

## **När det inte blev som planerat**

Patienters delaktighet i det infektionsförebyggande arbetet och i upptäckten av tidig postoperativ infektion vid höft- eller knäprotesoperation

## **When it didn't go as planned**

Patients participation in infection prevention and in detecting a surgical site infection after hip or knee replacement

Författare: Anna Lena Brantberg

Handledare:

Examinator:

## SAMMANFATTNING

Höft- och knäprotesoperationer är idag en vanlig operation vid artros i höft- och knäled. Trots minutiösa infektionsförebyggande förberedelser inför operationen drabbas ändå en del patienter av postoperativa infektioner. Vid ortopedisk proteskirurgi är postoperativa infektioner ett direkt hot mot den nya inopererade leden och kan leda till långa behandlingstider som påverkar patientens livskvalitet under lång tid.

Syftet med studien var att utforska patienters möjlighet till delaktighet i tidig upptäckt av postoperativ infektion utifrån given information vid operation för höft- eller knäprotes.

Semi-strukturerade intervjuer genomfördes med tio patienter med diagnostiserad postoperativ infektion efter höft- eller knäprotesoperation. Transkriberade intervjuer analyserades med innehållsanalys. Journaler granskades för att beskriva patientens tidigare sjukdomar.

Resultatet visade att första tecknen på infektion kan beskrivas med temat: *Vad är normalt och vad är inte normalt*. Två kategorier beskriver patienternas *Möjlighet till delaktighet* och *Hinder till delaktighet* i det infektionsförebyggande arbete före, under och efter operation. Det handlade om hur patienten hade *förstått* eller *inte förstått given information*, vilket kategoriserades som subkategorier.

Personcentrerad vård kan vara ett redskap för att stärka patienternas förutsättningar till delaktighet och ökar möjligheterna för att förhindra att vårdskador så som postoperativa infektioner uppstår.

Keywords: Patient involvement, patient participation, person centered care, prosthetic joint infection, surgical site infections

## **ABSTRACT**

Surgery with prosthetic joint replacement of the hip and knee in patients with osteoarthritis is a common procedure. Despite meticulous preparation prior to surgery, surgical site infections develop in some patients. A surgical site infection is a direct threat to the new implanted joint and can lead to long treatments that affect quality of life over time.

The aim of this study was to explore patients' participation in early detection of a surgical site infection based on the information given in conjunction to surgery for hip and knee replacement.

Semi structured interviews were conducted with ten patients diagnosed with surgical site infection after hip or knee replacement surgery. Transcribed interviews were analyzed using content analysis. Medical records were reviewed to describe the patients' comorbidity.

The result showed that the first signs of infection can be described with the theme; *What is normal and what is not normal?* Two categories describe patients' *Possibility of participation* and *Barriers to participation* in infection prevention before and after surgery. It was all about *How the patient had understood or not understood the given information* which was categorized as subcategories.

Person-centered care can be a tool that enables patients' possibilities to participate in their care and increases the possibilities to prevent adverse events such as surgical site infections.

**Keywords:** Patient involvement, patient participation, person centered care, prosthetic joint infection, surgical site infections

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

## SAMMANFATTNING

ABSTRACT .....	
INLEDNING .....	1
BAKGRUND .....	2
PROBLEMFÖRMULERING .....	7
SYFTE.....	8
METOD.....	8
Design.....	8
Urval.....	8
Datainsamlingsmetod .....	9
Dataanalys .....	10
Etiska aspekter.....	12
RESULTAT .....	13
DISKUSSION .....	28
Metoddiskussion.....	28
Resultatdiskussion.....	31
Slutsats .....	36
Klinisk betydelse .....	37
Förslag på vidare forskning.....	37
REFERENSER.....	38
BILAGOR.....	44

## INLEDNING

Protesrelaterade postoperativa infektioner är ett aktuellt ämne och de senaste åren har en oroande trend visat att de ökat i antal. Konsekvenserna för patienterna som drabbas är stora vilket media tog upp i en artikel som handlade om den ökande infektionsrisken efter knäprotesoperationer (Sjögren, 2010). I artikeln lyfts fram att omkring 125-250 personer i Sverige årligen drabbas av infektion i knäleden efter protesoperation. En nordisk registerstudie har också visat på en oroande ökning av antalet infektioner efter höftprotesoperationer (Dale et al., 2012). Organisatoriska förändringar för att optimera planering, vårdtid och rehabilitering ses som tänkbara lösningar för att påverka den ökande infektionsfrekvensen (Jämsen et al., 2010). Anna Stefánsdóttir menar att två nyckelfaktorer är, en oklanderlig operationsmiljö och att ha kontroll på såret postoperativt. Hon skulle gärna vilja ha en gräddfil för de opererade patienterna tillbaka till ortopederna utan att passera primärvården. Hon menar att operationen inte är färdig förrän såret är läkt (Sjögren, 2010).

## **BAKGRUND**

### **Höft och knäoperationer**

Höft- och knäprotesoperationer är idag en vanlig operation vid artros i höft- och knäled. Antalet operationer har stadigt ökad sedan metoderna infördes i början av 70-talet och vi kan se en kraftig ökning av antalet operationer sedan 80-talet (Svenska höftprotesregistret; Svenska knäprotesregistret). Metoderna anses vara säkra samt effektiva för att öka livskvaliteten och återställa patientens funktioner vid artros i höft- och knäled. Trots minutiösa förberedelser inför operationen drabbas i Sverige ca 0,9 – 1,5 % procent av patienterna av postoperativa infektioner efter höft- och knäproteskirurgi (ibid).

När operationstekniken introducerades i de nordiska länderna på 70-talet var det en högspecialiserad kirurgi med mycket strikta antiseptiska hygienkrav. Patienterna lades in på så kallade rena avdelningar och alltid på enkelrum. Idag är höft- och knäproteskirurgi mycket vanligt inom ortopedin och utförs av läkare med olika grad av erfarenhet (Stefánsdóttir, Robertsson, W-Dahl, Kiernan, Gustafson & Lidgren, 2009). Patienterna vårdas också på avdelningar med blandad akut och elektiv ortopedisk kirurgi. Det akuta patientflödet är svårstyrkt och påverkar beläggningsgraden vilket är ett oroande faktum då vårdrelaterade infektioner visat sig öka vid en beläggningsgrad över 90 procent (ibid).

Vårdtiderna tenderar att minska och de postoperativa infektionerna upptäcks därför även efter patientens hemgång av patienten själv eller av primärvården. Patientens delaktighet är en förutsättning för att tidigt upptäcka en eventuell postoperativ infektion. En tidig upptäckt är avgörande för att kunna minska konsekvenserna av infektionen. Sent upptäckta postoperativa infektioner kan leda till katastrofala följder för patienter som genomgått protesoperationer och medföra ett långt utdraget lidande samt skenande sjukvårdskostnader (Matthews, Berendt, McNally & Byren, 2009).

### **Postoperativa infektioner definitioner**

I denna studie används begreppet postoperativ infektion. Alla postoperativa infektioner anses som undvikbara vårdskador och är ersättningsgrundande vid anmälan till Patientförsäkringen vid Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag LÖF. Nedan följer beskrivningar av begrepp som används i studien. Ytliga postoperativa infektioner är tydligt kopplade till

infektionstecken från såret medan de djupa postoperativa infektionerna kan manifesteras sig utan att såret visar tecken på infektion.

*Vårdrelaterade infektioner* definieras som ” infektion som uppkommer hos person under slutet vård eller till följd av åtgärd i form av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg, eller som personal som arbetar inom vård och omsorg ådrar sig till följd av sin yrkesutövning” (Socialstyrelsen, Termbanken)

*Postoperativa infektioner* definieras som ytlig eller djup infektion i operationsområdet med debut < 30 dagar efter kirurgi utan implantat eller < 1 år efter kirurgi med implantat.

*Ytlig postoperativ infektion i hud och subcutan vävnad* definieras om minst ett kriterium av följande kriterier diagnostiseras:

1. Synligt var
2. Mikroorganismer isolerade från aseptiskt tagna sårodlingar
3. Ytligt snitt som avsiktligt öppnats av kirurg samt minst ett kriterium av följande: lokal rodnad, smärta, svullnad eller värmeökning

*Djup postoperativ infektion (1) i fascia och muskulatur* definieras om minst ett kriterium av följande kriterier diagnostiseras:

1. Varig sekretion från djupet
2. En djup incision som öppnas spontant eller avsiktligt av kirurg och minst ett kriterium av följande: feber > 38 grader eller lokal smärta eller ömhet
3. En abscess eller andra tecken till infektion hittas i den djupa incisionen vid reoperation eller vid histopatologisk- eller röntgenundersökning

*Djup postoperativ infektion(2) i organ, hålrum eller skelett* definieras om infektionen verkar stå i förbindelse med operationen samt om minst ett kriterium av följande kriterier diagnostiseras:

1. Varig sekretion från dränage in i organ eller hålrum
2. Mikroorganismer isolerade från vätska eller vävnad tagen från organ eller hålrum
3. En abscess eller andra tecken till infektion i organet/hålrummet som hittats vid reoperation eller genom histopatologisk- eller röntgenundersökning. ( Horan, Andrus & Dudeck, 2008) .

## **Postoperativa infektioner**

Postoperativa infektioner utgör alltid en risk efter kirurgi med omfattande konsekvenser för patienten i form av förlängd rehabilitering och lidande. Det är välkänt att postoperativa infektioner även leder till ökad mortalitet, ökat antal återinläggningar, förlängda vårdtider samt ökande kostnader (de Lissovoy et al., 2009).

Incidensen av postoperativa infektioner uppgår till ca 2 procent av alla kirurgiska ingrepp och står för 20 procent av alla vårdrelaterade infektioner. Den postoperativa infektionsfrekvensen är svårtolkad då tillförlitliga system för uppföljning oftast saknas. Allmänt anses det föreligga en underrapportering vilket innebär att infektionsfrekvensen troligtvis är betydligt högre (ibid).

Med vårdtider som tenderar att bli kortare och kortare är det viktigt att patienten är välinformerad och vet vart hon ska vända sig med frågor efter hemgången. Postoperativa infektioner kan upptäckas inte bara av patienten själv utan också i öppenvård och inom olika discipliner i slutenvården. Bristande system för informationsöverföring mellan vårdens övergångar kan vara en risk för att patienter inte kommer till adekvat vård i rimlig tid. (Taylor et al., 2003). Telefonuppföljning är ett framgångsrikt sätt att brygga över vårdens övergångar och följa upp frekvensen av postoperativa sårinfektioner vilket framgår i en studie från Skottland där den postoperativa infektionsfrekvensen uppmättes till 5,3 procent (2665 patienter). Patienterna följdes upp med telefonintervjuer och kompletterade besök i sjukvården för att konfirmera en eventuell postoperativinfektion (ibid).

## **Postoperativa infektioner vid proteskirurgi**

Efter elektiv kirurgi och så kallad ren kirurgi, såsom för höft- och knäproteskirurgi, där möjlighet finns att optimalt förbereda patienten inför kirurgin är infektionsfrekvensen lägre. I en engelsk studie varierar infektionsfrekvensen mellan 0,6-2,0 procent per år med den något lägre incidensen för höftproteskirurgi (Matthews et al., 2009). I Sverige är motsvarande infektionsfrekvensen ca 0,9 -1,5 % (Svenska höftprotesregistret; Svenska knäprotesregistret). I en nordisk registerstudie för höftproteskirurgi redovisas en oroande ökning av infektionsfrekvensen från 1,1 % 2002-2004 till 1,6 % 2005-2009 (Dale et al., 2012).

Vid ortopedisk proteskirurgi är postoperativa infektioner ett direkt hot mot den inopererade konstgjorda leden. Konsekvenserna kan bli katastrofala med djupa infektioner med smärta



och rörelseinskränkning som leder till upprepade reoperationer. Därtill kommer långa behandlingstider med antibiotika som kan ge besvärande biverkningar vilket också påverkar patientens livskvalitet (Pulido, Ghanem, Joshi, Purtill, & Parvizi, 2008).

### **Insatser för att förhindra postoperativa infektioner**

Sveriges kommuner och landsting startade 2008 en satsning för att minska antalet vårdrelaterade infektioner där de postoperativa infektionerna är den tredje största orsaken till vårdrelaterad infektion efter urinvägsinfektioner och lunginflammationer (Socialstyrelsen 2006). Samma år, 2008, initierade Sveriges ortopediska förening (SOF) i samarbete med Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) ett tvärprofessionellt projekt kallat Protesrelaterade infektioner ska stoppas, PRISS. Ett självvärderingsformulär med elva frågor togs fram för att riskbedöma ortopedklinikerna i Sverige ur ett infektionsperspektiv. Frågorna fokuserade på hur säker organisationen är för att till exempel göra rätt urval samt optimera patienten inför operationen. Frågorna berör även hur delaktig och välinformerad patienten blir under hela vårdtiden samt under den första tiden i hemmet så att varningssignaler och komplikationer kan upptäckas i tid. Målet är att halvera antalet protesrelaterade infektioner (Agerberg, 2009). En slutrapport publicerades 2014 där rekommendationer ges för hela den perioperativa processen (PRISS protesrelaterade infektioner ska stoppas, 2014). Ett liknade internationellt projekt initierades 2013. Fyrahundra experter från 51 länder kommenterade och sammanfattade 3 500 publikationer. Därefter hölls ett möte där delegaterna röstade fram konsensus beslut på 207 ståndpunkter kring protesinfektioner (Lazarinis, Lidgren, Stefansdottir & Dahl, 2013).

### **Personcentrerad vård**

I Inger Ekman et al. (2011) forskning kring delaktighet och personcentrerad vård vilar personcentrerad vård på tre fundament.

1. Att ingå partnerskap med patienten och utgå från patientens berättelse
2. Delat beslutfattande utifrån patientens och vårdgivarens kunskap
3. Dokumentation av den överenskomna vården och patientens förväntningar

Enligt Ekman et al. (2011) tror sig många utföra personcentrerad vård men med förbehållet att det inte alltid går när belastningen är hög. Personcentrerad vård kan inte bara bedrivas då vården anser sig ha tid (ibid). I en review artikel om personcentrerad vård konkluderas att personcentrerad vård är en nyckelfaktor för att öka patienters inflytande och att minska sjukvårdskostnaderna (Robinson, Callister, Berry & Dearing, 2008). Även Olsson, Hansson, Ekman & Karlsson (2009) har visat i en studie med patienter som drabbats av höftfraktur att introduktion av personcentrerad vård ökade patientens möjlighet till delaktighet och reducerade vårdtiderna. I studien minskade också kostnaderna för vården med mer än 40 %.

### **Patientens delaktighet och information**

Att tillgodose patientens behov av information och utbildning är en förutsättning för att patienten ska kunna vara delaktig och aktiv för att ta ansvar för sin egenvård. Doretea Orem (2001) är en omvårdnadsteoretiker som poängterat vikten av patientens delaktighet. Hon beskriver delaktighet som patientens engagemang i sina egenvårdsbehov vilket förutsätter kunskap och intresse samt en dialog mellan patient och sjuksköterska. Det som kännetecknar delaktighet är ett ömsesidigt kunskapsutbyte där både patient och sjuksköterska bidrar med kunskap och erfarenheter (ibid). För att information ska vara till nytta och övergå i kunskap, behöver den anpassas till personens behov och förmågor. Om en dialog med patienten får vara utgångspunkten ökar förutsättningarna för en personanpassad informationsöverföring och patientens egna kunskaper och motivation kan frigöras (Sahlsten, Larsson, Sjöström & Plos, 2008). När patienterna själva beskriver delaktighet handlar det om en ömsesidig respekt för varandras kunnande och en ömsesidig dialog mellan sjukvårdspersonal och patient (Eldh, Ekman, & Ehnfors, 2008). Enligt Kyngäs (2003) som studerat tonåringar med kroniska sjukdomar kan ett problem med patientinformation vara att den sällan är personanpassad.

Society for Medical Decision Making publicerade 2010 (Sepucha et al., 2010) en rapport där det framkommer att det finns en diskrepans mellan hur informerad patienten känner sig och hur informerad patienten verkligen är. I en grupp med patienter som skulle genomgå höft- eller knäkirurgi kände sig 43,5 procent mycket välinformerade och 42,9 procent klarade mer än 50 procent rätt i ett kunskapstest. Patienter med lägre skolutbildning tenderar att känna sig mer välinformerade liksom patienter som har förtroende för primärvården och sin distriktsläkare. I rapporten konkluderas att det inte räcker med att fråga patienterna om de

känner sig välinformerade utan mer specifika frågor behövs som till exempel är du medveten om riskerna med operationen? En likande studie har gjorts med ortopediska traumapatienter som visade att endast 47 % visste vilket ben som var brutet och så lite som 18,5% av patienterna kände till den beräknade läkningstiden (Kadakia et al., 2013). I studien konkluderades att patienter med lägre utbildning hade svårare att ta till sig information än de med högre utbildning och att mer fokus måste läggas inom den ortopediska specialiteten på att kommunicera med patienterna (ibid).

I en rapport från Vårdanalys 2013 om patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård konstateras att svensk sjukvård ofta brister i att hålla patienterna välinformerade. Vårdanalys ger rekommendationer inom sex förbättringsområden där delaktigheten är ett område vilket konstateras vara en förutsättning för att göra patienten till en medaktör i sin egen vård (Docteur & Coulter, 2012).

### **Patientens uttryck för tidiga tecken på postoperativa infektioner**

Santy-Tomlinsson, Vincent, Glossop, Jomeen och Pearcey (2011), har studerat patienter med extern fixering av frakturer och funnit att patienterna uttrycker olika symtom beroende på graden av irritation eller infektion runt pinnarna vilket kan vara till hjälp vid differential diagnostisering.

Även Erichsen-Andersson, Bergh, Karlsson och Nilsson (2010) har intervjuat patienter med djupa infektioner och har kunnat visa att patientens berättelse och upplevelse av symtomen är ett värdefullt komplement till andra diagnostiska verktyg. Det är dock inte klart hur patienten ges förutsättningar för att vara delaktig i upptäckten av en postoperativ infektion efter höft- eller knäproteskirurgi.

## **PROBLEMFORMULERING**

Det lidande som patienten orsakas på grund av en postoperativ infektion efter höft- och knäproteskirurgi är ofta långt utdraget och påverkar patientens livskvalitet under lång tid.

Tidig upptäckt av postoperativa infektioner är avgörande för att undvika katastrofala konsekvenser för patienten. Flertalet studier visar att en djup postoperativ infektion efter höft- eller knäproteskirurgi är kostnadskrävande men framför allt orsakar den patienten stort och långvarigt lidande. Ur vårdgivarens perspektiv informeras patienten om varningssignaler och komplikationer men hur tas informationen emot? En orsak kan vara att information sällan är personanpassad.

Litteraturgenomgången visar att få studier är gjorda med patienter som genomgått höft- eller knäprotesoperation med utgångspunkt i patientens delaktighet för att tidigt upptäcka infektioner samt hur patientinformationen har tagits emot om varningssignaler för postoperativ infektion.

## **SYFTE**

Syfte med studien är att utforska patienters upplevelse och möjlighet till delaktighet av tidig upptäckt av postoperativ infektion utifrån given information vid operation för höft- eller knäprotes

## **METOD**

### **Definitioner**

#### **Design**

Detta är en kvalitativ intervjustudie med semistrukturerade intervjuer där data har analyserats med innehållsanalys. Syftet har styrts valet av datainsamlingsmetod vilket innebär att personer med erfarenhet av ett fenomen har blivit intervjuade (Polit & Beck, 2008). Ansatsen är induktiv vilket innebär en förutsättningslös analys av patienternas berättelser (Graneheim & Lundman, 2004). Dessutom ingår data som har analyserats med deskriptiv statistik så som ålder på deltagarna (median) och tidpunkt för infektionsdebut (range).

#### **Urval**

Inklusionskriterier för deltagande i studien var patienter med tidig postoperativ infektion efter elektiv höft- eller knäprotesoperation. Patienter med ytliga postoperativa infektioner inkluderades inte, utan endast djupa postoperativa infektioner som krävde kirurgisk åtgärd. De intervjuades upplevelse av tidiga tecken på postoperativ infektion innefattar dock både ytlig

och djup infektion. Patienter med primäroperation från sex olika sjukhus inkluderades konsekutivt från juni 2012 till dec 2013. I den initiala projektplanen skulle debut av infektionen vara inom tre månader från operationsdatumet och intervjutillfället skulle ske senast fyra månader efter operationen. Tillräckliga språkkunskaper i svenska för att svara på intervjufrågorna var ett krav. Urvalet av tio patienter var planerat till ett större undervisningssjukhus i Stockholm men då infektionsfrekvensen var låg drog datainsamlingen ut på tiden. Inklusionskriterierna ändrades därför januari 2013 så att patienter med infektion inom nio månader från operationsdatumet kunde inkluderas. Trots det var det svårt att finna patienter som uppfyllde inklusionskriterierna från endast ett sjukhus. I maj 2013 gick därför förfrågan ut till ansvariga för höft- och knäproteskirurgin vid ett universitetssjukhus, två elektiva enheter vid regionala sjukhus och ett privat sjukhus om de kunde tänka sig att medverka med patienter till studien. Medverkande godkändes av ansvariga läkare för höft- och knäproteskirurgin vid samtliga tillfrågade sjukhus som också förmedlade kontakt till patienterna.

## **Datainsamling**

Materialet har samlats in som semistrukturerade intervjuer vilka spelades in med bandspelare. En intervjuguide har använts (Bilaga 1). Eftersom intervjuerna var semistrukturerade har följdfrågor ställts och ordningsföljden på frågorna har ibland anpassats efter intervjusituationen (Kvale & Brinkmann, 2009).

Intervjuerna har ägt rum på sjukhuset i ett avskilt rum eller i patientens hem och utfördes av författaren. Intervjuernas längd varierande mellan 7 till 47 minuter. Intervjuerna inleddes med en öppen fråga ”Berätta vad det var som gjorde att du misstänkte att något inte stod rätt till med ditt knä (alternativt din höft) efter operationen?” En provintervju gjordes för att utvärdera intervjuguiden och stärka validiteten, så att intervjuguiden svarade upp mot syftet med studien. Efter utvärderingen gjordes endast några justeringar i formuleringen av enstaka frågor vilket ledde till att provintervjun inkluderades i studien (Polit & Beck, 2008).

Bandspelaren med de inspelade intervjuerna förvarades i ett låst skåp innan de lades över på ljudfiler för transkribering. Bandinspelningarna har raderats och endast ljudfilerna finns kvar vilka också kommer att raderas när studien är godkänd. Endast de avidentifierade transkriberade intervjuerna kommer då att finnas kvar.

Journalgranskning av demografisk- och klinisk data på inkluderade patienterna med knä- och höftprotes har gjorts enligt mall (Bilaga 2).

## **Dataanalys**

Materialet har analyserats med innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman (2004). De bandade intervjuerna har skrivits ut ordagrant. Författaren har transkriberat fyra av intervjuerna och sex av intervjuerna har transkriberats av sekreterare. Texten har kontrollerats av författaren mot ljudinspelningarna för att korrigera eventuella skrivfel. Banden har lyssnats till flertalet gånger liksom även texterna som har lästs upprepade gånger för att få en fördjupad känsla och förståelse för texten i sin helhet (Polit & Beck, 2008).

Därefter har texten delats in i meningsenheter utifrån syftet med studien (Tabell 1).

Meningsenheterna kan vara specifika ord eller meningar som återkommer i texterna eller sådant som var av speciell betydelse. Meningsenheterna har kondenserats, vilket innebär att textmassan har kortats ned men att innebörden i texten har bevarats. Detta arbete skedde med försiktighet så att inget väsentligt tagits bort under kondenseringsprocessen. Därefter startade det kodningsarbetet som beskriver innehållet i meningsenheterna. Det fortsatta analysarbetet fokuserade på att selektera subkategorier som utgick från de moment i vårdprocessen där patienterna försågs med information och hur vårdens organisation stödjer informationsöverföring.

*Möjlighet till delaktighet och hinder till delaktighet*, var de två kategorier med vardera fem subkategorier som framkom i analysarbetet. Subkategorierna beskrivs utifrån stegen i vårdprocessen, där patienten får information som är relaterad till risker med operationen, det infektionsförebyggande arbetet och tecken på infektion. Hur vårdens organisation stödjer eller inte stödjer informationsöverföring utgör också en subkategori till vardera kategori.

Kategoriseringen ledde fram till ett tema *Normalt eller inte -upplevelser av tidiga tecken på infektion*. Teman binder samman det underliggande budskapet från kategoriseringen enligt Graneheim & Lundman, (2004).

Analysarbete sammanställdes i en Excelfil där varje subkategori fick ett eget blad med tillhörande meningsenheter, kondenserade meningsenheter och koder, således tio blad som sedan sorterades i vardera två kategorier. I studiens resultatredovisning redovisas de två kategorierna med vardera fem subkategorier som följer patienternas vårdflöde under den

perioperativa processen samt temat *Normalt eller inte -upplevelser av tidiga tecken på infektion*.

Tabell 1. Exempel på analysarbete utifrån Graneheim och Lundman (2004)

<b>Meningsenhet</b>	<b>Kondenserad meningsenhet</b>	<b>Kod</b>	<b>Subkategori</b>	<b>Kategori</b>	<b>Tema</b>
...hemma så då märkte jag att febern var 38 och så där ...det är lugnt för det står ju på lappen att 38 inte är så farligt men så stack febern iväg ganska fort vill jag påstå och då valde vi att ringa till ortopedavdelningen som hänvisade oss till akuten. Så då åkte vi in.	...feber som ökade snabbt till mer än 38 grader vilket var mer än vad som var OK enligt skriftlig informationen. Ringde till ortopedavdelningen som hänvisade oss till akuten.	Iakttagit feber som infektionstecken	Fått och förstått information om infektionstecken	Möjlighet till delaktighet	Normalt eller inte... upplevelser av tidiga tecken på infektion
Jag misstänkte väl att jag hade lite feber, men ... äh, jag tänkte väl skitsamma. Men det är svårt att känna skillnad om du har trettioåtta grader eller fyrtio grader. Tydligt när jag får feber så blir det typ fyrtio grader.	Misstänkte feber men brydde sig inte. Svårt att känna skillnad på trettioåtta eller fyrtio grader....	Inte iakttagit feber som infektionstecken	Inte fått eller förstått information om infektionstecken	Hinder till delaktighet	

## **Etiska aspekter**

Verksamhetscheferna eller ansvariga för den elektiva höft- eller knäproteskirurgin vid de tillfrågade enheterna gav sitt skriftliga godkännande till studien (Bilaga 3). Intervjupersonerna informerades både skriftligen via brev och muntligen om studiens syfte samt tillfrågades om sitt informerade samtycke och frivilliga deltagande (Bilaga 4). Samtycke till journalgranskning gavs av de intervjuade. Även verksamhetscheferna eller ansvariga läkare på de olika sjukhusen har gett sitt medgivande till journalgranskning. Etiska rekommendationer enligt WMA Declaration of Helsinki (2013) har tillämpas såsom integritetsskydd, frivillighet och konfidentialitet. Deltagande i studien kunde när som helst avbrytas utan att orsak behövdes anges. Intervjumaterialet bandades och avidentifierades samt transkriberades i sin helhet. Banden har behandlats konfidentiellt och under studiens gång har banden förvarats i ett låst skåp. Efter att ljudbanden hade överförts till ljudfiler har banden raderats. Efter att studien är godkänd kommer även ljudfilerna att förstöras. Etikansökan har gjorts och Regionala Etikprövningsnämnden i Stockholm har givet ett rådgivande yttrande då studien genomförs inom ramen för en högskoleutbildning. Nämnden ansåg att det inte fanns några hinder för studien. Ansökan har fått ett diarienummer 2012/989-31/3.



## RESULTAT

### Bakgrund om intervjupersonerna

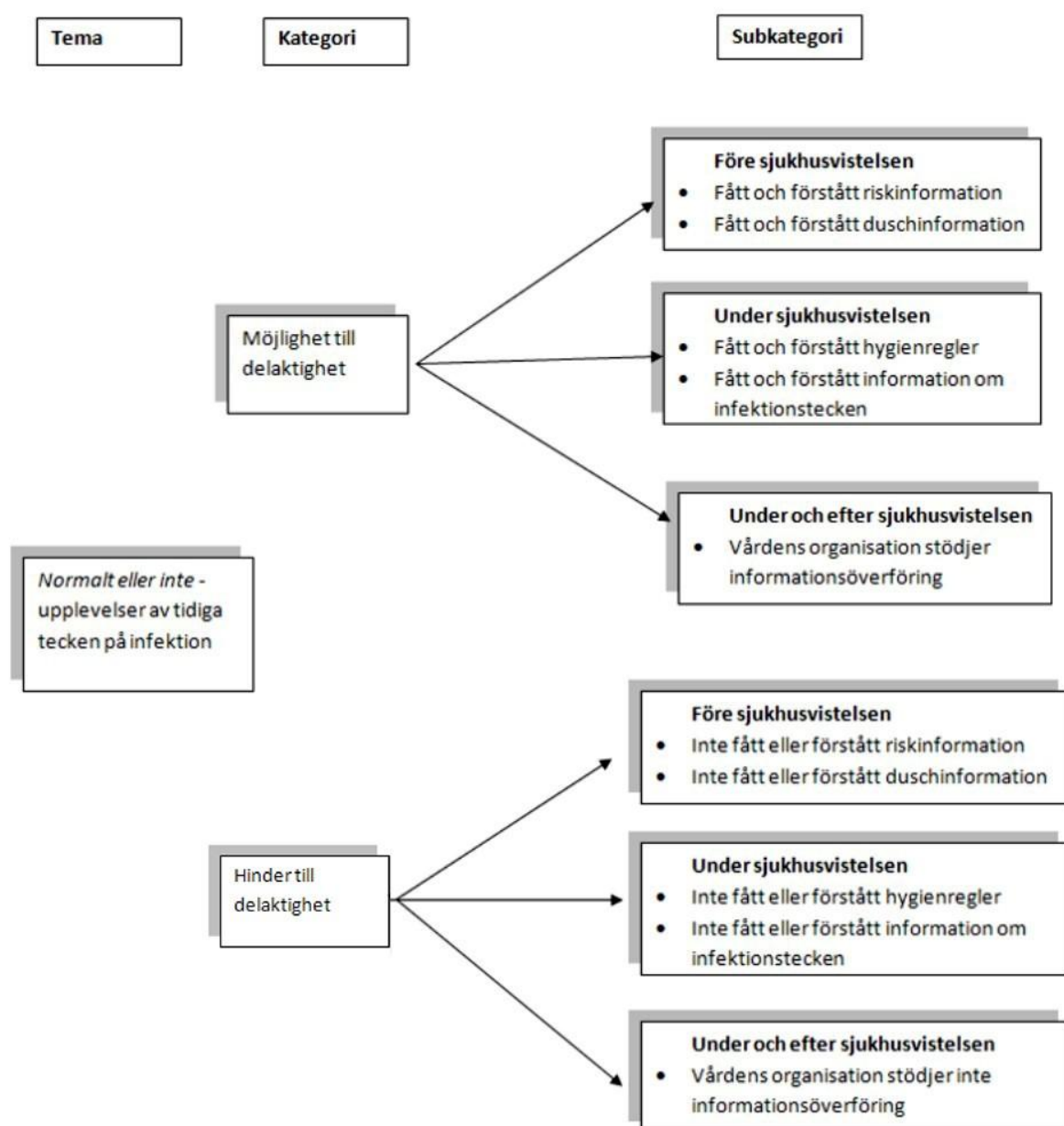
Under studieperioden (juni 2012- dec 2013) inkluderades tio personer med postoperativ infektion efter höft- eller knäplastik, varav två kvinnor och åtta män. De hade varierande utbildningsnivå. En man hade finska som modersmål och förstod och talade svenska men var fåordig i sina uttryck. Sex personer var ensamboende och fyra var sammanboende (Tabell 2). Medianålder var 76,5 år (intervall 53-85 år).

Journalgranskningen (Bilaga 2) visade att bland de tio intervjuade hade sex personer klassificerats som friska till lindrigt sjuka, det vill säga de två första nivåerna av ASA klassificering (1-2) och fyra personer hade svårare sjuklighet (ASA 3). Ingen hade de högre klasserna (4-5). Komorbiditet fanns hos åtta av personerna för andra sjukdomar som enligt Jämsen et al. (2009) skulle kunna öka risken för infektion så som, diabetes, övervikt, psoriasis, thalaso minor (ökad risk för behov av blodtransfusion) och etylproblem. Även medicinering med läkemedel som kan öka risken för infektion såsom Waranbehandling (ökad risk för behov av blodtransfusion) och medicinering med bromsmediciner för cancer förekom i urvalet (ibid) (Tabell 2).

Tabell 2. Demografisk och klinisk data över komorbiditet och riskfaktorer hos patienter med höft- och knäplastik.

Nr	Ålder	Kön	Utbildningsnivå	Språk-svårigheter	Ensamboende	Rökare	Komorbiditet/ ASA klass	Höft eller knäprotes
1	60 år	Man	Högskola/ Yrkes- verksam	Nej	Nej	Nej	Lindrig psoriasis, ASA 1	Knä
2	76 år	Man	Pensionär	Nej	Nej	Nej	Urintappar sig själv, tablett behandlad diabetes, ASA 2	Höft
3	74 år	Man	Pensionär	Nej	Ja	Nej	ASA 2, etylproblematik	Knä
4	80 år	Man	Högskola/ pensionär	Nej	Nej	Nej	Thalasso minor, hypertoni, EF 55, tablettbehandlad diabetes, ASA 3	Höft
5	77 år	Man	Grundskola/ pensionär	Ja	Ja	Nej	Hjärt infarkt, Mb Bechterew, ASA 3	Höft
6	85 år	Kvinna	Högskola/ pensionär	Nej	Ja	Nej	Waran pga FF, ASA 2	Höft
7	80 år	Kvinna	Högskola/ pensionär	Nej	Ja	Nej	Waran pga mekanisk klaff, ASA 2	Höft
8	53 år	Man	Grundskola/ arbetssökande	Nej	Ja	Nej	Hypertoni, ASA 1	Höft
9	80 år	Man	Grundskola/ pensionär	Nej	Nej	Nej	Carcinoid i tarmen, tar bromsmediciner, ASA 3	Höft
10	62 år	Man	Grundskola/ sjukskriven	Nej	Ja	Nej	Insulin och tablettbehandlad diabetes, övervikt, ASA 3	Höft

Två kategorier beskriver de intervjuades *möjlighet till delaktighet* eller *hinder till delaktighet* i det infektionsförebyggande arbetet vid höft- och knäprotosoperation. Fyra subkategorier till de båda kategorierna beskriver stegen i vårdprocessen där patienten får information som är relaterad till risker med operationen, det infektionsförebyggande arbetet och tecken på infektion. Ytterligare en subkategori till vardera kategori framkom i analysarbetet som beskriver huruvida vårdens organisation stödjer eller inte stödjer informationsöverföring. Kategoriseringen av texten ledde fram till temat *Normalt eller inte -upplevelser av tidiga tecken på infektion*. (Figur 1)



Figur 1. Processbeskrivning av tema, kategorier och subkategorier som beskriver patienters möjligheter och hinder till delaktighet i att upptäcka tidiga tecken på postoperativ infektion samt delaktighet i det infektionsförebyggande arbetet.

### ***”Normalt eller inte” – tidiga tecken på postoperativ infektion***

De intervjuades upplevelser av tidiga tecken på postoperativ infektionen manifesterar sig på olika sätt. Läckage från såret är ett tecken som är vanligt förekommande redan under sjukhusvistelsen men även smärta, rodnad, svullnad samt feber och frossa är tecken på infektion som förekommer. Tiden till infektionsdebut som patienten har angett varierar från 7 dagar till 25 dagar efter operation (Tabell 3). De intervjuade har fått eller upplever sig ha fått information i varierande grad. Ingen upplever sig ha fått muntlig information om infektionstecken. Skriftlig information förekommer i begränsad utsträckning. Information om risker inför operationen, vilket kan innefatta även andra risker, upplever de intervjuade att de fått i mycket liten omfattning. Information om den operationsförberedande duschen har däremot getts i relativ stor utsträckning och upplevelsen av att förstått instruktionerna ter sig god (Tabell 3).

Tabell 3. Tidiga tecken på postoperativ infektion hos patienter med höft- och knäplastik samt deras upplevelser av att de fått och/eller förstått given information från sjukhuset.

Nr	Tidiga tecken	Infektionsdebut antal dagar efter operation	Läckage under sjukhusvistelsen	Fått skriftlig info om infektionstecken	Fått muntlig info om infektionstecken	Förstått info om infektionstecken	Förstått info om dubbel-dusch	Telefonsamtal efter hemgång	Risk information	Primär operation utförd på sjukhus nr
1	Feber, frossa	14 dgr	nej	Ja	Kommer ej ihåg	Ja	ja	ja	nej	1
2	Läckage, rodnad, svullnad	20 dgr	ja	Nej	Nej	-	Ja	Nej	nej	2
3	Läckage, glipa efter fall	10 dgr	ja	Nej	Nej	-	Ja/nej	Nej	nej	3
4	Läckage, smärta, feber	20 dgr	ja	Ja	Nej	Ja/nej	Ja	Nej	nej	1
5	Feber, smärta	10 dgr	ja	Nej	Nej	-	Nej	Nej	nej	1
6	Läckage	Ca 25 dgr	ja	Nej	Nej	-	Ja	ja	nej	1
7	Läckage	Ca 20 dgr	ja	Nej	Nej	-	nej	nej	nej	4
8	Läckage, rodnad, smärta	14 dgr	nej	Ja	Nej	Nej	Ja/nej	Nej	ja	5
9	Läckage	7 dgr	ja	Nej	Nej	-	Ja	Nej	nej	5
10	Feber, frossa, smärta	12 dgr	nej	Nej	Nej	-	ja	nej	ja	6

Som genomgående tema i studien är de intervjuades upplevelser av de första tecknen på infektion, *vad är normalt och vad är inte normalt?* De intervjuade beskriver infektionstecken såsom smärta, rodnad, svullnad, feber och läckage från såret men tolkar symtomen med osäkerhet. Är det normalt att ett operationssår är rött men hur rött får det vara är en fråga som uppkommer. Om läckage från operationssåret är normalt, är en annan undran som de intervjuade har, för det var ingen på sjukhusen som hade varnat för eller visat oro för att såret läckte. Svullnad hade observerats från sjukhuset sida men den intervjuade visste inte vad det kunde betyda. Feber är normalt efter operationen men hur mycket och när är det inte längre normalt att ha feber? Smärta som infektionstecken, den bilden grumsas av att de intervjuade minskar smärtlindringen och samtidigt ökar träningsintensiteten, då upplevs det svårt att bedöma vad det är som smärtar.

Upplevelserna skiljer sig åt men har också många gemensamma drag. Läckage från såret var ett framträdande symptom som upplevdes redan under sjukhusvistelsen. Läckage förekom som enda tecken på infektion eller i kombination med andra tecken.

Jarå, de bytte förband på sjukhuset och sedan bytte de ju kanske ungefär var femte dag, tror jag de bytte. Ja, det vätskade ju och inte mycket blod, men det vätskade, det hade lite svårt att dra ihop sig helt (intervjuperson 6)

Smärta beskrivs som ett tecken på att något inte står rätt till men som tolkas på olika sätt. Det är ju normalt att ha smärta efter operationen men hur mycket smärta är normalt?

Smärtupplevelsen på grund av postoperativ infektion har i vissa fall sammanfallit med nedtrappningen av smärtlindrande läkemedel vilket gör att de intervjuade har svårt att utvärdera om det är ökande smärta eller om det beror på minskad smärtlindring. Upplevelsen av smärta varierar och en man upplever att han inte blir trodd då han beskriver sin smärta.

...jag sa ju till dom innan jag blev hemsparkad att jag hade ont i höften, så vet jag bara att de sade att det är normalt ju. Det kan man ju tycka, men... men med facit i handen så kanske det ju inte hade varit så svårt att riva av den här plåsterlappen och kollat. Jag kanske redan var infekterad då (intervjuperson 8)

Rodnad och svullnad är också symptom som beskrivs men de intervjuade har svårt att tolka symptomen, vad är normalt och vad är inte normalt? Osäkerheten leder till en fördröjning innan kontakt tas med vården.

Ja, alltså, när det var rött...och när jag förstod att det var skumt, det var helgen innan jag skulle dit och ta stygnen, [...] För då tyckte till och med jag att det här kan inte stämma, det här ser inte bra ut (intervjuperson 8)

Flera symptom förekommer också samtidigt så som feber, läckage och smärta. Symptomen kommer smygande och adderas till varandra, är det normalt eller inte? Olika förklaringsmodeller ges för de olika symptomen som inte omedelbart väcker tanken på postoperativ infektion.

Jag mätte febern och hade lite feber men inga höga 37,8 och 38,2 och sen gick febern ner sedan började det att läcka lite runt såret. Jag hade kommit i gång med att röra mig och jag trodde att jag hade överdrivit ambitionen och träningen. Det var smärta runt proteserna (intervjuperson 4)

## **Möjlighet till delaktig**

Denna kategori beskriver de intervjuades möjlighet till delaktighet i det infektionsförebyggande arbetet samt deras möjlighet att lära om tidiga tecken på infektion. Hur vårdens organisation stödjer informationsöverföring beskrivs också som en av de fem subkategorierna under denna kategori.

Utifrån de berättelser som studien vilar på finns flera goda exempel på att intervjupersonerna känner sig delaktiga och även får förutsättningar för att vara delaktiga i sin vård. Information ges innan, under och efter sjukhusvistelsen. Den information som intervjupersonerna får innan rör förberedelser inför operationen så som till exempel den preoperativa duschen och eventuella risker med operationen. Under sjukhusvistelsen informeras om hygienrutiner och inför hemgång informeras om tecken på postoperativ infektion och hur patienten ska agera vid misstanke på infektion. Efter sjukhusvistelsen då intervjupersonen drabbas av en infektion ges också information om den nya uppkomna situationen. Således ges information under hela den perioperativa fasen både muntligt och/eller skriftligt. I intervjupersonernas berättelser kommer det fram att vårdens organisation påverkar både positivt och negativt hur informationsöverföringen lyckas.

## **Fått och förstått riskinformation**

De intervjuade som upplever att de fått information om risker har fått det i samband med mottagningsbesöket hos läkare då beslut om operation togs.

En man berättar att han fick information innan operationen om risken för infektion och att det var en stor operation. Det var läkaren han mötte på ortopedmottagningen som informerade honom.

...men jag fick informationen om att det var en stor operation alltså och det kunde ju bli inflamma...eller ja.. Och han läkaren jag snackade med då, frågade om jag verkligen skulle göra det för det, det var en sådan allvarlig operation. - Så det var ingenting som de tog lättvindigt på.....(intervjuperson 10)

En annan man berättar om att han fick informationen av en sjuksköterska om vikten av att inte ha sår på kroppen för att minska risken för infektion. Han har psoriasis men mycket lite utslag och påpekar att han inte hade utslag över operationsområdet när han blev opererad.

Det var en sjuksköterska som sa att det bästa skyddet är hel hud och jag har ju psoriasis. Det poängterade hon flera gånger hade jag några småsår så skulle jag visa upp dem. Men jag har i stort sett ingen psoriasis på knäna (intervjuperson 1)

### **Fått och förstått duschinformation**

Sex av de tio intervjupersonerna säger att de fått och förstått duschinformationen men det är oklart om de verkligen förstått hur duschen ska gå till (Tabell 2). De intervjupersonerna som upplever sig förstå informationen poängterar att duschen var det inga problem med, det vill säga hur den skulle utföras. De upplever att de utförde duschen korrekt.

Man får ett speciellt paket med svampar, först ska man ta den ena sedan den andra. Den instruktionen känns inte svår. Där finns det inga brister just på den. Så var bacillerna kom in det vet jag inte (intervjuperson 4)

Det fanns ett behov att få hjälp med duschen innan operationen vilket skulle göras på sjukhuset kvällen innan operationen. En kvinna reflekterar över den instruktion hon får av sjuksköterskan på avdelningen i samband med den sista duschen då den inte stämde överens med den skriftliga informationen som hon tidigare hade fått.

Jo, duschinformation fick jag ...det som förvånade mig var...det var lite slarvigt. Jag bad att de skulle hjälpa mig med duschen kvällen innan...och då sa den sköterskan nej håret, det räcker om du gjorde det igår...det var en grej som jag studsade för det står i alla papper att det ska vara gånger två. Nej håret är inte så viktigt sa hon...men det kanske det var....Det är lite sånt där som man kommer ihåg.... (intervjuperson 7)

### **Fått och förstått hygienregler**

Under sjukhusvistelsen får de intervjuade skriftlig information om de hygienrutiner som gäller för dem själva, medpatienter och besökande närstående. Informationen ges framför allt skriftligen via till exempel broschyrer och skyltar på toaletterna och i andra utrymmen. Ingen av de intervjuade minns att personalen muntligen instruerade dem i gällande hygienrutiner men handsprit användes flitigt ändå. En man säger ” jag gjorde den varje dag många gånger” (intervjuperson 5). En annan man menade att det inte gick att undgå information om handsprit.

Ja, det stod ju överallt att alla skulle sprita händerna så det fick alla göra som kom och hälsade på mig. Men sedan toabesök och sånt det är klart man tvättar sig men det var ingen som sa något speciellt om det (intervjuperson 3)

### **Fått och förstått information om infektionstecken**

På flera av sjukhusen finns patientinformationsbroschyrer framtagna speciellt för operation för höft- och knäprotes. I broschyrerna finns information om hygienrutiner, smärtbehandling, varningssignaler och komplikationer och mycket mera. De intervjuade som läst i broschyrerna om infektionstecken kan också relatera informationen till sina egna symtom men de har svårt att komma ihåg om de fått muntlig information.

...det var ingen som sa något om varningssignaler och komplikationer men det läste jag om i den där foldern som man fick med hem. Det var ingen som sa något och gick igenom broschyren vid hemgång men jag kan ha glömt för man var ju glad för att komma hem (intervjuperson 1)

### **Vårdens organisation stödjer informationsöverföring**

På några sjukhus finns det en rutin att ringa upp patienten efter hemgång för att säkerställa att rehabiliteringen går enligt plan. Frågor om infektionstecken ingår i samtalet vilket en av de intervjuade upplevde på följande sätt. ”Telefonuppföljningen.... De ställde verkligen sådana frågor om jag hade feber men jag hade ju inte det då, som jag upplevde var att jag var ju helt OK då” (intervjuperson 1). En kvinna minns inte riktigt innehållet i samtalet och upplevde att hon inte hade något att berätta.

Jag undrar om inte det var en kvinna som ringde...Och hon måste väl ha ringt när det var bra. Ja, det stämmer för då hade jag kommit igång och börjat gå, då gick jag runt här. Då hade jag inget att berätta (intervjuperson 6)

Intervjupersonerna upplever att läkarkontinuiteten är en viktig del för att kunna känna sig trygga och delaktiga i sin vård. Förhållandet till läkarna men även övrig personal uttrycks på flera sätt. Upplevelsen av att ha en ansvarig läkare och att bli bekräftad och sedd av vårdpersonalen är betydelsefullt under vårdtiden då den postoperativa infektionen är ett faktum. ”Dr A, hon har ju skött om det ju, var dag var hon därinne. De är hur kära, ja så är det i X sjukhuset också, jag har blivit bra ompysslad” (intervjuperson 9).

Det är en lång period av upprepade operationer och långa sjukhusvistelser som de intervjuade genomlider då den postoperativa infektionen har konstateras. Hur kontinuiteten i vården är och hur informationen om vad som ska göras förmedlas ger direkt utslag i hur de intervjuade upplever behandlingsperioden.



Och första besöket kom jag till läkare B... Och hon bestämde på en gång en operationsdag. Ja, och då kom hon och hälsade när jag var väl inne på rummet och installerad och pratade att hon skulle göra det lite senare så och så... Väldigt behaglig och trevlig. Ja. Och hon var ju med på ronderna så att... jag var väl liksom hennes patient... Hon gjorde spolningarna också (intervjuperson 6)

Ärlighet och uppriktighet under hela behandlingstiden och information om de olika behandlingsalternativen upplevs som viktigt. Trots att de intervjuade upplever samtalen som svåra och känslolösa är det sanningen som är det som är viktigast.

Den här doktor C, jag tyckte han var hemskt otrevlig, men det var för ingen annan som talade sanning mer än han, och då tyckte jag att han var himla elak, och jag vart så fruktansvärt ledsen, på sjukhuset när han kom.... och sa att enda chansen att få någon ordning på det här var att ta bort protesen som jag hade fått.... sedan blev vi väldigt goda vänner, för jag uppskattar att han var den man kunde fråga, han svarade ju. Det är inte nå't snällt att inte berätta sanningen. (intervjuperson 7)

Bemanningen på vårdavdelningarna har uppmärksamats och intervjupersonerna noterar att det kan vara lite resurser i det patientnära arbetet. Vårdpersonalen gör allt vad de kan för att möta allas behov och lösa de problem och krav som uppstår. Även förhållningssättet vårdpersonalen sinsemellan samt gentemot medpatienter uppmärksammas och det noteras att det är en fin stämning på sjukhusen.

Ja, jag tycker ju att ni gör allt med de resurser ni har och den, personal ni har. För de gör ju inget annat än kutar och springer och jobbar och lyssnar, och lyssnar och det ringer och så, så de är ju igång hela tiden. Det var väldigt positivt på sjukhuset, att det var sådan fin stämning där... (intervjuperson 6)

## **Hinder för delaktighet**

Denna kategori beskriver de intervjuades upplevelser av hinder för delaktighet i det infektionsförebyggande arbetet samt hinder för att lära om tidiga tecken på infektion. Hur vårdens organisation inte stödjer informationsöverföring beskrivs också som en av de fem subkategorierna under denna kategori.

Upplevelsen av att inte vara delaktig under den perioperativa fasen beskrivs som avsaknad av information och känslan av att inte få ta del av all information. De intervjuade känner förtroende för vården i den initiala processen men vart efter komplikationer uppstår upplever

de brister i kommunikation och delaktighet. Att bli lyssnad till utifrån de observationer och symtom som de intervjuade beskriver är inte självklart. Brist på tillgänglighet när behov av kontakt med vården behövs, lyfts också fram som ett hinder för delaktighet.

### **Inte fått eller förstått riskinformation**

Att förmedla riskinformation inför operationen görs på olika sätt. En man tvekar och säger att han kanske fick information men att han var så glad för att få operationen så han tog inte till sig riskinformationen. ”Så jag tog nog lite för lätt på det här. Det är ju en ganska stor operation har jag förstått nu efteråt men det var ingen som framhöll riskerna” (intervjuperson 1). Upplevelsen att inte alls få någon riskinformation förekommer. Avsaknaden av riskinformation och de katastrofala konsekvenser en infektion kan leda till upplevs som en stor brist. De svårast drabbade menar att de skulle noga överväga att gå igenom en protesoperation om de hade vetat hur illa det kunde gå.

Aja information om risken för infektion.... måste säga ...det skulle i så fall varit i samband med inskrivningsbesöket. Åh det mesta var mest en entusiastisk kavalkad hur man kan förbättra sin hälsa därför reagerar jag nu när det inte sas ett enda ord om en invalidiserande komplikation. Så att man hinner knäcka en liten tanke om det. Vågar jag göra det? Patienten tror på läkarkonst och är lätt att entusiasmera...(intervjuperson 4)

Även mer individanpassad information efterfrågas och det finns en undran varför det är en sådan entusiasm för operation. ”De måste tala om för de patienter som är känsliga,... jag vet inte om det är pengar som styr ...du kanske förlorar några patienter. Det är helt enkelt en enorm entusiasm för att operera protes” (intervjuperson 4).

### **Inte fått eller förstått duschinformation**

Osäkerheten hur en så kallad dubbeldusch ska utföras blev tydligt i intervjuerna. En intervjuperson trodde att dubbeldusch innebar två duschar med två timmars mellanrum. En annan trodde att man duschade en gång på kvällen och en gång på morgonen. En kvinna uttrycker det på följande vis när hon fick reda på hur en dubbeldusch ska gå till. ”Att tvåla in sig två gånger....det har jag inte hört talas om....det kan jag förstå att det är bra (intervjuperson 7)

Förmågan att följa instruktioner både skriftligt och muntligt varierar bland de intervjuade. Även känslomässiga hinder för att ta till sig information såsom misstro, stress och oro förekom i berättelserna.

Dubbeldusch ...de har nog inte nämnt nånting med det. Det stämmer nog, för då blir det ju morgon och kväll, ju. Ja, ja, ja. Nej, jag trodde att de menade att jag skulle i håret och .... Nej, jag vet inte, jag gjorde slut på svamparna i alla fall. Jag tror inte det beror på det, utan det kan ju bero på så många andra faktorer, baskeluskerna smyger sig på höftprylarna redan innan och...[...] Jag var skitstressad innan och orolig som fan att det skulle gå åt helvete, och det gjorde det ju också, (intervjuperson 8)

### **Inte fått eller förstått information om hygienregler**

Under sjukhusvistelsen är informationen om avdelningens hygienrutiner varierande. Ingen av de intervjuade minns dock någon muntlig information kring handhygien eller andra hygienrutiner. Några minns att det fanns skriftlig information om handdesinfektion. En man säger att han spritade händerna en gång under sjukhusvistelsen.

En man konstaterar i efterhand att det skulle vara bra med mer information. ”..,det var ingen som talade om hygienrutiner på avdelningen men jag kan ju läsa själv så jag gjorde ju det.

Som okunnig gäst på sjukhus kanske man skulle bli mer informerad...” (intervjuperson 1).

En man hade en övertro till tekniska lösningar och att det inte är så mycket man som patient kan göra för att skydda sig mot bakterierna på sjukhuset.

Att man kan få gå in, i sådan här, som man ser på film, att man går in i en luftsluss där man sprayas av så att man är helt antiseptisk från topp till tå. Jag vet inte, alltså jag har spånat, men jag tror att det är den vägen att gå alltså, för baskeluskerna verkar ha en förmåga att hänga med vart man än går, alltså. Det borde man ha tänkt på innan, men nu blir man väl så, liksom, att skär man sig i fingret så tog man vad man hade till hands, va. Nu springer man väl iväg till akuten. Nu har man väl blivit en sådan där fjolla istället (intervjuperson 8)

En annan aspekt som de intervjuade lyfter fram är att det bara är otur som är orsaken till infektionen och att det inte finns så mycket att göra för att skydda sig.

Den här smittan den kan ju komma från vem som helst i närheten, jag kunde ha fått den i korridoren om jag tog i någonting hos er på morgonen eller vad som helst. Det är bara otur om man råkar komma i närheten av den där bakterien eller vad det handlar om (intervjuperson 6)

### **Inte fått eller förstått information om infektionstecken**

De intervjuade kan inte minnas att de fått någon muntlig information om infektionstecken vid utskrivningen från sjukhuset. En man uttrycker det så här ” Information om tecken på infektion efter hemgång? ?? Nähe det hade jag inte fått information om. Dom visste jag ju inte om överhuvudtaget” (intervjuperson 2). En annan man som har fler individuella riskfaktorer

för infektion och också blev informerad innan operationen om infektionsrisken upplever att läkarna inte har tid vid utskrivningssamtalet för den typen av information.

De sa ingenting om det... infektion. Det gick så snabbt så de bara kommer och lämnar papprena och sedan ska du åka hem (skratt). Nej ingen skriftlig info om infektion (intervjuperson 10)

De intervjupersonerna som fått skriftlig information tolkar in andra förklaringar till symtomen men när infektionstecken kommer. Ökande smärta och plötsligt påkommen smärta upplevdes som symptom men togs inte alltid på allvar utan bortförklarades på olika sätt. Smärtdebuten sammanföll också med nedtrappningen av smärtlindringen vilket också gjorde symtomen svårtolkade. En man förklarar sina ökande smärtor på följande vis

...och jag började dra ner på morfinet enligt plan. Jag hade kommit fram till sista tabletten morfin som skulle tas men sedan började det att göra ont fast jag kände mig ganska bra men sedan över en natt började det att stöka till jag tänkte att jag kanske hade överdrivit ambitionen och så drog jag ner aktiviteten (intervjuperson 4)

En kvinna fick information om att svullnaden över låret skulle kontrolleras men förstod inte varför och om det innebar några risker för henne. Hon medicinerade med Waran och hade således en ökad risk för blödning postoperativt.

Och när jag lämnade sjukhuset då var det en ganska bastant svullnad över hela det här operationsområdet och då sa de på sjukhuset och på vårdcentralen att man skulle hålla uppsikt på det där. Jag fattade inte vad det där med uppsikten var, jag kan ju bara titta på den och hoppas att den gick ner. Värken fortsatte, jag kunde gå allt mindre och mindre och sjukgymnasten var förtvivlad (intervjuperson 6)

De intervjupersoner som har läckage från operationssåret redan under sjukhusvistelsen kan inte komma ihåg att de blivit informerad om att det kan vara ett tecken på infektion. De får hjälp att byta förband på vårdcentralen. Personalen på vårdcentralen konstaterar att såren ser fina ut trots att det läcker. En man förklarar sitt läckage från såret så här

Ja det rann så mycket av en blandning av blod och vätska. Inte 100 procent blod utan lite rosa. Det fyllde ganska snabbt hela förbandet. Alltså om man ska i och ur sängen så ska man inte ligga på såret. Jag trodde att agrafferna rev upp såret (intervjuperson 4)

Att förstå vad som är normalt och inte normalt upplevs som svårt. Information har inte alltid getts och om den har getts så har den mottagits på olika sätt. En man berättar att han fick

skriftlig information men att han inte läst den. När han duschar lossnar förbandet och han tar bort det.

Och sedan så, ja, gick det väl en veckas tid ungefär och sedan en dag när jag skulle sitta och duscha så hade plåstret lossnat, så då öppnade jag upp plåstret och det var riktigt rött, lika rött som ... Men jag visste inte hur det skulle se ut, utan jag tänkte att ja, det är väl så det ska se ut. Jag vet inte! (intervjuperson 8)

Individanpassad information saknas och efterfrågas. De intervjuade upplever att informationen är standardiserad och att utskrivningssamtalen går så fort att muntlig information knappast hinns med. Papper lämnas över men ingen hjälp att sortera och gå igenom informationen ges.

Sedan låg där en hög med papper, jag läste det ju sedermera, men det var inte förrän kuratorn påpekade att det stod på papperet. Jag har inte sett det... Utan är det sådana saker som är så viktiga att om bandaget går upp och det är rött, blått, grönt och gult... Då skulle man ju få en jättestor lapp, liksom... Ja, som varnar en för det, men nej... (intervjuperson 8)

En av de intervjuade har finska som modersmål och uttrycker sig fåordigt. Hans sambo är med vid intervjutillfället och har stöttat honom under hela vårdtiden. De upplever att information ges bristfälligt och att hans sambo inte har delgivits information. Hon berättar, ”kanske det finns något papper men aldrig att man skulle ha talat med mig om det och jag är som närmaste anhörig” (intervjuperson 5).

### **Vårdens organisation stödjer inte informationsöverföring**

De intervjuades upplevelser av vården påverkas av omständigheter, organisationens utformning och tidpunkt för vården. Under semestertider upplever de intervjuade att bemanning, tillgänglighet och resurser är begränsade på sjukhusen trots att avdelningarna är fulla med patienter. På några enheter följdes de intervjuade upp med telefonsamtal efter hemgång samt att stygnen eller agrafferna togs bort på en så kallad suturmottagning på ortopedkliniken. Under semestertid följdes fler av de intervjuade upp via vårdcentralerna och telefonuppföljningarna gjordes inte. En man berättade att han försökt komma i kontakt med ortopedmottagningen via det telefonnummer som stod i patientinformationsbroschyren men då var telefontiderna redan fullbokade ” så ringer man inom avtalad tid så säger de att våra samtalstider är slut så du får återkomma imorgon” (intervjuperson 1). En annan man upplevde situationen frustrerande och fann egna vägar för att få kontakt med ortopedkliniken.

Kontakta ortopedmottagning ....Det var ett skämt . Jag kunde ringa hundra gånger men kom inte fram. Däremot hade jag kvar ett telefonnummer till avdelningen och haffade flickan vid avslutning av säsongen. Så skulle man gå via det telefonnumret som de angett i pappren var alla telefonsamtalen avslutade för dagen (intervjuperson 4)

Läkarkontinuiteten lyfts fram som en central del för att känna sig delaktig och sedd. Vårdens organisation upplevs inte stödja kontinuiteten inom akutsjukvården och en man berättar om hur han upplever sig befinna sig i en fabrik.

Jag träffade inte samma läkare två gånger...jag skulle kunna plocka fram tio olika namn om du tittar på journalen. Man får en känsla av att läkarna satt det i system så att det inte är samma person vilket också förstärker känslan av fabrik... de tar första som är ledig (intervjuperson 4)

En annan man säger ” tror jag har träffat 30-40 läkare och ingen är ansvarig och har kunnat förklarar vad som hänt” (intervjuperson 1). Samme man menar att vården borde kunna organiseras så att någon alltid är ansvarig ”det är en planerad operation så borde någon vara ansvarig om det är en sjuksköterska eller läkare strunt samma” (intervjuperson 1).

Trots att de intervjuade hade läckande sår redan under sjukhusvistelsen och således sårsläkningsproblem följs de upp via vårdcentralerna. Omhändertagandet och bemötandet upplever de intervjuade som positivt men kunskapen om ortopediska sår och tydliga uppdrag från ortopedklinikerna tycks inte finnas.

Nej, nej det var vårdcentralen som kom hem och bytte. Inte samma dag som jag kom hem och inte varje dag men de kom några gånger. Det läckte så det var blött på madrassen. Så det gick inte att göra något annat. De tyckte inte såret såg farligt ut utan lovande. Sedan tog de bort styggen eller agrafferna men lämnade några som de inte kunde ta ställning till (intervjuperson 4)

En av de intervjuade kvinnorna väljer en privat vårdcentral för att tillgängligheten är bättre. Hon är mycket nöjd med deras bemötande och omhändertagande trots att svullnaden som varit sedan utskrivningen från sjukhuset inte lagt sig och inte riktigt uppmärksammas av vårdcentralen. Det leder till att hon får en akut blödning och måste uppsöka akuten vid två tillfällen. På akuten uppmärksammas inte infektionsrisken utan hon skickas hem efter åtgärd vilket leder till att hon dagen efter får uppsöka akuten igen och skickas då vidare till geriatrisk rehabilitering.

Kl 8 kom hemtjänsten. Du ska till akuten, sa´rom. Kom dit tio och fyra-halv fem träffade jag en doktor, Gud vad de sliter där, oj, oj, oj! Och då sa hon att allt blod hade ju lämnat eftersom det hade blött så mycket och hon sydde bara ett stygn på något litet ställe där det behövdes och så skickade hon hem mig [...] Och sedan natten till söndagen så kommer samma blodbad igen. Då var det lugnt på akuten och det var en manlig läkare som sade att vi kan ju inte skicka hem dig igen för du klarar inte en tredje grej där hemma ensam med allt blod och elände  
(intervjuperson 6)

När infektionen är ett faktum och intervjupersonerna läggs in på sjukhuset för operation och spolning av operationsområdet börjar en period av ovisshet. Fasta före operationen är ett måste men de intervjuade fastar långa perioder i väntan på operation. En man uttrycker det så här ” Det var ett dygn utan mat, men det var inte bara det med maten, utan vattnet. Jag var ju så torr, så torr, så torr....”(intervjuperson 8). En annan man får fasta i 15 timmar i väntan på operation.

Första gången de öppnade mig var kl 5 på morgonen. Jag hade väntat hela tiden och inte fått äta eller dricka men OK ...jag var inte i de bästa omständigheterna framför allt dricka saknade jag. Det var ju sommar. Det var säkert 15 timmar som jag var utan mat och dryck. Jag fick aldrig något besked...ja kanske...och så vidare (intervjuperson 4)

En del av de intervjuade har vårdats på infektionsavdelningar och andra har vårdats på ortopedavdelningar. På infektionsavdelningarna vårdas medpatienter med andra typer av infektioner och de intervjuade upplever oro av att inte veta vad de andra har för infektioner och är rädda för att smittas. En man uttrycker det på följande vis.

Man blandar ihop olika typer av infektioner. Man vet inte vilka problem de har. [...] Det blev en säng ledig bredvid mig ja det var fyra och han efter 5 min fick diarré och efter 60 min gjorde han igen. Tack och lov att det var sommar och fönstret gick att öppna men det var en stank....som inte gick att beskriva. Då vet man inte vad som fanns i den stanken det måste ha funnits miljard av bakterier av alla de sorter...(intervjuperson 4)

En annan man berättar om omsättning av medpatienter och upplever det stressande att det hela tiden kommer och går nya medpatienter på rummet. Han upplever också att antalet besökande till rumskamraten är störande. ”Det kom och gick olika patienter och folk kom dit besökare och... det var som väntrum där” (intervjuperson 5)

Flera av de drabbade har vistats på sjukhusen under semestertider och har upplevt stressen, bristen på resurser i det patientnära arbetet och ansvaret som läggs på dem som arbetar längst ut i organisationen. En man upplevde situationen som mycket skör.

Situationen kring sjukhusen och semestertider...flickorna jobbar som galningar och de får inga gehör så semester i kombination med sjukhusbesök...är inget bra. Allt hamnar på axlarna på dem som är längst ner i organisationen. En situation som inte är den bästa (intervjuperson 4)

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

För att få en större förståelse för patienters upplevelse av det infektionsförebyggande arbetet och delaktigheten i att tidigt upptäcka tecken på infektion, valdes som metod i denna studie en intervjustudie med kvalitativ design. Data har analyserades med innehållsanalys. Syftet styrde valet av datainsamlingsmetod vilket innebär att personer med erfarenhet av fenomenet postoperativ infektion efter höft- eller knäprotesoperation blev intervjuade (Polit & Beck, 2008). Ansatsen var induktiv vilket innebar en förutsättningslös analys av patienternas berättelser (Graneheim & Lundman, 2004).

Tidigare studier med liknande syfte att utforska personers upplevelser av postoperativa infektioner har även genomförts som kvalitativa studier, analyserade med innehållsanalys eller enligt Grounded theory (Andersson, Bergh, Karlsson, & Nilsson, 2010; Santy-Tomlinson, Vincent, Glossop, Jomeen, & Pearcey, 2011). Randomiserade kontrollerade studier med enkäter och uppföljningssamtal förekommer också där patienters förmåga att bedöma postoperativ sår har studerats (Seaman & Lammers, 1991; Whitby, McLaws, Doidge, & Collopy, 2007).

De initiala inklusionskriterierna i studien var patienter med djupa postoperativa infektioner opererade med höft- eller knäprotes som konsekutivt inkluderades från ett undervisningssjukhus. Risken med konsekutivt urval kan vara att det påverkas av en bestämd tidsperiod (Polit & Beck, 2008). I denna studie har insamlingen av data varit utsträckt under en längre period och även fördelats på flera sjukhus vilket ur ett urvalsperspektiv borde öka tillförlitligheten i studien. Alla tillfrågade tackade ja till att delta i studien och inget bortfall skedde under studiens gång.



Datansamlingen drog ut på tiden. Den första intervjun gjordes i juni 2012 och den sista i december 2013. Det finns en risk att en utdragen datansamling kan göra urvalet inkonsekvent (Graneheim & Lundman, 2004). Tidpunkten för intervjun i förhållande till infektionsdebuten ändrades i januari 2013. Två patienter kunde då inkluderas från det initiala sjukhuset och en patient från ett närliggande sjukhus. De tre sista patienterna som inkluderades kom alla från en annan region och uppfyllde de initiala urvalskriterierna med infektionsdebut inom fyra månader vid intervjutillfället vilket torde stärka trovärdigheten. Strategier för urvalet har betydelse för trovärdigheten av studien (Graneheim & Lundman, 2004). Att intervjutillfället skulle ske så nära inpå infektionsdebuten stärker pålitlighet och trovärdigheten då det är lättare att minnas upplevelserna av tidiga tecken på infektion. Pålitlighet innebär en stabilitet av insamlad och analyserad data under studiens gång (Polit & Beck, 2008). Tre av de intervjuade hade mellan sju till nio månader sedan infektionsdebuten. Deras berättelser färgades av den långa behandlingstiden. De hade ändå klara minnen från den initiala tiden men risk finns att viss information kan ha uteblivit. Alla intervjuade kunde beskriva de första tecknen på infektion och flera av dem hade också gjort anteckningar om sin vårdtid. Att urvalet fördelades på totalt fem sjukhus kan stärka trovärdigheten och överförbarheten då samman fenomen har studerats i olika kontext. Enligt Graneheim & Lundman, (2004) är dock överförbarheten en bedömning som görs av läsaren. Trots svårigheterna att inkludera patienter anser författaren att materialet är varierat och att mättnad uppnåddes.

Materialet samlades in som semistrukturerade intervjuer vilka spelades in med bandspelare. En intervjuguide användes så att frågorna var lika vid alla intervjutillfällena. Ändå blev längden på intervjuerna varierande mellan 7 till 47 minuter. Den kortaste intervjun gjordes på ett sjukhus med en patient med infektionsdebut för sju dagar sedan vid intervjutillfället. Den intervjuade hade själv inte misstänkt någon infektion utan det vara en distriktssjuksköterska som misstänkte infektion när stygnen skulle tas. Den längsta intervju gjordes med en patient som fått behandlingar för sin infektion under sju månader vilket påverkade mängden upplevelser som hon hade att berätta. En av de intervjuade hade finska som modersmål och uttryckte sig fåordigt. Flertalet följdfrågor fick ställas för att intervjupersonen skulle svara upp mot intervjuguidens intention. Kvaliteten på intervjuerna styrdes av intervjuguiden men även av de följdfrågor som författarens ställde för att fånga intervjupersonernas upplevelser. Då det var den första intervjustudien som författaren utförde kan det ha påverkat längden på

intervjuerna. Erfarenhet av intervjustudier kan öka tillförlitligheten att få ett varierat resultat (Graneheim & Lundman 2004).

Fyra av intervjuerna transkriberades av författaren och sex intervjuer transkriberades av sekreterare. Enligt Polit & Beck (2008) är transkriberingen ett kritiskt moment och pålitligheten ökar om författaren transkriberar själv. Författaren var medveten om den risken och har läst texterna och lyssnat på banden upprepade gånger för att säkerställa att texten överensstämmer med det de intervjuade har velat förmedla.

Trovärdighet och pålitlighet i studien påverkas även av hur kategorier och tema väljs ut så att det täcker innehållet i det insamlade materialet (Graneheim & Lundman 2004).

Kategoriseringsprocessen gjordes först enskilt av författaren och diskuterades sedan med handledaren till studien varefter vissa modifieringar gjordes. Enligt Polit & Beck (2008) styrker det studiens trovärdighet om kategoriseringen görs i samråd med andra forskare.

Illustrativa citat har använts för att öka läsarens möjlighet att avgöra om kategorierna är trovärdigt beskrivna (Graneheim & Lundman 2004). För att öka giltigheten har citaten valts ut så att alla de tio intervjuade personerna är representerade i resultatet.

Författaren har viss förförståelse för ämnet då hon deltagit i PRISS arbetsgrupp för framtagande av självvärderingsinstrumentet för infektionsprevention till Sveriges ortopedkliniker samt via revisionsuppdrag vid sex sjukhus i Sverige. Förförståelse kan vara både positivt och negativt enligt Polit & Beck (2008). Det positiva är att förkunskap innebär att författaren har kunskap inom området vilket kan leda till att rätt frågor ställs och därmed öka kvaliteten på intervjuerna. Det negativa är att frågor kan bli ledande och tolkningar missvisande vilket i sin tur kan leda till bias och att resultatet feltolkas (ibid). Författaren har varit medveten om risken och har varit angelägen om att lyfta fram både positiva och negativa aspekter från intervjuerna genom att noggrant välja citat som speglar de intervjuades upplevelser.

Trovärdigheten i en kvalitativ studie grundar sig på tillförlitlighet, pålitlighet och överförbarhet. Metodbeskrivningen ska vara så noggrann att studien ska kunna upprepas (Graneheim & Lundman 2004). Därför ska urval, deltagare och datainsamling samt dataanalys var väl beskrivet så att läsaren kan avgöra om studien kan vara överförbar i andra

sammanhang (ibid). Författaren anser att resultatet i denna studie är överförbart i andra sammanhang men beslutet är dock läsarens bedömning.

## Resultatdiskussion

Resultatet av denna kvalitativa studie baserar sig på tio intervjuer med patienter som drabbats av infektion efter planerad höft- eller knäprotesoperation. *Normalt eller inte – upplevelser av tidiga tecken på infektion* var det övergripande tema som svarar på studiens syfte. Två kategorier beskriver de intervjuades *möjlighet till delaktighet* eller *hinder till delaktighet* i det infektionsförebyggande arbetet vid höft- och knäprotesoperation. Fyra subkategorier till de båda kategorierna beskriver stegen i vårdprocessen där de intervjuade får information som är relaterad till risker med operationen, det infektionsförebyggande arbetet och tecken på infektion. Ytterligare en subkategori till vardera kategori framkom i analysarbetet som beskriver huruvida vårdens organisation stödjer eller inte stödjer informationsöverföring.

Delaktighet har beskrivits i litteraturen av flertalet författare och är idag en lagstavad rättighet i svensk vård. Dialogen framhålls som grunden för att möjliggöra delaktighet (Eldh, Ekman, & Ehnfors, 2010; Jangland, Carlsson, Lundgren, & Gunningberg, 2012; Larsson, Sahlsten, Segesten, & Plos, 2011a, 2011b; Sahlsten, Larsson, Sjöstrom, & Plos, 2009). Personcentrerad vård är en metod för att stärka delaktighet i vården och har beskrivits som ett partnerskap mellan vårdgivare och vårdtagare som grundar sig på patientens berättelse som leder fram till en dokumenterad överenskommelse (Bernat & Peterson, 2006; Ekman et al., 2011; Olsson et al., 2009). I en nyligen publicerad artikel framhålls att det finns ett behov av ytterligare forskning kring personcentrerad vård och att det behövs nya metoder för utvärdering (Olsson, Jakobsson Ung, Swedberg, & Ekman, 2013). Svensk sjukvård står inför en stor förändring där personcentrering är en del. Det konstateras i en rapport från Vårdanalys att det finns en stor förbättringspotential för att göra patienterna mer delaktiga och involverade i vården samt att se den välinformerade patienten som en resurs i vårdkedjan (Docteur & Coulter, 2012).

I denna studie om tidig upptäckt av postoperativ infektion är de intervjuades upplevelse av delaktighet själva förutsättningen för att information ska övergå i kunskap och ett korrekt handlande i de olika infektionsförebyggande momenten samt vid tidig upptäckt av en postoperativ infektion. De infektionstecken som de intervjuade upplever är klassiska infektionstecken som finns väl beskrivna i litteraturen (Mangram, Horan, Pearson, Silver, &

Jarvis, 1999). De intervjuade upplever brist på framför allt muntlig information. De upplever också att de kanske fått information men inte kunnat ta den till sig då de känslomässigt har varit i obalans på grund av stress och oro men också på grund av glädje att operationen lyckats och att de får lämna sjukhuset. I studien framkommer att information måste övergå i kunskap för att de intervjuade ska kunna bedöma vad som är normalt och inte normalt i sårsläkningsprocessen vilket behöver läras in under sjukhusvistelsen. Det bygger således på att vårdpersonalen informerar och utbildar patienterna samt har en dialog kring kunskapsinhämtningen. Uppgiften är inte lätt vilket även Seaman och Lammers (1991) fann när de studerade patienters förmåga att bedöma en sårinfektion. I deras studie bedömde patienterna såren till 48% som falskt negativa och 8% falskt positivt, endast 11 av 21 sår var rätt bedömda. Whitby, Laws, Doidge och Coopy (2007) fann att patientutbildning om sårsläkning resulterade i en överdiagnostisering det vill säga 44% av de sår som bedömdes som infekterade av patienterna var inte infekterade. För att undvika vårdskador såsom postoperativa infektioner efter höft- eller knäproteskirurgi måste det anses bättre med en överdiagnostisering än en underdiagnostisering då insatser för att behandla en infektion inte får fördröjas (PRISS protesrelaterade infektioner ska stoppas, 2014). Den slutgiltiga bedömningen ligger alltid hos vårdpersonalen och ytterst hos behandlande läkare (Whitby et al., 2007).

De intervjuades osäkerhet i tolkningen av symtomen ledde till en viss fördröjning innan kontakt togs med vården. Ett framträdande symptom var läckage från såret vilket kan förekomma de första dagarna efter operationen och tolkades då som sårsläkningsproblem. Fortsätter såret att läcka sårvätska och/eller blod är det en allvarlig risk för infektion eller tecken på infektion (Horan et al., 2008). Trots det fick i vissa fall vårdcentralen ansvaret för patienten och bedömde såret efter sina erfarenheter. Specifika remisser utöver suturtagningsremisser verkar inte ha funnits. I flera berättelser säger de intervjuade att sjuksköterskorna, både inom sluten- och primärvård, konstaterat att såret sett fint ut trots att det läckte. Det framkom i intervjuerna en otydlighet om, och kanske också en okunskap om behandling av läckande sår. Läckage mer än 72 timmar efter operationen vid höft- eller knäproteskirurgi är tecken på sårsläkningsproblem och ska följas upp noggrant vilket konstateras i den konsensusrapport om sårbehandling i samband med höft- och knäproteskirurgi som nyligen publicerades (Ghanem et al., 2014). Där slås fast att läckage från såret ska åtgärdas operativt om såret har läckt mer än fem till sju dagar efter operationen.

Det är välkänt att det är i vårdens övergångar som patientsäkerhetsrisker uppstår. Mangram et al.(1999) menar att det ska finnas en plan för patientens sårkontroll. Flera författare menar att operation inte är avslutad innan såret är läkt och att patienter med sårbehandlingsproblem ska tas om hand av den opererande kliniken och ha en gräddfil in på kliniken (PRISS protesrelaterade infektioner ska stoppas, 2014; Stefansdottir et al., 2009). Emellertid har de intervjuade stött på problem då de försökt nå den opererande kliniken via de telefonnummer som har angivits. Automatiska telefonsvarare har meddelat att telefontiderna för dagen är slut och de har blivit hänvisade till nästkommande dag. De intervjuade upplever att tillgänglighet och trovärdigheten för vården samt deras möjligheter till delaktighet undermineras då de kontaktmöjligheter som anges inte fungerar. Förtroende, ömsesidig respekt och dialog är grunden för delaktighet (Eldh et al., 2008; Fossum & Arborelius, 2004; Jangland, Gunningberg, & Carlsson, 2009).

I studien upplever de intervjuade brister i utskrivningssamtalen då möjlighet till personanpassad information skulle kunna ges. Ingen kan minnas att de fått muntlig information om tecken på postoperativ infektion som de bör vara uppmärksamma på. Några har fått skriftlig information men upplever inte att den är genomgången och förklarad. Utskrivningssamtalet har inte gett möjlighet till dialog och lärande utan upplevdes som tidspressat och det gavs inte utrymme för dialog. I en studie av Fossum och Arborelius (2004) filmades mottagningsbesök på en ortopedmottagning. De kom fram till att förvånande ofta, hade inte patienterna förstått vad läkaren talade om och läkaren kände att det var svårt att hjälpa vissa patienter. De samtal som upplevdes positiva av patienterna kännetecknades av dialog och en växelverkan mellan patient och läkare (ibid). Behovet av en dialog som möjliggör att anpassa samtalet efter de intervjuades förväntningar och förmågor blev också tydligt i denna studie.

Information ges inte bara vid utskrivningstillfället utan är en pågående process under hela vårdtiden vilket även Bernat & Peterson (2006) konstaterar i en artikel om delat beslutfattande vid kirurgi. De intervjuade hade ändå stora förväntningar på utskrivningssamtalet som har varit svåra att infria. De beskriver att det blev mycket information samtidigt vilket gjorde det svårt att ta till sig all information. Författaren har erfarenhet av att informationsöverföring kan underlättas om hela vårdteamet är involverat på ett strukturerat sätt och informationen portioneras ut under hela vårdtiden. Jangland, Carlsson, Lundgren & Gunningberg (2012)

genomförde en studie där patienterna under vårdtiden försågs med kort med texten ”Berätta för oss...”. Där kunde patienterna förbereda frågor inför till exempel rondens eller utskrivningssamtalet. På korten fick de även ange hur snabbt de önskade ha svar, till exempel idag eller innan utskrivning. Kortet visade sig ha positiv effekt på patienternas möjlighet att vara delaktiga.

På några enheter följdes de intervjuade upp med telefonsamtal efter hemgång samt att stygnen togs bort på en så kallad suturmottagning på ortopedkliniken. Det möjliggör en bättre kontroll under den känsliga tiden direkt postoperativt fram till två till fyra veckor efter operationen och rekommenderas i PRISS slutrapport (PRISS protesrelaterade infektioner ska stoppas, 2014). Telefonuppföljning har även gjorts från en del enheter för att säkerställa att de intervjuade förstått given information och för att brygga över de gap som kan uppstå i vårdens övergångar. Tidpunkten för samtalet är intressant i relation till syftet med samtalet. I Svenska knäprotesregistret framkommer att debut att postoperativ infektion i snitt sker på 24:e dagen postoperativt (Svenska knäprotesregistret). Några av de intervjuade upplevde att samtalet kom vid en tidpunkt då allt var bra och att det inte fanns några frågor. Författaren menar att då telefonsamtal är resurskrävande skulle kvalitetsuppföljning kunna ske med modern teknik. Det skulle göra vården mer tillgänglig när behov finns och selektera ut de personer som behöver uppföljning via telefonsamtal. Även Whitby et al. (2007) menar att patientrapporterad data via internet baserad teknik skulle vara resurssparande och ge ytterligare möjligheter till utveckling.

Information om dubbeldusch inför operationen upplevde de intervjuade att de hade förstått. När de fick förklarat att dubbeldusch innebär att man tvålar in sig två gånger vid samma duschtillfälle var det flera som inte uppfattat den informationen. Även Jangland et al. (2009) har funnit i sina studier att det finns en risk för att operationsförberedelser inte görs korrekt om patienten inte förstått informationen och inte heller har förmågan eller möjligheten att ställa frågor. Frågorna kring dubbeldusch upplevde författarens som känsliga såtillvida att de intervjuade ville understryka att de utfört duschen korrekt och att en otillräcklig dusch inte kunde vara orsaken till infektionen. Ändå kvarstod vissa frågetecken om hur väl dubbelduschen hade blivit genomförd. I en rapport som Society for Medical Decision Making publicerade 2010 (Sepucha et al., 2010) blir det tydligt att det finns en diskrepans mellan hur informerad en patient känner sig och hur informerad patienten verkligen är. Denna studie styrker de som tidigare studier också har funnit, att personer med lägre utbildning tenderar att

känna sig mer välinformerade trots att de inte förstått informationen (Sepucha et al., 2010; Kadakia et al., 2013). En av de intervjuade berättade att han hade svårt att ta till sig skriftlig information och berättade lite uppgett att han hade i alla fall gjort av med alla svamparna i duschtvålsförpackningen. Uppenbarligen hade inte vårdpersonalen uppfattat hans behov av en mer personanpassad information. Om tiden är knapp och arbetsmiljön upplevs stressad ges inte tid för dialog som är förutsättningen för att ge en personanpassad information som kan övergå i kunskap hos patienten (Sahlsten et al., 2008; Jangland et al., 2009). I studien antyds att mycket fokus läggs på de biomedicinska frågorna och patienternas psykosociala och humanitära behov sätts åt sidan. Det kanske är just detta som en av de intervjuade upplever då han beskriver att han befinner sig i en fabrik. I en studie av Wolf, Ekman och Dellenborg (2012) konstaterades att de biomedicinska frågorna ofta sätts i centrum och patienternas personliga, andliga och existentiella behov kommer i skymundan. Där lyfts också vårdmiljöns utformning och vården standardiserade rutiner fram som ett hinder för att skapa möjlighet att möta patienternas behov. Fossum och Arborelius (2004) konstaterar att ortopedi är en specialitet där de kirurgiska åtgärderna står i centrum och de kirurgiska färdigheterna tränas systematiskt. Det leder till ett diagnosorienterat synsätt där den holistiska synen på patienten ofta får stå tillbaka (ibid).

De intervjupersoner som upplevt kontinuitet i vårdkedjan och haft en utsedd ansvarig läkare under vårdtiden känner sig trygga och välinformerade samt är nöjda med den behandling de gått igenom trots påfrestande och långa behandlingsperioder. De intervjupersoner som inte upplever kontinuitet vittnar om otrygghet. De beskriver vårdmiljön som en fabrik, där all personal är utbytbar. De upplever resursbrist och att ett stort ansvar lämnas till sjuksköterskorna som befinner sig i den yttersta ändan av vårdkedja på avdelningarna. Även Jangland et al. (2009) beskriver vikten av att bli respektfullt bemött och bekräftad som en person med unika förutsättningar. Patienterna i Jangland studie trodde att arbetsbelastningen på avdelningarna vara orsaken till personalens tidvis avsaknad av respekt. Dock var det inte en ursäkt för bristande empati då humanitet, vänlighet och respekt är själva kärnan i de medicinska professionerna (ibid). En av de intervjuade som säger sig mött 30-40 läkare ifrågasätter varför inte någon utses som ansvarig som kan förmedla information. Om det är en sjuksköterska eller läkare tyckte han var ovidkommande. Det viktiga var att någon hade ansvar för att kommunicera om planerad behandling och förväntat resultat.

Studien indikerar att många av de problem som de intervjuade upplevde under vårdtiden hade kunnat lösas om vården hade varit mer personcentrerad. Den information som gavs skulle kunna ha anpassats efter de intervjuades individuella behov vilket hade stärkt delaktigheten. Anpassning av information utefter patienternas behov och förmågor är enligt Ekman et al.(2011) en förutsättning för partnerskap och delat beslutfattande som grundar sig på patientens berättelser och en gemensam plan och överenskommelse om vården. Förutsättningarna ökar då för att undvika den typen av klagomål till Patientnämnden som Jangland et al.( 2009) granskade. I Janglands studie framkom att de vanligaste klagomålen handlade om brist på information, brist på respekt och brist på empati vilket leder till onödig oro och bristande förtroende för vården (ibid). I denna studie upplever de intervjuade att de inte fått information men också att de fått information men att det saknades rutiner för att säkerställa att informationen hade övergått i kunskap vilket ledde till att de intervjuade upplevde osäkerhet kring den information som förmedlades.

Personer som genomgår planerad proteskirurgi för höft- eller knäledsartros genomgår en livsstilsförhöjande operation. Några av de intervjuade uttryckte att om de bara vetat vilka risker de utsatte sig för, så hade de kanske avstått från operationen.

Personcentrerad vård kan kanske vara ett redskap inte bara för att öka förutsättningarna för att förhindra att vårdskador uppstår men även för att öka förutsättningarna för en framgångsrik rehabilitering utifrån andliga, existentiella, sociala och fysiska behov då vårdskador är ett faktum. I en review artikel av Olsson et al. (2013) var målet att undersöka effekterna och värdet av personcentrerad vård men gruppen konkluderade att det behövs ytterligare studier för en säker utvärdering av personcentrerad vård i olika kontext.

### **Slutsats**

Denna studie pekar på behovet av anpassad information till patienter med knä- och höftplastik för att de ska kunna vara delaktiga i det infektionsförebyggande arbetet från planerad operation tills rehabiliteringen är slutförd. Metoder för att anpassa information efter patienten förutsättningar behöver utvecklas. Personcentrerad vård är en metod som stärker patientens delaktighet och ökar patientens möjligheter till inflytande och delat beslutsfattande samtidigt som personcentrerad vård visats sig öka patientnöjdheten samt kostnadseffektiviteten. Att lyssna till patienternas berättelser är en förutsättning för att förstå patienterna upplevelse och förväntningar. Patientberättelsen är grunden för att bygga vården på ett partnerskap mellan



vårdgivare och vårdtagare. Läkarkontinuitet har lyfts fram som en viktig del för att öka patienttillfredsställelsen men om istället patientens berättelse och den gemensamma planen för vården, med mål och förväntningar, dokumenteras och således kommuniceras till hela vårdteamet kan alla i teamet inklusive patienten arbeta mot samma mål.

### **Klinisk betydelse**

I en alltmer pressad ekonomisk situation som vården befinner sig är det oerhört centralt att minska andelen vårdskador som är undvikbara. Att förebygga postoperativa infektioner och tidigt upptäcka en uppseglade infektion leder till minskade kostnader men framförallt onödigt lidande för patienterna. Behovet att anpassa vården efter patienternas behov och resurser blir tydligt i denna studie. Arbetsätt måste anpassas så att patienten blir en naturlig del i vårdteamet. Journalhantering måste anpassas så att patienterna inte bara får tillgång till sin egen journal utan även är en aktiv partner i framtagandet av journalen. Modern teknik måste få större utrymme i vården så att tillgängligheten ökar samt att kvalitetsuppgifter om utfall av kirurgi kan samlas via appar och internet.

### **Förslag på vidare forskning**

Denna studie visar på att det behövs mer forskning om personcentrerad vård i samband med vårdskador så som postoperativa infektioner. Kan personcentrerad vård minska förekomsten av postoperativa infektioner? Kan personcentrerad vård underlätta för den drabbade patienten att få upprättelse för den inträffade skadan och påskynda rehabilitering samt känsla av sammanhang?

## REFERENSER

- Agerberg, M. (2009). Protesinfektioner ska minskas. *Lakartidningen*, 106(6), 370-371.
- Andersson, A. E., Bergh, I., Karlsson, J. & Nilsson, K. (2010). Patients' experiences of acquiring a deep surgical site infection: an interview study. *Am J Infect Control*, 38(9), 711-717. doi: 10.1016/j.ajic.2010.03.017
- Bernat, J. L. & Peterson, L. M. (2006). Patient-centered informed consent in surgical practice. *Arch Surg*, 141(1), 86-92. doi: 10.1001/archsurg.141.1.86
- de Lissovoy, G., Fraeman, K., Hutchins, V., Murphy, D., Song, D. & Vaughn, B. B. (2009). Surgical site infection: incidence and impact on hospital utilization and treatment costs. *Am J Infect Control*, 37(5), 387-397. doi: 10.1016/j.ajic.2008.12.010
- Dale, H., Fenstad, A. M., Hallan, G., Havelin, L. I., Furnes, O., Overgaard, S., . . . Engesaeter, L. B. (2012). Increasing risk of prosthetic joint infection after total hip arthroplasty. *Acta Orthop*, 83(5), 449-458. doi: 10.3109/17453674.2012.733918
- Docteur, E. & Coulter, A. (2012). *Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård : en extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring*. Solna: Myndigheten för vårdanalys.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., . . . Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care--ready for prime time. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 10(4), 248-251. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008
- Eldh, A. C., Ekman, I. & Ehnfors, M. (2008). Considering patient non-participation in health care. *Health Expect*, 11(3), 263-271. doi: 10.1111/j.1369-7625.2008.00488.x
- Eldh, A. C., Ekman, I. & Ehnfors, M. (2010). A comparison of the concept of patient participation and patients' descriptions as related to healthcare definitions. *Int J Nurs Terminol Classif*, 21(1), 21-32. doi: 10.1111/j.1744-618X.2009.01141.x

- Fossum, B. & Arborelius, E. (2004). Patient-centred communication: videotaped consultations. *Patient Educ Couns*, 54(2), 163-169. doi: 10.1016/s0738-3991(03)00208-8
- Ghanem, E., Heppert, V., Spangehl, M., Abraham, J., Azzam, K., Barnes, L., . . . Stefansdottir, A. (2014). Wound management. *J Orthop Res*, 32 Suppl 1, S108-119. doi: 10.1002/jor.22554
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Horan, T. C., Andrus, M. & Dudeck, M. A. (2008). CDC/NHSN surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. *Am J Infect Control*, 36(5), 309-332. doi: 10.1016/j.ajic.2008.03.002
- Jämsen, E., Furnes, O., Engesaeter, L. B., Konttinen, Y. T., Odgaard, A., Stefansdottir, A. & Lidgren, L. (2010). Prevention of deep infection in joint replacement surgery. *Acta Orthop*, 81(6), 660-666. doi: 10.3109/17453674.2010.537805
- Jangland, E., Carlsson, M., Lundgren, E. & Gunningberg, L. (2012). The impact of an intervention to improve patient participation in a surgical care unit: a quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud*, 49(5), 528-538. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.10.024
- Jangland, E., Gunningberg, L. & Carlsson, M. (2009). Patients' and relatives' complaints about encounters and communication in health care: evidence for quality improvement. *Patient Educ Couns*, 75(2), 199-204. doi: 10.1016/j.pec.2008.10.007
- Kadakia, R. J., Tsahakis, J. M., Issar, N. M., Archer, K. R., Jahangir, A. A., Sethi, M. K., . . . Mir, H. R. (2013). Health literacy in an orthopedic trauma patient population: a cross-sectional survey of patient comprehension. *J Orthop Trauma*, 27(8), 467-471. doi: 10.1097/BOT.0b013e3182793338

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (2 ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Kyngäs, H. (2003). Patient education: perspective of adolescents with a chronic disease. *J Clin Nurs*, 12(5), 744-751.
- Larsson, I. E., Sahlsten, M. J., Segesten, K. & Plos, K. A. (2011a). Patients' perceptions of barriers for participation in nursing care. *Scand J Caring Sci*, 25(3), 575-582. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00866.x
- Larsson, I. E., Sahlsten, M. J., Segesten, K. & Plos, K. A. (2011b). Patients' perceptions of nurses' behaviour that influence patient participation in nursing care: a critical incident study. *Nurs Res Pract*, 2011, 534060. doi: 10.1155/2011/534060
- Lazarinis, S., Lidgren, L., Stefansdottir, A. & Dahl, W. A. (2013). Consensus document on prosthetic joint infections. *Acta Orthop*, 84(6), 507-508. doi: 10.3109/17453674.2013.867399
- Mangram, A. J., Horan, T. C., Pearson, M. L., Silver, L. C., & Jarvis, W. R. (1999). Guideline for Prevention of Surgical Site Infection, 1999. *Am J Infect Control*, 27(2), 97-134. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0196-6553\(99\)70088-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0196-6553(99)70088-X)
- Matthews, P. C., Berendt, A. R., McNally, M. A. & Byren, I. (2009). Diagnosis and management of prosthetic joint infection. *Bmj*, 338, b1773. doi: 10.1136/bmj.b1773
- Olsson, L. E., Hansson, E., Ekman, I. & Karlsson, J. (2009). A cost-effectiveness study of a patient-centred integrated care pathway. *J Adv Nurs*, 65(8), 1626-1635. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05017.x
- Olsson, L. E., Jakobsson Ung, E., Swedberg, K. & Ekman, I. (2013). Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials - a systematic review. *J Clin Nurs*, 22(3-4), 456-465. doi: 10.1111/jocn.12039

- Orem, D. E. (2001). *Nursing concepts of practice* (6 ed.). St Louis: Mosby
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (8 ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins
- PRISS protesrelaterade infektioner ska stoppas. (2014). Retrieved 20140512, from [http://www.patientforsakring.se/resurser/dokument/priss/slutrapport\\_priss\\_webb.pdf](http://www.patientforsakring.se/resurser/dokument/priss/slutrapport_priss_webb.pdf)
- Pulido, L., Ghanem, E., Joshi, A., Purtill, J. J. & Parvizi, J. (2008). Periprosthetic joint infection: the incidence, timing, and predisposing factors. *Clin Orthop Relat Res*, 466(7), 1710-1715. doi: 10.1007/s11999-008-0209-4
- Robinson, J. H., Callister, L. C., Berry, J. A. & Dearing, K. A. (2008). Patient-centered care and adherence: definitions and applications to improve outcomes. *J Am Acad Nurse Pract*, 20(12), 600-607. doi: 10.1111/j.1745-7599.2008.00360.x
- Sahlsten, M. J., Larsson, I. E., Sjostrom, B. & Plos, K. A. (2009). Nurse strategies for optimising patient participation in nursing care. *Scand J Caring Sci*, 23(3), 490-497. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00649.x
- Santy-Tomlinson, J., Vincent, M., Glossop, N., Jomeen, J. & Pearcey, P. (2011). Calm, irritated or infected? The experience of the inflammatory states and symptoms of pin site infection and irritation during external fixation: a grounded theory study. *J Clin Nurs*, 20(21-22), 3163-3173. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03805.x
- Seaman, M. & Lammers, R. (1991). Inability of patients to self-diagnose wound infections. *J Emerg Med*, 9(4), 215-219.
- Sepucha, K. R., Fagerlin, A., Couper, M. P., Levin, C. A., Singer, E. & Zikmund-Fisher, B. J. (2010). How does feeling informed relate to being informed? The DECISIONS survey. *Med Decis Making*, 30(5 Suppl), 77s-84s. doi: 10.1177/0272989x10379647

Sjögren, G. (2010, 14 december). Ökad infektionsrisk när fler knän opereras, *Svenska Dagbladet*.

Stefansdottir, A., Robertsson, O., Dahl, W.A., Kiernan, S., Gustafson, P. & Lidgren, L. (2009). Inadequate timing of prophylactic antibiotics in orthopedic surgery. We can do better. *Acta Orthop*, 80(6), 633-638. doi: 10.3109/17453670903316868

Socialstyrelsen rapport.(2006). Att förebygga vårdrelaterade infektioner i vården-ett kunskapsunderlag. Stockholm:Socialstyrelsen. Retrieved 20140505  
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-123-12>

Socialstyrelsen. (2014). *Termbank 2014*. Stockholm: Socialstyrelsen. Retrieved 20140512.  
Från <http://socialstyrelsen.item.se/>

Svenska höftprotesregistret. Retrieved 20140512, from <http://www.shpr.se/>

Svenska knäprotesregistret. Retrieved 20140512, from <http://www.myknee.se/>

Taylor, E. W., Duffy, K., Lee, K., Noone, A., Leanord, A., King, P. M. & O'Dwyer, P. (2003). Telephone call contact for post-discharge surveillance of surgical site infections. A pilot, methodological study. *J Hosp Infect*, 55(1), 8-13.

Whitby, M., McLaws, M. L., Doidge, S. & Collopy, B. (2007). Post-discharge surgical site surveillance: does patient education improve reliability of diagnosis? *J Hosp Infect*, 66(3), 237-242. doi: 10.1016/j.jhin.2007.04.014

WMA Declaration of Helsinki. (2013). Retrieved 20140501, from  
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Wolf, A., Ekman, I. & Dellenborg, L. (2012). Everyday practices at the medical ward: a 16-month ethnographic field study. *BMC Health Serv Res*, 12, 184. doi: 10.1186/1472-6963-12-184

**Intervjufrågor:**

1. Berätta vad det var som gjorde att du misstänkte att något inte stod rätt till med ditt opererade knä (eller höft)?
2. Var informationen som du fick från sjukhuset tydlig vart du skulle vända dig vid besvär och hur upplevde du att du blev bemött?
3. Du fick ett telefonsamtal efter hemgång. Hur upplevde du telefonsamtalet?
4. Nu vill jag att vi ska tala om hur du upplevde din möjlighet att vara delaktig för att minska risken infektion och vi delar upp det i tre delar.
  - a) Hur upplevde du förberedelserna inför operationen? Berätta om information du fick och hur du kunde ta till dig informationen.
  - b) När du var på avdelningen hur upplevde du din delaktighet och din roll i det infektionsförebyggande arbetet?
  - c) Hur upplevde du din roll efter hemgång för att upptäcka tidiga tecken på infektion?
5. Litteraturen beskriver vanligt förekommande tidiga tecken på infektion och nu skulle jag vilja veta mer i detalj hur du upplevde dina tidiga tecken på infektion?

**Mall för journalgranskning av demografisk och klinisk data**

Operationsdatum

Primäroperation höft eller knäprotes?

Debut infektion enligt journal

Ålder

Yrke/utbildning

Familjeförhållande

Komorbiditet

ASA klassificering

Rökning



**Samtycke verksamhetschefen alternativt ansvarig för höft eller knäproteskirurgi**

Härmed ger jag mitt godkännande till att presenterad intervjustudie om patientens upplevelse av tidiga tecken på postoperativ infektion efter höft- eller knäprotesoperation, genomförs på detta verksamhetsområde.

---

Underskrift

---

Ort/datum

---

Namnförtydligande

**Förfrågan om medverkan i studie om;**

**När det inte blev som planerat**

**Patientens upplevelse av tidiga tecken på postoperativ infektion efter höft-eller knäprotesoperation**

Inom ramen av en magister utbildning vid Röda Korsets Högskola planerar jag att göra en intervjustudie. Utbildningen är en fortbildning i mitt arbete som kvalitetsutvecklare på verksamhetsområde Ortopedi vid Södersjukhuset i Stockholm.

Syftet med studien är att utforska patientens upplevelse av tidiga symtom och tecken på postoperativ infektion efter höft och knäprotesoperation samt hur informationen om tidiga tecken på infektion har tagits emot.

Intervjuerna kommer att genomföras antingen i hemmiljö eller på sjukhuset. Jag beräknar att intervjun tar ca 45 minuter.

Jag vill fråga dig om du kan tänka dig att delta i studien. Dina svar kommer att behandlas konfidentiellt, vilket innebär att dina svar kan inte härledas till dig. Resultaten kommer att redovisas i en form där inga enskilda svar kan identifieras.

Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst och utan förklaring avbryta ditt deltagande. Om du väljer att inte delta eller om du beslutar dig för att avbryta kommer detta inte att påverka dig eller din fortsatta vård. Resultaten i denna undersökning kommer att kunna ge ökad kunskap som kan bidra till förbättrade arbetsmetoder.

Om du önskar ytterligare information angående denna undersökning kan du kontakta mig via mail eller telefon.

Med vänlig hälsning,

Anna Lena Brantberg (leg sjuksköterska och kvalitetsutvecklare)

Anna-lena.brantberg@sodersjukhuset.se

Mobil xxxxxxxxxxxx