå felles forståelse, grunnlag for samarbeid, bekreftelse og legitimitet. Artikkelen påpeker også behov for mere forskning i empowerment-basert metode.

## 5 Drøfting

I denne delen ønsker jeg å drøfte problemstilling opp mot teoridelen. Dette innebærer å knytte sammen faglitteratur, forskning, lovverk og etiske overveielser i forsøk på å besvare problemstillingen (Dalland, 2012). Min problemstilling er «Hvordan kan sykepleier motivere pasienter gjennom empowerment til å følge ERAS-protokoll?»

Som nevnt over i kapittel 2 er ERAS-protokollen et standardisert behandlingsforløp som består av flere preoperative samtaler og skriftlig informasjon om hva som forventes de første 4-5 postoperative døgnene. ERAS fordrer til høy grad av pasientmedvirkning og ansvarliggjøring av pasient i sitt eget behandlingsforløp. Dette er i tråd med lovverk og sykepleierens *Yrkesetiske retningslinjer* (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3: Norsk sykepleierforbund, 2011). Protokollen har til hensikt å redusere liggedøgn, fremme velvære og minske postoperative smerter, og har hatt en forminskende effekt på forventede senkomplikasjoner som for eksempel trombosedannelser (Ljungqvist, 2014; Bernard & Foss 2012). Min egen opplevelse av pasienter på kirurgisk sengepost er positiv da jeg opplever at pasienter trygges av informasjonen de har mottatt i løpet av behandlingsforløpet og setter pris på forutsigbarheten. Protokollen gir dem daglige mål å jobbe mot og motivasjonen fremstår høy. Alt i alt så ser dette på veldig flott ut på papiret, så hva er egentlig problemet?

Da jeg startet oppgaven og begynte å lese forskningen som la frem pasient-opplevelser i et ERAS-forløp innså jeg at min oppfatning av protokollen bar preg av min rolle som helsepersonell. Det fremstår av forskningen at det er aspekter ved protokollen som er utfordrende for pasienter. Jeg skal i dette kapittelet legge frem utfordringer som kan oppstå postoperativt knyttet til viktige aspekter av ERAS-protokollen og forsøke å belyse hvordan empowerment-fokus kan motivere pasienter til å gjennomføre protokollen.

### 5.1 Optimisme og fallhøyde:

Et fokusområde ved implementeringen av ERAS er god formidling av informasjon til pasienter pre-operativt for å fjerne usikkerheten og frykten rundt en innleggelse. Ved å presentere en konkret plan kan pasienter lettere forsøke å forstille seg hvordan en post-operativ forløp kan oppleves. I følge ERAS-protokollen skal pasienten opp og stå allerede første post-operative dag (vedlegg 2.) Det kan berolige pasient, da pasienten oppfatter at man

allerede etter oppvåkning er i ganske grei form og godt smertelindret allerede første pre-operative dag. Pre-operativt opplever pasienter en følelse av forutsigbarhet og kontroll, og motivasjonen til å følge protokollen er høy. Pasientene sitter med konkrete verktøy i hånden for fremme sin egen bedringsprosess (Fecher-Jones & Taylor, 2015; Sibbern et al., 2017). Dermed kan fallhøyde bli ganske stor hos enkeltpasienter som ikke klarer å gjennomføre de forventede daglige målene. Pasienter satt igjen med en følelse av at hele operasjonen hadde feilet hvis de ikke klarte å følge protokollen slavisk. Forskningen indikerer at pasienter synes at forløpet ble fremstilt litt for lite nyansert pre-operativt og opplever å miste motivasjon da de avviker fra normalen (Fecher-Jones, 2015; Sibbern et al., 2017).

Det er viktig at sykepleier er åpen og tilpasser informasjon til pasient. I samtale er målet å komme til felles forståelse av hverandres rolle, og pasientens premisser angående hvilke ferdigheter og kunnskap pasient er i behov av å utvikle (Tveiten, 2012.) Hvis sykepleier legger til rette for en åpenhet i samtale, blir det etablert en trygghet i relasjonene mellom pasient og sykepleier som legger til rette for at pasient er mer åpen om sine bekymringer og tanker. Sykepleier kan på den måten raskere oppfatte om det pågår en demotiverende prosess hos pasient og sette igang tiltak for å snu denne prosessen. Det gjelder å møte pasient som aktiv lytter og respondere med klar og tydelig informasjon (Eide & Eide, 2007; Tveiten 2008). Sykepleier må gå inn i sin rolle som veileder og forsøke å motivere pasient til å justere målene sine og ufarliggjøre avvikene fra protokollen. Da er det viktig at sykepleier formidler et tro på pasientens iboende ressurser og setter nye realistiske mål sammen med pasient. Hvis de nye målene oppleves som oppnåelige for pasient og pasient har vært en aktiv deltager i prosessen, er vil pasient oppleve en større motivasjon i form av egenbestemmelse og mestring (Tveiten, 2007; Kristoffersen 2014).

## **5.2 Mobilisering:**

Mobilisering er et sentralt forebyggende element i ERAS-protokollen (vedlegg 1). Tidlig mobilisering forebygger trombosedannelser, styrker sirkulasjonssystemet, lungefunksjon og reduserer risikoen for senkomplikasjoner (Berntzen et al., 2010; Ljungqvist, 2014). Formålet med protokollen er å fjerne individuelle praksiser og «synsing» fra helsepersonell sin side i forhold til når pasient skal mobiliseres og hvor mye. *Yrkesetiske retningslinjer* § 1.1 legger føring for at: «sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap» (Norsk sykepleierforbund, 2011). Det bidrar også til trygghet og

forutsigbarhet for pasient, slik at pasientens aktivitetsnivå ikke er avhengig av hvem som er på jobb.

Pasient har pre-operativt mottatt mye informasjon om hvorfor ERAS-protokollen er helsefremmende. I den utleverte litteraturen står det klare aktivitetsmål per postoperative dag og hva som defineres som aktivitet. Pasient har fått diagrammer for hvordan man skånsomt kan rulle seg opp på sengekant for å minimalisere smerte og trykk på operasjonssår. Pasient har også mottatt informasjon om postoperativ smertelindring og hva slags medikamentelle hjelpemidler som er tilgjengelig (Bernhard & Foss, 2014; Ljungqvist, 2014;). Mekaniske hindringer som utstyr og kateter fjernes så fort det er forsvarlig for å fasilitere for lettere mobilitet (vedlegg 1 & 2). Alt er lagt tilrette for at pasient skal kunne mobiliseres etter protokoll. Hvilke faktorer er det da som hemmer pasientens compliance?

Postoperativ opplever dessverre mange pasienter plager som et resultat av operasjonen. Vanlige plager er kvalme, svimmelhet og smerte (Berntzen et al., 2010). Dessverre kan mobilisering forverre disse plagene. Pasienter oppmuntres til å drikke eller et lett måltid første postoperative dag (vedlegg 2.) Dette kan inntas mens pasient fortsatt ligger i seng. Når pasient setter seg opp på sengekanten, eller reiser seg, kan pasient oppleve kvalme eller oppkast som et resultat. Det gastro-intestinalet systemet fungerer ikke optimalt etter et gastro-relatert inngrep og noen får en reaksjon på mat og væske i en magesekken ble tømt før operasjon. Det sirkulatoriske systemet har også fått seg en påkjenning under operasjon. Pasienter opplever ofte et blodtrykksfall ved første mobilisering hvor de føler seg svært svimle og kan besvime (Berntzen et al., 2010). Personlig har jeg erfart at pasienter er redd for å fremprovosere smerter ved mobilisering. Dette til tross for at pasienter preoperativ er godt informert om hvordan de kommer til å bli smertestilt og det har vært stort fokus på å tilpasse informasjon til pasienten sitt nivå (Sjøstedt et al., 2011). I ERAS-forløpet er det endring i tradisjonell smertelindring som igjen har ført til at pasientene har mindre bivirkninger som kvalme og er bedre smertestilt (Ljungqvist, 2014).

Sykepleier må fokusere på sin veiledende og støtte rolle. I samråd med pasienten kan sykepleier undervise og veilede i mestringsstrategier. Ved å tilrettelegge informasjonen og veiledningen oppleves informasjonen som meningsfull og relevant, og det ligger motivasjon naturlig iboende i en slik situasjon (Tveiten, 2008). Sykepleier må trygge pasient i at dette er naturlige fysiologiske reaksjoner etter et inngrep og rette fokus mot hva pasient kan få til. Det

er viktig at sykepleier ikke overkjører pasient, men tar seg tid til å lytte på pasientens bekymringer. Hvis pasient opplever at sykepleier tar seg tid å lytte fordrer det en aksept av pasientens opplevelse av å ikke mestre. Pasient føler seg hørt og forstått. Hvis pasient vet at sykepleier har hørt på bekymringene, har pasienten bredere grunnlag for å stole på at forslag fra sykepleier er relevant for pasientens individuelle situasjon og ikke fra et standardisert skjema (Tveiten & Knutsen 2011, Eide & Eide, 2007).

### **5.3 Ernæring:**

Et annet fokus-området i ERAS-protokollen er tidligere inntak av ernæring peroralt enn ved tradisjonell postoperativ pleie (vedlegg 1 & 2). Dette for å fremme tilheling og tarm-motilitet (Ljungqvist, 2014; Berntzen et al., 2010). Som nevnt i forrige avsnitt kan postoperative pasienter oppleve ubehag i form av smerte, svimmelhet og kvalme. Dette byr på utfordringer for pasienten, da disse faktorene kan påvirke matlyst. Det er viktig at sykepleier tilrettelegger for at pasient kan ta til seg næring peroralt. Ved å ha et langsiktig fokus på kartlegging og promotering av egenressurser kan sykepleier avdekke viktig informasjon i den pre-operative fasen. ERAS-protokollen fasiliterer for dette, da det kan oppleves som empowerment på et organisatorisk nivå. Kvelden, og to timer, før operasjon inntar pasient næringsdrikk (Ljungqvist, 2014; Bernhard & Foss, 2012). På dette tidspunktet er som regel pasient ikke plaget av kvalme. Sykepleier kan da observere hvilke smaker pasient liker og notere dette i journal. Dette kan oppleves som en liten ting for sykepleier, men pasient kan oppleve å bli validert og sett som et individ i et ellers standardisert forløp. Det kan være lettere å føle seg ivaretatt hvis man føler seg hørt og sett av helsepersonell (Tveiten & Knutsen, 2011; Fecher-Jones & Taylor, 2015).

I et postoperativt forløp er det vanlig å bruke opioid-baserte legemidler som smertelindring (Berntzen et al., 2010; Ljungqvist, 2014; Slørdal & Rygnestad, 2014). Disse typer legemidler gir god smertelindring, men kan by på utfordringer i forhold til ernæring og tarmfunksjon. Pasienter kan bli forstoppet som kan bidra til økt kvalmefølelse (Slørdal & Rygnestad, 2014). For å forhindre dette er mobilisering og inntak av ernæring viktig. Sykepleier må tre inn i en veiledende og undervisende rolle for å best mulig kunne få formidlet dette til pasient. I samråd med pasient starter sykepleier en prosess hvor målet defineres av pasienten selv. Det betyr ikke at sykepleier ikke er oppmerksom på sin rolle som fagekspert (Helsepersonelloven, 1999, §2), heller at sykepleier validerer at pasient er ekspert på sin egen kropp. Dette krever at

sykepleier er ydmyk ovenfor pasientens egne erfaringer og følelser, samtidig som man kommer med faglige innspill. På den måten blir prosessen et samarbeid hvor pasient sitter med et eierforhold til det pasient opplever som oppnåelig mål (Kristoffersen, 2015; Tveiten, 2008).

Det er viktig å skille mellom å stille med faglig kompetanse og utøvelse av makt i empowerment-prosessen. I pleie-pasient forholdet er det flere faktorer som styrer maktbalansen, men den viktigste er informasjon. Sykepleier er i en unik rolle da man som helsepersonell sitter med mye informasjon om pasientens alternativer i forhold til behandlingsforløp, sykdomsbilde og medikamentell behandling. Målet med en empowerment-prosess må være å tilrettelegge for pasient å kunne ut av avmakten og oppleve kontroll over eget liv igjen (Tveiten, 2007.) Sykepleier kan da, ved å gi god informasjon og validere pasientens ekspertrolle i sitt eget liv, promotere motivasjon ved å gi pasienten en opplevelse av kontroll over sin behandling og postoperative forløp. Pasienter som ble intervjuet av Tveiten & Knutsen (2011) forteller om økt motivasjon knyttet til en økt følelse av deltagelse og selvbestemmelsesrett i sin egen behandling. Pasientene følte det var lettere å følge tiltak og møte mål hvis de var aktive med i utformingen av behandlingsplanen (2011).

#### **5.4 Psykososiale behov:**

Da jeg startet å lese forskningen knyttet til pasientopplevelsen av et ERAS-forløp forsto jeg raskt at det ikke dreide seg om selve protokollen, heller hvordan protokollen blir implementert. Pasienter rapporterte om en følelse av trygghet i form av god informasjon i forkant av operasjon, og stor motivasjon til å møte de gitt målene og følge protokollen. De var innforstått med helsegevinstene ved å følge protokollen og følte seg mentalt forberedt til en postoperativ tilstand (Fecher-Jones & Taylor, 2015; Sibbern et al., 2017; Sjøstedt et al., 2011). Empowerment-fokuset ligger til grunne i ERAS-protokollen i form av ansvarliggjøring av pasient i sitt eget behandlingsforløp. Den preoperative informasjonen setter klare rammer for hva som forventes av pasient, og hva pasient kan forvente seg av helsepersonell (Ljungqvist, 2014; vedlegg 2). Det krever overskudd og ressurser å ta et så stort ansvar for sin egen helse (Tveiten, 2007). Som nevnt tidligere i kapitlet er det dessverre lett for pasient å miste motivasjon når de går inn den postoperative fasen. Stressfaktorer som smerte, kvalme og svimmelhet påvirker pasient både kroppslig og psykisk. Pasienter blir motløse av å føle at



de ikke strekker til og mestrer sin nye hverdag. Opplevelse av mestring reduseres da pasienter ikke klarer å mobilisere nok egenressurser til å tolerer og redusere interne og eksterne belastninger, og tap av mestringsfølelse tærer på motivasjonen (Eide & Eide 2007; Sibbern et al., 2017). Det er viktig for sykepleier å respektere og forstå hvilken påkjenning dette er for pasient. Opplevelse av mestring fordrer at pasient har nok mobilisert iboende ressurser til mentalt tåle denne form for motgang. Sykepleiers rolle blir da å jobbe med empowerment-prosessen side om side med pasient for å identifisere og promotere de ressursene pasienten har, slik at pasient kan ta tilbake kontrollen over sin situasjon. *Yrkesetiske retningslinjer* har et viktig fokusområde på hva en grunnleggende funksjon en sykepleier har: «Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten» (Norsk sykepleierforbund, 2011, §2.2) Sykepleier har en etisk plikt til å tilrettelegge for at pasient skal oppnå mestring gjennom å kartlegge og promotere pasientens ressurser.

Meta-analysen gjennomført av Sibbern et al. (2017) legger frem lignende resultater. Pasienter starter ERAS-forløp med mye motivasjon og følelse av kontroll, og opplever da en psykisk knekk når de mister mestringsevne til å gjennomføre protokollen. De formidler at informasjonen de fikk preoperativt ikke gav et realistisk bilde av det postoperative forløpet. Sykepleiers veiledende og undervisende rolle omfatter å kunne legge til rette for å styrke pasientens evne til å medvirke og håndtere konsekvens av sykdom og behandling (Tveiten, 2008). Hvis pasienter sitter igjen med en følelse av å ikke ha oppfattet informasjon korrekt, har sykepleier et juridisk og etisk ansvar å formidle informasjonen på en slik måte at pasient etter best evne har god forståelse og innblikk i sin egen situasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3; Norsk sykepleierforbund, 2011, §2.2).

Grunnleggende i begrepet empowerment ligger verdiene brukervedvirkning og ansvar for egne handlinger og liv. Det fostrer selvstendigjøring og myndiggjøring av pasienten, og går vekk i fra den tradisjonelle passive pasientrollen (Tveiten, 2007.) Denne selvstendigjøringen kan oppleves som overveldende av pasienter. Det fremgår av forskning at pasienter kunne oppleve et u håndterbart ansvar for egen helse, et ansvar de ikke følte seg kompetente til å sitte inn med. Siden begge parter hadde avklart sine ansvarsområder og forventninger i det preoperative fasen, ga pasienter uttrykk for at det var vanskeligere å be om hjelp når de hadde det vanskelig (Fecher-Jones & Taylor, 2015; Sibbern et al. 2017). Fecher-Jones & Taylor (2015) la frem i sitt studie at pasienter opplevde at jo høyere grad av selvstendige pasientene oppnådde, jo mindre samvær med sykepleier hadde de. Pasientene gav uttrykk for at selv om

de fysiske grunnleggende behovene ble møtt, savnet de motivasjon, oppmuntring og trygghet. Et annet viktig punkt som kom frem var at pasienter ofte ikke tok kontakt med sykepleier hvis de hadde behov for å prate. De opplevde å få dårlig samvittighet for å be om hjelp, da de klarte å følge ERAS-protokollen. Så pasientene tok ikke kontakt med sykepleier for å få dekket sine psykososiale behov, da de opplevde at de fysiske behovene var viktigere, og var allerede møtt (Fecher-Jones & Taylor, 2015). Det fremstår av denne artikkelen av det ikke har vært en klar nok avklaring av pasient og sykepleiers roller ovenfor hverandre. Empowerment betyr en ny makt- og ansvarsfordeling som tilsier at pasient er ekspert på sin egen situasjon, mens sykepleier er ekspert på det faglige området (Tveiten, 2012). Sykepleiers evne til å formidle forventninger man har til pasienten må ikke oppfattes av pasient som av ansvarsfraskrivelse fra sykepleier sin side. Sykepleier må fokusere på samarbeidet i empowerment-prosessen og være tydelig i sine ansvarsområder. Man må forsøke å formidle og bekrefte sin rolle som støttespiller og samarbeidspartner, slik at pasienter ikke sitter igjen med en følelse av overveldende ansvar over egen helse. Sykepleier bør klare å formidle sine plikter relatert til sitt ansvarsområde, slik at pasienten føler seg trygg i sykepleiers omsorg (Helsepersonelloven, 1999, §2; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999. §2)

## 5.5 Helhetlig tilnærming

Jeg har tatt for meg psykiske og fysiske stressfaktorer som preger en postoperativ pasient. Det er viktig at sykepleier sitter inn med en grunnleggende forståelse av hvordan de fysiske og psykiske tilstandene påvirker hverandre. Det hjelper ikke å bygge opp rundt pasientens egenressurser og promotere følelsen av kontroll og makt, hvis pasienten er dårlig smertelindret. Man må ikke miste det helhetlige fokuset på pasient og en bevissthet rundt sine egne ansvarsområder. Det vil, for eksempel, i praktisk forstand si at man bør kartlegge pasientens smertenivå før man starter å motivere til mobilisering. Sykepleier plikter å sitte inne med fagkompetanse for å gi best helhetlig pleie til pasient (Helsepersonelloven, 1999, §2). *Yrkesetiske retningslinjer* legger også at sykepleier har et: «personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig» (Norsk sykepleierforbund, 2011). Det betyr at sykepleier har både et juridisk og etisk ansvar for å være faglig oppdatert og ha en holistisk tilnærming i sin yrkesutøvelse. Det kommer frem av forskningslitteraturen at pasientene opplever at den rent somatiske delen av sykepleiers yrkesutøvelse ikke er noe å utsette på, men at sykepleier glemmer den ivaretagende og omsorgsfulle rollen. Egen erfaring tilsier at det kan komme av helsepersonell for kan bli opphengt i modeller og dokumentasjon.

Arbeidsdagen til sykepleier er preget av journal, dokumentasjon og loggføring. Det kan kanskje påvirke sykepleiers evne til å tilrettelegge for den individuelle pasient i et standardisert forløp? Det er mange prosedyrer i en sykepleiers hverdag som må følges slavisk for både egen- og pasientsikkerhet (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999. §2). Hvis sykepleiere behandler ERAS-protokollen som en ikke fravikbar prosedyre, mister sykepleier evne til å se og validere pasientens behov for tilpasning. Pasienten kan miste tillit og motivasjon hvis han eller hun opplever å kun være et tall i et system, ikke et individ (Tveiten & Knutsen, 2011). Tilretteleggingen må også sees ut ifra pasientens grunnleggende kroppslige behov. Pasientens postoperative behov kommer an på hva slags inngrep som ble gjennomført og pasientens tidligere sykdomshistorikk (Berntzen, 2010.) ERAS-protokollen vil alltid tilstrebes å følges, men det må være rom for justeringer utfra pasientens fysiske kondisjon. Hvis pasienten har tidligere hjerteproblematikk må sykepleier ta høyde for dette i mobiliseringer, da pasienten kan være mer utsatt for blodtrykksfall og synkopere (Berntzen, 2010.) Hvis pasienten gjentatte ganger har negative opplevelser forbundet med, for eksempel, mobilisering, kan det resultere i at pasient kvier seg for dette og blir demotivert for videre forsøk (Håkonsen, 2014). Forskingen trekker frem et behov for større grad av individuell tilpasning i et standardisert forløp (Sibbern et al., 2017) og viktigheten av sykepleiers rolle i implementeringen av forløpet (Mitchell, 2011).

## 6 Avslutning

ERAS-protokoll er et standardisert behandlingsforløp med mange fordeler. Den bidrar til å redusere liggedøgn på postoperative pasienter, har til intensjon å fremme opplevelse av velvære hos pasient og minimalisere risikoen for senkomplikasjoner etter operasjon (Ljungqvist, 2014; Mitchell, 2011). Min egen erfaring på gastrokirurgisk sengepost var at protokollen la til rette for en empowerment-rettet tilnærming til utøvelse av sykepleieyrke. Forskningen legger frem at pasienter er til dels av samme oppfatning og setter pris på ansvarliggjøringen i sitt eget behandlingsforløp (Fecher-Jones & Taylor, 2015; Bernhard & Foss, 2014, Sibbern et al., 2017). Problemene oppsto når pasientene ikke evnet å gjennomføre protokoll grunnet indre og ytre stressfaktorer. Pasienter opplevde at deres psykososiale behov ikke ble møtt og følte seg fort demotivert da de ikke klarte å følge forventet postoperativt forløp. Forskningen trakk frem et behov for større grad av individuell tilpasning i et standardisert forløp (Sibbern et al., 2017)

Sykepleiers rolle som veileder, omsorgsperson og samarbeidspartner fremstår som særdeles viktig for pasienter skal motiveres til å gjennomføre ERAS-protokollen (Mitchell, 2001; Bernhard & Foss, 2014). Sykepleier må fokusere på å kartlegge og avdekke pasientens iboende ressursers, slik at pasienten føler mestring og kontroll over sitt egen liv (Tveiten, 2007, 2008). Empowerment tillegger mye ansvar på pasient og forventer en større deltagelse av pasienten i sitt eget behandlingsforløp (Eide & Eide 2007; Tveiten 2007). Da er det viktig at sykepleier ikke tenker på grunnleggende behov hos pasient som bare det rent fysiske, men ivareta og møte pasientens psykososiale behov, slik at pasient mottar en helhetlig behandling og er rustet for å være aktiv i sin egen behandling (Norsk sykepleierforbund, 2011, §2.3).

## Litteraturliste

Aadland, E. (2011). "Og eg ser på deg-": vitenskapsteori i helse- og sosialfag (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.

Bernard, H., & Foss, M. (2014). Patient experiences of enhanced recovery after surgery (ERAS). *British Journal of Nursing*, 23(2), 100-106. DOI: 10.12968/bjon.2014.23.2.100

Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A. M. G., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G., & Grønseth, R. (2010). Perioperativ og postoperativ sykepleie. In H. Almås, D. Stubberud, & R. Grønseth (Eds.), *Klinisk Sykepleie bind 1* (s. 273-338). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Berntzen, H., Danielsen, A. og Almås, H. (2015). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D-G Stubberud, R. Grønseth (red.) *Klinisk Sykepleie 1* (4. utg.) (s.355-397). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utg. s.11-22). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fecher-Jones, I., Taylor, C (2015). Lived experience, enhanced recovery and laparoscopic colonic resection. *British Journal of Nursing*, Vol 24 (4).

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.v. av 2. Juli 1999 nr. 64. Hentet 10.04.18 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

“History of ERAS Society”. Hentet 10.04.2018 fra ERAS Society : <https://erassociety.org/>

Håkonsen, K. M. (2014). Følelser og motivasjon. *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg., s. 79-97). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kristoffersen, N-J. (2014). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, N-J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. Grunnleggende sykepleie, bind 1: Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar (s. 207-270). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ljungqvist, O. (2014). ERAS—Enhanced Recovery After Surgery: Moving Evidence-Based Perioperative Care to Practice. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 38(5), 559-566. <http://pen.sagepub.com/content/38/5/559.long>
- Mitchell, M. (2011). The future of surgical nursing and enhanced recovery programmes. *Clinical focus*. DOI: [10.12968/bjon.2011.20.16.978](https://doi.org/10.12968/bjon.2011.20.16.978)
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P & Grønseth, R (2015). Klinisk sykepleie - funksjon og ansvar. I *Klinisk sykepleie 1*. (4. utg., s. 17-33). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. av 2. juli 1999 nr. 63. Hentet 10.04.18 fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)
- Sibbern, T., Bull Sellevold, V., Steindal, S. A., Dale, C., Watt-Watson, J., & Dihle, A. (2017). Patients' experiences of enhanced recovery after surgery: a systematic review of qualitative studies. *Journal of clinical nursing*, 26(9-10), 1172-1188. DOI: 10.1111/jocn.13456.
- Sjöstedt, L., Hellström, R., & Stomberg, M. W. (2011). Patients' need for information prior to colonic surgery. *Gastroenterology nursing*, 34(5), 390-397. DOI: 10.1097/SGA.0b013e31822c69b4
- Slørdal, L., Rygnestad, T.(2014). Legemidler ved smerter. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (2. utg., s.342-351). Oslo: Gyldendal akademisk.

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.v. av 2. juli 1999 nr. 61. Hentet 10.04.2018 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesten>

Strøm A. og Fagermoen, M.S. (2011) Brukermedvirkning som medtjenesteytelse. I: Lerdal, A og Fagermoen, M.S. red. Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 63-81.

Tveiten, S. (2007). Den vet best hvor skoen trykker-: om veiledning i empowermentprosessen. Bergen: Fagbokforlaget.

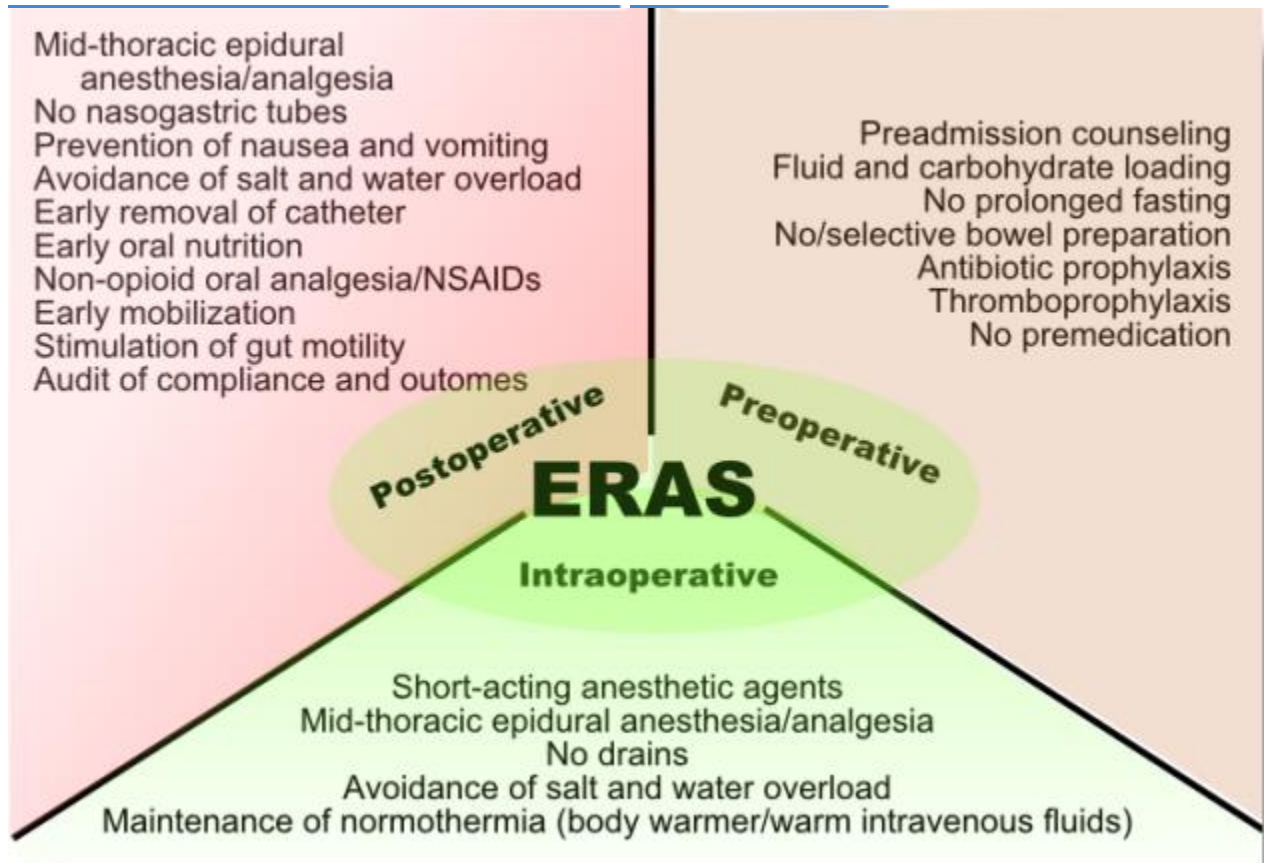
Tveiten, S. (2008). Pedagogikk i sykepleiepraksis (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.

Tveiten, S., & Knutsen, I. R. (2011). Empowering dialogues - the patients' perspective. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 25(2), 333-340. DOI:10.1111/j.1471-6712.2010.00831.x

Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Gammersvik, Å. & Larsen, T. Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis (s. 173-191). Bergen: Fagbokforlaget.

## Vedlegg 1

ERAS Protocol (2015). Hentet fra <http://www.erassociety.org/index.php/eras-care-system/eras-protocol>





## Vedlegg 2

Forenklet skjematisk oversikt over postoperativt ERAS-forløp. Ligger tilgjengelig for helsepersonell i alle ERAS-pasienters journal. Hentet fra kirurgisk sengepost:

ERAS-viktigste momenter:

### Operasjonsdagen:

- Mobiliserer pasienten til sengekanten + opp i stående stillingen **på PO før overflytting til sengepost.**
- Mat og drikke - spiser som normalt, om mulig avslutter i.v. væskebehandling.
- Mobiliserer pasienten på sengepost i ca. 2 timer.
- Seponerer KAD dersom pasient ikke har EDA (epidural), og er tilbake på post før 17.

### POD 1 (postoperative dag):

- Mobilisere pasienten i 8 timer, minimum 3 ganger på korridor.
- Spiser mat, helst på dagligstue, tygger tyggegummi i 30 min etter måltid.
- Driker minimum 1500 mL, fører drikkeliste selv.
- Seponerer KAD så tidlig som mulig hvis pasient ikke har EDA.
- Seponerer SVK (hvis pasient ikke har EDA) og beholder en PVK.
- Utleverer dosett på nattbordet til pasienten.

### POD 2:

- Følger POD 1 i forhold til aktivitet, ernæring og seponerer alt resterende utstyr.
- Dulcolax supp på morgen hvis pasient ikke har hatt avføring enda. Laxoberal-dråper hvis pasient har stomi.
- Skift på operasjonssår.

### POD 3 og videre:

- Følger forløp som POD 1 og 2, og særlig fokus på aktivitet, ernæring, avføring og nedtrapping av smertestillende.

### Utreisedag:

- Sender med et bandasjeskift.
- Lærer pasient å sette Fragmin på seg selv.
- Hvis ERAS-sykepleier ikke er tilstede: Send med "Brev til fastlege", ha utreisesamtale, send med smertepakke ut ifra hva pasienten har brukt.

Flere av disse punktene kan også overføres til pasienter som ikke følger ERAS-protokollen.