

Patients oplevelse af henholdsvis konventionelle og accelererede kolonkirurgiske behandlingsforløb – en kvalitativ undersøgelse på baggrund af fokusgruppeinterviews

► **Background:** Quantitative research has been the primary approach when investigating fast-track colonic surgery. The patient perspective is sparsely represented in research, despite requirement of user involvement.

Aim: To gain insight into patients' experience of conventional and accelerated colorectal treatment courses respectively.

Method: Three focus group interviews from patients in two conventional treatment courses and one from a fast-track regime. The analysis was performed in a hermeneutic perspective and by using the template style.

Results: Eight themes were identified, of which five had existential character, and among them, the phenomena of trust, anxiety and security were recognized. The themes emerged independently of the treatment course, and the study suggests that the temporal perspective is particularly important to the patients.

Conclusion: The patients' experiences relate to other phenomena than the core categories in the fast-track regime for colonic surgery. The study confirms the need to include qualitative evidence and the patient perspective in the development of fast-track surgery and rehabilitation.

Keywords:

accelerated stay programmes, qualitative research, focus groups, colorectal surgery, elective surgery, fast-track surgery.

Dorte Lindstrøm Vilstrup, Claus Weitze Mortensen, Kirsten Rud og Ingrid Egerod

Baggrund

■ Kravet til kvalitetssikring og effektivisering i sundhedsvæsenet er kun tiltaget siden slutningen af 1980'erne (1). De accelererede patientforløb, som er eksempel på at imødekomme disse krav, bliver tiltagende anvendt inden for forskellige kirurgiske områder, og der ses tillige udbredelse inden for det medicinske felt (2). De accelererede forløb er baseret på evidensbaseret viden, og denne stringens var ikke til stede i de tidligere konventionelle forløb.

Undersøgelser af accelererede kolonkirurgiske forløb har primært haft et kvantitativt afsæt, og når patientperspektivet har været i fokus, har det været med udgangspunkt i tilfredshedsmålinger, og derfor er en kvalitativ eksplorativ undersøgelse af feltet yderligere relevant.

Litteratursøgningsstrategi

For at få kendskab til emne og metode blev der søgt litteratur i internationale databaser, primært PubMed, Cinahl, Cochrane og PsycINFO. Endvidere

blev der foretaget kædesøgninger og søgt isoleret i specifikke tidsskrifter og hjemmesider med relevans for emnet. Følgende søgeord blev anvendt: colorectal surgery, fast track surgery, multimodal surgery, elective surgery, postoperative care og nursing. I forhold til metoden var søgeordene: qualitative research, focus groups og interviews. Det overordnede resultat af de forskellige søgninger var, at den kvalitative forskning på området er sparsom, og det fremgik tillige, at det er et forholdsvist nyt område.

Accelererede forløb

Accelererede forløb er et multifaktoriel og multidisciplinært behandlingskoncept, der nedbringer postoperativ morbiditet, reducerer indlæggelsestiden og forbedrer rehabiliteringsindsatsen (3). Det multimodale koncept består af fem kerneområder: information, stressreduktion, smertebehandling, mobilisering og ernæring (4). Det logiske rationale for at fokusere på disse kerneområder er at udnytte den eksterne evidens på området. Systematisk information bidrager til en mere effektiv smertelindring og målrettet rehabilitering (5), støtter patientens mestring og reducerer præoperativ angst (6,7). Reduktion af kirurgisk stress optimerer selve operationen (6), og sufficient smertebehandling øger patientens velvære og mobilitet (8). Hurtig postoperativ mobilisering fremmer rekonvalescensen ved øget lungefunktion og vævsoxygenation (8), og tidlig oral ernæring forebygger katabolisme, og dermed vægt- og muskeltab (6). Der er udviklet evidensbaserede retningslinjer for accelererede operationsforløb både nationalt og internationalt, men det er endnu uklart, i hvor vid udstrækning retningslinjerne anvendes (9).

Accelererede kolonkirurgiske forløb

Denne artikel retter sig mod det accelererede regime i kolonkirurgiske forløb. De patienter, der indgår i undersøgelser af kolorektal kirurgi, har både

maligne og benigne lidelser, men undersøgelserne retter sig ikke mod patienter med behov for akut intervention og stomi (10). Det accelererede kolonkirurgiske forløb adskiller sig fra det konventionelle forløb ved, at det systematiserer præoperativ information, afskaffer præoperativ tarmudtømning, fraråder rutinemæssig anlæggelse af dræn og sonder, anbefaler non-opioid analgesi og tidlig oral ernæring (evt. præoperative kulhydrater), og lægger op til tidlig mobilisering. Disse ændringer opnås ved implementering af kliniske retningslinjer (11).

En dansk Medicinsk Teknologivurdering (MTV) fandt, at den generelle tilfredshed var uændret eller forbedret i accelererede forløb (5), mens en amerikansk undersøgelse ikke kunne påvise øget tilfredshed med hospitalsopholdet (12). Der mangler endnu kvalitative studier, der belyser patientperspektivet i forhold til accelererede kolonkirurgiske forløb.

En af de få undtagelser er artiklen At balancere på en knivssæg – kolonopererede patienters oplevelse af et accelereret forløb af Annelise Norlyk, bragt i Klinisk Sygepleje 2008; 2: 53-64.

Det stigende krav om effektivisering, kvalitets sikring og tendensen til at hævde, at evidensbaseret medicin (EBM) er det bedste grundlag i klinisk beslutningstagning, bevirker at andre paradigmer overses, og at EBM udforskes uden kontekst (13:615). Denne tilgang giver ikke mulighed for at få indblik i patienternes oplevelser og dermed opnå en viden, der potentielt kan bidrage til at forstå og optimere den tværfaglige indsats. Dette er også argumentationen for at udforske både konventionelle og accelererede forløb, da de to forløbstyper kan belyse patienternes oplevelser af behandlingsregimerne og vise, hvilke fænomener patienterne tillægger betydning. Vor hypotese var, at der kunne være oversete elementer i det accelererede forløb, som potentielt kunne påvirke behandlingsforløbet. Formålet med undersøgelsen var at belyse patientperspektivet i forhold til konventionelle og accelererede kolonkirurgiske behandlingsforløb. Patientperspektivet i denne kontekst var som udgangspunkt ikke defineret nærmere, men der var et øn-

ske om at få indblik i, hvilke faktorer patienterne tillagde betydning, efter at de havde gennemgået en kolonkirurgisk operation.

Metode

Forskningsstrategi

Da undersøgelsen retter sig mod patientoplevelser, er en kvalitativ forskningsstrategi relevant. Dette kan bidrage til en bredere forståelse af kliniske realiteter (14) og til at påvirke den teknologiske diskurs om evidensbaseret praksis (15).

Datagrundlaget for undersøgelsen var tre fokusgruppeinterviews gennemført i 2005-2006 på to hospitaler i Region Hovedstaden. Dataindsamlingen foregik i et samarbejde mellem Enhed for Perioperativ sygepleje (www.perioperativsygepleje.dk) og Universitetshospitalernes Center for Sygepleje- og omsorgsforskning, UCSF. Interviewene blev gennemført af artiklens to sidste forfattere, mens analysen blev foretaget af artiklens to første forfattere som baggrund for deres kandidatspeciale i 2008. Data er først behandlet senere, da muligheden ikke var til stede umiddelbart ef-

ter selve indsamlingen. Data blev indsamlet med ønsket om at belyse, hvorvidt de accelererede forløb gjorde en forskel for patienterne.

I Fokusgruppeinterviews er det interaktionen mellem deltagerne, der skaber synergieffekten som genererer datamaterialet, og metoden er derfor anvendelig i eksplorative patientundersøgelser (16), da den producerer multiple historier og erfaringer (17). Svagheden er, at det non-verbale sprog er vanskeligt at monitorere, hvorfor moderators indsats kan have indflydelse på udfaldet (18). Undersøgelsen blev gennemført ved hjælp af en tematiseret interviewguide, der tog udgangspunkt i kerneområderne i det accelererede forløb. Tabel 1 viser de praktiske og demografiske forhold for de respektive interviews. De tre fokusgrupper betegnes som henholdsvis K1 (konventionelt forløb 1), K2 (konventionelt forløb 2) og A1 (accelereret forløb 1). Patienterne blev rekrutteret via skriftlig invitation, der var sendt til de patienter, der havde været indlagt gennem de sidste tre måneder.

Der blev valgt en hermeneutisk tilgang til forståelse af patientperspektivet. I hermeneutikken antages det, at mennesket erfarer verden gennem sprog, og dette sprog giver mulighed for både forståelse og viden (19). Hermeneutikken har forskel-

Fokusgrupper	K1	K2	A1
Antal deltagere	4	5	6
Tidspunkt	November 2005	Juni 2005	Maj 2006
Alder	Ca. 60-70 år	Ca. 60-80 år	Ca. 60-70 år
Køn	3 kvinder, 1 mand	3 kvinder, 2 mænd	2 kvinder, 4 mænd
Grundmorbus	3 med kolorektal cancer og 1 med benign lidelse	5 med kolorektal cancer	6 med kolorektal cancer
Moderator og observatør	Sygeplejerske fra perioperativ enhed og forsker	Sygeplejerske fra perioperativ enhed og forsker	Sygeplejerske fra perioperativ enhed og psykologistuderende
Varighed af interview	1 time	1 time	1 time
Inklusionskriterier	Tarmresektion højst 3 måneder inden interview, forstår og taler dansk, cerebralt velbevaret.	Tarmresektion højst 3 måneder inden interview, forstår og taler dansk, cerebralt velbevaret.	Tarmresektion højst 3 måneder inden interview, forstår og taler dansk, cerebralt velbevaret.
Udvælgelsesstrategi	Patienterne inviteret af en sygeplejerske på afdelingen med kontakt til projektet. Strategi ukendt.	Strategisk udvælgelse ved audit af 20 journaler. Skriftlig invitation, alle deltog.	Strategisk udvælgelse ved audit af 20 journaler. Skriftlig invitation, alle deltog.

Tabel 1. Praktiske og demografiske oplysninger om de tre interviews.

lige udlægninger, og her er valgt Gadamar's tilgang, hvor netop sproget er centralt (20:363). Gadamar kritiseres for at nedtone betydningen af „metode“ (21), hvilket er imødekommet ved at anvende Gadamar's hermeneutik som ontologisk grundlag, samtidig med der er anvendt en eksPLICIT metode til analyse af data.

Forforståelsen blev udfordret ved at dataindsamlingen og analysen blev gennemført af forskellige individer. Ifølge Malterud er det forskerens opgave at forklare, hvordan hypotesen indgår i forskerens forforståelse og refleksionen (22). Dataindsamlingen blev gennemført af en moderator med kendskab til det accelererede forløb, mens analysegruppens forforståelse var en teoretisk viden om det kolonkirurgiske forløb uden praktisk erfaring med området.

Analysemetode

Til at behandle data blev templatemetoden valgt, da denne imødekommer kravet om synlighed, systematik og bevidst analyse (22). Det er en ideali-

seret organiseringsform af data, der stimulerer en dynamisk, kreativ og disciplineret proces (18). Overordnet består metoden i at kode dele af teksten i segmenter, at kategorisere segmenterne, og til sidst at gennemføre en endelig tematisering (23). Kodningsmanualen tog udgangspunkt i interviewguiden, der var kronologisk organiseret i forhold til det perioperative forløb (præoperativ, peroperativ, postoperativ), samtidig med at de fem kerneområder i accelererede regimer blev anvendt (information, stressreduktion, smertelindring, mobilisering og ernæring). Således blev teksten dekontekstualiseret ved brug af otte koder, som fremgår af tabel 2, hvor koderne er fremstillet i forhold til temaer. I kodningsprocessen opstod der ikke nye (emergerende) koder. Herefter blev de separate kodningsdokumenter gennemlæst for at identificere temaer. Temaerne blev identificeret ved at stikord og kondenseringer blev noteret i teksten, efterfulgt af en fælles gennemgang af teksten. Forskertrianglering og konsensus om temaerne har været fremtrædende i denne proces (22).

Koder	K1	K2	A1
Fra symptomer til indlæggelse	– Diagnosticerings-processen (1) – Oplevelse af udrensning (3)	– Diagnosticerings-processen (1) – Mødet med cancer diagnosen (2) – Oplevelse af udrensning (3)	– Diagnosticerings-processen (1) – Mødet med cancer diagnosen (2)
Information	– Kommunikation (4) – Mødet med cancerdiagnosen (2) – Fysiske rammer (5)	– Kommunikation (4) – Mødet med cancer-diagnosen (2)	– Kommunikation (4) – Mødet med cancer-diagnosen (2) – Fysiske rammer (5)
Stressreduktion	–	–	–
Smarter	– Bivirkninger (7)	– Kommunikation (4)	– Bivirkninger (7)
Mobilisering	– Fysiske rammer (5) – Bekymring begrundet i ændret udskillelsesmønster (6)	– Fysiske rammer (5) – Oplevelse af udrensning (3)	– Fysiske rammer (5) – Bekymring begrundet i ændret udskillelsesmønster (6)
Ernæring	– Fysiske rammer (5)		– Bivirkninger (7)
Forløb efter udskrivelse	– Ubehag ved kemobehandling (2) – Kommunikation (4) – Betydning af udskrivelsestidspunkt (8)	– Mødet med cancer-diagnosen (2) – Kommunikation (4) – Bekymring begrundet i ændret udskillelsesmønster (6)	– Mødet med cancer-diagnosen (2) – Diagnosticerings-processen (1) – Betydning af udskrivelsestidspunkt (8)
Genoptagelse af aktiviteter	– Kommunikation (4)	– Kommunikation (4)	– Kommunikation (4)

Tabel 2. Temaoversigt. Koder er angivet i venstre yderste kolonne, temaerne er angivet under de respektive interviews, temanummer i parentes.

Etiske overvejelser

Deltagerne var informeret forud for interviewet, og informeret samtykke var opnået. Data blev behandlet fortroligt, og deltagerne blev sikret anonymitet. De lokale afdelingsledelser havde givet tilladelse til gennemførelse af undersøgelsen. Data blev transskriberet af en sekretær uden tilknytning til undersøgelsesstedet, og der blev anvendt en transskriptionsmanual for at sikre et ensartet materiale.

Resultater

Det følgende er en præsentation af de temaer der blev fremanalyseret i undersøgelsen (tabel 2). Der fremkom otte temaer i alt, ved brug af otte koder. Koderne viste sig at være tilstrækkelige i kodningsprocessen, dog udgik koden stressreduktion, da denne retter sig mod faktorer under selve operationen, som patienten ikke har kendskab til. Som det fremgår af tabellen, forekommer de fleste temaer i begge forløbstyper.

Diagnosticeringsprocessen

Diagnosticeringsprocessen er et tema, hvor patienterne initialt oplevede at blive fejldiagnosticeret, eller at deres symptomer ikke blev taget seriøst. Her optræder patienternes subjektive præoperative symptomer. Selvom temaet primært ligger forud for indlæggelsen, dukker det også frem i efterforløbet som en oplevelse af manglende tryk og tillid. Temaet berører patienternes oplevelse af integritet og giver anledning til eksistentielle bekymringer, som kan påvirke resten af forløbet.

„Men jeg har været træt igennem flere år, synes jeg sådan, og jeg er blevet ved at søge læge og fået taget blodprøver og fået gjort det ene og det andet. Men så skete der jo det, at sidste gang jeg var til min læge, så sagde han, nu må jeg jo se på min dåbsattest, fordi der var jo så mange årsager til, at man kunne være træt og så videre, sagde han“ (A1).

Fejldiagnosticering blev omtalt af patienter fra begge behandlingsregimer.

„Så gik jeg op til min læge igen og sagde „ved du hvad“ jeg kan ikke forstå, jeg har sådan ondt, det jager der.“ „Det er dine muskler“, sagde han. Jeg sagde, „tror du det?“ „ja, det er dine muskler“ (K2).

Temaet var tydeligt i alle interviews, og den manglende tryk og tillid kom til udtryk gentagne gange.

Mødet med cancerdiagnosen

Mødet med cancerdiagnosen er et afgørende tema, da selve diagnosticeringen har en særlig betydning for patienterne. Usikkerheden ved endnu ikke at have modtaget en diagnose kan være lige så angstprovokerende som mistanken om malignitet, eller budskabet om at man har kræft. Andre fænomener, der opleves negativt i forbindelsen med cancerdiagnosen, var ubehag ved kemoterapi og ventetid på biopsivar. Bevidstheden om kræftsygdom påvirkede patienterne i store dele af forløbet. Angst og eksistentielle problemer blev således fremtrædende fænomener. En informant fra det accelererede forløb udtalte f.eks.:

„(Hospitalsnavn) var akkurat ligesom en dødsdom“ (A1). En informant fra det konventionelle forløb sagde: „Jeg kunne næsten høre på ham, at det var en cancer der sad der ...“ (K2).

Og endnu en informant sagde:

„Men det værste ved det var først, at man får kræft. De konstaterer du har fået kræft, og så er man pisse bange“ (K1).

Angst for kræft havde betydning for informanter fra begge forløbstyper, og der var gentagne kommentarer som ovenstående i data.

Oplevelse af udrensning

Udrensning blev beskrevet som en forfærdelig oplevelse:

„Det endte med, at jeg sad og kastede op og kastede op og kastede op og kastede op, jamen jeg var simpelt hen dødssyg, det var jeg“ (K1).

Som forventet var oplevelsen af udrensning kun relevant for informanter fra det konventionelle forløb, da denne praksis er afskaffet i det accelererede regime. Temaet er ikke nærmere behandlet, da netop denne patientoplevelse i fremtiden ikke vil være at genfinde.

Kommunikation

Kommunikation er et tilbagevendende tema for de fleste deltagere, og det optræder i en del koder. Det har været nødvendigt at opdele temaet i undertemaer, da der er flere fænomener på spil. Først og fremmest var der forskel på information og kommunikation (indhold og proces). Det blev tydeligt at inkonsistent information var frustrerende, og informationen blev beskrevet som god eller dårlig. Den var dårlig, hvis fx skriftlig information ikke blev ledsaget af mundtlig opfølgning, budskaberne blev doseret for hurtigt, forløbet var præget af manglende retningslinjer, eller det blev oplevet som tilfældigt, om det var en læge eller en sygeplejerske, der informerede patienten.

„Så skulle jeg have haft en samtale med en eller anden, inden jeg blev indlagt, og det har jeg jo så ikke haft“ (A1).

Formidlingsformen er et andet vigtigt element af kommunikationen, der viser patienternes følelsesladede og ambivalente oplevelse af personalets måde at håndtere kommunikation på. Personalets verbale og nonverbale kommunikation påvirker opfattelsen og modtagelsen af informationen og har samtidig betydning for patienternes velbefin-

dende. Det accelererede regime anbefaler struktureret informationen og dialogbaseret kommunikation, men sådan oplevede informanterne det ikke.

„Samtaler med læger, det er min opfattelse, sådan som jeg har oplevet det, at det er hastigt, og ofte forsinket“ (A1).

Kommunikation som overordnet tema har betydning for patienternes oplevelse af tryghed, både under indlæggelsen og efter udskrivelsen. Informanterne var utrygge over manglende viden om fysiske restriktioner i rekonvalescensperioden. Behovet for tryghed beskrives og efterlyses af patienterne uafhængigt af forløbstype, og som det ses af det foregående og det næste citat, er det usikkerhed der udtrykkes hos patienterne i de forskellige forløb:

„... Jeg er stadigvæk på arbejdsmarkedet, men er selvfølgelig ikke begyndt endnu. Jeg er sådan lidt i tvivl om hvor lang tid osv. Men der synes jeg igen, der bliver det også ligesom lagt op til mig ligesom med medicineringen, du skal selv finde ud af hvornår du er klar til at gå på arbejde igen ...“ (K1).

Fysiske rammer

Fysiske rammer er et tema, der har praktisk karakter, men fremtræder betydningsfuldt, idet dårlige fysiske forhold beskrives af patienterne som et irritament, især i forbindelse med personlig hygiejne og toiletbesøg. Mangelfulde faciliteter bevirker bl.a. at intimsfæren ikke opretholdes. Desuden nævnes det, at de hygiejniske principper i forbindelse med spisesituationen ikke overholdes. Betydningen af de fysiske rammer er gennemgående i alle interviews. Den dårlige standard påvirker patienterne både under indlæggelsen og under rehabiliteringen, fordi dårlige rammer forhindrer optimal mobilisering, ernæring og udskillelse.

„... Men altså det er ikke rart at sidde bag et gardin, og så der kommer ude fra også ind, for det var ikke bare dem der hørte til på stuen, det var deres bekendte der kom. Det var ikke lige sagen“ (K2).

Citater der minder om dette er at genfinde i alle interviews. Problematikken er ikke direkte relateret til et accelereret eller et konventionelt behandlingsforløb, men snarere illustrerer det vigtigheden af forholdene på hospitalet generelt.

Bekymring over ændret udskillelsesmønster

Dette tema forekom, når informanterne beskrev ændringer i defækationsprocessen både før og efter operationen, som i begge tilfælde gav anledning til bekymring. Informanterne gav udtryk for at ville klare sig selv, men følte sig ikke tilstrækkeligt informerede til dette. Bekymring over ændret defækation kunne også forekomme som et indlejret tema under fysiske rammer (fordi der ikke var ordentlige toiletforhold), kommunikation, bivirkninger (morfika) og mødet med cancerdiagnosen, f. eks.:

„... man er bange for at det springer ... man tør ikke lægge alle kræfter i“ (K1).

Flere patienter i de forskellige interviews udtrykte, at det gav anledning til bekymring, at selve defækationen ikke var regelmæssig eller habituel efter operationen.

Bivirkninger

Bivirkninger forekom udelukkende som et tema under koden smerte, hvilket er forventeligt. Bivirkninger blev omtalt både i forbindelse med det konventionelle og det accelererede forløb, og det så ud til, at bivirkninger til opioider overskyggede smertene. Dette er bemærkelsesværdigt, idet morfika ikke anbefales i det accelererede forløb.

„Så var jeg der de dage der, så tog de den af, for jeg fik små knopper fordi cellerne var fyldt med morfin, der kløede over hele kroppen“ (A1)

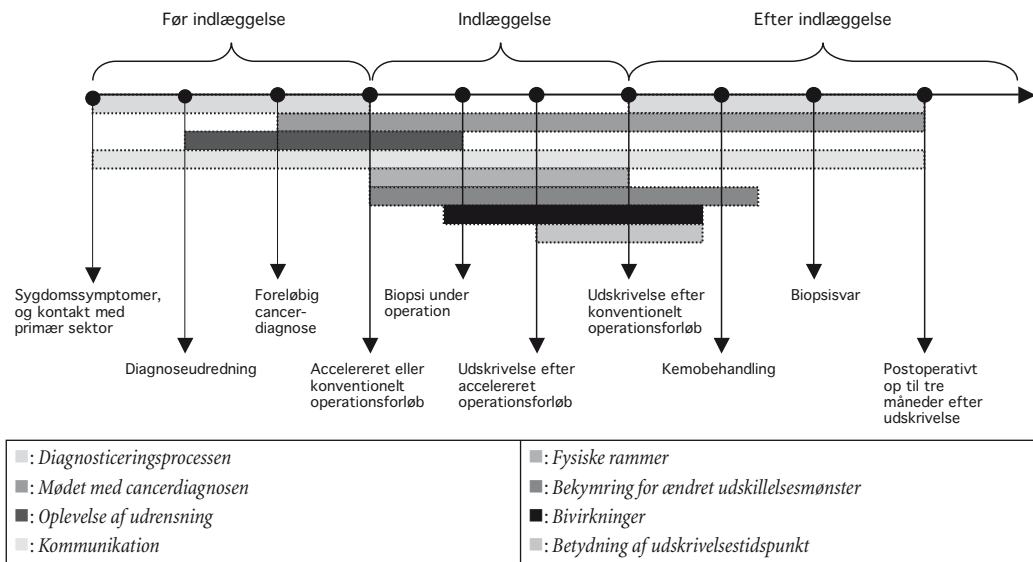
Betydning af udskrivelsestidspunkt

Betydning af udskrivelsestidspunkt er det sidste tema, der blev identificeret, og det ser ud til at have begrænset betydning. Bekymringerne er ikke relateret til indlæggelsens varighed, men til praktiske foranstaltninger ved udskrivelsen. Det vigtigste er tilstedeværelse af pårørende og mulighed for madlavning og indkøb, og det gælder for begge forløbstyper. Temaet er formentlig fremkommet, fordi der direkte blev spurgt ind til det, jf. interviewguiden. Der kom få spontane ytringer i denne forbindelse i de forskellige interviews.

Sammenfatning af resultater

Temaerne, der er fremkommet, ser ud til at have varierende betydning for patienterne. Der er ikke markant forskel på temaerne eller betydningen af temaerne i de to forløbstyper. Nogle temaer er praktisk eller fysisk orienterede, og andre har en mere eksistentiel karakter, hvor fænomener som angst, tillid og tryghed er indlejrede. Flere af fænomenerne opstår allerede ved første kontakt med behandlingssystemet og persisterer efter udskrivelse. Præcis hvor længe efter udskrivelsen er uvist, da patienterne er blevet interviewet op til tre måneder postoperativt, og længden af patienternes forløb forud for indlæggelsen varierer. Dette tidsperspektiv blev tydeligt i analysen af de forskellige temaer, og er illustreret i figur 1.

Figuren illustrerer, hvor fremtrædende tidsperspektivet bliver for patienterne. Figuren blev oprindeligt udarbejdet ved at indsætte temaerne kronologisk, hvorefter det specielt stod klart, at det ikke kun er de fænomener, patienterne beskriver, der kan være afgørende for deres oplevelse af de forskellige behandlingsforløb, men at det også er tidshorisonten på et kolonkirurgisk forløb, der får betydning for patienterne. Når forløbet bliver henholdt til patienternes oplevelser i et tidsperspektiv,



Figur 1. Figuren er en generalisering af, hvor temaerne er til stede i de tre interviews, men giver et visuelt indblik i tidsperspektivet, som er fremtrædende hos patienterne. En detaljeret gennemgang af hvor de forskellige temaer er præsente, findes i præsentationen af de forskellige temaer, samt tabel 2.

bliver det således klart, at et operationsforløb for patienterne rækker langt ud over selve indlæggelsestiden.

Diskussion

Formålet med undersøgelsen var at belyse patientperspektivet i forhold til konventionelle og accelererede kolonkirurgiske behandlingsforløb. Det overordnede resultat er, at informanter fra de to forløbstyper lagde vægt på de samme fænomener. Dermed havde det accelererede forløb ikke i tilstrækkelig grad elimineret de problemområder, der optrådte i de konventionelle regimer set med patienternes øjne. Selvom de sundhedsprofessionelle og sundhedsøkonomerne kan glæde sig over kortere indlæggelser og færre komplikationer, er de nye operationskoncepter endnu ikke helt på plads. Da det er en kvalitativ undersøgelse, er det ikke relevant at udtale sig overordnet om informanternes tilfredshed, idet de forskellige individer i undersøgelsen ikke har gennemgået samme for-

løb. På den anden side er det relevant at beskrive og sammenligne de fænomener, der blev diskuteret i fokusgrupperne, som har betydning for systemets brugere.

Vor udgangshypotese var, at det accelererede forløb overså visse elementer, der kunne påvirke behandlingsforløbet. Undersøgelsen støtter denne hypotese, idet det accelererede forløb ikke i tilstrækkelig grad medinddrager den organisatoriske og temporale kontekst, hvori forløbet er indlejret. Disse betragtninger gælder i øvrigt også for det konventionelle forløb, hvor tiden før og efter hospitaliseringen heller ikke er velbeskrevet, og hypotesen bliver således gældende for begge forløb, da det har vist sig, at det er de samme fænomener, der opstår i begge forløb.

Fokusgrupperne antyder, at det ikke er kerneområderne i det accelererede regime, der har haft størst betydning for patienterne, hvilket kan tolkes således, at standarden er tilstrækkelig for kerneområderne, men utilstrækkelig i forhold til andre fænomener af betydning. Med andre ord viser undersøgelsen, at det accelererede forløb ikke kan stå alene, men at standarden bør gå ud over den peri-

operative periode, eller selve hospitaliseringen; der mangler forskning i relation til det samlede sygdomsforløb.

Alle otte temaer er ikke relevante at diskutere. Enten fordi problematikkerne, patienterne fortæller om, er elimineret i de accelererede forløb, eller fordi det blev tillagt mindre betydning. Derfor bliver der i diskussionen vægtet de fænomener og temaer, som var dem, patienterne til stadighed kredsede om i interviewene.

De eksistentielle fænomener, som undersøgelsens deltagere tillægger betydning, er ikke nye. Patienter, der afventer større operationer, oplever generelt angst for det ukendte, cancer og død (24). Angst er et velbeskrevet fænomen i forbindelse med elektiv kirurgi (25), men problemet er, at det ikke imødekommes under indlæggelsen, og at muligheden for at afhjælpe angst reduceres i de stadig komprimerede forløb med kortere indlæggelsestider. Angst kan relateres til et af kerneområderne i det accelererede forløb, idet angst kan forebygges ved rettidig information (26). Målrettet kommunikation befordrer mestring og medinddragelse (27). Her betragter vi information som viden, der overføres, og kommunikation som en proces, hvor information udveksles mellem mennesker (28). Der er ikke noget endegyldigt svar på den optimale måde at imødekomme informationsbehovet på, men der opnås større effekt ved en kombination af skriftlig og mundtlig patientcentreret information (26). I den foreliggende undersøgelse føler informanterne sig utilstrækkeligt informerede, idet de klager over inkonsistent og mangelfuld information både i de konventionelle og det accelererede forløb, selvom præoperativ information er et kerneområde ved accelererede kolonkirurgiske operationsforløb (5). Det er sandsynligt, at kommunikation opleves og efterleves forskelligt af patienter og plejepersonale, hvilket er fundet tidligere i en undersøgelse af accelererede hysterektomiforløb (29). Tager man informanternes klager for pålydende, er der enten tale om en kommunikationsbrist eller manglende forståelse og fastholdelse af viden blandt patienterne, som er bekymrede over deres sygdom og behandling (30).

De fysiske rammer er et tema, der påvirker patienternes integritet. De suboptimale forhold beskrevet af patienterne har betydning for senere rekonvalescens. Mangelfulde fysiske rammer er et problem, der er påpeget i en MTV-rapport, der siger, at accelererede forløb stiller nye krav til fysiske rammer (5). Vore resultater genfindes i lignende undersøgelser, der viser, at klinisk praksis ikke afspejler de evidensbaserede forskrifter (9).

Undersøgelsen viser, at det er vigtigt at betragte det samlede sygdomsforløb. Tidshorizonten illustreret i figur 1 viser, hvordan de forskellige temporale segmenter opleves af patienter i et kolorektalkirurgisk forløb. Figuren viser, at det accelererede forløb er et lille segment i et større sygdomsforløb, hvor overgangen mellem de forskellige segmenter bør medtænkes for at skabe kontinuitet for patienterne. Der er flere sektorer og samarbejdspartnere på banen i patientens sygdomsforløb, og undersøgelsen viser et behov for et samlet udspil, hvis indlæggelsen og rehabiliteringen skal give mening for patienterne. En forståelse for brugerperspektivet er en vigtig brik i det samlede spil for at få de bedste resultater, både menneskeligt og økonomisk (31). Endelig bekræfter undersøgelsen, at der ikke er en enkelt metode, der er bedst til at sikre den samlede kvalitet i sundhedsvæsenet (32).

Accelererede operationsforløb er blevet beskrevet som pakked løsninger (33), hvilket også gælder for andre former for koordinerede patientforløb. Sundhedsstyrelsens kræftplan indeholder fx også pakked løsninger i form af sammenhængende forløb, hvor alle trin i udredning, behandling og efterkontrol er planlagt. Pakkeløsninger sikrer mange arbejdsgange i et patientforløb, men er ikke altid tilstrækkeligt systematiske (34).

Undersøgelsens kvalitet

Litteratursøgningen viste, at patientperspektivet i det accelererede forløb var underbelyst, hvorfor det var relevant at foretage denne undersøgelse (35). Fokusgruppemetoden var velegnet til at indfange patientperspektivet, selvom grupperne var mindre

end normalt anbefalet (17). Dataindsamlingen og analysen blev foretaget af forskellige forskningsgrupper, hvilket er usædvanligt inden for det kvalitative paradigme. Analysen blev gennemført på baggrund af digitale optagelser af de tre interviews, udskrifter af de tre interviews og feltnoter. Analysegruppen gennemlyttede de originale lydoptagelser og sammenholdt disse med det transskriberede materiale (36). Informanterne blev udvalgt strategisk, og det viste sig, at grupperne var passende sammensat til at belyse problemstillingen (37). Dette blev synligt, idet interviewene var rige på data, hvilket betyder, at der i alle interviews har været dialog blandt deltagerne. Antallet af fokusgrupper var i underkanten, da det typisk anbefales at inddrage 4-5 interviews for at opnå mætning af data (17). Vi mener dog, at der blev opnået data-mætning, idet temaerne trådte tydeligt frem, og redundans blev opnået. Der blev anvendt observatørtriangulering, hvilket er egnet til at sikre validitet i relation til vurdering af data, hvorved blinde pletter undgås (38). Endvidere er undersøgelsen styrket af, at de forskellige forforståelser er blevet udfordret. Data er indsamlet af personer med en anden indgangsvinkel til emnet end dem, der har analyseret data. Den interne validitet blev styrket ved at følge templatemetoden, og den eksterne validitet blev styrket ved at resultaterne konvergerede med den eksterne litteratur.

Konklusion og implikationer

Undersøgelsen viste, at patienterne i det konventionelle og det accelererede forløb var optaget af de samme fænomener, når de beskrev, hvad der var betydningsfuldt i forbindelse med deres sygdomsforløb. Selvom de accelererede forløb er blevet en erklæret succes, målt i reduktion af indlæggelsestid og komplikationer, er problemerne endnu ikke løst på det psykosociale område. Patienterne kæmper stadig med angst i forhold til kræftsygdom, frustrationer i forhold til kommunikationsbrist, integritetstab og indskrænkning af muligheder på

grund af forældede faciliteter, bivirkninger i forhold til medicinering og usikkerhed ved hjemkomsten. Planlægningen af accelererede forløb kan ikke stå alene uden at medinddrage sygdomsforløbet, der rækker ud over den perioperative periode. Denne undersøgelse kan ses som et bidrag til kvalitetsudvikling af kliniske retningslinjer for accelererede forløb og optimering af rehabiliteringsindsatsen. Et øget fokus på samarbejdet mellem forskellige sektorer har potentiale for at forbedre patienternes oplevelser, hvis der tænkes bredere i den fremtidige planlægning af accelererede kolonkirurgiske forløb.

Cand.scient.san, sygeplejerske

Dorte Lindstrøm Vilstrup

Furesø Kommune

Plejecentret Lillevang

Lillevænget 1

3520 Farum

dortelc@hotmail.com

Cand.scient.san, sygeplejerske

Claus Weitze Mortensen

Rigshospitalet afsnit 2093

Blegdamsvej 9

2100 København Ø

nina-claus@webspeed.dk

Projektleder, sygeplejerske

Kirsten Rud

Enhed for Perioperativ Sygepleje

Juliane Marie Centret

Panum -RH, afsnit 3341

Blegdamsvej 9, 2100 København Ø

krud@rh.regionh.dk

Seniorforsker, sygeplejerske, land.cur., Ph.d.

Ingrid Egerod

Universitetshospitalernes Center for sygepleje- og omsorgsforskning

Rigshospitalet afsnit 7331

Blegdamsvej 9, 2100 København Ø

ie@ucsf.dk

REFERENCER

1. Sailhamer EA, Sokal SM, Chang Y, Rattner DW, Berger DL. Environmental impact of accelerated clinical care in a high-volume center. *Surgery* 2007;142(3):343-9.
2. Sekretariatet for ministerudvalget. Fakta om accelererede patientforløb. Marts 2007.
3. Kehlet H, Wilmore DW. Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *Ann Surgery* 2008;248(2):189-98.
4. Rud K, Jacobsen DH, Egerod I. Klinisk vejledning. Sygepleje ved kolonresektion med accelererede operationsforløb. Enhed for perioperativ sygepleje, 2007.
5. Folkersen J, Andreasen J, Basse L, Jakobsen DH, Kehlet H. Det accelererede kolonkirurgiske patientforløb – en medicinsk teknologivurdering. Medicinsk teknologivurdering – puljeprojekter 2005;5 (7). København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2005.
6. Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome. *Am J Surg* 2002;183(3):630-41.
7. Halborg J. Patientperspektiver på præoperativ information. Publikationer fra Institut for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet, 2003.
8. Gatt M, Anderson AD, Reddy BS, Hayward-Sampson P, Tring IC, MacFie J. Randomized clinical trial of multimodal optimization of surgical care in patients undergoing major colonic resection. *Br J Surg* 2005; 92(11): 1354-62.
9. Kehlet H, Büchler MW, Beart RW Jr, Billingham RP, Williamson R. Care after colonic operation – is it evidence-based? Results from a multinational survey in Europe and the United States. *J Am Coll Surg* 2006;202(1):45-54.
10. Basse L, Thorbøl JE, Løssl K, Kehlet H. Colonic surgery with accelerated rehabilitation or conventional care. *Dis Colon Rectum* 2004;47(3):271-8.
11. Kehlet H. Fast-track colorectal surgery. *Lancet* 2008; 371(9615):791-3.
12. Delaney CP, Zutshi M, Senagore AJ, Remzi FH, Hammel J, Fazio VW. Prospective, randomized, controlled trial between a pathway of controlled rehabilitation with early ambulation and diet and traditional postoperative care after laparotomy and intestinal resection. *Dis Colon Rectum* 2003; 46(7): 851-9.
13. Miller WL, Crabtree BF. Clinical Research. In: *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Denzin NK and Lincoln YS (editors). 3rd ed. Sage Publications, 2005.
14. Malterud K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *Lancet* 2001; 358(9279):397-400.
15. Sandelowski M. Using qualitative research. *Qual Health Res* 2004;14(10):1366.
16. Pope C, van Royen P, Baker R. Qualitative methods in research on healthcare quality. *Qual Saf Health Care* 2002;11(2):148-52.
17. Brown JB. The use of focus groups in clinical research. In: Crabtree BF, Miller WL (editors) *Doing qualitative research*. Sage, 1999.
18. Halcomb EJ, Gholizadeh L, DiGiacomo M, Phillips J, Davidson PM. Literature review: considerations in undertaking focus group research with culturally and linguistically diverse groups. *J Clin Nurs* 2007;16(6):1000-11.
19. Dowling M. Hermeneutics: an exploration. *Nurse Res* 2004; 11(4):30-9.
20. Gadamar HG. Sandhed og metode – grundtræk af en filosofisk hermeneutik. Oversat af Arne Jørgensen. København: Gyldendals Bogklubber, 2005. S.167-189, 253-263, 363-383, 413-461.
21. Thornquist E. Videnskabsfilosofi og videnskabsteori for sundhedsfagene. Kap. 4 og 5. København: Gads Forlag, 2006.
22. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 2001;358(9280): 483-88.
23. DiCicco-Bloom B, Crabtree BF. The qualitative research interview. *Med Educ* 2006;40(4): 314-21.
24. Moene M, Bergbom I, Skott C. Patients' existential situation prior to colorectal surgery. *J Adv Nurs* 2006;54(2):199-207.
25. Mitchell M. Patient anxiety and modern elective surgery: a literature review. *J Clin Nurs* 2003;12(6):806-15.
26. Walker JA. What is the effect of preoperative information on patient satisfaction? *Br J Nurs* 2007;16(1):27-32.
27. Friis-Hasché E. Nonverbal og empatisk kommunikation. Kap. 18. I: Friis-Hasché E, Elsass P, Nielsen T (red.). *Klinisk sundhedspsykologi*. København: Munksgaard, 2004.

28. Espersen BT. Information til patient og pårørende. I: Esbensen BA (red.). Mennesker med kræft. København: Munksgaard, 2002.
29. Wagner L, Carlslund A-M. Kvinder og korttidsindlæggelser – en kvalitativ evaluering af hysterektomerede kvinders og personalets erfaringer med accelereret regime. Universitetshospitalernes Center for Sygepleje og omsorgsforskning (UCSF), 2002.
30. Giersing U. Når mennesket trues på livet. I: Esbensen BA (red.). Mennesker med kræft. København: Munksgaard, 2002.
31. Sundhedsstyrelsen. Patientforløb og kvalitetsudvikling. Komiteen for Sundhedsoplysning. København: Sundhedsstyrelsen, 1999.
32. Sundhedsstyrelsen. National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet – fælles mål og handleplan 2002-2006. Det nationale råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Sundhedsstyrelsen 2002.
33. Egerod I, Rud K, Jensen PS. En pakkeløsning til patienten. Accelererede operationsforløb og kliniske vejledninger. Sygeplejersken 2006;106(17):43-8.
34. Sundhedsstyrelsen. Opfølgning på kræftplan II. Sundhedsstyrelsen 2007.
35. Dunn J, Lynch B, Rinaldis M, Pakenham K, McPherson L, Owen N, et al. Dimensions of quality of life and psychosocial variables most salient to colorectal cancer patients. Psychooncology 2006;15(1):20-30.
36. Malterud K. Kvalitative metoder i medicinsk forskning, en indføring. 2. udg. Universitetsforlaget, 2004.
37. Tuckett AG. Qualitative research sampling: the very real complexities. Nurs Res 2004;12(1):47-61.
38. Holstein B. Triangulering – metoderedskab og validitetsinstrument. I: Humanistisk forskning indenfor sundhedsvidenskab. Lunde IM, Ramhøj P (red.). København: Akademisk Forlag, 2001.