

Forskningsplattformen
för utveckling av Närsjukvård

Patienternas syn på individualiserad vård på en ortopedisk klinik

Collaborative and integrated approaches to health 2008:1

Agneta Berg och Marie Rask

**Forskningsplattformen för utveckling av Närsjukvård
är ett samarbete mellan:**

Bromölla kommun, Hässleholms kommun, Kristianstad kommun,
Osby kommun, Perstorps kommun, Östra Göinge kommun samt:



Ansvarig utgivare/Publisher:
Högskolan Kristianstad/Kristianstad University
Department of Health Sciences
291 88 Kristianstad, Sweden
Phone no.: +46 44 20 40 80
Fax no.: +46 44 20 40 43
E-mail: hv@hkr.se
www.hkr.se

Innehåll	
1. Inledning	4
2. Bakgrund	4
3. Syfte	5
4. Metod	5
4.1 Kontext	5
4.2 Urval	5
4.3 Datainsamling	5
4.4 Instrument	6
4.4.1 <i>Individualized Care Scale (ICS)</i>	6
4.4.2 <i>Strategic and Clinical Quality Indicators in Postoperative Pain Management (SCQIPP)</i>	6
4.4.3 <i>Dataanalys</i>	6
4.5 Etiska överväganden	6
5. Resultat	7
5.1 Deltagare	7
5.2 Patienters uppfattning av individualiserad vård	7
5.2.1 <i>Unik individ</i>	7
5.2.2 <i>Individualized Care Scales A and B</i>	8
5.2.3 <i>ICS-A</i>	9
5.2.4 <i>ICS-B</i>	10
5.3 Patienters uppfattning av postoperativ smärtbehandling	10
5.3.1 <i>Strategic and Clinical Quality Indicators in Postoperative Pain Management (SCQIPP)</i>	10
5.3.2 <i>Smärtkaraktär</i>	11
6. Diskussion	12
6.1 Metoddiskussion	12
6.2 Resultatdiskussion	13
6.3 Slutsatser	14
Referenser	15
Bilaga 1	19
Bilaga 2	20
Bilaga 3 Enkäter	21

1. Inledning

Samhället ställer ökade krav på uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet. Individualiserad vård anges som något av det mest centrala i vården och omvårdnaden av patienten (ICN, 2006) och betonas i olika policy- och kvalitetsdokument både nationellt och internationellt (Nilsson, 2005, OECD, 2004). I närsjukvårdsprofileringen och utvecklingen som redovisats för Nordöstra Skåne betonas att vården skall utgå från patientens behov (Region Skåne, 2003) och innefatta utveckling av nya vård- och behandlingsformer där patienten och närstående står i fokus. Behovet av vård och omvårdnad och dess utförande varierar då en patient blir inlagd på sjukhus och det är viktigt att beakta att patienten och dennes närstående kan känna sig sårbara och utsatta (Hälso- och Sjukvårdsrapporten från 2001). Utvärderingar som belyser ett helhetsperspektiv på vårdtagarna är viktiga och måste innehålla både medicinska- och omvårdnadsdata. I föreliggande rapport är det det omvårdnadsperspektivet som står i centrum.

Individualiserad vård spelar en central roll för att utveckla effektivitet och kvalitet i omvårdnaden (Ward et al, 2000; Lauver et al, 2002; Burg et al, 2003). Tidigare forskning har visat att individualisering av omvårdnaden ledde till en mer anpassad behandling med bättre resultat för patienterna som följd (Coyle & Williams, 2001; Little et al, 2001; Frich, 2003). Patienternas tillfredsställelse med omvårdnaden ökade, aktuellt träningsprogram fullföljdes i större utsträckning, rörligheten ökade och förmågan att klara dagliglivets olika göromål och aktiviteter förbättrades, kort sagt patienterna uppvisade ett snabbare tillfrisknande. Trots att forskningen också har visat att det är viktigt för patienten att bli behandlad som en unik person (Radwin, 2000; Suhonen et al 2002) så upplevs inte omvårdnaden som individualiserad i någon högre grad (Attree, 2001; Florin et al, 2005;). För att utveckla och förbättra omvårdnadens effektivitet och kvalitet skulle kombinationen av kliniska riktlinjer och standardiserade vårdplaner, vid sidan av den enskilde patientens skattning av hur den aktuella omvårdnaden uppfattas, sannolikt vara av betydelse.

2. Bakgrund

Intresset för individualiserad vård/omvårdnad har vuxit sedan 1970-talet och det har blivit ett viktigt begrepp inom filosofisk, etisk och empirisk vård och omvårdnadsforskning (Suhonen et al., 2002). Individualisering är omnämnd som en viktig del av omvårdnaden, designad för att möta en unik person/patient vid ett speciellt tillfälle (Gerrish, 2000; Malkin, 2000; Radwin, 2002). Det finns ännu ingen konsensus när det gäller innebörden av individualiserad vård i praktiken och det finns flera olika definitioner av individualiserad vård. Vanligt förekommande teman i litteraturen är patientens: aktuella kliniska situation; personliga livssituation; och inflytande över vården/omvårdnaden (t ex Radwin & Alster, 2002; Radwin et al., 2003; Suhonen et al., 2004). Enligt Radwin (2002) utformas den individualiserade vården när sjuksköterskan - känner patienten som en unik individ och skräddarsyr omvårdnaden efter patientens erfarenheter, beteende, känslor och uppfattningar. Individualiserad vård innebär att finna bästa möjliga strategi för att kunna ge vård till varje enskild patient (Suhonen et al, 2002).

Suhonen et al. (2004) fann att individualiserad omvårdnad från patientens synvinkel kan bedömas utifrån två perspektiv, dels i vilken uträkning patienten uppfattar omvårdnaden som individualiserad dels i vilken utsträckning patientens individualitet stöds genom specifika omvårdnadsinterventioner. De faktorer som ingår i dessa båda perspektiv är vad som kännetecknar den aktuella kliniska vårdssituationen, den personliga livssituationen och patientens kontroll över vården. Det sistnämnda innebär huruvida individens förväntningar att få adekvat information motsvarades och möjligheterna att delta i beslut rörande den egna vården.

Aktuell forskning inom kirurgisk vård utifrån patienternas perspektiv har visat att omvårdnaden inte är särskilt individualiserad och majoriteten av patienternas kommentarer var kritiska (Attree 2001; Muntlin et al., 2006). Forskning från Finland som fokuserade på vuxna

patienter inom kirurgisk vård visade att ju mer patienterna fick stöd för sin individualitet genom specifika omvårdnadsinterventioner desto mer uppfattade de att de blev sedda som unika personer, vilket ledde till bättre tillfredsställelse med vården (Suhonen et al., 2005a, 2007). I tider då vården inom kirurgiska verksamheter ofta utgår från allmänna kliniska riktlinjer och standardiserade vårdplaner är frågor relaterade till individualitet av särskilt intresse. Det finns en uppenbar risk att allmänt hållna kliniska riktlinjer och standardiserade vårdplaner inte i tillräcklig omfattning understödjer omvårdnaden utifrån den enskilda patientens specifika behovs område (Gurge & Sidani 2002).

Postoperativ smärtlindring utgör t ex ett väsentligt område på ortopediska vårdavdelningar (Östlund et al., 2004) och bör därför få särskild uppmärksamhet när det gäller att identifiera område för förbättringar. Eftersom den ortopediska verksamheten till stor del utgörs av kirurgiska ingrepp bör den postoperativa smärtbehandlingen uppmärksammas som en viktig del inom den individualiserade vården (Adams et al, 2002; Östlund et al., 2004). Trots att det finns goda kunskaper i postoperativ smärtbehandling innebär den postoperativa smärtan än idag onödigt lidande för patienter (Idvall & Berg, 2008). En ineffektiv smärtbehandling kan bidra till förlängda vårdtider och långvarig smärtproblematik (Östlund et al., 2004). Smärta är ett unikt känslotillstånd för den enskilda och smärtupplevelsen varierar från person till person (Sjöling et al., 2003). Därför krävs en individuell bedömning och behandling av smärtan där patientens egen redogörelse är en pålitlig indikation på hur mycket smärta patienten upplever (Idvall et al 2002).

3. Syfte

Syftet med studien var att beskriva patienternas erfarenhet av individualiserad vård och postoperativ smärtbehandling på en ortopedisk klinik.

4. Metod

4.1 Kontext

Studien är en del i ett större internationellt forskningsprojekt vars syfte var att undersöka patienters upplevelser av individualiserad vård. Deltagande länder var Sverige, Finland, Grekland, England och USA. Vid den ortopediska kliniken i Skåne där undersökningen genomfördes bedrevs i huvudsak planerade operationer med inriktning på sjukdomar och skador i rörelseapparaten och med speciell tonvikt på höft- och knäledsplastik. Årligen utförs ca 1500 plastikoperationer och 2000 övriga ortopediska operationer. Antalet vård dagar varierar mellan 5,5 – 6,5 dagar. Den aktuella kliniken använde standardiserade vårdplaner och har sedan 1997 rutiner för postoperativ smärtskattning enligt Visuellt Analog Skala (VAS).

4.2 Urval

Under perioden oktober 2004 till november 2005 tillfrågades sammanlagt 185 patienter om deltagande i studien. Urvalet skedde fortlöpande och kriterierna för att patienten skulle inkluderas i studien var att patienten skulle 1) vara 18 år eller äldre, 2) kunna läsa och förstå enkätens frågor, 3) ha vårdats under minst 48 timmar på ortopedisk avdelning/klinik, 4) skrivas ut direkt till hemmet från sjukhusvistelsen, 5) vara förmögen att oberoende besvara frågeformulären 6) och vara villig att besvara frågeformulären.

4.3 Datainsamling

Efter godkännande av klinikchefen informerades personalen på ortopedkliniken muntligt och skriftligt om studien av forskningsansvarig (bilaga 1). En särskild sjuksköterska utsågs som ansvarig för distribution av enkäten och gav vid utskrivning de patienter som uppfyllde

kriterierna för deltagande muntlig och skriftlig information rörande studien, förfrågan om medverkan (bilaga 2) samt enkäten (bilaga 3). Patienten valde att delta i studien genom att enkätsvaren skickades i ett förfrankerat kuvert direkt till forskningsledaren.

Enkäten innehöll bakgrundsfrågor om ålder, kön, utbildning, utbildningsnivå, antal ineliggande dagar, akut eller planerad inläggning, tidigare sjukhusvistelse, kronisk åkomma, och orsak för inläggning. Dessutom ingick också två övergripande frågor ”det är viktigt att vårdpersonalen behandlar mig som en individ” och ”vårdpersonalen på avdelningen tog hänsyn till mig som en unik person”, graderade från *instämmer absolut inte* (1) till *instämmer absolut* (5). Patienters erfarenhet av individualiserad vård och postoperativ smärtbehandling mättes med Individualized Care Scale (ICS) respektive Strategic and Clinical Quality Indicators in Postoperative Pain Management (SCQIPP). Fem kompletterande frågor till SCQIPP visade på smärtkaraktär som hade fasta svarsalternativ.

4.4 Instrument

4.4.1 Individualized Care Scale (ICS)

ICS är ett välbeprövat självskattningsinstrument, utvecklat i Finland (Suhonen et al., 2005b) och översatt till bl. a. svenska (Berg et al., 2007). ICS har använts inom kirurgi, intern medicin och gynekologi (Suhonen et al., 2006, 2007). Instrumentet består av 34 frågor som mäter patienters syn på individualiserad vård ur två dimensioner ICS-A och ICS-B. ICS-A (17 frågor) rör patientens syn på om individualiteten stöds genom vårdpersonalens interventioner. ICS-B (17 frågor) handlar om hur patienten uppfattar individualisering i den vård som erhållits. Frågorna är graderade på en femgradig Likert-skala (1 = *instämmer absolut inte*, 2 = *instämmer i stort sett inte*, 3 = *tveksam*, 4 = *instämmer i stort sett*, 5 = *instämmer absolut*). ICS-A och ICS-B består av vardera tre subskalor: I: klinisk situation (7 frågor), II: patientens livssituation (4 frågor), III: kontroll över besluten i vården (6 frågor). Den interna konsistensen i denna studie testades med Cronbachs alpha och var 0,94 för ICS-A och 0,92 för ICS-B. För de tre subskalorna inom ICS-A (ICS-B) var Cronbach alpha 0,87 (0,90) för klinisk situation, 0,84 (0,78) för patientens livssituation och 0,89 (0,87) för kontroll över besluten i vården. Ett acceptabelt värde för Cronbachs alfa är ett värde på 0,7 eller högre (Polit, 1996; Polit & Beck, 2004).

4.4.2 Strategic and Clinical Quality Indicators in Postoperative Pain Management (SCQIPP)

SCQIPP är ett väl beprövat patientfrågeformulär som tidigare har använts inom ortopedi, gynekologi och allmän kirurgi (Idvall et al., 2002, 2005; Gunningberg & Idvall, 2007). SCQIPP består av 14 frågor om smärtbehandling vilka är graderade på en femgradig Likert-skala (1 = *stämmer inte alls*, 2 = *stämmer lite*, 3 = *stämmer ganska bra*, 4 = *stämmer bra*, 5 = *stämmer mycket bra*) och fem tillägsfrågor om hur patienten uppfattar smärta efter operation. Den interna konsistensen för SCQIPP i denna studie testades med Cronbachs alpha, till 0,86.

4.4.3 Dataanalys

Deskriptiv statistik (frekvenser, medelvärde och standardavvikelser) beräknades med hjälp av Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 14.0. Tolkning av resultatet utgick från att hög vårdkvalitet innebär ett medelvärde > 4,5.

4.5 Etiska överväganden

Studien godkändes av klinikchefen vid ortoped kliniken samt av Etikrådet vid Högskolan Kristianstad. Informationskravet tillgodosågs genom att patienten erhöll muntlig och skriftlig

information (bilaga 2) rörande studien. Samtycke inhämtades genom att patienten svarade på enkäten och skickade denna i ett för frankerat kuvert direkt till forskningsledare. Konfidentialitetskravet tillgodosågs genom att patienten var anonym, vilket innebar att enskilda individer inte kunde identifieras och att patienterna således inte kunde påminnas. Nyttjandekravet uppfylldes genom att insamlad data endast användes i forskningsändamål.

5. Resultat

5.1 Deltagare

Av de 185 enkäter som delades ut besvarades 132, vilket utgjorde en svarsfrekvens på 71 %. Av dessa var 61 % (n=80) kvinnor. Patienternas ålder varierade mellan 19-93 år, median 67 år. Längden på sjukhusvistelsen varierade mellan 3-60 dagar, median 9,5 dagar och 59,8 % (n=79) av patienterna hade inte tidigare varit inlagda på sjukhus. Etthundratjugofyra patienter (93,9 %) var inlagda för att genomgå operation och 60 patienter (45,5 %) hade dessutom någon kronisk åkomma som till exempel astma, diabetes eller högt blodtryck.

5.2 Patienters uppfattning av individualiserad vård

5.2.1 Unik individ

Majoriteten av patienterna, n=110 (83,3 %) instämde absolut på frågan "det är viktigt att vårdpersonalen behandlar mig som en individ" (Fig. 1).

Sjuttioåtta patienter (59,1 %) instämde absolut på frågan "vårdpersonalen på avdelningen tog hänsyn till mig som en unik person" (Fig. 2).

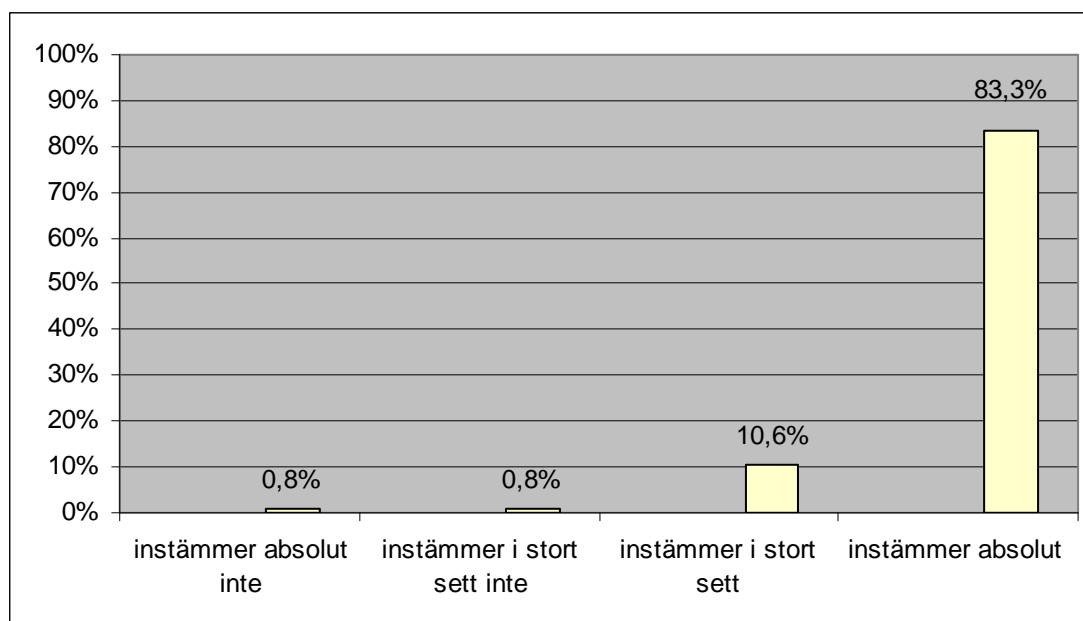


Fig. 1 Betydelse av individualiserad vård (svarsbortfall 4,5 %)

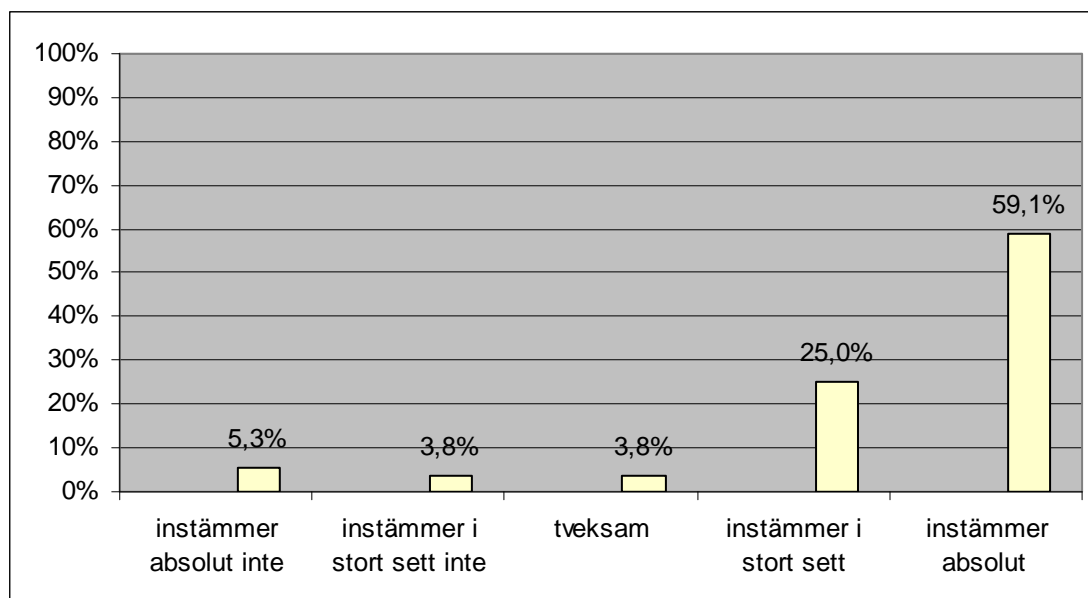


Fig. 2 Personalen tog hänsyn till patienten som en unik person (svarsbortfall 3 %).

5.2.2 Individualized Care Scales A and B

Medelvärde för hela ICS-A var 3,97 och för ICS-B 4,33. Medelvärde för subskalorna i ICS-A varierade mellan 3,33 och 4,40. Lägst medelvärde hade subskalan ”patientens livssituation” och högst hade subskalan ”klinisk situation”. Medelvärde för subskalorna i ICS-B varierade mellan 3,78 och 4,53. Endast subskalan ’kontroll över besluten i vården’ hade ett medelvärde överstigande tröskelnivån 4,5, som var satt för en hög kvalitet på individualiserad vård. (Tabell 1)

Tabell 1. Beskrivande statistik för ICS A and B (range 1-5):

	Medelvärde (Standardavvikelse)	95 % Konfidensintervall för medelvärdet	Bortfall <i>n</i> (%)
ICS-A	3,97 (±0,70)	3,84 – 4,10	22 (16,7)
Klinisk situation	4,40 (±0,60)	4,29 – 4,50	10 (7,6)
Patientens livssituation	3,33 (±1,00)	3,15 – 3,51	11 (8,3)
Kontroll över besluten i vården	3,98 (±0,81)	3,83 – 4,13	15 (11,4)
ICS-B	4,33 (±0,54)	4,22 – 4,44	32 (24,2)
Klinisk situation	4,44 (±0,56)	4,34 – 4,54	15 (11,4)
Patientens livssituation	3,78 (±0,86)	3,61 – 3,95	27 (20,5)
Kontroll över besluten i vården	4,53 (±0,56)	4,43 – 4,63	11 (8,3)

5.2.3 ICS-A

Medelvärdet för de enskilda frågorna i ICS-A (n=17) varierade mellan 3,02 (SD±1,39) och 4,67 (SD±0,63). Tre frågor, samtliga inom 'klinisk situation' hade medelvärde > 4,5. De fyra frågorna i subskalan 'patientens livssituation' låg bland de med lägst medelvärde, knappt 30 % eller mindre instämde absolut med frågorna. Frågan med lägst medelvärde var "vårdpersonalen har frågat om jag önskar att närstående deltar i min personliga vård". Andra frågor med medelvärde < 4,0 var att "vårdpersonalen har frågat vilken tidpunkt jag föredrar att sköta min personliga hygien", "vårdpersonalen har frågat om mina dagliga vanor", "vårdpersonalen har frågar om mina tidigare erfarenheter av sjukhusvistelse", "vårdpersonalen har frågat vilka aktiviteter som ingår i mitt dagliga liv utanför sjukhuset" och "vårdpersonalen har hjälpt mig att uttrycka mina åsikter om vården". (Tabell 2).

Tabell 2. Deskriptiv data för ICS-A

Förkortning av frågorna	Instämmer absolut n (%)	Medelvärde (SD)	Bortfall n (%)
Klinisk situation			
Mitt sjukdomstillstånd	66 (50,0)	4,42 (±0,69)	2 (1,5)
Mina vårdbehov	80 (60,6)	4,51 (±0,78)	3 (2,3)
Min personliga vård	86 (65,2)	4,57 (±0,70)	2 (1,5)
Förändringar i hur jag mått	95 (72,0)	4,67 (±0,63)	2 (1,5)
Rädsla och oro	63 (47,7)	4,18 (±1,01)	3 (2,3)
Sjukdomen påverkat mig	54 (40,9)	4,16 (±0,88)	3 (2,3)
Mitt sjukdomstillstånd	62 (47,0)	4,28 (±0,84)	3 (2,3)
Patientens livssituation			
Aktiviteter i mitt dagliga liv	30 (22,7)	3,62 (±1,05)	7 (5,3)
Erfarenheter av sjukhusvistelse	26 (19,7)	3,46 (±1,17)	7 (5,3)
Mina dagliga vanor	19 (14,4)	3,29 (±1,18)	9 (6,8)
Närståendes deltagande	23 (17,4)	3,02 (±1,39)	5 (3,8)
Kontroll över besluten i vården			
Förstått instruktioner	68 (51,5)	4,43 (±0,69)	5 (3,8)
Vad jag vill veta	52 (39,4)	4,06 (±1,05)	6 (4,5)
Personliga önskemål	65 (49,2)	4,32 (±0,86)	5 (3,8)
Delta i besluten	57 (43,2)	4,20 (±0,90)	4 (3,0)
Mina åsikter	30 (22,7)	3,63 (±1,18)	7 (5,3)
Min personliga hygien	27 (20,5)	3,27 (±1,35)	6 (4,5)

5.2.4 ICS-B

Medelvärde för enskilda frågor (n=17) varierade mellan 3,54 (SD±1,08) och 4,74 (SD±0,58). I subskalorna 'klinisk situation' och 'kontroll över besluten i vården' hade sju av frågorna ett medelvärde > 4,5. De fyra frågor med lägst medelvärde var samtliga inom subskalan patientens livssituation. Lägst medelvärde hade frågan "mina dagliga aktiviteter har beaktats i vården". Övriga frågor som hade ett medelvärde < 4,0 var "när jag så önskat har närstående kunnat delta i vården" och "mina tidigare erfarenheter av sjukhusvistelse har beaktats i vården" (Tabell 3).

Tabell 3. Deskriptiv data för ICS-B

Förkortning av frågorna	Instämmer absolut n (%)	Medelvärde (Standardavvikelse)	Bortfall n (%)
Klinisk situation			
Mitt sjukdomstillstånd	67 (50,8)	4,43 (±0,70)	7 (5,3)
Mina vårdbehov	82 (62,1)	4,59 (±0,62)	6 (4,5)
Min personliga vård	82 (62,1)	4,59 (±0,62)	3 (2,3)
Förändringar i hur jag mått	86 (65,2)	4,59 (±0,68)	4 (3,0)
Rädsla och oro	69 (52,3)	4,40 (±0,79)	6 (4,5)
Sjukdomen påverkat mig	57 (43,2)	4,30 (±0,74)	7 (5,3)
Mitt sjukdomstillstånd	55 (41,7)	4,20 (±0,87)	6 (4,5)
Patientens livssituation			
Aktiviteter i mitt dagliga liv	24 (18,2)	3,54 (±1,08)	14 (10,6)
Erfarenheter av sjukhusvistelse	35 (26,5)	3,71 (±1,14)	11 (8,3)
Mina dagliga vanor	57 (43,2)	4,19 (±0,97)	8 (6,1)
Närståendes deltagande	34 (25,8)	3,64 (±1,26)	17 (12,9)
Kontroll över besluten i vården			
Förstått instruktioner	101 (76,5)	4,74 (±0,58)	2 (1,5)
Vad jag vill veta	88 (66,7)	4,60 (±0,68)	3 (2,3)
Personliga önskemål	90 (68,2)	4,65 (±0,60)	4 (3,0)
Delta i besluten	60 (45,5)	4,21 (±0,94)	7 (5,3)
Mina åsikter	64 (48,5)	4,32 (±0,84)	5 (3,8)
Min personliga hygien	90 (68,2)	4,61 (±0,69)	2 (1,5)

5.3 Patienters uppfattning av postoperativ smärtbehandling

5.3.1 Strategic and Clinical Quality Indicators in Postoperative Pain Management (SCQIPP)

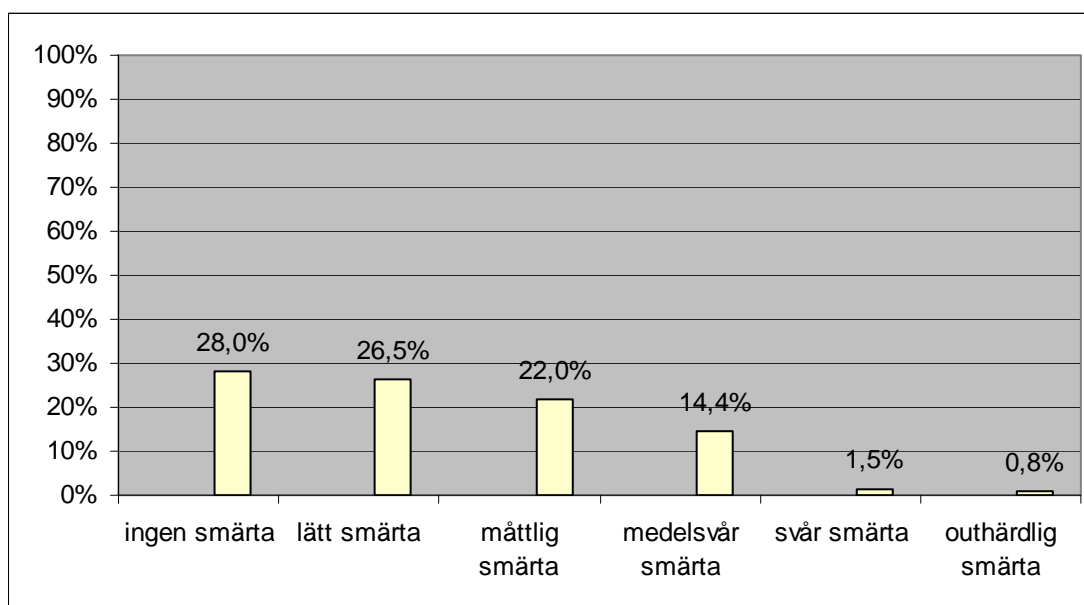
Medelvärde för SCQIPP var 4,20 (SD±0,62) och för de enskilda frågorna (n=14) varierade medelvärdet mellan 2,82 (SD±1,52) och 4,69 (SD±0,59). Frågan med lägst medelvärde var "jag fick gradera min smärta flera gånger varje dag genom att ange en siffra mellan 0 och 10 (Visuell Analog Skala, VAS)(eller markera på en rät linje)". Andra frågor som hade medelvärde <4,0 var "personalen frågade mig varje dag om hur ont jag hade när jag tog djupa andetag, satte mig upp eller rörde mig" och "personalen visste hur min smärta/smärthandling hade varit tidigare under vårdtiden". Fem frågor hade medelvärde överstigande tröskelnivån 4,5, vilken var satt för en hög kvalitet på postoperativ smärtbehandling (Tabell 4).

Tabell 4. Patientens uppfattning av sin smärtbehandling

Förkortning av frågorna	Stämmer mycket bra n (%)	Medelvärde (Standardavvikelser)	Bortfall n (%)
Påverka min smärtbehandling	66 (50,0)	4,35 ($\pm 0,84$)	8 (6,1)
Bekvämt sängläge	65 (49,2)	4,26 ($\pm 0,89$)	3 (2,3)
Lugn och ro	67 (50,8)	4,21 ($\pm 1,01$)	3 (2,3)
Smärtstillande dagligen	98 (74,2)	4,69 ($\pm 0,59$)	1 (0,8)
Ont vid rörelse	48 (36,4)	3,71 ($\pm 1,34$)	3 (2,3)
Gradera smärtan	24 (18,2)	2,82 ($\pm 1,52$)	7 (5,3)
Hjälp att lindra smärtan	58 (43,9)	4,17 ($\pm 1,01$)	6 (4,5)
Trivsamt rum	79 (59,8)	4,44 ($\pm 0,82$)	2 (1,5)
Snabb hjälp	90 (68,2)	4,63 ($\pm 0,67$)	6 (4,5)
Personalen visste smärtan	48 (36,4)	3,79 ($\pm 1,26$)	6 (4,5)
Kunskap att lindra smärtan	81 (61,4)	4,54 ($\pm 0,70$)	4 (3,0)
Smärtorna togs på allvar	90 (68,2)	4,57 ($\pm 0,73$)	1 (0,8)
Personalen samarbetade	98 (74,2)	4,66 ($\pm 0,71$)	3 (2,3)
Information före operation	83 (62,9)	4,36 ($\pm 1,08$)	3 (2,3)

5.3.2 Smärtkaraktär

Efter operation hade 86 patienter (65,2 %) inte mer smärta än förväntat (svarsbortfall 7,6 %) och 85 patienter (64,4 %) var mycket nöjda med smärtlindring efter operation och (svarsbortfall 2,3 %). Under det sista vård dygnet skattade 19 patienter (14,4 %) smärtan som medelsvår när den var som värst (Fig. 3) och 17 patienter (12,9 %) skattade en måttlig smärta när den var som minst (Fig. 4). Vid frågetillfället hade 40 patienter (30,3 %) en lätt kvarstående smärta medan 54 patienter (40,9 %) inte uppgav någon smärta alls (svarsbortfall 14,4 %).

**Fig. 3** Smärtan när den var som värst (svarsbortfall 6,8 %)

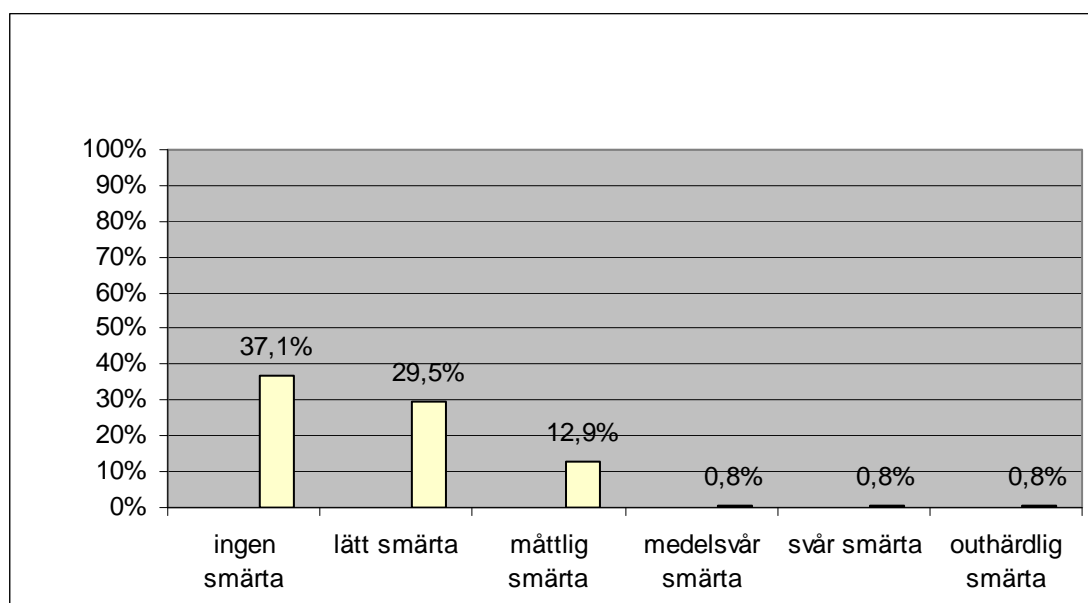


Fig. 4 Smärtan när den var som minst (svarsbortfall 18,9 %)

6. Diskussion

6.1 Metoddiskussion

Det finns några metodologiska begränsningar att ta hänsyn till vid tolkningen av resultatet. Svarsfrekvensen var hög (71 %) och majoriteten av patienterna (87 %) var inlagda för planerad operation och endast ett fåtal (4 %) för akut operation (internt bortfall 9 %). Data insamlades under perioden oktober 2004 – november 2005 under dagar då ansvarig sjuksköterska var i tjänst. Det innebär att inte alla patienter som uppfyllde inklusionskriterierna tillfrågades. Resultatet förmodas dock inte ha påverkats i någon större omfattning eftersom inga specifika kirurgiska ingrepp eller patientgrupper uteslöts på grund av sjuksköterskans ledighet.

Självskattningsformulär av den typen som använts i studien begränsas alltid till vad den enskilde är villig att avslöja. Det kan finnas en osäkerhet om huruvida svaren kan spåras tillbaka till den enskilde med negativ påverkan som följd. I denna studie var enkäten emellertid inte kodad och enkätsvaren skickades direkt till forskningsledare vilket sannolikt bidragit till att flera svarade och att de svarade sanningsenligt.

Det interna bortfallet var lågt på de flesta frågor vilket indikerar att frågeformuläret var lätt att förstå och fylla i. I subskala 'patientens livssituation' (ICS-B) varierade det interna bortfallet mellan 8% och 13 % på tre av de fyra frågorna. Anledningen kan vara att frågorna i subskalan inte var relevanta för patienterna till exempel att de inte hade någon anhörig, inga tidigare erfarenheter av sjukhusvistelse och att aktiviteterna i det dagliga livet utanför sjukhuset inte var viktiga för dem vid denna tidpunkt. I smärtbehandlingsenkäten (SCQIPP) var det ett relativt högt internt bortfall, 14 % respektive 19 % på två av frågorna som handlade om hur man uppfattade smärtan efter operation. Orsaken kan vara att frågan, om smärta när den var som minst under det sista vård dygnet, inte hade någon större relevans för patienten eftersom smärtan kanske inte varit noterbar. Det höga bortfallet på frågan 'hur ont har du just nu' kan bero på att patienten var smärtfri vid ifyllandet av enkäten och således uppfattade frågan som irrelevant.

Tröskelvärde för hög vårdkvalitet sattes till > 4,5 för varje enskild fråga i ICS och SQCIPP. Idvall et al. (2002) menar att när varje fråga i ett frågeformulär har validerats och bedömts som väl lämpade för ändamålet av erfarna och specialiserade sjuksköterskor på området är det rimligt att använda ett högt tröskelvärde för att demonstrera hög kvalitet på den aktuella vården.

6.2 Resultatdiskussion

I denna studie ansåg majoriteten av patienterna (83 %) att det var viktigt att bli behandlad som en unik individ av vårdpersonalen. Detta är i överensstämmelse med tidigare forskning som har visat att det är viktigt för patienten att bli behandlad som den unika person han/hon är (Radwin, 2002; Suhonen et al., 2002). Trots att majoriteten av de tillfrågade patienterna i studien ansåg att det var viktigt att bli behandlad som en unik individ instämde endast 59 % i att vårdpersonalen på avdelningen absolut hade tagit hänsyn till dem som en unik individ. Resultatet bekräftar tidigare studier som rapporterat att patienterna endast i blygsam omfattning uppfattade vården som individualiserad (Kralik et al., 1997; Wallace et al., 1999; Attree 2001).

Elektiv kirurgi gör det möjligt att planera vården, vilket indikerar att det borde finnas tid och utrymme för att individualisera omvårdnaden för varje patient. Resultatet från denna studie visar emellertid att 40 % av patienterna inte i tillräcklig omfattning uppfattade omvårdnaden som individualiserad och att de inte uppfattade att de hade blivit behandlade som unika individer. En orsak till detta kan vara att vårdpersonalen inte betraktade patienten som en unik individ utan mer som ett kirurgiskt fall. Resultatet pekar på vikten av att balansera allmän standardiserad vård och individualiserad omvårdnad. Allmänna riktlinjer och standardiserade vårdplaner är bra i strävan efter en kvalitativ hög standard inom kirurgisk vård men är inte nödvändigtvis bra för den enskilda patienten eftersom det finns en risk att vårdarna endast följer de standardiserade vårdplanerna och åsidosätter den enskilda patientens unika behov. Eftersom varje patient är unik med sina speciella förutsättningar för hälsa och välbefinnande borde omvårdnadsåtgärder anpassas efter varje patients situation. Utifrån detta resonemang kan det vara väl värt att vidare undersöka huruvida patienter inom akut ortopedisk kirurgi upplever att de har blivit föremål för individualiserad vård.

Patienternas svar gav höga värden åt den 'kliniska situationen' i både ICS-A och ICS-B vilket indikerar att omvårdnaden stödde patientens individualitet och att vårdpersonalen identifierade och åtgärdade patientens behov under vistelsen på vårdavdelningen. Smärtbehandlingen som erhöles var av hög kvalitet. Patienterna upplevde att de fick regelbunden och snabb smärtlindring dagligen och att smärtorna togs på allvar och att kunskapen om smärtbehandling var hög hos vårdpersonalen. Områden som fick låga värden och som kan förbättras på vårdavdelningarna är bedömningen av patienternas smärta vid rörelser och att använda smärtskattningsinstrument mer regelbundet. Resultatet visade att det var ovanligt att patienterna regelbundet fick gradera sin smärta. Detta stämmer väl överens med tidigare forskning där det framkommit att patienter upplevde att de inte erbjöds att skatta sin smärta (Dihle et al., 2005; Idvall et al., 2002; Idvall, 2004). Den postoperativa smärtan bör regelbundet skattas av patienten själv och inte av vårdpersonalen (Idvall & Berg, 2008) eftersom vårdpersonal har en tendens att underskatta patientens smärta (Idvall et al., 2002).

Dessa resultat reflekterar två olika förhållningssätt i vårdar-patientrelationen nämligen expertens eller samarbetspartnern. Utgångspunkten i rollen som expert är att det är vårdaren som vet vad som är bäst för patienten medan utgångspunkten i rollen som samarbetspartner innebär att vårdaren och patienten i samråd kommer fram till vad som är det bästa för patienten i den aktuella situationen (Berg & Hallberg 2000). Det sistnämnda förhållningssättet betonar varje patients individualitet och skapar bättre förutsättningar för en närmare vårdar-patientrelation. Vårdpersonalen i denna studie kanske undvek att komma för nära patienterna beroende på organisatoriska hinder eller brist på professionellt självförtroende.

Sannolikt är engagemang i och samarbete med patienterna att föredra i all omvårdnad men att omfattningen kan antas variera beroende på vårdssituation och typen av relation. Det finns således ett uppenbart behov av att vårdpersonalen har förmåga att vara flexibel i förhållande till omständigheterna. Det är också rimligt att peka på behovet av en stabil och förutsägbar organisation som stödjer och tillgodoser kravet på närhet i vårdar–patientrelationen i det kliniska omvårdnadsarbetet. Mer forskning behövs för att öka kunskaperna om samarbetet mellan vårdare och patient inom ramen för den individualiserade omvårdnaden.

Det framkom att familjen och närståendes deltagande i omvårdnaden av patienten prioriterades lågt av vårdpersonalen. Resultatet bekräftar tidigare forskning där det visat att familj och närstående inte ansågs som viktiga inom omvårdnaden (Berg et al., 2007; Suhonen et al., 2000; Buchanan et al., 1997). Att involvera familj och närstående i ortopedisk omvårdnad är förmodligen av stor betydelse inte minst på grund av att den äldre delen av befolkningen utgör en allt större skara vilket även ökar antalet äldre människor som är i behov av olika former av ledplastikoperationer. Medelåldern för patienters som ledplastikopereras är hög (Department of Orthopaedics, 2007). Den äldsta patienten i den aktuella studien var 93 år och medianen var 67 år vilket ställer stora krav både på den äldre i rollen som patient och på vårdpersonalen (Johansson et al., 2002; Williams et al., 2007). Eftersom många närstående och familjemedlemmar ofta tar ansvar för varandras välbefinnande skulle vårdpersonalen sannolikt tjäna på att införa familjefokuserad omvårdnad. Genom att vid samma tillfälle t ex informera och diskutera omvårdnaden med patienten och familjen samtidigt skulle vårdpersonalen bli mer uppmärksamma och öppna för patienten och familjens gemensamma önsknings och behov. Vårdpersonalen skulle kunna invitera familj och närstående till samarbete i omvårdnadsprocessen. Genom att lyssna till deras behov och önskemål, och få kunskap om vilka resurser, såväl interna som externa, som finns tillgängliga inom familjen, skulle vårdpersonalen kunna bidra till att synliggöra vad som krävs för ett effektivt stödsystem (Tarkka et al., 2003; Majasaari et al., 2005). Detta skulle stärka möjligheterna att minska belastningen både för familjen och för hälso- och sjukvårdsorganisationen. Något som sannolikt skulle vara av betydelse för familjen i allmänhet men för den äldre patienten i synnerhet.

Patienterna på ortopedkliniken rapporterade att de hade bra kontroll över besluten i omvårdnaden, men att de inte fick stöd av vårdpersonalen i frågor som rörde beslut i omvårdnaden i hög grad (Tabell 2 och 3). De tyckte att de följde de instruktioner som gavs, fick tillräckligt med information om sitt tillstånd och att deras önskemål beaktades. Det är värt att notera att patienterna upplevde att de inte tillfrågades särskilt ofta om sin personliga livssituation trots att dom upplevde raka motsatsen när det gällde den kliniska vårdssituationen. Kanske var det så att man som patient inte brydde sig om huruvida vårdpersonalen frågade om personliga vanor eller ej, eller så pekar resultatet på att patienterna hade anpassat sig till den aktuella situationen. Kanske försökte patienterna vara lydiga och ”duktiga” genom att inte ställa krav på vårdpersonalen och därmed ställa till onödigt besvär. Oavsett skälen är det viktigt att den personliga livssituationen tas i beaktande för att möjliggöra att patientens förmåga till egenvård efter operationen stärks.

6.3 Slutsatser

Resultatet från studien kan ligga till grund för att utveckla den kliniska omvårdnaden på flera områden inom den ortopediska verksamheten. Postoperativ smärtbehandling behöver fortfarande förbättras – ett resultat som bekräftar av tidigare forskning inom området. Behovet av att beakta patientens personliga livssituation liksom familjeperspektivet i omvårdnaden har synliggjorts. Mer fokus borde riktas på hur evidensbaserad kunskap kan implementeras och användas som bedömningsunderlag i feedback-syfte i utvärderingssammanhang, vilket är, vilket är angeläget för all vårdpersonal men också för chefer på alla nivåer inom hälso- och sjukvården.

Referenser

- Adams, H.A., Saatweber, P., Schmitz, C.S., & Hecker, H. (2002). Postoperative pain management in orthopaedic patients: no differences in pain score, but improved stress control by epidural anaesthesia. *European Journal of Anaesthesiology*, 19, 658-665.
- Attree, M. (2001). Patients' and relatives' experiences and perspectives of "good" and "not so good" quality of care. *Journal of Advanced Nursing*, 33, (4), 456-466.
- Berg, A., Suhonen, R., & Idvall, E. (2007). A survey of orthopaedic patients' assessment of care using the Individualized Care Scale. *Journal of Orthopedic Nursing*, 11: 185-193.
- Berg, A. & Hallberg, I.R. (2000). Psychiatric nurses' lived experiences of working with in-patient care on a general team psychiatric ward. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 7 (4), 323-333.
- Buchanan, L., Voigtman, J., & Mills, H. (1997). Implementing the agency for health care policy and research pain management pediatric guidelines in a multicultural practice setting. *Journal of Nursing Care Quality*, 11, (3), 23-35.
- Coyle, J & Williams, B. (2001). Valuing people as individuals: development of an instrument through a survey of person centeredness in secondary care. *Journal of Advanced Nursing*, 36 (3), 450-459.
- Dihle, A., Bjölseth, G., & Helseth, S. (2005). The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 469-479.
- Florin, J., Ehrenberg, A., Ehnfors, M., (2005). Patients' and nurses' perceptions of nursing problems in an acute setting. *Journal of Advanced Nursing* 51 (2): 140-149
- Frich, L.M. (2003). Nursing interventions for patients with chronic conditions. *Journal of Advanced Nursing* 44 (2): 137-53.
- Gerrish, K. (2000). Individualized care: its conceptualization and practice within a multiethnic society. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 91-99.
- Gunningberg, L & Idvall, E. (2007). The quality of postoperative pain management: recommendations for standardized outcome measure. *Journal of Nursing Management* 15, 756-766.
- Guruge, S., & Sidani, S. (2002). Effects of demographic characteristics on preoperative teaching outcome: a metaanalysis. *Canadian Journal of Nursing Research*, 34, 25-33.
- Hälsa- och sjukvårdsrapport – 2001. (2001). Patientens ställning. [Elektronisk]. Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig: <<http://www.sos.se/FULLTEXT/111/2001-111-6/Kap5.htm>>. [2006-11-09].
- ICN. (2006). The ICN Code of Ethics for Nurses. International Council of Nurses, Geneva.

- Idvall, E., & Berg, A. (2008). Patient assessment of postoperative pain management – Orthopaedic patients compared to other surgical patients. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 12, 35-40.
- Idvall, E. (2004). Quality of care in postoperative pain management: what is realistic in clinical practice? *Journal of Nursing Management*, 12, 162-166.
- Idvall, E., Berg K., Unosson, M., Brudin L. (2005). Differences between nurse and patient assessment on postoperative pain management in two hospitals. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 11 (5), 444-451.
- Idvall, E., Hamrin, E., Sjöström, B., & Unosson, M. (2002). Patient and nurse assessment of quality of care in postoperative pain management. *Quality and Safety in Health Care*, 11, 327-334.
- Johansson, K., Salanterä, S., Katajisto, J., Leino-Kilpi, H. (2002). Patient education in orthopaedic nursing. *Journal of Orthopaedic Nursing* 6 (4): 220-226.
- Kralik, D., Koch, T., Wotton, K. (1997). Engagement and detachment: understanding patients' experiences with nursing. *Journal of Advanced Nursing* 26 (2): 399-407.
- Lauver, D.R., Ward, S.E., Heidrich, S.M., Keller, M.L., Bowers, B.J., Brennan, P.F., Kirchhoff, K.T., Wells T.J. (2002). Patient-centered interventions. *Research in Nursing & Health* 25 (4): 246-255.
- Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., Ferrier, K., Payne, S. (2001). Observational study of effect of patient centeredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *British Medical Journal* 323 (7318): 908-911.
- Majasaari, H., Sarajärvi, A., Koskinen, H., Autere, S., Paavilainen, E. (2005) Patients' perceptions of emotional support and information provided to family members. *AORN Journal* 81 (5): 1030-1039.
- Malkin, K-F. (2000). Patients' perceptions of a pre-admission clinic. *Journal of Nursing Management* 8, 107-113.
- Muntlin, A., Gunningberg, L., Carlsson, M. (2006). Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *Journal of Clinical Nursing* 15 (8): 1045-1056.
- Nilsson, M. (2005). Annotated Bibliography – Patient Centeredness. Collaborative and Integrated Approaches to Health 2005:5. Kristianstad University, Kristianstad, Sweden.
- OECD. (2004). Towards High-performing Health Systems. OECD Health Project. Organization for Economic Co-operation and Development OECD Publications 2. Publication Services. Paris, France.
- Polit, D. (1996). Data analysis & statistics – for nursing research. USA: Appleton & Lange.

- Polit, D., & Beck, C, (2004). *Nursing Research – principles and methods*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Radwin, L., Alster, K., Rubin, K.M. (2003). Development and testing of the oncology patients' perceptions of the quality of nursing care scale. *Oncology Nursing Forum* 30 (2): 283-290.
- Radwin, L.E., Alster, K. (2002). Individualized nursing care: an empirically generated definition. *International Nursing Review* 49 (1): 54-63.
- Radwin, L. (2000) Oncology patients' perceptions of quality nursing care. *Research in Nursing & Health* 23 (3): 179-190
- Region Skåne. (2003). *Målbild Skånsk Livskraft – vård och hälsa*. 18-19 juni 2003.
- Sjöling, M., Nordahl, G., & Asplund, K. (2003). The impact of preoperative information on anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient education and counselling*, 51, 169-176.
- Suhonen, R., Välimäki, M., Katajisto, J., & Leino-Kilpi, H. (2007). Provision of individualized care improves hospital patient outcomes: an explanatory model using LISREL. *International Journal of Nursing Studies*, 44, (2), 197 – 207.
- Suhonen, R., Välimäki, M., Katajisto, J., & Leino-Kilpi, H. (2006). Patient characteristics in relation to perceptions of how individualized care is delivered – research into the sensitivity of the individualized care scale. *Journal of Professional Nursing*, 0, 1-9. In press.
- Suhonen, R., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H. (2005a). Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 50 (3): 283-292.
- Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., & Välimäki, M. (2005b). Development and psychometric properties of the Individualized Care Scale. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 11, (1), 7-20.
- Suhonen, R., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., & Katajisto, J. (2004). Testing the individualized care model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, (1), 27-36.
- Suhonen, R., Välimäki, M., & Leino-Kilpi, H. (2002). "Individualized care" from patients', nurses' and relatives' perspective – a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 645-654.
- Suhonen, R., Välimäki, M., & Katajisto, J. (2000). Individualized care in a Finnish healthcare organization. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 218-227.
- Tarkka, MT., Paavilainen, E., Lehti, K., Åstedt-Kurki, P. (2003). In-hospital social support for families of heart patients. *Journal of Clinical Nursing* 12 (5): 736-743.
- Wallace, T., Robertson, E., Millar, C., Frich, S.R. (1999). Perceptions of care and services by the clients and families: a personal experience. *Journal of Advanced Nursing* 29 (5): 1144-1153

Ward, S., Donovan, H.S., Owen, B., Groesen, E., Serlin, R. (2000). An individualized intervention to overcome patient-related barriers to pain management in women with gynaecologic cancers. *Research in Nursing & Health* 23 (5): 393-405.

Williams, A., Dunning, T., Manias, E. (2007). Continuity of care and general wellbeing of patients with co morbidities requiring joint replacement. *Journal of Advanced Nursing* 57 (3): 244-256.

Östlund, G., Arvild, M., & Eriksson, P. (2004). Postoperativ smärtlindring efter knäplastik – jämförande studie med T. Tramadol och T. OxyContin. *Smärta*, 3, 18-21.

<http://www.jru.orthop.gu.se> (2008-07-04)

Bilaga 1



ICProject
Finland, Greece,
Sweden, UK, USA

Individualiserad vård ur patienternas perspektiv

Jag vill med detta brev introducera ett forskningsprojekt vid Högskolan i Kristianstad. Projektets titel är; ” Individualized care from patient’s point of view. A comparative international research”. De länder som förutom Sverige är involverade är Finland (huvudansvarig), Grekland, England och USA. Agneta Berg, Högskolan i Kristianstad samt Ewa Idvall, Landstinget i Kalmar län, är ansvariga för datainsamlingen i Sverige. Syftet med undersökningen är att få kunskap om patienternas syn på individualiserad vård. Vidare kommer även patienternas uppfattning av postoperativ smärtbehandling att undersökas. Datainsamlingen kommer att ske med hjälp av frågeformulär.

En pilotstudie genomfördes genomföras under senhösten 2004 i syfte att testa den svenska översättningen av ICA (Individualized Care Scale A) och ICB (Individualized Care Scale B). Huvudstudien kommer att genomföras under perioden från apriloch framåt under våren 2005. De frågeformulär som ingår är:

- ICA
- ICB
- EQ-5D (The EuroQol 5D)
- SCQIPP (Strategic and Clinical Quality Indicators in Postoperative Pain Management)

Urval kommer att bestå sammanlagt av 300 patienter, 50 till pilotstudien och 250 till huvudstudien. Inklusionskriterier är:

- 18 år och äldre
- Kunna läsa och förstå frågorna i enkäterna
- Vårdats på ortopedisk avd/klinik minst 48 timmar
- Skall skrivas ut från sjukhusvård till hemmet
- Vara förmögna att oberoende besvara frågeformulären
- Vara villiga att besvara frågeformulären

Kristianstad 2005-03-30

Agneta Berg, Leg.ssk, Dr.med vet.
Universitetslektor

Institutionen för Hälsovetenskaper, Högskolan, 291 88 Kristianstad
Tel. 044- 20 85 55. E-post agneta.berg@hv.hkr.se

Bilaga 2



ICProject
Finland, Greece,
Sweden, UK, USA

FÖRFRÅGAN OM MEDVERKAN I EN STUDIE

Ortoped kliniken i ... deltar i ett internationellt forskningsprojekt vars syfte är att undersöka patienternas upplevelser av individuell vård. Detta för att kvaliteten i vården ytterliggare ska kunna förbättras. De länder som deltar är förutom Sverige, Finland, Grekland, England och USA. Från varje land kommer ca 450 personer som vårdats på ortopedisk klinik att tillfrågas om medverkan.

Du tillfrågas om medverkan i studien vilket innebär att besvara bifogade frågeformulär om hur Du upplevt vården under Din vistelse på ortopedkliniken. Frågorna tar ca 15 minuter att besvara. Ditt deltagande är frivilligt. Dina svar kommer att behandlas konfidentiellt och några möjligheter att identifiera just ditt svar i resultatredovisningen kommer inte att finnas. Vårdpersonalen kommer inte att tillåtas läsa just ditt svar och frågeformuläret skall skickas direkt till forskningsledaren. Om du beslutar Dig för att inte delta i studien kommer det inte att påverka din vård.

Återsänd de ifyllda frågeformulären med posten i bifogat frankerat svarskuvert.

Kristianstad den 25 oktober 2004

Agneta Berg
Forskningsledare
Institutionen för Hälsovetenskaper
Högskolan i Kristianstad

Om Du vill veta mer kan du e-posta agneta.berg@hv.hkr.se eller ringa 044 20 85 55.

Bilaga 3 Enkäter

PATIENTFRÅGOR

Besvara varje fråga genom att skriva på tom rad eller genom att ringa in ett alternativ som bäst stämmer överens med din situation.

1. Jag är: _____ år
2. Jag är: Man Kvinna
3. Omfattar din utbildning mer än obligatorisk skolgång? Ja Nej
4. Har du avlagt någon examen vid universitet eller högskola? Ja Nej
5. Har du läst annan eftergymnasial utbildning? Ja Nej
6. Hur länge har du varit inlagd på avdelningen (inklusive den dag du skrevs in samt den dag du blev utskriven) _____ dagar
7. Inläggningen på avd var: Planerad Akut
8. Har du varit inlagd på detta sjukhus tidigare? Ja Nej
9. Har du någon kronisk åkomma (t ex astma, diabetes, högt blodtryck) Ja Nej
10. Vad var orsaken till att du blev inlagd? Operation
Skada
Plötslig smärta
Rehabilitering
Annat, vänligen ange orsak
11. Det är viktigt att vårdpersonalen behandlar mig som en individ.
 - instämmer absolut inte
 - instämmer i stort sett inte
 - tveksam
 - instämmer i stort sett
 - instämmer absolut
12. Vårdpersonalen på avdelningen tog hänsyn till mig som en unik person.
 - instämmer absolut inte
 - instämmer i stort sett inte
 - tveksam
 - instämmer i stort sett
 - instämmer absolut

ENKÄT ANGÅENDE INDIVIDUELL VÅRD

Följande påståenden gäller vårdpersonalens vårdinsatser under Din vårdtid. Svara genom att ringa in det alternativ som bäst motsvarar Din uppfattning.

- 1 =instämmer absolut inte
2 =instämmer i stort sett inte
3 =tveksam
4 =instämmer i stort sett
5 =instämmer absolut

Vårdpersonalen har

A01 talat med mig om hur jag upplevt mitt sjukdomstillstånd.	1	2	3	4	5
A02 talat med mig om mina vårdbehov .	1	2	3	4	5
A03 givit mig möjlighet att ta ansvar för min personliga vård så mycket jag kunnat.	1	2	3	4	5
A04 varit uppmärksam på förändringar i hur jag mått.	1	2	3	4	5
A05 talat med mig om eventuell rädsla och oro.	1	2	3	4	5
A06 tagit reda på hur sjukdomen påverkat mig.	1	2	3	4	5
A07 talat med mig om vad mitt sjukdomstillstånd innebär.	1	2	3	4	5
A08 frågat vilka aktiviteter som ingår i mitt dagliga liv utanför sjukhuset (arbete och fritidsaktiviteter)	1	2	3	4	5
A09 frågat om mina tidigare erfarenheter av sjukhusvistelse.	1	2	3	4	5
A10 frågat om mina dagliga vanor (t ex personlig hygien).	1	2	3	4	5
A11 frågat om jag önskar att närstående deltar i min personliga vård.	1	2	3	4	5
A12 försäkrat sig om att jag har förstått de instruktioner som givits.	1	2	3	4	5
A13 frågat vad jag vill veta om mitt sjukdomstillstånd.	1	2	3	4	5
A14 tagit hänsyn till mina personliga önskemål angående vården.	1	2	3	4	5
A15 hjälpt mig att delta i besluten angående min vård.	1	2	3	4	5
A16 hjälpt mig att uttrycka mina åsikter om vården.	1	2	3	4	5
A17 frågat vilken tidpunkt jag föredrar att sköta min personliga hygien.	1	2	3	4	5

Följande påståenden beskriver Din upplevelse av vården vid detta tillfälle. Svara genom att ringa in det alternativ som bäst beskriver Din uppfattning.

1 =instämmer absolut inte
 2 =instämmer i stort sett inte
 3 =tveksam
 4 =instämmer i stort sett
 5 =instämmer absolut

B01 Mina upplevelser av sjukdomstillståndet har beaktats i vården.	1	2	3	4	5
B02 Mina vårdbehov som krävt uppmärksamhet och åtgärder från vårdpersonalen har beaktats.	1	2	3	4	5
B03 Jag har tagit ansvar för min personliga vård så mycket jag kunnat.	1	2	3	4	5
B04 Förändringar i hur jag har mått har beaktats i vården.	1	2	3	4	5
B05 Min eventuella oro och rädsla har beaktats i vården.	1	2	3	4	5
B06 I vården har hänsyn tagits till hur sjukdomstillståndet påverkat mig.	1	2	3	4	5
B07 I vården har hänsyn tagits till vad sjukdomstillståndet innebär personligen för mig.	1	2	3	4	5
B08 Mina dagliga aktiviteter har beaktats i vården (t ex arbete och fritidsaktiviteter).	1	2	3	4	5
B09 Mina tidigare erfarenheter av sjukhusvistelse har beaktats i vården.	1	2	3	4	5
B10 Mina dagliga vanor har beaktats under sjukhusvistelsen (t ex personlig hygien)	1	2	3	4	5
B11 När jag så önskat har närstående kunnat deltagit i vården.	1	2	3	4	5
B12 Jag har följt de instruktioner som jag fått på avdelningen.	1	2	3	4	5
B13 Vårdpersonalen har givit mig tillräckligt med information om mitt sjukdomstillstånd.	1	2	3	4	5
B14 De önskemål jag har framfört har beaktats i vården.	1	2	3	4	5
B15 Jag har deltagit i besluten angående min vård.	1	2	3	4	5
B16 De åsikter jag har framfört har beaktats i vården.	1	2	3	4	5
B17 Jag har själv bestämt vilken tid jag sköter min personliga hygien.	1	2	3	4	5

SMÄRTBEHANDLINGSENKÄT

Nedan följer ett antal påståenden om Din smärtbehandling. Kryssa för den ruta som bäst överensstämmer med Din uppfattning om hur det har varit på denna vårdavdelning efter Din operation.

1/ Jag fick möjlighet att påverka min smärtbehandling.	Detta stämmer....	inte alls <input type="checkbox"/>	lite <input type="checkbox"/>	ganska bra <input type="checkbox"/>	bra <input type="checkbox"/>	mycket bra <input type="checkbox"/>
2/ Jag fick hjälp till ett bekvämt sängläge för att undvika smärta.	Detta stämmer....	inte alls <input type="checkbox"/>	lite <input type="checkbox"/>	ganska bra <input type="checkbox"/>	bra <input type="checkbox"/>	mycket bra <input type="checkbox"/>
3/ På nätterna var det lugn och ro i mitt rum.	Detta stämmer....	inte alls <input type="checkbox"/>	lite <input type="checkbox"/>	ganska bra <input type="checkbox"/>	bra <input type="checkbox"/>	mycket bra <input type="checkbox"/>
4/ Jag fick dagligen smärtstillande läkemedel utan att jag själv sa till om det.	Detta stämmer....	inte alls <input type="checkbox"/>	lite <input type="checkbox"/>	ganska bra <input type="checkbox"/>	bra <input type="checkbox"/>	mycket bra <input type="checkbox"/>
5/ Personalen frågade mig varje dag om hur ont jag hade när jag tog djupa andetag, satte mig upp eller rörde mig.	Detta stämmer....	inte alls <input type="checkbox"/>	lite <input type="checkbox"/>	ganska bra <input type="checkbox"/>	bra <input type="checkbox"/>	mycket bra <input type="checkbox"/>
6 /Jag fick gradera min smärta flera gånger varje dag genom att ange en siffra mellan 0 och 10 (eller markera på en rät linje).	Detta stämmer....	inte alls <input type="checkbox"/>	lite <input type="checkbox"/>	ganska bra <input type="checkbox"/>	bra <input type="checkbox"/>	mycket bra <input type="checkbox"/>
7/ Jag fick hjälp med att lindra min smärta till dess att jag kände mig nöjd med den smärtstillande effekten.	Detta stämmer....	inte alls <input type="checkbox"/>	lite <input type="checkbox"/>	ganska bra <input type="checkbox"/>	bra <input type="checkbox"/>	mycket bra <input type="checkbox"/>
8/ Jag hade min sängplats i ett trivsamt rum.	Detta stämmer....	inte alls <input type="checkbox"/>	lite <input type="checkbox"/>	ganska bra <input type="checkbox"/>	bra <input type="checkbox"/>	mycket bra <input type="checkbox"/>
9/ När jag behövde smärtlindring fick jag snabbt hjälp.	Detta stämmer....	inte alls <input type="checkbox"/>	lite <input type="checkbox"/>	ganska bra <input type="checkbox"/>	bra <input type="checkbox"/>	mycket bra <input type="checkbox"/>
10/ Personalen visste hur min smärta/smärtbehandling hade varit tidigare under vårdtiden.	Detta stämmer....	inte alls <input type="checkbox"/>	lite <input type="checkbox"/>	ganska bra <input type="checkbox"/>	bra <input type="checkbox"/>	mycket bra <input type="checkbox"/>
11/ Personalen hade god kunskap om hur min smärta kunde lindras.	Detta stämmer....	inte alls <input type="checkbox"/>	lite <input type="checkbox"/>	ganska bra <input type="checkbox"/>	bra <input type="checkbox"/>	mycket bra <input type="checkbox"/>
12/ Personalen tog mina smärtupplevelser på stort allvar.	Detta stämmer....	inte alls <input type="checkbox"/>	lite <input type="checkbox"/>	ganska bra <input type="checkbox"/>	bra <input type="checkbox"/>	mycket bra <input type="checkbox"/>
13/ Personalen samarbetade bra för att min smärtbehandling skulle fungera.	Detta stämmer....	inte alls <input type="checkbox"/>	lite <input type="checkbox"/>	ganska bra <input type="checkbox"/>	bra <input type="checkbox"/>	mycket bra <input type="checkbox"/>
14/ <u>Före operation</u> , fick jag information om vilken smärtbehandling jag kunde erbjudas efter operation.	Detta stämmer....	inte alls <input type="checkbox"/>	lite <input type="checkbox"/>	ganska bra <input type="checkbox"/>	bra <input type="checkbox"/>	mycket bra <input type="checkbox"/>

Nedan följer ett antal frågor om Din smärta efter operation. Kryssa för det som bäst överensstämmer med Din uppfattning.

15/ Kryssa för ett av nedanstående alternativ som bäst beskriver Din smärta när den var **som värst** under Ditt sista dygn på avdelningen.

- Ingen smärta
- Lätt smärta
- Måttlig smärta
- Medelsvår smärta
- Svår smärta
- Outhärdlig smärta
- Värsta tänkbara smärta

16/ Kryssa för ett av nedanstående alternativ som bäst beskriver Din smärta när den var **som minst** under Ditt sista dygn på avdelningen.

- Ingen smärta
- Lätt smärta
- Måttlig smärta
- Medelsvår smärta
- Svår smärta
- Outhärdlig smärta
- Värsta tänkbara smärta

17/ Kryssa för ett av nedanstående alternativ som bäst beskriver hur ont Du har **just nu**.

- Ingen smärta
- Lätt smärta
- Måttlig smärta
- Medelsvår smärta
- Svår smärta
- Outhärdlig smärta
- Värsta tänkbara smärta

18/ Har Du haft mer ont efter operationen än vad Du förväntade Dig? Ja Nej

19/ På det hela taget, hur nöjd eller missnöjd är Du med **smärtlindringen** efter operation? Kryssa för ett av nedanstående alternativ som bäst överensstämmer med Din uppfattning.

- Mycket missnöjd
- Ganska missnöjd
- Varken missnöjd eller nöjd
- Ganska nöjd
- Mycket nöjd