



Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa

PATIENTINFORMATION OM NUTRITIONENS BETYDELSE FÖR LÄKNINGSPROCESSEN VID ORTOPEDISKA INGREPP

KATARINA MÅNSSON

Examensarbete i vårdvetenskap, 15 hp
Kursbeteckning: VO1309
Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp
Maj 2009

Examinator: Gunilla Borglin
Handledare: Göran Holst
Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa
371 79 Karlskrona

PATIENTINFORMATION OM NUTRITIONENS BETYDELSE FÖR LÄKNINGSPROCESSEN VID ORTOPEDISKA INGREPP

KATARINA MÅNSSON

Månsson, K. Patientinformation om nutritionens betydelse för läkningsprocessen vid ortopediska ingrepp. *Examensarbete i vårdvetenskap 15 högskolepoäng*. Blekinge Tekniska Högskola, Sektionen för hälsa, 2009.

Ett adekvat kostintag är nödvändigt för uppbyggnad och underhåll av kroppens celler och det är därför en förutsättning för att en person skall kunna hålla sig frisk. Vid trauman och operativa ingrepp krävs ett allmänt ökat näringsintag under rehabiliteringen. Detta för en minskad risk för komplikationer och för ett snabbare tillfrisknande. Patientinformation är ett viktigt verktyg vid utbildning om nutritionens betydelse för läkningsprocessen. Syftet med studien var att undersöka hur vuxna patienter, som genomgått ett ortopediskt ingrepp informeras av sjuksköterskan om nutritionens betydelse för läkningsprocessen. Kvantitativ metodik med enkätundersökning användes, där 28 av 39 ortopedipatienter valde att medverka. Resultatet analyserades i SPSS med beskrivande statistik och det visade sig finnas brister i patientinformationen om nutritionens betydelse för läkningsprocessen vid ortopediska ingrepp.

Nyckelord: Patientinformation, nutrition, läkningsprocess, ortopediska ingrepp, kvantitativ metodik.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING.....	1
BAKGRUND.....	1
Allmän näringslära	1
Beräkning av energibehov	2
Nutritionens inverkan på läkningsprocessen	2
Aptitlöshet	3
Patientinformation	4
TEORETISK REFERENSRAM.....	4
SYFTE	5
METOD	5
Urval	6
Genomförande	6
Analys	7
Etiska överväganden	7
RESULTAT	7
DISKUSSION.....	10
Metoddiskussion	10
Resultatdiskussion	11
SLUTSATS	13
REFERENSER.....	14
BILAGEFÖRTECKNING	16

INLEDNING

Proteiner, kolhydrater, fett, mineraler, vitaminer och vatten är ämnen som är nödvändiga för uppbyggnad och underhåll av kroppens celler och de är därför en förutsättning för att en person ska kunna hålla sig frisk. Om kroppen utsätts för stress utöver det normala, t.ex. vid en operation, ställer detta högre krav på nutritionstillförseln för upprätthållandet av en adekvat läkningsprocess (Almås, 2001). Orem's omvårdnadsteori talar om hjälp till självhjälp, där stor vikt läggs vid egenvård (Orem, 2001). Här har sjuksköterskan ett ansvar, att förmedla kunskap till patienten om vikten av ett hälsosamt kostintag.

Efter att själv ha genomgått en korsbandsoperation uppmärksammades att det inte gavs någon information om nutritionens roll för tillfrisknandet. Detta gav funderingar över om patienterna får adekvat information från sjuksköterskan om nutritionens betydelse för läkningsprocessen vid kirurgiska ingrepp inom ortopedin idag. I en studie gjord på sjukvårdspersonal vid ett sjukhus i södra Sverige, där studien berörde ortopedipatienter, visade det sig att personalen huvudsakligen fokuserade på det brutna benet eller traumat, medan den preoperativa nutritionen glömdes bort. Nutritionen var lågt prioriterad även efter operationen, då fokus lades på smärta och mobilisering (Khalaf, Berggren & Westergren, 2009).

BAKGRUND

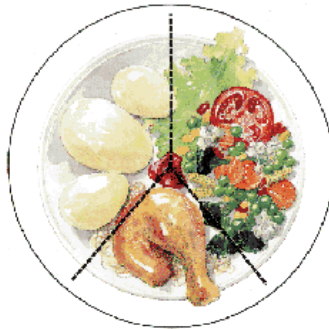
Allmän näringslära

Näringsämnen kan delas upp i kolhydrater, fett, proteiner, vitaminer, mineraler och vatten. Proteinet stödjer tillväxt, reparation och utveckling av celler och vävnader tillsammans med kalcium och fosfor som fungerar som byggstenar för skelettet. Proteinet har även som funktion att reglera metabolism tillsammans med vitaminer och mineralämnen. Kolhydrater och fett fungerar som energigivare. Kolhydrater är den enda bränslekälla som försörjer det centrala nervsystemet under normala omständigheter och är därmed mycket viktiga för hjärnan. Fett är viktigt bränsle för muskelkontraktion och de fettlösliga vitaminerna A, D, E och K är beroende av ett dagligt fettintag, där fett även fungerar som transportmaterial åt vitaminerna. Fettet fungerar också som skyddsmekanism för vitala organ vid trauma. Vattnet transporterar näringsämnen, skyddar cellerna, reglerar kroppstemperaturen och deltar i biokemiska reaktioner (Jeukendrup & Gleeson, 2007).

Livsmedelsverket har utformat en rapport om svenska näringsrekommendationer, SNR. I rapporten framkommer det riktlinjer om kost som idag utgör underlag för en generell god hälsa. SNR:s riktlinjer gäller dock för friska individer och kostens sammansättning och energimängd kan därför behöva ändras vid sjukdom eller skada. Rapportens syfte är bland annat att vara som underlag för undervisning och upplysning om kost samt värdering av kostintag. Det är viktigt med ett välbalanserat kostintag för att säkra att alla näringsämnen som kroppen är i behov av tillförs individen. Detta görs lättast genom ett dagligt intag av en varierad kost som inkluderar livsmedel innehållande grönsaker, frukt och bär, potatis och rotfrukter, mjölk och ost, kött, fisk och ägg, bröd och spannmålsprodukter samt matfett (Livsmedelsverket, 2005). Fördelningen av dessa näringsämnen kan ganska enkelt

demonstreras genom tallriksmodellen (Figur 1) som ger en klar och tydlig bild över proportionerna mellan olika livsmedel i en måltid (Jeukendrup & Gleeson, 2007).

Figur 1. Tallriksmodellen (Livsmedelsverket, 2007)



I denna modell utgör 25 % proteinrika livsmedel som kött, fisk, ägg, linser och bönor, 37,5 % kolhydratrika livsmedel som potatis, ris, pasta och bröd. Resterande 37,5 % består av rotfrukter grönsaker, frukt och bär (Jeukendrup & Gleeson, 2007). Denna modell talar endast om proportionerna av livsmedelsintaget och säger ingenting om kostintagets kvantitet. Hur mycket en person behöver äta beror på individens individuella energibehov. Det dagliga kostintaget bör vara jämnt fördelat över dagen, där tre huvudmål och ett till tre mellanmål rekommenderas. Fördelning av energiintaget föreslås på följande vis: frukost 20-25 %, lunch 25-35 % och middag 25-35 % (Livsmedelsverket, 2005).

Beräkning av energibehov

En metod för att beräkna energibehovet är enligt Barak, Wall-Alonso & Sitrin (2002) att den basala energiomsättningen, BMR, kan beräknas med hjälp av någon av Harris och Benedicts två formler. För män gäller formeln: $BMR = 66,47 + 13,75W + 5,00H - 6,75A$, där W = vikt i kilo, H = längd i centimeter och A = ålder i år. För kvinnor gäller formeln: $BMR = 655,09 + 9,56W + 1,85H - 4,67A$ (Barak et al., 2002). Sedan tillkommer stress- och aktivitetsfaktorer som multipliceras med den basala energiomsättningen. Stressfaktorn ligger i intervallet 1,2-1,5 för olika sjukdomstillstånd och trauman som ökar energiomsättningen (Hessov, 2001). Vid kirurgiska ingrepp är stressfaktorn 1,25. Det finns dock skillnader beroende vilken kroppsdel som opereras samt ingreppets storlek. Faktorn 1,25 är med andra ord ett medelvärde bland de kirurgiska ingreppen (Barak et al., 2002). En underbensfraktur ger en traumafaktor på 1,2. Sedan ändras faktorn beroende på i vilken läkningsfas patienten befinner sig i. Aktivitetsfaktorn skiljer sig beroende av graden av aktivitet som patienten utför, där sängliggande = 1,1, uppegående = 1,3, stillasittande arbete = 1,4, lätt arbete utan fysisk aktivitet på fritiden = 1,6 och medeltungt arbete med daglig fysisk aktivitet på fritiden = 1,8. Vid febertillstånd ökar energibehovet med tio procent. Det samma gäller om patienten är mager, vilket även detta kräver ett ökat kaloribehov på tio procent. Om patienten är överviktig minskar istället energibehovet med tio procent (Hessov, 2001). Harris och Benedicts formel verkar sanningsenlig bland normalnutrierade personer, men kan dock vara något otillförlitlig hos en malnutrierad individ (Roza & Shizgal, 1984).

Nutritionens inverkan på läkningsprocessen

Vid trauman och operativa ingrepp krävs ett allmänt ökat näringsintag under rehabiliteringen. Nutritionsläget har då även betydelse för sår- och benläkning (Andersson, Jeppsson, Lindholm, Rydholm & Ulander, 2004). Näringsbrist kan vara ett problem i sig för alla, men för patienter med sår kan det bli förödande eftersom det kan försämra läkningsprocessen och

hindra kroppens förmåga att bekämpa en infektion (Posthauer, 2006). Näringsbrist kan förekomma bland både överviktiga och underviktiga patienter, då avsaknad av vissa näringsämnen i patientens kostintag trots ett högt kaloriintag kan leda till näringsbrist (Cobb 1997). Lika så kan smala människor vara väl nutrierade exempelvis om de har haft en sådan kroppsbyggnad hela livet (Khalaf et al., 2009). Det är därför viktigt att förvissa sig om patientens kostintag oavsett kroppsbyggnad.

Undernäring är ett problem i den svenska sjukvården idag, då cirka 30 % av de patienter som vårdas på sjukhus är undernärda (Khalaf et al., 2009). Det har också visat sig att den äldre åldersgruppen, >64 år, är mer utsatt för näringsbrist än den yngre (Ozkalkanli, Tuna Ozalkanli, Katircioglu & Savaci, 2009). Även små brister i nutritionen försämrar och därmed fördröjer läkningen (Whitney & Heitkemper, 1999). En tillfredställande nutrition minskar postoperativ trötthet, ökar chansen till en snabb mobilisering och leder till ett snabbare tillfrisknande. Preoperativ fasta kan ge postoperativ insulinresistens och ha negativ inverkan på proteinsyntesen i musklerna (Hessov, 2001). Patienterna kan underlätta situationen genom att preoperativt intaga en välbalanserad diet, speciellt veckan innan operationen (Whitney & Heitkemper, 1999).

Protein ingår i kroppens alla vävnadsceller. Dessutom består hormoner, enzymer, och viktiga delar av immunförsvaret av protein (Winroth & Rydqvist, 1993). De är bland annat viktiga i uppbyggnad och underhåll av kroppens vävnader (proteinsyntesen), medan kolhydrater och fetter bidrar med energi till den kontinuerliga energiomsättningen. Först när behovet av kolhydrater är tillgodosett, används proteiner på ett optimalt sätt, det vill säga som byggmaterial. Det är nödvändigt att tillförseln av protein är större än utsöndringen i situationer där kroppen behöver bygga upp vävnad (Almås, 2001). Ett adekvat proteinintag krävs med andra ord för upprätthållandet av en optimal sårhäkning (MacKay & Miller, 2003).

MacKay & Miller (2003) har i en sammanfattningsartikel visat att bristfälligt nutritionsintag kan hämma sårhäkning medan vissa ämnen i kosten kan förbättra läkningstiden och resultatet av den. Det har visat sig att vitamin A behövs för utvecklandet av epitelceller och benvävnad, cellförändring och immunsystemets funktion. Studier visar att C-vitaminbrist ger följder som svagt immunförsvaret, ökad benägenhet för uppkomst av blåmärken och att börja blöda samt långsam läkning av sår och frakturer. Bromelain, enzym från ananas, har visat sig minska svullnad, blåmärken och smärta och ämnet kan ge en förkortad läkningstid vid kirurgiska ingrepp. Zink är ett väsentligt mineral för celldelning och proteinsyntes som är nödvändiga processer för vävnadsnybildning och reparation (MacKay & Miller, 2003). Faktorer som stress, infektion och operation ökar kroppens behov av C-vitamin (Posthauer, 2006).

Aptitlöshet

Patientens aptit kan påverkas negativt vid ett kirurgiskt ingrepp på grund av bland annat smärta, illamående, kraftlöshet, ångest och oro. Även andra omständigheter som en speciell doft eller andra sjuka patienters närvaro kan påverka aptiten (Almås, 2001). En oplanerad viktförlust, som inte är relaterad till en förändring i den fysiska konditionen, utsätter patienten för risk att bryta ner vävnad och en långsam läkning. Dehydrering kan öka glukosnivån, vilket medför en långsammare läkningsprocess (Posthauer, 2006). I studien, Nutrition in Orthopaedic Surgery, visade det sig finnas ett samband mellan otillräckligt kostintag och utvecklandet av komplikationer bland patienter som genomgått kirurgiskt ingrepp inom området ortopedi (Jensen, Jensen, Smith, Johnston & Dudrick, 1982).

Det är därför viktigt att komma åt komponenter som stör patientens nedsatta aptit. Sjuksköterskan kan t.ex. minska oro, ångest och smärta genom att hela tiden informera patienten om vad som skall hända, då det ofta ger en lugnande effekt, vilket även kan öka smärtgränsen hos patienten (Andersson et al., 2004).

Patientinformation

Enligt socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor har sjuksköterskan till uppgift att informera och undervisa patienter samt förvissa sig om att patienten förstår den givna informationen (Socialstyrelsen, 2005). Patientundervisning syftar bland annat till att stödja och stärka patientens kontroll över sin sjukdom eller skada och dennes behandling. Sjuksköterskan skall ha kunskap om de faktorer som påverkar patientens levnadsvanor och vilka undervisningsmetoder som skulle kunna vara lämpliga i olika situationer (Söderkvist-Klang, 2001). För att adekvat patientinformation skall kunna ges krävs att sjuksköterskan har tillräcklig kunskap inom det berörda ämnet (Orem, 2001). Kunskapen om kosten är därmed en viktig del i patientundervisningen hos patienter som skall genomgå ett ortopediskt ingrepp.

Genom patientinformation involveras patienten i sin behandling, där individen får ett visst eget ansvar för sin egen hälsa och sitt tillfrisknande och där den tillåts göra sina egna val. På så sätt upplever ofta patienten sig respekterad och som en likvärdig partner i sin behandling. Genom att patienten blir involverad och att den har något att säga till om ökar individens känsla av kontroll över sitt tillstånd och sin behandling, vilket ger en positiv förstärkning till patientens tillfrisknande. Enligt Van den Borne (1998) kan muntlig patientinformation på individnivå ge en ökad kunskap hos patienten med uppåt 72 % och med 56 % om informationen ges på gruppnivå. Det har visat sig att när patientinformation endast ges muntligt från vårdpersonalen är den vanligen mer effektiv än när den ges både skriftligt och muntligt. Detta verkar bero på att den skriftliga informationen medför en mindre effektiv kommunikation mellan personal och patient eftersom vårdpersonalen då istället förlitar sig på att den skriftliga informationen är tillräcklig (Van den Borne, 1998).

TEORETISK REFERENSRAM

Orems omvårdnadsmål är att främja normal funktion, utveckling, hälsa och välbefinnande hos människan, där ett delmål är att tillgodose individens egenvårdsbehov. Varje patient behöver ha individuella mål för sin egenvård för att kunna upprätthålla en normal funktion, utveckling och hälsa, vilket Orem beskriver som egenvårdsbehov (Orem, 2001). Egenvård är enligt Orem (2001) de handlingar en individ tar eget initiativ till att utföra på egen hand för att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande. Sjuksköterskan har till uppgift att identifiera patientens egenvårdsbehov, där även en bedömning om hur patienten klarar av att genomföra sin egenvård skall göras. I sjuksköterskans arbete ingår det att arbeta för att bevara liv och hälsa och medverka till patientens återhämtning efter sjukdom och skada. Orem (2001) talar om universella egenvårdsbehov, där två av dem är sammankopplade med nutrition; upprätthållande av ett adekvat vätskeintag och upprätthållande av ett adekvat födointag.

Orem (2001) anser att patienten är i behov av omvårdnad om det uppstår en obalans mellan individens egenvårdskapacitet och de terapeutiska egenvårdskraven. De terapeutiska egenvårdnadskraven innebär summan av de omvårdnadshandlingar som patienten är i behov av för att egenvårdsbehovet skall kunna tillgodoses och egenvårdskapacitet innebär att

patienten med egen förmåga klarar av att identifiera och tillgodose sina terapeutiska egenvårdskrav (Orem, 2001).

Orem (2001) beskriver olika hjälpmetoder som sjuksköterskan använder sig av för att tillgodose patientens egenvårdskrav. En av dessa hjälpmetoder är undervisning, vilken kan användas när patienten behöver lära sig nya färdigheter eller utöka sina kunskaper för att utveckla en speciell förmåga. Sjuksköterskan behöver känna till patientens behov och ta hänsyn till dennes bakgrund vid undervisning för att individen skall kunna uppnå en god egenvård. Sjuksköterskan skall också motivera patienten till lärande genom att hjälpa den att få en självinsikt över betydelsen av det som ska läras och när det är möjligt för patienten att utveckla sin egenvårdskapacitet ska detta vara ett mål för sjuksköterskan i omvårdnadsarbetet (Orem, 2001).

Den enskilda individen har ett eget ansvar för sin hälsa och ett av omvårdnadens mål är att hjälpa patienten till självständighet. Sjuksköterskan skall finnas där som stöd, men hon skall också fungera som en hjälpare och vägledare. Egenvården skall utgå från vetenskapliga grunder. Patientens egenvårdskapacitet påverkas av flera olika faktorer och en av dessa är patientens kunskap (Orem, 2001). I detta fall kan det ses som att det läggs ett visst ansvar på patienten, då valet av kostintag ligger hos den, men för att kunna fatta beslut gällande nutrition som gynnar läkningsprocessen behöver den få kunskap inom området. Här är det sjuksköterskans ansvar att informera och utbilda patienten om vikten av ett adekvat kostintag samt vilken typ av kost som främjar läkningen.

SYFTE

Syftet med denna studie var att undersöka hur vuxna patienter, som genomgått ett ortopediskt ingrepp informeras av sjuksköterskan om nutritionens betydelse för läkningsprocessen.

METOD

Författaren valde att göra en empirisk studie med enkätundersökning för att få svar på syftet i studien. Syftet med kvantitativ metod är att beskriva och förklara resultatet av de mätningar som genomförts. Inom denna typ av forskning läggs fokus vid objektivitet och neutralitet, där undersökaren skall ha distans till individerna som deltar i undersökningen (Olsson & Sörensen, 2007).

En empirisk enkätstudie (Bilaga 1) ansågs lämplig mot bakgrund av studiens syfte. Det finns nämligen inte mycket information att få tag på inom just detta område och det motiverar en enkätundersökning framför en litteraturstudie. Vid artikelsökandet efter studier om hur nutritionen samspelar med läkningsprocessen visade det sig att tillgången på dessa studier var mer begränsad när det gällde yngre åldersgrupper, 18-55 år. Författaren valde därför att inkludera även äldre åldersgrupper, >55 år, i enkätstudien för att därigenom kunna jämföra om det skiljer sig åldrarna emellan gällande patientinformation om nutritionens betydelse för läkningsprocessen.

Valet av vilken typ av ortopediska ingrepp, vilka var knäled, fotled och rygg, grundades på att dessa åkommor är relativt vanliga bland både yngre och äldre patienter. Enkätundersökningen berörde frågeområdena: Nutritionens betydelse för läkningsprocessen samt i vilken omfattning information om detta gavs från personalen på ortopediavdelningarna, där kunskap och undervisning om ett adekvat kostintag inkluderades (Bilaga 1).

Riktlinjerna för en väl utformad enkät är bland annat att enkätfrågorna skall vara entydiga, det vill säga att de endast kan tolkas på ett sätt, att språket skall vara enkelt och begripligt och att ledande eller förutsättande frågor undviks (Olsson & Sörensen, 2007; Eljertsson, 2005). Författaren hade dessa kriterier i åtanke vid utformandet av enkäten, där fokus lades vid att den skulle vara enkel och att frågorna inte skulle vara fler än nödvändigt. Detta gjordes genom få och tydligt utformade frågor med slutna svarsalternativ. Målet med enkäten var att den skulle besvara studiens syfte, vara lättförståelig för en ökad validitet samt bestå av få frågor, cirka tio, för en ökad svarsfrekvens (Eljertsson, 2005). Författaren försökte ha en logisk ordningsföljd på enkätfrågorna, där enkäten inleddes med enkla frågor och ledande enkätfrågor undveks om möjligt.

Urval

Studien begränsades från början till tre ortopediska avdelningar i södra Sverige, men eftersom den ena kliniken tackade nej till att medverka i enkätundersökningen fick urvalet begränsas till två avdelningar. En totalundersökning gjordes där samtliga patienter som var över 17 år och hade genomgått ett kirurgiskt ingrepp i knäled, fotled eller rygg någon gång från och med den 10 februari 2009 till och med den 7 april 2009 inkluderades i studien. Patienterna som medverkat i undersökningen skall ha varit inlagda på avdelning. Personer som ej var språkkunniga inom det svenska språket exkluderades på grund av att dessa skulle ha svårigheter att besvara enkäten.

Genomförande

Enkät med följebrev och brev till verksamhetsförlagd chef på de berörda klinikerna utformades (Bilaga 1, 2, 3). Enkäten bestod av tio frågor med slutna svarsalternativ. Kontakt med klinikerna togs via e-post, där ett brev med förfrågan om deltagande sändes till verksamhetschefen på de valda ortopediklinikerna tillsammans med missiv, enkät och projektplan. Samtidigt sändes en ansökan om etisk granskning till Etikprövningskommittén Sydost. En PowerPoint presentation, där projektplan presenterades och urvalet diskuterades, hölls sedan för de båda klinikerna och därefter godkändes enkätundersökningen muntligt av båda parterna. Under denna presentation framkom att det fanns någon typ av riktlinjer gällande patientinformation om nutrition på en av klinikerna, men vad som inkluderades i detta framkom inte.

40 enkäter tillsammans med missiv och färdigfrankerade kuvert, varav 30 enkäter till den ena kliniken och 10 till den andra, delades ut till berörda patienter vid utskrivning. För att kvalitetssäkra studien undveks sjuksköterskornas involvering i största möjliga mån eftersom det, enligt författaren kunde ge en påverkan på resultatet. Det beslutades istället att sekreteraren skulle dela ut enkät och missiv tillsammans med ett färdigfrankerat kuvert till de berörda patienterna vid hemgång. Patienterna fick sedan själva skicka in enkäten kostnadsfritt till författaren via post. Den sneda fördelningen av lämnade enkäter till respektive klinik beror på att det förekommer betydligt fler åkommor inom detta urval vid en av klinikerna. Enkäterna numrerades för att klinikerna skulle kunna skiljas åt. Det lämnades också ut en lista till vardera avdelning, som sekreteraren fyllde i vid utlämnandet av enkäterna, där antalet enkäter och typen av operation som gjorts kryssades i på listan. Anledningen till detta var att kunna få

fram information om bortfallet i studien. Enkätundersökningen utfördes under åtta veckor och det hann under denna period lämnas ut 39 enkäter.

Analys

All insamlad data har bearbetats statistiskt med hjälp av deskriptiv statistik, vars syfte är att observera, beskriva och dokumentera en situation som den visar sig. Detta kan exempelvis göras genom tabeller och diagram (Ejlertsson, 2003; Polit & Beck, 2008). Resultatet redovisas med hjälp av diagram, tabeller samt i löpande text, vilket ibland anges som i procent, relativa frekvenser, för att ge en tydlig bild av hur olika variabler hänger samman. En variabel är den egenskap som avses studeras och kan vara antingen kvalitativ eller kvantitativ, där den kvantitativa variabeln är numerisk som exempelvis ålder och kvalitativa variabeln är en klassificering som till exempel kön (Ejlertsson, 2005). Den statistiska bearbetningen gjordes i SPSS, dataprogram som behandlar och analyserar insamlad statistisk data (Wahlgren, 2008).

I studien jämfördes vilka som blev informerade om nutritionens betydelse för läkningsprocessen vid ortopediska ingrepp avseende kön, ålder och typ av ingrepp, men också om det fanns resultatmässiga skillnader mellan de båda klinikerna. Andra faktorer som besvarades i studien var hur informationen gavs till patienterna, skriftligt eller/och muntligt, om den gavs vid flera tillfällen, om det var sjuksköterskan som informerade patienterna samt om de förstod informationen som gavs. För att få reda på hur aktuella de besvarade enkäterna var togs även hänsyn till hur lång tid som gått sedan operationerna genomfördes tills dess att patienterna besvarat enkäterna. Chi-två test eller Fishers exakta test användes för att studera skillnader mellan de undersökta grupperna. Fishers exakta test är en mer tillförlitlig metod för sannolikhetsberäkning vid små material. En signifikansnivå om 95 % användes för studien.

Etiska överväganden

Medverkan i enkätundersökningen var frivillig, vilket dokumenterades i både missivet till patienterna och brevet till klinikerna, där de tillfrågats att medverka i studien. All insamlad data från enkätundersökningen behandlades konfidentiellt för bevarandet av patienternas integritet och alla patienter i undersökningen är därmed helt anonyma, då några uppgifter om deras persondata aldrig överlämnats till författaren. För att denna studie inte ska kunna kopplas direkt till ortopediklinikerna som berörs namnges de aldrig i studien, utan det gjordes istället en begränsning till södra Sverige. Studien är granskad av Etikkommittén Sydost (EPK 08/2009).

RESULTAT

Av de 39 patienter som erbjöds delta i studien valde 28 (72 %) att medverka. Det interna bortfallet var litet, då åtta av de tio enkätfrågorna besvarades av samtliga deltagare. I återstående två frågor gavs inget svar från två personer. Svarsfrekvensen på klinik ett var 21 av 30 (70 %) medan den på klinik två var sju av nio (78 %). Antalet enkäter som besvarades vid respektive ingrepp var tio av 13 (77 %) vid ryggoperation, 15 av 21 (71 %) vid knäledsoperation samt tre av fem (60 %) vid fotledsoperation (Tabell 1).

Tabell 1. Total svarsfrekvens (n=28) fördelat på klinik och typ av ingrepp

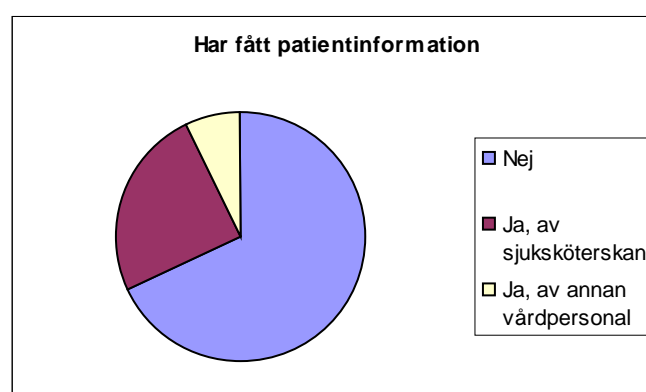
Klinik		Rygg	Knäled	Fotled	Totalt
1	Antalet utlämnade enkäter	11	18	1	30
	Antalet besvarade enkäter	8	12	1	21
2	Antalet utlämnade enkäter	2	3	4	9
	Antalet besvarade enkäter	2	3	2	7

Deltagarna i studien var huvudsakligen kvinnor (57 %). Av de kvinnor som blivit opererade var det i elva av 16 fall en knäledsoperation och i fotleden gjordes inget ingrepp överhuvudtaget bland dessa patienter. Typen av ingrepp var hos männen mer jämnt fördelade. En övervägande andel av deltagarna var över 55 år (Tabell 2).

Tabell 2. Antalet patienter (n=28) som har deltagit i studien indelat i ålder, kön och typ av ingrepp.

Kön	Typ av ingrepp	36-45 år	46-55 år	56-65 år	Mer än 65 år
Kvinna	Rygg	3	0	2	0
	Knäled	1	2	4	4
Man	Rygg	0	2	1	2
	Knäled	1	0	2	1
	Fotled	1	0	1	1

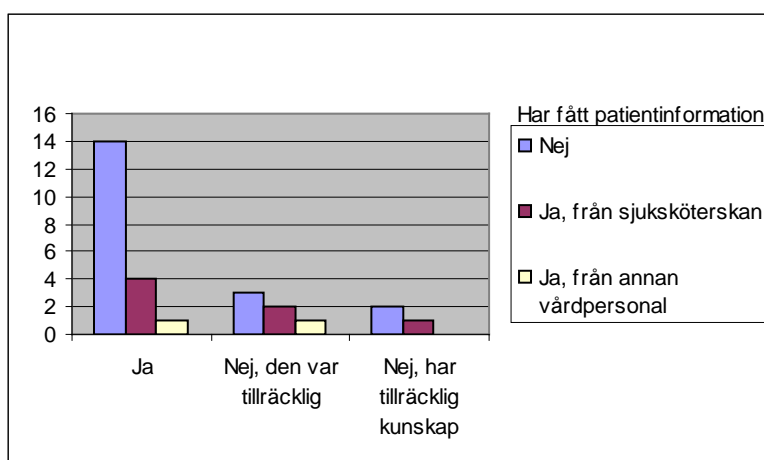
I enkätundersökningen framkom att 19 av 28 (68 %) patienter som medverkade i studien ej fått någon information om nutritionens betydelse för läkningsprocessen vid ortopediska ingrepp (Figur 2). I de fall information gavs var det i sju fall av nio sjuksköterskan som informerade patienterna. Informationen gavs muntligt till åtta av nio patienter. För de nio individer som fick information varierade antal tillfällen som information gavs mellan att informationen gavs vid ett tillfälle, vilket var fallet bland fem individer, upp till det att informationen gavs vid fler än två tillfällen, vilket var fallet hos en individ. Hos dem som blev informerade var det åtta av nio patienter som uppgav sig ha förstått vad de bör och inte bör äta för det operativa ingreppet.



Figur 2. Fördelning av patientinformation om nutritionens betydelse för läkningsprocessen (n=28).

Det visade sig att åtta av 16 kvinnor fick patientinformation medan endast en av tolv män fick denna information. Det verkade av dessa siffror som att kvinnor oftare får information jämfört med männen i studien. Signifikantestning med hjälp av Chi-två test gav ett $p=0.061$. Det var således nära, men inte fullt ut en signifikansskillnad på 95 % mellan män och kvinnor.

Av dem som medverkade i undersökningen önskar 19 av 28 (68 %) patienter mer information från vårdpersonalen om vad de bör äta för en optimerad läkningsprocess (Figur 3).



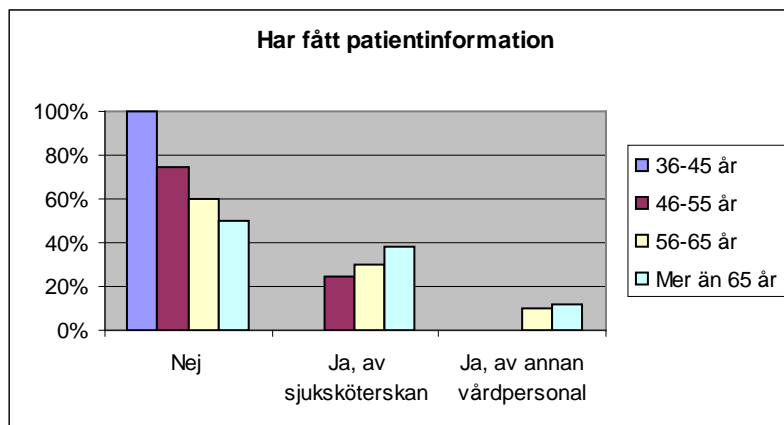
Figur 3. Antalet patienter (n=28), som önskar mer information om nutritionens betydelse för läkningsprocessen.

I tabell 3 går det utläsa att de som fick information om nutritionens betydelse för läkningsprocessen vid ortopediska ingrepp var mestadels patienter som genomgått en operation i knäleden. Patienterna som opererats i fotleden fick ingen information om detta överhuvudtaget. Gällande ryggoperationerna var det få som blev informerade.

Tabell 3. Antalet patienter (n=28) som informerades om nutritionens betydelse för läkningsprocessen uppdelat på typ av ingrepp

Typ av ingrepp	Nej	Ja, av sjuksköterskan	Ja, av annan vårdpersonal
Rygg	8	1	1
Fotled	3	0	0
Knäled	8	6	1

Det framkom ett visst samband mellan ålder och vilka som fick information om betydelsen av kostintaget för läkningsprocessen och tendensen var att de äldsta patienterna oftare fick information (Figur 4). I åldrarna 36-45 var det ingen som informerades jämfört med de patienter som var äldre än 65 år, där det gavs patientinformation till hälften (n = 8) av de som medverkade i studien. I åldrarna 46-55 gavs informationen till en av fyra individer och hos dem som befann sig i åldersgruppen 56-65 informerades fyra av tio patienter.



Figur 4. Antalet patienter (n=28) angivet i procent som har fått information om nutritionens betydelse för läkningsprocessen bland respektive åldersgrupp.

Vid en uppdelning mellan yngre (36-55 år) och äldre åldersgrupper (mer än 55 år), visade det sig att den yngre åldersgruppen informerades i ett av tio fall medan de som befann sig i den äldre årgången blev informerade i åtta av 18 fall. Ett Chi-två test för signifikantstestning gav ett p-värde på 0,061, vilket var nära, men inte fullt ut en signifikansskillnad på 95 % mellan ålder och patientinformation.

På den ena kliniken blev åtta av 21 patienter informerade om nutritionens betydelse för läkningsprocessen vid ortopediska ingrepp, medan denna information gavs till en av sju patienter på den andra kliniken. Något statistiskt samband mellan patientinformation och på vilken klinik det kirurgiska ingreppet utförts kunde dock ej konstateras. Bland alla som valde att medverka i studien, besvarades den utlämnade enkäten inom 14 dagar efter genomförd operation av 23 (n=27) patienter.

DISKUSSION

Metoddiskussion

I denna studie lades det fokus vid att undersöka hur vuxna patienter, som genomgått ett ortopediskt ingrepp informeras av sjuksköterskan om nutritionens betydelse för läkningsprocessen. Valet av en empirisk studie kan styrkas av att det var enklast att få svar på syftet genom att beskriva observerbara eller mätbara samband mellan företeelser, där författaren var intresserad av att beskriva verkligheten på ett objektivt och neutralt sätt.

Enkäten utformades av författaren själv, vilket kan vara en nackdel då ett användande av en redan validerad enkät kan medföra ett mer trovärdigt resultat i forskningssammanhang (Jakobsson & Westergren, 2005). Författaren försökte utforma en enkät som bestod av få och tydliga frågor med slutna svarsalternativ för en ökad validitet. Det interna bortfallet var litet, vilket kan ses som ett tecken på att enkäten varit väl utformad (Ejlertsson, 2003). Det fanns dock en ledande fråga i enkäten (Bilaga 1, fråga 10) vilket bör tas hänsyn till i resultatet. Författaren vill att denna studie skall ses som en pilotstudie, där denna skall kunna ligga till grund för fortsatta studier inom ämnet. Därmed kan även enkäten ses som en testversion, där eventuella korrigeringar inför kommande studier kan göras. Det skulle exempelvis vara

intressant att få information om hur länge de ineliggande patienterna varit inlagda på avdelning under behandlingen av det operativa ingreppet samt i vilket eller vilka sammanhang patientinformation om nutritionens betydelse för läkningsprocessen gavs. En uppdelning av mindre åldersgrupper skulle kunna övervägas, där det exempelvis kan göras en indelning i två grupper med åldrarna 18-55 och äldre än 55 år. Fråga 10 i enkäten bör omformuleras så att den inte blir ledande, exempelvis genom att fråga om patienten vet vad och hur han eller hon bör äta för att optimera sin läkningsprocess.

Med tanke på studiens storlek kan det vara svårt att dra säkra slutsatser om hur vuxna patienter, som genomgått ett ortopediskt ingrepp informeras av sjuksköterskan om nutritionens betydelse för läkningsprocessen. Däremot kan resultatet vara av stor vikt för de berörda klinikerna som medverkat i studien. Det kan även ge en visshet om att det verkar finnas en del brister gällande patientinformation om nutritionens betydelse för läkningsprocessen vid ortopediska ingrepp.

Ur etisk synvinkel är det positivt att patienterna fick vara anonyma i studien, men det resulterade möjligen i ett större bortfall. Det har visat sig att när det finns möjlighet till att påminna dem som ej besvarat enkäterna inkommer oftast närmare 20 % fler svar (Ejlertsson, 2003), vilket skulle kunna ha givit en svarsfrekvens på cirka 90 % istället för 72 % i denna studie. Anonymitet är däremot ett bra sätt att bevara integriteten på, då det är etiskt känsligt att lämna ut persondata om patienter. Om en svarsfrekvens på 72 % är hållbar kan dock diskuteras. Vid eventuella framtida studier av större storlek skulle det kunna övervägas att låta undersökaren ha möjlighet till att kunna nå de som medverkar i studien för påminnelse av inlämnandet av enkäten. Därmed skulle all insamlad data istället kunna behandlas konfidentiellt, vilket skulle minska risken för ett stort bortfall i studien.

Studien är relativt liten, då endast 39 enkäter lämnades ut, vilket resulterade i ett litet analysmaterial. Detta medförde svårigheter att analysera och undersöka samband med sannolikhet. Trots att signifikansnivån bör ligga på minst 95 % för ett trovärdigt resultat, valde författaren att redovisa en del material med en sannolikhet som låg något under gränsvärdet. Detta med hänsyn till att denna studie kan ses som en pilotstudie, där dessa resultat kan ge en viss indikation till fortsatt undersökning inom ämnet. Resultatet hade kanske sett annorlunda ut om åkommor som exempelvis höftledsoperationer hade inkluderats. Det är idag allmänt känt att det bland dessa patienter förekommer undernäring som är ett problem vid läkningsprocessen (Khalaf et al., 2009). Det kan ju faktiskt vara så att personalen fokuserar mer på att informera dessa patienter. Trots denna vetskap inkluderades inte dessa operationer av anledningen att författaren ville nå alla åldrar, vilket krävde åkommor som utfördes bland alla åldersgrupper.

Resultatdiskussion

Det visade sig att endast 9 av 28 (32 %) patienter fick information om nutritionens betydelse för läkningsprocessen. Enligt Khalaf, Berggren & Westergren (2009) prioriteras nutritionen lågt vid behandling av ortopediska åkommor, vilket även resultatet i denna studie tyder på. Detta är anmärkningsvärt eftersom ett adekvat kostintag både pre- och postoperativt leder till en minskad risk för komplikationer och ett snabbare tillfrisknande (Whitney & Heitkemper, 1999; Hessov, 2001). Anledningen till varför inte mer patientinformation gavs inom ämnet anser författaren kunna bero på en bristande kunskap hos personalen. Det krävs av sjuksköterskan att hon har tillräcklig kunskap om vad som är ett adekvat kostintag för att kunna undervisa patienten i ämnet. Det ligger alltid ett eget ansvar hos patienten gällande

dennes kostintag, men sjuksköterskan skall förmedla den kunskap patienten behöver för att kunna ta ett eget beslut om sin egenvård (Orem, 2001).

Av den patientinformation som gavs var det i de flesta fall endast muntligt, vilket inte behöver vara någon nackdel. I Van den Bornes (1998) artikel framkom det att endast muntlig information kunde vara mer effektiv än en kombinerad muntlig och skriftlig information. Detta verkar bero på att kommunikationen mellan personal och patient blir mindre effektiv av anledningen att vårdpersonalen förlitar sig på att den skriftliga informationen är tillräcklig. Vid muntlig kommunikation får patienten möjlighet till att göra sin röst hörd, ställa frågor och påverka sin egen egenvård i större mån än vid skriftlig patientinformation. Sjuksköterskan har till uppgift att förvissa sig om att patienten förstått den information hon givit (Socialstyrelsen, 2005). Det visade sig i resultatet att av dem som blev informerade om nutritionens betydelse för läkningsprocessen uppgav de flesta patienterna sig ha förstått den givna informationen.

Så som tidigare nämnts i studiens bakgrund har olika typer av ingrepp olika stressfaktorer som påverkar nutritionsbehovet. Författaren har valt att bedöma stressbehovet för ingreppen i denna studie som 1,2, vilket motsvarar stressfaktorn för en fraktur, av anledningen att ingreppen i studien inte var jättestora och medelvärde på stressfaktorn för kirurgiska ingrepp ligger på 1,25 (Barak et al., 2002; Hesson, 2001). Detta innebär att näringsbehovet för en normalnutrierad patient ökar med cirka 20 % vid operation hos det valda urvalet. Sedan finns det förstås omliggande faktorer som exempelvis undernäring, vilket kräver ett ännu högre energiintag. Det är viktigt att poängtera att även små brister i nutritionen kan leda till en försämrad och fördröjd läkning (Whitney & Heitkemper, 1999).

Ett adekvat nutritionsintag är viktigt oavsett kön, ålder och ingrepp. Sedan finns det förstås faktorer som utgör större risker för komplikationer såsom undernäring, där åldersfaktorn och storleken på ingreppet spelar in. I resultatet visade det sig att den äldre åldersgruppen blev informerad om nutritionens betydelse för läkningsprocessen i större utsträckning än den yngre, vilket författaren anser kunna bero på att äldre patienter oftare befinner sig i större riskzon för näringsbrist än de yngre (Ozkalkanli et al., 2009). Anmärkningsvärt är att patienterna som genomgick en knäledsoperation blev informerade om nutritionens betydelse för läkningsprocessen i nästan hälften av fallen, medan de patienter som genomgick ett kirurgiskt ingrepp i fotled eller rygg blev informerade i betydligt mindre utsträckning. Detta anser författaren kunna bero av att knäledsoperationer tillhör en av högriskgrupperna för malnutrierade patienter (Schwartz & Gudzin, 2000).

Betydligt fler kvinnor än män fick patientinformation inom ämnet, vilket är intressant då det inte verkar finnas någon skillnad mellan kvinnor och män vid beskrivning av nutritionsstatus (Thorsdottir et al., 2005). Författaren ifrågasätter vilka faktorer som egentligen medför att patientinformation om nutritionens betydelse för läkningsprocessen ges. Ges informationen beroende på typen av ingrepp, ålder eller kön? Eller samverkar dessa faktorer med varandra? I resultatet visade det sig det verkar finnas vissa samband, där både kön, ålder och typen av ingrepp spelar en betydande roll för om patienten blir informerad inom ämnet eller ej. Problemet är att det är svårt att urskilja faktorerna emellan i denna studie eftersom det var överhängande kvinnor som genomgick knäledsoperationer. Likaså utfördes elva av 15 knäledsoperationer bland de äldre åldrarna. Det behövs större studier, där sannolikheten kan beräknas, för att kunna skilja dessa faktorer emellan. Då detta är en studie med beskrivande statistik är det ändå intressant att det visade sig finnas vissa faktorer som verkar ha inverkan på om patientinformationen ges eller ej.

I denna studie önskade 19 av 28 (68 %) patienter mer information om nutritionens betydelse för läkningsprocessen vid det ortopediska ingreppet. I enkäten var denna fråga ledande, vilket måste tas hänsyn till. Författare har ändå valt att redovisa resultatet av enkätfrågan eftersom informationen ändå kan ge vissa antydningar till att patienterna inte upplever att de själva har tillräcklig kunskap inom ämnet, vilket kan ses som ett tecken på att det kan finnas ett behov av att mer patientinformation behöver ges på avdelningarna. Trots att det på den ena kliniken skall finnas någon typ av riktlinjer gällande patientinformation om nutrition, kunde inget samband mellan de båda klinikerna och patientinformation om nutritionens betydelse för läkningsprocessen urskiljas.

Resultatet visade att de flesta enkäterna besvarades inom 14 dagar efter genomförd operation. Detta innebär att huvuddelen av enkätsvaren var ifyllda relativt nära operationstillfället och vi kan anta att personerna verkligen kunde komma ihåg vad som hände i samband med operationen. Minnesfaktorn är av betydelse för resultatet eftersom det med tidens gång vanligen förekommer att den svarande glömmar bort händelser som inträffar (Ejlertsson, 2005).

SLUTSATS

Patientinformation om nutritionens betydelse för läkningsprocessen vid ortopediska ingrepp gavs i liten utsträckning av sjuksköterskan till vuxna patienter på klinikerna, vilket är anmärkningsvärt eftersom ett adekvat kostintag både pre- och postoperativt leder till en minskad risk för komplikationer och ett snabbare tillfrisknande (Whitney & Heitkemper, 1999; Hessov, 2001). På grund av studiens storlek är det svårt att dra säkra slutsatser, men studien indikerar att det finns vissa brister angående patientinformation om nutritionens betydelse för läkningsprocessen. Med denna pilotstudie vill författaren visa att det finns behov av ytterligare studier av större storlek för ett säkrare resultat.

REFERENSER

- Almås, H. (Red.). (2001). *Klinisk omvårdnad:1*. Stockholm: Liber.
- Andersson, R., Jeppsson, B., Lindholm, C., Rydholm, A., & Ulander, K. (Red.). (2004). *Kirurgiska Sjukdomar: patofysiologi, behandling, specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Barak, N., Wall-Alonso, E., & Sitrin, M.D. (2002). Evaluation of stress factors and body weight adjustments currently used to estimate energy expenditure in hospitalized patients. *Journal of parenteral and enteral nutrition*, 26(4), 231-238.
- Cobb, M.D. (1997). Improving your patient's nutritional status: learn which nutrients are vital to wound healing. *Nursing*, 27(6), 4-6.
- Ejlertsson, G. (2003). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Eljertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken: En handbok för enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Hessov, I. (2001). *Klinisk nutrition*. Stockholm: Liber.
- Jakobsson, U., & Westergren, A. (2005). Enkätmetodik: En svår konst. *Vård i Norden*, 25(3), 72-73.
- Jensen, J., Jensen, T., Smith, T., Johnston, D., & Dudrick, S. (1982). Nutrition in Orthopaedic Surgery. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 64(9), 1263-1672.
- Jeukendrup, A., & Gleeson, M. (2007). *Idrottsnutrition: för bättre prestation*. Stockholm: SISU idrottsböcker.
- Khalaf, A., Berggren, V., & Westergren, A. (2009). Caring for undernourished patients in an orthopaedic setting. *Nursing Ethics*, 16(1), 6-18.
- Livsmedelsverket. (2005). *Svenska näringsrekommendationer: Rekommendationer om näring och fysisk aktivitet*. Uppsala: Livsmedelsverket.
- Livsmedelsverket. (2007). *Tallriksmodellen*. Hämtad 9 maj, 2009, från Livsmedelsverket: http://www.slv.se/templates/SLV_Page.aspx?id=14669&epslanguage=SV.
- MacKay, D., & Miller, A. (2003). Nutritional Support for Wound Healing. *Alternative Medicine Review*, 8(4), 359-377.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. St. Louis: Mosby.

- Ozkalkanli, M.Y., Tuna Ozalkanli, D., Katircioglu, K., & Savaci, S. (2009). Comparison of Tools for Nutrition Assessment and Screening for Predicting the Development of Complications in Orthopedic Surgery. *Nutrition in Clinical Practice*, 24(2), 274-280.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott.
- Posthauer, M. (2006). Clinical Management. *Advances in skin & wound care*, 19, 43-52.
- Roza, A.M., & Shizgal, H.M. (1984). The Harris Benedict equation reevaluated: resting energy requirements and the body cell mass¹⁻³. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 40(1), 168-182.
- Schwartz, D.B., & Gudzin, D. (2000). Preadmission nutrition screening: Expanding hospital-based nutrition services by implanting earlier nutrition intervention. *Journal of the American Dietetic Association* 100(1), 81-87.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Söderkvist-Klang, B. (2001). *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur.
- Thorsdotter, I., Jonsson, P.V., Asgeirsdottir, A.E., Hjaltadottir, I., Njornsson, S., & Ramel, A. (2005). Fast and simple screening for nutritional status in hospitalized, elderly people. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 18, 53-60.
- Van den Borne, H.W. (1998). The patient from receiver of information to informed decision-maker. *Patient Education and Counselling*, 34, 89-102.
- Wahlgren, L. (2008). *SPSS: steg för steg*. Lund: Studentlitteratur.
- Winroth, J., & Rydqvist, L. (1993). *Idrott, Friskvård & Hälsa*. Stockholm: SISU.
- Whitney, J.D., & Heitkemper, M.M. (1999). Modifying perfusion, nutrition, and stress to promote wound healing in patients with acute wounds. *Heart & Lung*, 28(2), 123-133.

BILAGEFÖRETECKNING

Bilaga 1.

Enkät

Bilaga 2.

Patientbrev med förfrågan om deltagande i studien.

Bilaga 3.

Brev till verksamhetsförlagd chef med förfrågan om deltagande i studien.

Enkätundersökning om näring och information

Besvara enkäten genom att fylla i med kryss i ett av svarsalternativen. Fråga åtta är den enda fråga, där mer än ett svarsalternativ kan ges.

1) Vilket kön tillhör du?

Man

Kvinna

2) Vilken typ av operation har du genomgått?

Rygg

Fotled

Knäled

3) Hur gammal är du?

18-25 år

26-35 år

36-45 år

46-55 år

56-65 år

4) Hur lång tid har gått sedan operationen?

1-7 dagar

8-14 dagar

15-30 dagar

1-2 månader

Mer än två månader

5) Har du fått information om vikten av ditt näringsintag för din läkningsprocess från vårdpersonalen?

Nej

Ja, från sjuksköterskan

Ja, från annan vårdpersonal

Om du svarat nej på fråga 5 kan du gå direkt till fråga 10, i annat fall besvaras alla frågor.

6) Hur gavs informationen om vikten av ditt näringsintag för din läkningsprocess?

Muntligt

Skriftligt

Skriftligt och muntligt

7) Gavs informationen om vikten av ditt näringsintag för din läkningsprocess, vid ett eller flera tillfällen?

Vid ett tillfälle

Vid två tillfällen

Vid fler än två tillfällen

8) När gavs informationen om vikten av ditt näringsintag för din läkningsprocess? Om den gavs vid fler än ett tillfälle är det tillåtet att kryssa i mer än ett svarsalternativ.

Före operationen innan inläggning på vårdavdelning

Före operationen på vårdavdelningen

Efter operationen på vårdavdelningen

Efter operationen vid utskrivningstillfället

9) Anser du dig ha förstått vad du bör och inte bör äta för läkning av ditt operativa ingrepp?

Ja

Nej

10) Önskar du mer information från vårdpersonalen om vad och hur du bör äta för att optimera din läkningsprocess?

Ja

Nej, den var tillräcklig

Nej, jag hade redan tillräckliga kunskaper inom ämnet sedan tidigare

2009-02-05

Till Dig som har varit inlagd på ortopediavdelning för operation av knäled, fotled eller rygg

Med detta brev vänder jag mig till dig som nyss genomgått en ortopedisk operation. Vill Du delta i en undersökning som har som syfte att undersöka om Du som patient informeras av sjuksköterskan på ortopedavdelningen, om näringsintagets betydelse för läkningsprocessen vid ortopediska ingrepp i knäled, fotled eller rygg.

Mitt namn är Katarina Månsson och jag studerar till sjuksköterska vid Blekinge Tekniska Högskola i Karlskrona. Denna undersökning är en del av mitt examensarbete som ingår i min utbildning.

Jag är mycket tacksam om Du skulle vilja avsätta några få minuter åt att besvara denna enkät. Din medverkan är frivillig. Du kommer att få besvara 10st frågor som berör ditt näringsintag och den information om näringens betydelse som du fått från vårdpersonalen. Frågorna har redan färdiga svarsalternativ, där du fyller i med kryss i det eller de svarsalternativ som stämmer överens med dig. Enkäten sänder Du sedan till mig via post i det redan frankerade svarskuvertet som medföljer enkäten.

All insamlad data kommer att behandlas konfidentiellt och kommer att bearbetas statistiskt i ett dataprogram. Detta innebär att Din medverkan är anonym och det går således inte att utläsa vem som har svarat vad på frågorna.

Tack för att Du tar dig tid att medverka i min studie!

Med vänlig hälsning
Katarina Månsson
Sjuksköterskeprogrammet, BTH
Kamg06@student.bth.se
Tfn: 0768-66 62 66

Handledare:
Göran Holst
Universitetslektor
goran.holst@bth.se
Tfn: 0455-38 54 73

Till verksamhetschefen på ortopedkliniken vid Blekingesjukhuset

Mitt namn är Katarina Månsson, sjuksköterskestuderande vid Blekinge Tekniska Högskola i Karlskrona och jag skall i min utbildning utföra ett examensarbete på kandidatnivå. Jag planerar att göra en studie med syfte att undersöka hur patienter i åldrarna 18-55 år, som genomgått ett ortopediskt ingrepp i knä-, fot- eller handled informeras av sjuksköterskan om nutritionens betydelse för läkningsprocessen. Studien kommer att ingå i mitt examensarbete och ska ses som en pilotstudie inför eventuella fortsatta studier på magisternivå.

Klinikerna i Karlshamn och Karlskrona tillsammans med en annan i Södra Sverige har valts ut att medverka i studien. Jag vore därför mycket tacksam för Ert medgivande till att delta i min studie (pilotstudie). All data kommer att behandlas konfidentiellt och klinikerna kommer inte att nämnas vid namn för bevarandet av er integritet.

Urvalskriterierna för studien är att patienterna skall befinna sig i åldrarna 18-55 och de skall vara ineliggande patienter som vårdas på er avdelning p.g.a. kirurgi i knäled, fotled eller handled. Om ni väljer att medverka i min studie kommer jag att sända 40st enkäter, varav 20st per klinik, tillsammans med färdigfrankerade kuvert till er, där jag har önskemål om att utskrivande läkare lämnar ut enkät med kuvert till berörande patienter vid utskrivningstillfället. Alla patienter kommer därmed att vara anonyma. Enkätundersökningen kommer att utföras under 10 veckors tid från och med den 2/2-09 till den och med 12/4-09. Jag bifogar missiv, enkät och projektplan.

Jag behöver ett godkännande från Er för att kunna gå vidare med mitt examensarbete, som bland annat innefattar en ansökan om etiskt anstånd. Jag är därför tacksam om Ni vill svara mig så snart som möjligt för att kunna hinna med mitt examensarbete i tid.

M.V.H.
Katarina Månsson
Sjuksköterskeprogrammet, BTH
Kamg06@student.bth.se
Tfn: 0768-66 62 66

Handledare:
Thomas Eggers
thomas.eggers@bth.se
Tfn: 0455-38 54 19

Helen Persson
Helen.persson@bth.se
Tfn: 0455-38 54 31