

**UPPLEVELSE AV ORO, SMÄRTA OCH OBEHAG
VID KOLOSKOPIUNDERSÖKNINGAR
UR PATIENT- OCH SJUKSKÖTERSKEPERSPEKTIV**

En kvantitativ enkätstudie

Specialistsjuksköterskeprogrammet – gastroenterologisk vård med särskilt fokus på
endoskopi, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examensdatum: 2018-05-09

Författare:
Tobias Lindgren

Anna Söderlind

Handledare:
Daniel Sjöberg

Examinator:
Anders Rüter

SAMMANFATTNING

Det utförs 120 000 koloskopiundersökningar per år i Sverige. Koloskopi är den säkraste metoden att identifiera kolorektalcancer i ett tidigt skede och på så sätt öka överlevnaden. En rekommendation från Socialstyrelsen att införa ett nationellt screeningprogram i Sverige har publicerats under februari 2018. När screeningprogrammet införs kommer behovet av undersökningar att öka. Detta kommer ställa höga krav på kompetens och omvårdnad. För patienten kan koloskopiundersökningen orsaka oro, smärta och obehag. Sjuksköterskan som assisterar endoskopisten vid undersökningen har en central roll att uppfatta och identifiera om patienten upplever oro, smärta eller obehag samt sätta in adekvata åtgärder för att lindra detta. Undersökningen ska upplevas som acceptabel för patienten och kunna genomföras på bästa sätt.

Syftet med studien var att belysa patientens upplevelse av koloskopiundersökningen ur två olika perspektiv. Frågeställningarna var om patientens och endoskopiassistentens uppfattning av patientens upplevelse av undersökningen skiljer sig åt avseende oro, smärta och obehag. Finns det skillnader mellan de som skattar hög respektive låg oro, smärta eller obehag vad gäller ålder eller kön?

Metoden som valdes var empirisk kvantitativ studie, i form av en tvärsnittsstudie med enkäter. Studiedeltagare var både patienter och endoskopiassistenter.

Studiens resultat visar att patienterna har en högre oro än vad endoskopiassistenterna identifierar. När det gäller obehag och smärta ses inga signifikanta skillnader. Studien visar även att yngre patienter och kvinnor har högre oro än övriga patienter.

Vår slutsats var att endoskopiassistenterna i studien besitter en god förmåga att identifiera obehag och smärta hos patient som genomgår en koloskopiundersökning. Men studien visar även att endoskopiassistenter bör förbättra sin förmåga att värdera oro hos patienterna, främst hos yngre och kvinnliga patienter vilket även tidigare studier belyser. Studien visar också att patienter oroade sig för vad resultatet av koloskopiundersökningen ska visa. Samtidigt såg vi det som positivt att alla patienter i studien kände sig väl bemötta, omhändertagna och välinformerade.

Nyckelord: oro, smärta, obehag, upplevelse, koloskopi

ABSTRACT

In Sweden, 120,000 colonoscopy procedures are being performed each year. A colonoscopy is the best way to detect colon cancer in an early stage, and therefore increasing the chance of survival. A recommendation from the Swedish National Board of Health and Welfare that was published in February 2018, states that a national population screening program for colorectal cancer should be introduced. When the screening program starts the need for colonoscopy procedures will increase, and the demand for good skills and nursing capabilities will be high. The colonoscopy procedure can cause anxiety, pain and discomfort for the patient. The nurse who assists the endoscopist during the procedure has a central role to identify if the patient experiences anxiety, pain or discomfort, and to help the patient with the best means so that the procedure can be performed in the best possible way.

The purpose of the study was to understand the patient's experience of the colonoscopy procedure from two different perspectives. The question was whether the patient and the endoscopy assistant's perception of the patient's experience differed in terms of anxiety, pain and discomfort. Are there any differences between the patients who experience high or low anxiety, pain or discomfort in terms of age or gender?

The method chosen was an empirical quantitative study, in the form of a cross-sectional survey with questionnaires. Study participants were both patients and endoscopy assistants.

The results of the study show that the patients have a higher anxiety level than the endoscopy assistants can identify. In terms of discomfort and pain, no significant differences could be identified. The study also shows that younger patients and women have a higher anxiety level than other patients.

Our conclusion was that the endoscopy assistants in the study have a good ability to identify any discomfort or pain that a patient experience during a colonoscopy procedure. However, the study also shows that the endoscopy assistants could improve their ability to identify anxiety, primarily in younger and female patients, which also previous studies conclude. The study also shows that patients were worried about the results of the colonoscopy procedure. At the same time, we are positive about that all patients in the study felt well cared for and well-informed.

Keywords: anxiety, pain, discomfort, experience, colonoscopy

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Tarmcancerscreening.....	1
Omvårdnadsperspektiv	3
Utförande	5
Patientens upplevelse av koloskopi.....	5
Kommunikation.....	6
Utvärdering av endoskopienheter i andra länder	7
Problemformulering.....	8
SYFTE	8
METOD	9
Ansats	9
Design	9
Urval	9
Genomförande	9
Datainsamling	10
Enkäten	10
Dataanalys.....	11
Forskningsetiska överväganden.....	11
RESULTAT	12
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	20
Slutsats.....	22
Klinisk tillämpbarhet	22
REFERENSER	24

Bilaga 1- Patient enkätfrågor

Bilaga 2- Endoskopiassistent

Bilaga 3- Informerat samtycke

Bilaga 4- Checklista

Bilaga 5 & 6- Brev till verksamhetschef

INLEDNING

Koloskopi (kameraundersökning av tjocktarmen) är en av de säkraste metoderna för att identifiera kolorektalcancer i ett tidigt skede. Undersökningen kan av patienten uppfattas som besvärlig att genomföra och många upplever oro, smärta och obehag. Många patienter väljer att avstå undersökningen helt på grund av rädsla och negativa förväntningar. Samtidigt kan många endoskopiassistenter ha svårt att identifiera de patienter som har en negativ upplevelse av undersökningen. Mer kunskap om hur patienter och endoskopiassistenter uppfattar undersökningen kan leda till att vården kring koloskopier förbättras.

BAKGRUND

Kolorektalcancer är den tredje vanligaste cancerformen i Sverige, efter bröst- respektive prostatacancer, med ca 6000 nya fall per år enligt statistik från 2011 (Socialstyrelsen, 2013). Incidensen för kolorektalcancer är ungefär lika stor mellan kvinnor och män.

Kolorektalcancer utvecklas från adenom (godartad tumör) i tarmslemhinnan i 95 procent av fallen och tiden från att ett adenom blir synligt för blotta ögat till att det övergår i cancer uppgår till cirka 5-10 år (Zauber, O'Brien, Shi, Bayuga, 2007). Vanliga symtom är blod i avföringen, järnbristanemi och förändrade avföringsvanor. Koloskopiundersökning är den huvudsakliga metoden för att ställa diagnosen kolorektalcancer (Socialstyrelsen, 2013). Upptäcks kolorektalcancer i tid är prognosen god med en 10-årsöverlevnad på ca 60 procent (Socialstyrelsen, 2013).

Koloskopi är en av de undersökningar som ingår i samlingsbegreppet endoskopi, vilket betyder "att betrakta från insidan". Endoskopiska metoder benämns efter det organ man avser att undersöka och koloskopi innebär att man undersöker tjocktarmen (kolon). Undersökningen föregås av tarmrengöring och det är av avgörande betydelse att tarmens slemhinna är helt ren för inspektion. Koloskopiundersökning används både till diagnostik och till terapi (Järhult & Offenbartl, 2011). I Sverige genomförs idag cirka 120 000 koloskopier varje år och med införande av allmän screening för kolorektalcancer bedöms antalet dessutom stiga (Hultcrantz, et al., 2018). Koloskopi är den mest effektiva undersökningen för att identifiera adenom och kolorektalcancer (Mikocka-Walus, Moulds, Rollbusch & Andrews, 2012), som idag är den näst vanligaste cancerformen i Sverige, hos både män och kvinnor (Rutegård, 2017).

Tarmcancerscreening

Att screena människor för olika cancersjukdomar innebär att friska personer erbjuds en undersökning för att i ett tidigt skede kunna identifiera cancer. Många människor tolkar inbjudan till screening som att det är något man bör genomgå. De flesta drivs av känslor som rädsla till att acceptera screening, dock informeras de sällan om screeningens nackdelar. En nackdel är att de som redan är sjuka får konkurrera om samma resurser (Johansson & Brodersen, 2015).

SCREESCO-studien (Screening of Swedish Colons) är initierad av Socialstyrelsen och avser att studera vilken screeningmetod som lämpar sig bäst för att identifiera och förebygga tarmcancer i ett tidigt skede. Syftet är att reducera dödligheten, med tanke på att nästan 2700 personer/år avlider i Sverige av kolorektalcancer (Socialstyrelsen, 2013).

Studien samordnas och administreras av RCC (Regionalt cancercentrum) i Uppsala och Örebro och genomförs i 18 landsting (Hultcrantz, 2014). Studien omfattar studiepersoner i åldrarna 59-62 år och beräknas pågå i fem år från starten 2014 (Hultcrantz, 2014) I studien kommer det att ingå ca 270 000 individer fördelade på tre grupper. En grupp kallas för direkt koloskopi, en grupp lämnar prov för att identifiera eventuellt blod i avföringen och en tredje kontrollgrupp representerar befolkningen och erbjuds ingen intervention. Data samlas i ett nationellt kvalitetsregister (Hultcrantz, 2014) Forskargruppen i SCREESCO-studien har redan publicerat några studier, bland annat en kvalitativ studie där man tittat på människors värderingar och kunskap kring kolorektalcancer och av vilka anledningar man väljer att ingå eller att avstå en studie. Deras slutsats blev att tydligare information behövs i samhället om kolorektalcancer (Fritzell, Stake Nilsson, Jervaeus, Hultcrantz & Wengström, 2017).

Parallellt med SCREESCO-studien har en utvärdering av screeningprogram publicerats av Socialstyrelsen (2014) där man rekommenderar screening i åldersgruppen 60-74 år utifrån befintligt kunskapsunderlag. Man slår där fast att screening för kolorektalcancer är kostnadseffektivt och sänker dödligheten med cirka 15 procent. Bakgrunden till effektiviteten hos screeningen är flera: ett vanligt hälsoproblem, ett känt naturförlopp, en symtomfri fas som går att upptäcka och en lämplig testmetod i form av fekalt hemoglobin och koloskopi.

En studie genomfördes gemensamt i Sverige, Norge, Polen och Nederländerna (NordICC) där personer i åldern 55-64 år bjöds in till koloskopi, då detta ses som en bättre metod än test av fekalt hemoglobin. Endast 40 procent deltog (n=12574). Hos deltagarna hittades polyper eller adenom hos 9910 personer och koloncancer hos 62 personer, vilket tyder på att screeningprogram är positivt för att tidigt identifiera förstadium till cancer (Bretthauer et al., 2016).

Rekommendationer från WHO och EU har gjort att flera länder redan infört nationella screeningprogram (Hultcrantz et al., 2018). Under 2017 enades RCC som ansvarar för SCREESCO- studien, om att ett nationellt införande av tarmcancerscreening borde påbörjas så snart som möjligt i Sverige. I februari 2018 genomfördes en avstämning mellan RCC och Socialstyrelsens screeningråd där rådet stödjer RCCs uppfattning. Rekommendationer går nu ut till samtliga landsting/regioner om att införa tarmcancerscreening från och med 2019 (Hultcrantz et al., 2018). Valet av screeningmetod har gjorts utifrån flera överväganden, men den initiala rekommendationen är att i första hand genomföra avföringsprov med fekalt hemoglobin. Provets känslighet kommer resultera i att cirka två procent av alla screenade personer får positivt svar och blir erbjudna efterföljande koloskopiundersökning (Hultcrantz et al., 2018). Då alla människor i åldern 60-74 år ska ingå i screeningprogrammet vartannat år beräknas antalet koloskopiundersökningar uppgå till 16 000 per år när programmet är fullt utbyggt i Sverige. Införandet av allmän kolorektalcancerscreening 2019 kommer ställa höga krav på sjukvården vad det gäller kompetens och resurser. Behovet av både endoskopister och endoskopiassistenter beräknas stiga i hela landet (Hultcrantz et al., 2018), vilket medför ny personal i behov av både medicinsk kunskap och goda kunskaper i omvårdnad.

Omvårdnadsperspektiv

När människor behöver vård och omsorg förenklas ibland omvårdnaden. Människan delas upp i fragment och helheten glöms bort, där den humanistiska omtanken har försvunnit (Forsberg, 2016). Stommen i ämnet omvårdnad består av forskning och utbildning, i takt med att sjuksköterskeutbildningarna har blivit mer akademiska ser man även att omvårdnaden förbättras (Forsberg, 2016). När sjuksköterskan kan använda sin kompetens på rätt sätt är det enklare att påbörja omvårdnadsprocessen som består av fem steg, bedömning, diagnos, planering, genomförande och till sist utvärdering. På detta sätt ser vi helheten hos patienten och har fått en humanistisk helhetssyn (Forsberg, 2016).

Sjuksköterskans omvårdnadsarbete består idag av sex olika kärnkompetenser, som i Sverige är framtagna av Svensk sjuksköterskeförening (2017). Den första kärnkompetensen är personcentrerad vård och innebär att vi vårdar personen och inte sjukdomen i första hand. Sjuksköterskan ska etablera ett partnerskap och involvera personen för att göra den delaktig i behandlingen (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Vid undersökningen etableras partnerskapet mellan endoskopiassistent (sjuksköterskan) och personen innan undersökningen då de samtalar om undersökningen, personens förväntningar och kan diskutera de eventuella åtgärder som kommer utföras, såsom att exempelvis tillföra läkemedel (Föreningen för sjuksköterskor inom gastroenterologi i Sverige [FSGS], 2016).

Att sjuksköterskan ska samverka i team är den andra kärnkompetensen, vilket innebär att de olika professionerna är bättre tillsammans än var för sig då de kompletterar varandra (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). När flera professioner samverkar sker dessutom ett lärande mellan grupperna och kunskaperna ökas (Forsberg, 2016). I samband med koloskopi bildar endoskopist, endoskopiassistent och patient ett team. Teamet skapar en gemenskap i rummet och med samarbete och god kommunikation nås det gemensamma målet med en väl genomförd undersökning (FSGS, 2016).

Den tredje kärnkompetensen är evidensbaserad vård, vilket innebär bästa tillgängliga kunskap (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Det uppnås genom att vara nyfiken och ha en vilja att skaffa nya relevanta kunskaper via databaser. Idag finns ny forskning lättillgänglig via internet, men fortsatta utbildningar ger också nya kunskaper. Sjuksköterskan ska dock värdera nya kunskaper kritiskt. Vårdpersonal ska inte heller vara främmande för att ta hjälp av beprövad erfarenhet hos kollegor (Forsberg, 2016). Detta innebär att endoskopiassistenten hela tiden ska eftersträva fortsatt utbildning, söka nya kunskaper och ta hjälp av erfarna kollegor i situationer som upplevs svåra (FSGS, 2016).

Förbättringskunskap för kvalitetsutveckling är den fjärde kärnkompetensen som sjuksköterskan ska arbeta efter. Detta innebär att vården ska vara kunskapsbaserad, ändamålsenlig, säker, effektiv, jämlik och vården ska ske i rätt tid (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Denna kärnkompetens är egentligen en sammanfattning av ovanstående kärnkompetenser (Forsberg, 2016) och innebär att koloskopi ska utföras av endoskopist och endoskopiassistent med goda kunskaper vad gäller det medicinska behovet men även ha goda kunskaper om omvårdnad i samband med undersökningen. Veta vilka behov som kan uppstå och lämpliga åtgärder för dessa (FSGS, 2016).

Dessutom ställs höga krav på kunskaper om det medicintekniska då olika apparater och produkter (höggradigt rena och sterila) används i samband med undersökningen (Haycock, Cohen, Saunders, Cotton & Williams, 2014).

Kvalitetsutveckling innebär även att sjukvården ska mäta och följa upp sina åtgärder i vården (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Till hjälp kan kvalitetsindikatorer användas, de utgår från forskning och speglar de krav som ställs i lagar och förordningar. Indikatorerna kan användas som kvantitativa mått och utvärdera vård, aktiviteter, process och resultat för att förbättra vården (Forsberg, 2016).

Att sjuksköterskan ska ge säker vård och skydda patienten från vårdskada är den femte kärnkompetensen (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Vårdskada innebär något som orsakas av själva vården vi ger patienten. Detta kräver att endoskopiassistenten har goda kunskaper om all medicinteknisk apparatur, apparathygien och alla produkter som används i samband med undersökningen (Fjärstedt, 2017; FSGS, 2016). Det som också är av vikt för att skydda patienten från vårdskada är att följa de basala hygienrutinerna för att undvika infektioner i samband med undersökningen (Svensson & Rensfeldt, 2017).

Den sista kärnkompetensen är informatik, vilket bland annat omfattar dagens datoriserade journaler (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Efter avslutad undersökning ska resultatet av undersökningen journalföras. Sjuksköterskan ansvarar för omvårdnaden som utfördes och resultatet av det och att detta dokumenteras för framtiden. I denna kärnkompetens räknas även informationsflöde till andra verksamheter i vårdkedjan in, exempelvis om patienten är ineliggande på avdelning (Forsberg, 2016).

Utifrån vad Forsberg (2016) och Föreningen för sjuksköterska inom gastroenterologi i Sverige (2016) skriver bör sjuksköterskan använda samtliga kärnkompetenser för att kunna arbeta med en humanistisk helhetssyn. Det är av stor vikt att sjuksköterskan bemöter varje patient på en individuell nivå, samlar in all nödvändig information som krävs för att skapa gemenskap, tillit och förtroende. Sjuksköterskan ska lyssna in vilka förväntningar patienten har och fundera ut tänkbara behov och åtgärder redan innan undersökningen startar. När endoskopisten ansluter för undersökningen ska de verka som ett team och alla involverade ska få likvärdig information kring patienten och förväntningarna. Det är sedan sjuksköterskans ansvar att ge så god omvårdnad som möjligt under undersökningen så att upplevelsen blir så bra som möjligt. För att kunna genomföra detta bör sjuksköterskan ha goda kunskaper för att kunna utföra det evidensbaserat. Det är en fördel att använda någon form av mätinstrument för att kunna utvärdera insatta åtgärder (Forsberg, 2016; FSGS, 2016).

Ylinen, Vehviläinen- Julkunen & Pietilä (2007) lät sjuksköterskor vid endoskopienheter i Finland besvara enkäter som handlade om deras egen förmåga och kunskap. Syftet var att bedöma hur patienter upplevde smärta och oro i samband med undersökningen. Studien visade att många aldrig sökte ny kunskap i litteratur eller på internet. Majoriteten av sjuksköterskorna använde inga mätinstrument för att skatta oro eller smärta, utan svarade att det bästa var att kommunicera med patienten och förklara hur undersökningen upplevs innan den påbörjas, vilka känslor som kan uppstå då tarmen sträcks ut av luft och instrument. Hälften av studiedeltagarna svarade att de försöker distrahera patienterna från smärtan under undersökningen. Dock uppgav 96 procent av sjuksköterskorna att de bör förbättra sin förmåga att skatta smärta hos patienterna. Slutsatsen av studien blev att endoskopiassistenterna måste förbättra sina kunskaper genom att söka ny kunskap och att använda mätinstrument. Främst gällde detta smärta och oro för att kunna lindra lidande på ett adekvat sätt (Ylinen, Vehviläinen- Julkunen & Pietilä, 2007).

Utförande

Undersökningen utförs av en endoskopist (läkare eller specialistutbildad sjuksköterska) och en endoskopiassistent (sjuksköterska). Sjuksköterskan har en central roll i undersökningsrummet både som assistent för endoskopisten, men också för patienten (Ylinen, Vehviläinen-Julkunen, Pietilä, Hannila & Heikkinen, 2009). Det föreligger alltid en risk inom vården att omhändertagande av patienter blir slentrianmässigt då samma arbetsuppgifter utförs flera gånger om dagen (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Därför har endoskopiassistenten ett ansvar att möta varje patient på ett individuellt plan, att se helheten och skapa hälsa, lindra lidande och öka välbefinnandet. Att kunna identifiera behoven och använda rätt omvårdnadsåtgärder för att uppnå den bästa upplevelsen av undersökningen (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

Inför undersökningen läggs grunden för gemenskap mellan patient och vårdpersonal på undersökningsrummet. Patienten ska få utrymme för att uttrycka sina behov och endoskopiassistenten ska skapa omvårdnadsåtgärder för att tillgodose dessa (Forsberg, 2016; Lindwall & von Post, 2008). Målet med åtgärderna ska vara att lindra lidande och skapa en känsla av välbefinnande. Endoskopiassistenten ska skapa lugn och ro, visa att man bryr sig om patienten och det som uttrycks och att visa att man tar ansvar för det som sker på undersökningsrummet och skapar tillit (Lindwall & von Post, 2008).

Patientens upplevelse av koloskopi

När instrumentet förs in i kolon via analkanalen uppstår dragningar i mesenteriet då koldioxid insuffleras för god sikt och diverse manövreringar utförs för att komma upp genom kolon. Dessa dragningar kan orsaka smärtupplevelse hos patienten (Haycock, Cohen, Saunders, Cotton & Williams, 2014). Samma resultat ser Hafeez et al. (2010) som genomförde en kvalitativ studie för att jämföra upplevelsen av koloskopi och magnetröntgenundersökning av kolon. De ser i sin studie att majoriteten av patienterna upplever smärta och obehag vid koloskopiundersökning. Oro, smärta och obehag i samband med undersökningen kan minskas om patienten erhåller lugnande och/ eller smärtstillande läkemedel (Hafeez et al, 2010). Rostom et al. (2013) och Holme et al. (2016) beskriver att patienter som erhåller någon form av läkemedel mot smärta och oro upplever undersökningen bättre och kan tänka sig att genomgå koloskopi igen om det blir aktuellt.

Koloskopi kan orsaka oro, vara obehaglig och generande för patienten. Flera bakomliggande faktorer kan bidra till att öka oron. En del patienter uppger oro inför själva undersökningen medan andra uppger oro inför resultatet av undersökningen. Flera patienter upplever även oro efter undersökningen i väntan på eventuella provsvar (Jones et al., 2004). Mikocka- Walus, Moulds, Rollbusch och Andrews (2012) beskriver att patienterna ofta är oroliga för resultatet av undersökningen vilket kan orsaka oro även för själva undersökningen. Oron kan i sin tur även påverka patienternas följsamhet till undersökningen och ibland göra att patienten uteblir. Studien visar att patienter har svårt att prata om sin oro för undersökningen då det anses som tabubelagt att prata om besvär som uppstår från tarmar (Mikocka- Walus et al., 2012).

Flera studier visar att kvinnor och yngre patienter har högre oro inför koloskopiundersökningar. Faktorer som bidrar till oron är symtomen från magtarmkanalen, förberedelser inför undersökningen, oron för smärta av själva koloskopiundersökningen och för resultatet av undersökningen (Baudet & Aguirre-Jaime, 2012; Bensusan, Herrera- Mart'n & Aguado- Ivares, 2016; Denberg et al., 2005; Shafer et al., 2018). Arbete och att patienter har barn hemma kan vara faktorer som gör att yngre patienter avstår koloskopiundersökning. Även berättelser från vänner och bekanta kring undersökningen som en obehaglig upplevelse kan orsaka oro för undersökningen (Baudet & Aguirre- Jaime, 2012).

Ylinen, Vehviläinen-Julkunen & Pietilä (2008) beskriver att många patienter upplever undersökningen som obehaglig och ofta smärtsam. Smärtan jämfördes med muskelkramp eller tandvärk, några kvinnor jämförde det med förlossningssmärta. Dock uppgav flertalet att smärtan lindrades av att endoskopiassistenten samtalande lugnande och samtidigt guidade patienten genom undersökningen (Ylinen, Vehviläinen-Julkunen & Pietilä, 2008). Sjuksköterskan bör kunna identifiera patientens oro och smärta under undersökningen och vara behjälplig med lindring för att skapa en trygg situation för patienten. Genom att ge information och ha lugnande samtal med patienten under koloskopin kan detta leda till mindre smärta, oro och ångest för patienten (Ylinen, Vehviläinen-Julkunen, Pietilä, Hannila & Heikkinen, 2009).

Haycock, Cohen, Saunders, Cotton och Williams (2014) och Jones et al. (2004) beskriver koloskopi som en obehaglig upplevelse för patienterna. Om patienterna upplever undersökningen som obehaglig och smärtsam kan detta påverka följsamhet till ytterligare undersökningar i framtiden (Jones et al., 2004). Om patienter upplever undersökningen som obehaglig och smärtsam utan att erhålla någon form av läkemedel för att lindra detta (Holme et al., 2016; Rostom et al., 2013) kan framtida beskrivningar i samhället om koloskopi som en obehaglig och smärtsam undersökning leda till minskat intresse och följsamhet för exempelvis screening (Baudet & Aguirre- Jaime, 2012; Mikocka- Walus et al., 2012).

Kommunikation

Människans kommunikation kan delas in i två kanaler, verbal och icke verbal. Den verbala kommunikationen utgör cirka en tredjedel (Hanssen, 2005). Den icke verbala kommunikationen i mötet mellan vårdpersonal och patient är väldigt viktig i strävan att skapa förtroende och tillit. Den ickeverbala kommunikationen utgörs av kroppsliga rörelser, ansiktsuttryck, röstläge och tonfall. Patienten som är orolig kan ha svårt att slappna av, att ligga stilla på britsen, eller ha svårt att uttrycka sig verbalt. Ögonens rörelser och blicken är också viktiga aspekter. En orolig patient kanske inte söker ögonkontakt utan har en flackande blick. När sjuksköterskan fångat upp patientens icke verbala kommunikation och identifierat smärta eller oro kan den verbala kommunikationen användas för att vägleda, undervisa och visa förståelse för de känslor som uppstår under undersökningen. Dock behöver sjuksköterskor träna sin förmåga att kommunicera med patienter för att informera och undervisa och därigenom skapa trygghet och lugn. En utmaning inom vården i dagens mångkulturella samhälle är olika verbala språk. Om patienten inte förstår det svenska språket är det bra att anlita professionell tolk då språkförbristningar kan leda till feltolkningar (Hanssen, 2005).

Oro och smärta är subjektiva upplevelser som påverkas av attityd, kunskap och tidigare erfarenheter hos patienterna, men även kulturella skillnader påverkar hur det upplevs (Mathisen, 1997). Att beskriva smärta och oro kan vara mycket svårt då de individuella gränserna påverkar känslan hos patienten och hur smärta och oro beskrivs. Vårdpersonal riskerar att inte tro på det patienten uttrycker verbalt då de yttre tecknen inte visar på smärta (Mathisen, 1997). Även det omvända förekommer, att patientens kroppsspråk visar på smärta men förnekar detta på förfrågan. Ofta begränsas patientens möjlighet att uttrycka vad som upplevs på grund av bristande kunskaper och erfarenheter. Därför bör vårdpersonalen kommunicera med patienten om vilka känslor som kan uppstå under undersökningen och varför. När patienten uttrycker smärta eller oro verbalt eller kroppsligt, är det av vikt att vårdpersonalen sätter in lämpliga åtgärder för detta. Exempel på detta är hjälp till avslappning eller att endoskopisten ordinerar lugnande och smärtstillande läkemedel (Mathisen, 1997).

Problem kan uppstå vid kommunikation inför undersökningen (Toomey et al., 2015). Detta kan inverka på patientens förståelse inför undersökningen, förberedelser med laxering samt kostrestriktioner och koloskopiundersökningen i sig. Det kan skapa ångest och oro såsom en känsla av att någon tränger in i ens privatliv (Toomey et al., 2015). van Zuuren, Grypdonck, Crevits, Vande Walle & Defloor (2006) menar istället att patienterna har högre oro i hemmet i väntan på undersökningen. Nivåerna av oro sjunker då patienten erhåller kallelse och informationsbrev från endoskopienheten. Dock har ett fåtal patienter fortfarande oro då de anländer till undersökningen men författarna anser att den skriftliga informationen till patienten minskar oro hos de flesta (van Zuuren, Grypdonck, Crevits, Vande Walle & Defloor, 2006).

Utvärdering av endoskopi i andra länder

The European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) och United European Gastroenterology (UEG) har identifierat flera olika kvalitetsindikatorer inom nedre endoskopi (Kaminski et al., 2017). Man rekommenderar nu de europeiska länderna att införa kvalitetsregister för att kunna utvärdera sina verksamheter utifrån dessa indikatorer. En av de indikatorer som identifierats är patientens upplevelse av undersökningen (Kaminski et al., 2017).

I det norska screeningprogrammet för kolorektalcancer har det gjorts en studie på patientens upplevelse (Moritz et al., 2014). Den visade att patienterna uppvisade högre nivåer av smärta än vårdpersonalen uppskattat. Det fanns också en signifikant skillnad mellan könen, då kvinnor upplevde högre smärta än män (Moritz et al., 2014). I Kanadas screeningprogram för kolorektalcancer fanns dock ingen signifikant skillnad mellan patienter och vårdpersonal när de uppgav hur patienten upplevt smärta och obehag under koloskopi, men man fann något högre nivåer av smärta och obehag hos kvinnliga patienter (Rostom et al., 2013).

I Finland har man undersökt följsamhet till koloskopier hos patienter med Lynch syndrom som är en ärftlig form av tarmcancer (Pylvänäinen, Kairalouma & Mecklin, 2005). Smärta uppgavs då som en av anledningarna till att undersökningen var besvärlig att genomföra och några av studiedeltagarna valde till och med att avbryta deltagandet för framtida koloskopier. I enkäten som användes hade deltagarna möjlighet att lämna kommentarer om undersökningen och en av de vanligaste sakerna som kom fram var just smärta och obehag (Pylvänäinen et al., 2005).

I Nederländerna genomfördes ett kvalitetsutvecklingsarbete och patienter vid tolv endoskopienheter fick besvara enkäter om vilka faktorer som påverkade upplevelsen av undersökningen (Sint et al., 2011). De faktorer som associerades med missnöje var patienter av yngre ålder, främst kvinnor, om undersökningen utfördes av endoskopist under utbildning, om undersökningen blev inkomplett och om patienterna upplevde att de fått för lite sedering. Faktorer som associerades med nöjda patienter var om endoskopisten upplevdes som skicklig, att patienten upplevde mindre obehag än förväntat, om patienten upplevde sig tillräckligt smärtlindrad och möjligheten att få ett preliminärt svar på undersökningen (Sint et al., 2011). I Kanada har en studie genomförts för att utvärdera endoskopiverksamheter vid fyra olika sjukhus (Jonge et al., 2010). Patientens upplevelse av förberedelser, informationsöverföring under och efter samt hur undersökningen upplevdes i helhet besvarades i enkäter. Majoriteten uppgav att proceduren var acceptabel, oberoende av tidigare erfarenheter av koloskopi. Dock uppgav en majoritet av de yngre patienterna att undersökningen var obehaglig (Jonge et al., 2010).

Problemformulering

Kolorektalcancer är en allvarlig sjukdom där tidig upptäckt kan vara avgörande för patientens överlevnad. Rekommendationerna att införa tarmcancerscreening i Sverige under 2019 kommer att öka antalet koloskopier. En koloskopiundersökning är ett av de bästa sätten att diagnostisera kolorektalcancer, men upplevs av många patienter som jobbig att genomföra. Oron inför och smärtan under undersökningen kan leda till att patienten helt avstår ifrån eller avbryter undersökningen, vilket kan leda till försenad diagnos och sämre överlevnadsprognos.

Sjuksköterskan som assisterar vid koloskopiundersökningar har en central roll vad gäller att uppfatta och identifiera om patienten upplever oro, smärta eller obehag samt medverka till att lindra detta, för att undersökningen skall kunna genomföras på bästa sätt. Tidigare studier i andra länder visar att vårdpersonal har svårt att uppskatta patientens upplevelse av koloskopi. Patientens upplevelse av undersökningen har identifierats som en kvalitetsindikator inom nedre endoskopi av ESGE och UEG, kvalitetsindikatorer är viktiga för att kunna utvärdera den omvårdnad och vård som patienten erhåller. Därför finns det ett behov att undersöka hur vårdpersonal i Sverige uppfattar patientens upplevelse av undersökningen och om de kan fånga upp de patienter som lider av oro, smärta eller obehag.

SYFTE

Syftet med studien var att belysa patientens upplevelse av koloskopiundersökningen ur två olika perspektiv.

Frågeställningar

- Skiljer sig patientens och endoskopiassistentens uppfattning av undersökningen åt avseende oro, smärta och obehag?
- Skiljer sig åldern mellan de som skattar hög respektive låg oro, smärta och obehag?
- Föreligger det någon skillnad mellan könen avseende patientens svar på enkäten?

METOD

Ansats

Empirisk kvantitativ studie där författarna undersökte den objektiva verkligheten med hjälp av erfarenhet hos sjuksköterskan och iakttagelser hos patienterna. Utifrån det statistiska resultatet kunde sedan en hypotesprövning göras för att antingen falsifiera eller troliggöra vår nollhypotes. Vår nollhypotes var att det inte kommer föreligga någon skillnad mellan patienternas upplevelse och vårdpersonalens bedömning av patientens upplevelse (Polit & Beck, 2017).

Design

Studien planerades som en tvärsnittsstudie, då data från en viss population samlats in vid ett utvalt tillfälle (Polit & Beck, 2017) med hjälp av strukturerade enkäter.

Urval

Urvalet gjordes dels genom bekvämlighetsurval då studieförfattarna arbetade vid de två endoskopienheter som ingick i studien. Studiedeltagare inkluderades sedan genom konsekutivt urval då de var kallade för koloskopiundersökning till de olika mottagningarna under en förutbestämd tidsperiod.

Studiedeltagarna som inkluderades i studien var patienter över 18 år. Nybesökspatienter som inte tidigare hade genomfört undersökningen. Polikliniska patienter, då de hade tid att fylla i enkäten i lugn och ro efter undersökningen. Patienter som kunde läsa och förstå svenska språket, för att kunna förstå och fylla i frågeformuläret. Patienter skulle ej ha diagnostiserats med demenssjukdom som då kunde ha svårt att förstå innebörden i ett deltagande. Sjuksköterskor som var anställda vid berörda mottagningar. Patienter remitterade enligt standardiserat vårdförlopp (SVF) var initialt exkluderade, men inkluderades två veckor in i datainsamlingsperioden efter revision av projektplanen i samråd med kursledning och handledare för att öka chanserna att få in önskvärt antal deltagare.

Studiedeltagare som erhöll sedering av narkospersonal kunde inte besvara frågorna i formuläret och exkluderades därför. Patienter som ingick i SCREESCO- studien var redan med i annan studie med liknande enkät och exkluderades. Uteblivna eller ofullständigt ifyllda enkäter har exkluderats.

Genomförande

Tillstånd att genomföra studien inhämtades från berörda verksamhetschefer vid endoskopienheter på två sjukhus i Mellansverige när projektplanen var godkänd (Bilaga 5 & 6). Tillstånd att använda SCREESCO- studiens enkät inhämtades v41, 2017. Den omarbetades sedan av studieförfattarna (se Bilaga 1 & 2). Frågorna är samma som i SCREESCO-studien men enkäten omarbetades till denna studie. Ålder, kön samt kod lades till. Frågorna omarbetades på enkäten till endoskopiassistenten om oro, smärta och obehag så sjuksköterskorna kunde besvara om de kunde skatta patientens upplevelse av koloskopi genom observation. Därefter tillfrågades sjuksköterskor på berörda mottagningar och informerades muntligt om studiens syfte och om de olika frågeformulären. De hade då möjlighet att acceptera ett deltagande i studien.

Sjuksköterskorna instruerades om hur de skulle informera en patient som uppfyllde inklusionskriterierna (bilaga 3). Enkäterna parades ihop med hjälp av en kod och placerades tillsammans med kuvert i postfack på respektive enhet så att endoskopiassistenterna kunde nå dem. Insamlingen av data startade vecka 51, 2017 och pågick till vecka 5, 2018.

Patienten fick information av sjuksköterskan om studien och tillfrågades om ett deltagande i studien. Om patienten accepterade deltagande fick patienten efter koloskopiundersökningen fylla i ett frågeformulär (bilaga 1) och skriva på ett informerat samtycke (bilaga 4). Enkäten förslöts sedan i ett kuvert av patienten och lämnades i en låda på mottagningen innan patienten lämnade enheten. Patienten hade då valet att avstå från att delta i studien och inte känna sig tvingade att delta fram till koloskopiundersökningen var klar. Endoskopiassistenten fick under undersökningen skatta patienten upplevelse av koloskopi och fylla i ett frågeformulär (bilaga 2) efter undersökningen som därefter förslöts i ett kuvert. Samtliga kuvert (både patientens och endoskopiassistentens) var markerade med kodsiffror. Enkäterna förvarades i en låda som studieförfattarna ansvarade för på respektive sjukhus och som endast öppnades av studieförfattarna.

Studieförfattarna samlade sedan in samtliga enkäter under vecka 6, 2018, och matade in data i Microsoft Excel. Dessa data importerades därefter till statistikprogrammet SPSS för analys samma vecka.

Datainsamling

Data bestod av frågeformulär enligt ovan samt information om ålder och kön och samlades in från vecka 51 (2017) fram till vecka 5 (2018), fördelade vid två endoskopienheter i Mellansverige. Det planerade antalet deltagare baserades på powerberäkning (se dataanalys). Målet var att uppnå 100 stycken deltagare

Enkäterna har varit numrerade parvis för att identifiera att båda enkäterna kring deltagaren och assistenten kommit tillbaka besvarade. Enkäterna lämnades dock ut osorterade för att minska risken att röja identiteten hos patienten. Ofullständigt ifyllda enkäter har exkluderats från studien, exempelvis om en av parterna inte fyllt i.

Inget register upprättades som kopplar respektive kod till enskilda patienters personuppgifter. Kuverten öppnades först när all data var insamlad för att minimera risken för påverkan av resultatet. Kuverten har endast öppnats av studieansvariga.

Enkäten

Enkät från SCREESCO-studien valdes till detta arbete då det är Sveriges största pågående studie inom tarmcancerområdet. Tillstånd erhöles av forskare i SCREESCO-studien att använda deras enkät (mailkorrespondens med Kaisa Fritzell, medicine doktor, den 12 oktober 2017). Patientens enkät baseras på frågor från SCREESCO-studien (Bilaga 1) och utifrån den utvecklades en förkortad version för sjuksköterskan (Bilaga 2).

Frågeformulären utformades av författarna för att kunna svara på studiens syfte. Patienterna har svarat på frågor som ålder, kön, oro inför undersökningen och resultatet, informerade inför undersökningen, bemötandet från personal samt smärta och obehag under undersökningen. Endoskopiassistenten besvarade frågor om hur de skattade patienten upplevelse under koloskopin vad gällde oro, smärta och obehag.

Dataanalys

Pappersenkäterna matades in manuellt i en Excelfil och sedan analyserades data med hjälp av SPSS som är ett statistiskt program. I SPSS kan man räkna ut skillnader, samband och signifikanser (Eliasson, 2017). Analysen genomfördes av författarna gemensamt när datainsamlingen var klar (vecka 6 2018). För att kunna analysera svaren i enkäterna omvandlades de till siffror enligt Likert skala (Polit & Beck, 2017) innan de matades in i Excelfilen. Samtliga enkätfrågor samt kön redovisades med antal och procent. Ålder redovisades med medelvärde och standarddeviation. Medelvärdet är det mått som är mest använt vid kvantitativa variabler som är normalfördelade och som innebär att man summerar observationer och dividerar med antal deltagare, standardavvikelsen mäter genomsnittliga avvikelser från medelvärdet (Ejlertsson, 2003). I analysen har inte patienterna kopplats till respektive endoskopiassistent utan analysen gjordes på gruppnivå.

I samtliga enkätfrågor fanns fem svarsalternativ och dessa presenteras deskriptivt. För att undvika masssignifikans och för att kunna jämföra patientens svar med sjuksköterskans svar på frågorna oro, smärta och obehag dikotomiserades dessa svarsalternativ till två värden. De tre första alternativen (inte alls, lite och varken eller) utgjorde ett värde: låg. De sista två alternativen (mycket och väldigt mycket) utgjorde ett värde: hög. För att jämföra studiedeltagarnas svar på enkäten med endoskopiassistenternas svar användes fyrfältstabell och χ^2 -test. Även vid jämförelse mellan deltagarnas kön och svar på enkäten användes χ^2 -test. Skillnader i ålder mellan grupperna låg respektive hög oro, obehag och smärta beräknades med T-test. Detta utfördes för att räkna ut p-värde och se eventuella signifikanser i resultatet.

Alla test var tvåsidiga och p-värden $<0,05$ bedömdes som statistiskt signifikanta. En powerberäkning utfördes för att beräkna antalet nödvändiga studieobjekt. Utifrån denna uppskattades antalet studiedeltagare till 100, baserat på antagandet att 25 procent av patienterna och 10 procent av endoskopiassistenterna förväntades ange svarsalternativen mycket/väldigt mycket (hög), med ett $1-\beta$ på 0,8 och α på 0,05. Med dessa tester kunde nollhypotesen antingen påvisas som sann eller falsifieras (Polit & Beck, 2017).

Forskningsetiska överväganden

Alla som deltog i studien fick information om studiens syfte och tillvägagångssätt. Deltagandet var frivilligt och samtliga kunde avbryta sin medverkan när som helst. Informerat samtycke (Bilaga 4) undertecknades av patient i enlighet med Helsingforsdeklarationen, där även information om var framtida publicering kommer att finnas. Studiedeltagarna blev informerade om konfidentialitet och att inget av svaren skulle kunna identifiera dem.

Studiedeltagarna angavs med kod som inte kan kopplas till enskilda patienters personuppgifter, vilket bevarade anonymiteten. Ingen etikprövning gjordes. Enligt Lag om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460) 2 § är det inget krav på etikprövning om studien utförs inom ramen för högskoleutbildning på avancerad nivå om man kan skydda studiedeltagarnas anonymitet. Svarskverten förvarades i en låda på respektive mottagning där studien genomfördes och endast studieansvariga hade tillgång till kod och enkätsvar. Enligt Helsingforsdeklarationens etiska principer för medicinsk forskning ska insamlad data hanteras konfidentiellt och försvaras i säkerhet.

RESULTAT

Totalt tillfrågades 89 patienter att delta från båda sjukhusen, varav två tackade nej och tre exkluderades då enkäterna var ofullständigt ifyllda vilket gör ett bortfall på sex procent. Sammanlagt deltog således 84 patienter i studien, varav 41 patienter från det ena sjukhuset och 43 patienter från det andra. Det var en jämn fördelning mellan könen, 40 kvinnor och 44 män. Genomsnittsåldern var 62 år (SD:14,3), yngsta 20 år och äldsta 87 år. Sexton sjuksköterskor deltog också i studien. Elva sjuksköterskor från ena sjukhuset och fem från det andra.

Endast patienterna besvarade frågor om information inför besöket, bemötandet, omhändertagandet och oro för resultatet av undersökningen. Majoriteten av deltagarna svarade bra och mycket bra i att de kände sig informerade, väl bemötta och var nöjda med omhändertagande i samband med undersökningen. Ingen av patienterna angav de lägre svarsalternativen i dessa frågor. En del patienter upplevde en viss oro inför resultatet av undersökningen (se Tabell 1).

Tabell 1. Resultatsammanställning av patientenkät.

Enkätfråga	n	(%)
Hur informerad upplever du att du var inför undersökningen?		
Dåligt	0	(0,0)
Ganska dåligt	0	(0,0)
Varken eller	0	(0,0)
Bra	30	(35,7)
Mycket Bra	54	(64,3)
Hur upplever du att du blev bemött i samband med undersökningen?		
Dåligt	0	(0,0)
Ganska dåligt	0	(0,0)
Varken eller	0	(0,0)
Bra	5	(6,0)
Mycket bra	79	(94,0)
Hur upplevde du att du blev omhändertagen under undersökningen?		
Dåligt	0	(0,0)
Ganska dåligt	0	(0,0)
Varken eller	0	(0,0)
Bra	6	(7,0)
Mycket bra	78	(93,0)
I vilken utsträckning oroade du dig över resultatet av undersökningen?		
Inte alls	2	(2,4)
Ganska lite	28	(33,3)
Varken eller	27	(32,1)
Mycket	23	(27,4)
Väldigt mycket	4	(4,8)

Tre ytterligare frågor besvarades av både patient och endoskopiassistent, där patient fick skatta sin oro inför undersökningen, smärta och obehag av själva koloskopin. Endoskopiassistenternas skattade observation av patienter av samma frågor under undersökningen. Endoskopiassistenterna kan ha medverkat vid flera undersökningar. Resultatet dikotomiserades inför den statistiska analysen (se Tabell 2).

Tabell 2. Upplevelse av oro, smärta och obehag med jämförelse mellan patient och endoskopiassistent. Patient har endast gjort en undersökning medan assistent kan ha observerat vid flera undersökningar.

Enkätfråga	Patient		Endoskopiassistent		p-värde*
	n	(%)	n	(%)	
Oro					
Låg	51	(60,7)	64	(76,2)	0,0309
Hög	33	(39,3)	20	(23,8)	
Smärta					
Låg	71	(84,5)	72	(85,7)	ns
Hög	13	(15,5)	12	(14,3)	
Obehag					
Låg	73	(86,9)	71	(84,5)	ns
Hög	11	(13,1)	13	(15,5)	

* χ^2 -test låg/hög vs patient/endoskopiassistent, ns = icke signifikant

När skillnader mellan könen jämfördes fanns en signifikant skillnad mellan män och kvinnor vad gällde oro (Se tabell 3). Majoriteten av kvinnor (21/40) uppgav hög oro men endast en minoritet av männen (12/44). Ingen signifikans kunde påvisas avseende smärta eller obehag.

Tabell 3. Upplevelse av oro, smärta och obehag med jämförelse mellan könen.

Enkätfråga	Kvinna		Man		p-värde*
	n	(%)	n	(%)	
Oro					
Låg	19	(22,6)	32	(38,1)	0,0180
Hög	21	(25,0)	12	(14,3)	
Smärta					
Låg	32	(38,1)	39	(46,4)	ns
Hög	8	(9,5)	5	(6,0)	
Obehag					
Låg	36	(42,9)	37	(44,0)	ns
Hög	4	(4,8)	7	(8,3)	

* χ^2 -test låg/hög vs kvinna/man, ns = icke signifikant

De patienter som uppgav hög oro hade en signifikant lägre medelålder (58 år, SD:16,0) jämfört dem som skattade låg oro (64 år, SD:12,5), $p=0,039$. Medelåldern för dem som uppgav hög smärta var 61 år (SD:15,5) och låg smärta 62 år (SD:14,1), vilket inte var någon statistiskt signifikant skillnad. För patienter som skattade hög nivå av obehag var medelåldern 58 år (SD:15,6) och för de som skattade låg nivå var medelåldern 62 år (SD:14,1), vilket inte heller var statistiskt signifikant (se tabell 4).

Tabell 4. Upplevelse av oro, smärta och obehag med jämförelse med ålder.

Enkätfråga	n	medelålder	standardavvikelse	p-värde*
Oro				
Låg	51	64	12,5	0,039
Hög	33	58	16,0	
Smärta				
Låg	71	62	14,1	ns
Hög	13	61	15,5	
Obehag				
Låg	73	62	14,1	ns
Hög	11	58	15,6	

* t-test låg/hög vs ålder, ns = icke signifikant

DISKUSSION

Metoddiskussion

Ansats och design

Studien genomfördes med kvantitativ ansats som är lämplig för att samla in data från en större population och få ett statistiskt resultat. Ansatsen var även mest lämplig för få en jämförelse mellan två grupper. Om studien genomförts med en kvalitativ ansats hade en djupare förståelse för patientens upplevelse kunnat beskrivas, men då hade den statistiska jämförelsen med assistenterna inte kunnat genomföras (Polit & Beck, 2017). Dessutom arbetar båda studieförfattarna inom endoskopiverksamhet och har en förförståelse vilket hade riskerat objektiviteten med en intervjustudie enligt Polit och Beck (2017). Litteraturoversikt var inget alternativ då sökningar i databaserna inte gav tillräckligt underlag utifrån syftet.

Urval

Urvalets inklusions- och exklusionskriterier gjordes på sådant sätt att det så långt det var möjligt inte skulle påverka studiens resultat. När urvalsprocessen startade ansåg studieförfattarna att etiska överväganden gjordes utifrån vetenskapsrådets etiska principer (informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav och nyttjandekrav) då endast myndiga och beslutskompetenta personer valdes ut. Patienter under 18 år gör huvudsakligen koloskopi i narkos. De är inte heller myndiga och kan inte själva lämna samtycke att delta i en studie. Av dessa anledningar valdes endast patienter 18 år eller äldre som studiedeltagare.

Både sjuksköterskor och undersköterskor kan assistera vid koloskopier, men sjuksköterskans roll på klinikerna där studien utfördes innebär även att möta patienten vid ankomst, informera och ge läkemedel vid undersökningarna och därmed har ytterligare kunskap att åtgärda de identifierade problemen under koloskopin. Detta gjorde att sjuksköterskor som deltagare i studien ansågs lämpligare på grund av en närmare kontakt med patienten jämfört med undersköterskor, då de träffar patienterna under en längre tid. Ingen av studiens författare som även arbetar som sjuksköterskor på de deltagande klinikerna, deltog i sin yrkesroll under någon av koloskopiundersökningarna för att säkerställa att ingen påverkan på enkätsvaren från dessa kunde ske.

Datainsamlingen gjordes genom kodade enkäter för att ingen koppling skulle finnas mellan patienterna och deras enkätsvar. Samtliga enkäter lämnades i förslutna kuvert vilka öppnades av studieförfattarna efter avslutad datainsamling för att säkerställa att ingen kännedom om identiteten på patienter eller endoskopiassistenter fanns vid datasammanställningen.

Patienter som accepterat deltagande i SCREESCO- studien exkluderades från urvalet för att minska risken att svaren skulle påverkas av att de redan deltagit i en studie där samma frågor användes. I vår studie fick patienterna besvara enkäten på plats medan SCREESCO- patienterna får enkäten med sig hem. Risken fanns att studiedeltagarna besvarar enkäterna olika eller avstår att besvara SCREESCO- studien då den besvaras efter att patienten lämnat enheten.

Exklusionskriteriet att patienter som tidigare genomgått en koloskopiundersökning inte skulle ingå i urvalet användes för att endast patienter utan tidigare erfarenheter och upplevelse av en koloskopiundersökning skulle ingå i studien.

För att en patient skulle kunna ingå i studien behövde de kunna förstå de skrivna frågorna på svenska, då det inte fanns tid under patientens besök på kliniken för att översätta frågorna. Detta gjorde att vissa samhällsgrupper blev exkluderade från studien, vilket gjorde urvalet smalare än om dessa hade kunnat vara med.

Inneliggande patienter exkluderades då de åker tillbaka till avdelningarna direkt efter koloskopin vilket skulle gjort det svårt rent tidsmässigt att dela ut och samla in enkäterna i studien.

En svaghet i urvalet var exkluderingen av patienter med demenssjukdom vilka på grund av sin sjukdom skulle få svårt att förstå och besvara enkätfrågorna. De patienter som enligt journal hade en demensdiagnos exkluderades därför av sjuksköterskorna som förberedde koloskopiundersökningarna. Alla patienter med demenssjukdom har dock inte fått en diagnos än, och därför är det möjligt att patienter med demens har ingått i gruppen patienter som besvarade enkäten.

Patienter remitterade enligt standardiserat vårdförlopp (SVF) var exkluderade i början av studien. Projektplanen reviderades därefter att inkludera även dessa patienter, dels eftersom rekryteringen gick långsamt, dels eftersom SVF-patienterna utgjorde så stor del av verksamheten att resultatens generaliserbarhet annars skulle ha blivit svag. Beroende på vilken information patienter remitterade enligt SVF får av läkare kan de ha högre nivå av oro inför undersökningen. När det gäller frågeställningarna om endoskopiassistenten kan identifiera oro, obehag och smärta samt skillnader utifrån ålder och kön, bedöms inte resultatet påverkas av att SVF-patienterna inkluderades i studien.

Datainsamling

Ifyllandet av enkäter skedde på mottagningen direkt efter undersökningen. Om patienterna istället skulle ha fyllt i enkäten efter hemkomst från mottagningen befarades att bortfallet skulle bli högt och att resultatet skulle påverkas (recall bias). Att patienten fick fylla i enkäten på mottagningen har dock vissa nackdelar. Patienterna kan ha känt sig tvingade att ge positiv respons på omhändertagande och bemötande då endoskopiassistenterna fanns närvarande i lokalerna (Polit & Beck, 2017). För att minska denna risk och ge möjlighet till rättvisande data vidtogs flera åtgärder för att garantera patienternas anonymitet, till exempel kodade enkäter samt avsaknad av information som kunde koppla samman enskilda enkäter med specifika patienter.

Enkäterna besvarades vid ett utvalt tillfälle för alla deltagare, tvärsnittsstudie, för att få en bild av verkligheten här och nu (Polit & Beck, 2017). Vidare menar Polit och Beck (2017) att konsekutivt urval som gjordes i denna studie är den starkaste urvalsmetoden då insamling sker löpande under en tidsperiod utifrån en förutbestämd tillgänglig population. Metoden minskar risken för bias då deltagarna inkluderas utifrån inklusionskriterier och inte är aktivt utvalda.

Målet var att uppnå 100 deltagare, men tyvärr var tidsutrymmet för studien ett hinder för detta och även att återbesöken var fler än nybesöken. Antalet deltagare blev jämt fördelade mellan könen, vilket speglar den kliniska verkligheten. Deltagarna representerar även ett stort åldersspann då yngsta var 20 år och äldsta 87 år. Enligt Polit och Beck (2017) stärks den externa validiteten och generaliserbarheten då urval sker i den organisation som författaren ämnar beskriva. Vi har inte data kring antalet patienter som exkluderades från studien, vilket är en svaghet. Det finns inte heller någon möjlighet att värdera om samtliga patienter som uppfyllde inklusionskriterierna verkligen tillfrågades om deltagande. Bortfallet från studien var lågt (sex procent) vilket studieförfattarna ser som positivt och därför har ingen bortfallsanalys gjorts (Trost, 2012).

Enkäten

Enkäten som valdes till studien var inte validerad i olika populationer vilket kan ses som en svaghet. Enkäten används sedan tidigare av SCREESCO-studien som är Sveriges största pågående studie i området och är baserad på tidigare studier i ämnet (mailkorrespondens med Kaisa Fritzell, medicine doktor, den 12 oktober 2017) och därför gjordes inget pilottest (Trost, 2012). Att spridningen mellan svarsalternativen information, bemötande och omhändertagande var liten (få svar med negativ valör) kan dock innebära att validiteten, det vill säga att testet mäter det som det är avsett att mäta, kan ifrågasättas. Då deltagarna har lämnat relativt likartade svar bedömer studieförfattarna att reliabiliteten bör vara god utifrån begreppet intern reliabilitet (Trost, 2012). Kongruensen i frågorna var bra. Frågorna var konstruerade så att de kunde svara på syftet och enkel för studiedeltagarna att fylla i vilket är en styrka då det ökar inlämnandet av enkätsvar och minskar bortfall av studiedeltagare.

Eftersom enkäten inte var validerad är det önskvärt om man i senare studier testar enkäten igen i olika populationer eller samma individer för att se om patienter svarar likartat vilket då talar för hög objektivitet vilket stärker validitet och reliabilitet. Det är test för att se om enkäten är bra.

En möjlig dataparameter som studieförfattarna inte valde att ha med i studien var att registrera om patienter erhöll lugnande eller smärtstillande läkemedel inför eller under undersökningen. Svaret på enkätfrågorna från patienter som fått lugnande eller smärtstillande skulle kunna skilja sig från patienter som inte fått detta. Rostom et al. (2013) och Holme et al. (2016) beskriver i sina studier att undersökningen upplevs enklare och ger mindre oro, obehag och smärta då patienten erhåller någon form av lugnande och/ eller smärtstillande i samband med undersökningen. Moritz et al. (2014) och Rostom et al. (2013) beskriver även att kvinnor upplever mer smärta och oro än män.

Analysen

Om den statistiska analysen hade tagit med samtliga svarsalternativ i jämförelsen mellan grupperna hade antalet analyser inklusive post hoc-analyser blivit stort och vissa svarsalternativ hade fått endast ett fåtal eller inga svar. Detta hade medfört risk för både typ 1-fel (massignifikans) och typ 2-fel (risk att acceptera nollhypotesen trots att den är falsk). Författarna valde därför att dikotomisera svarsalternativen i ”låg” respektive ”hög”. Svaren i frågorna inte alls, ganska lite eller varken eller, uppfattas som ringa och omkodades till ”låg”. Svarsalternativen mycket och väldigt mycket, bedömdes som mer alarmerande och omkodades till ”hög”.

I en större undersökning med fler observationer hade författarna valt att ta med alla svarsalternativ och kompenserat för risken för masssignifikans med exempelvis regressionsanalys eller höjd signifikansnivå.

Signifikansnivån i analyserna valdes till 0,05. Detta innebär att en av tjugo analyser riskerar att visa en statistisk skillnad beroende på slumpen. Ett p-värde på 0,05 passar bra till material som är mindre (Ejlertsson, 2003), vilket är mängden data som användes i denna studie (Eliasson 2017). Chi2-test används vid test av frekvenser i fyrfältstabeller under förutsättning att det förväntade resultatet i varje cell är mer än fem. Samtliga chi2-test i denna studie hade cellvärden mer än fem. Om detta inte hade varit fallet hade Fishers exakta test istället kunnat användas. För att testa om det fanns någon skillnad på låg och hög oro, smärta och obehag jämfört med ålder användes t-test. T-testet är att föredra vid normalfördelade parametriska variabler, då man kan jämföra om två medelvärden skiljer sig signifikant ifrån varandra. (Ejlertsson, 2003). I denna studie var åldern normalfördelad hos patienterna.

Forskningsetiska överväganden

Som tidigare nämnts anser studieförfattaren att etiska överväganden har gjorts i enlighet med vetenskapsrådets etiska principer (informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav och nyttjandekrav) då deltagandet har varit frivilligt för såväl patienter och endoskopiassistenter. Alla deltagare har fått information om studien i förväg och kunnat överväga sitt deltagande och även tacka nej innan enkäterna besvarades.

Svagheter och styrkor i studien

Resultatet kan ha påverkats av att vissa patientgrupper exkluderades, såsom patienter som inte behärskade svenska språket, ineliggande patienter och de med diagnostiserad demenssjukdom. Att enkäten fylldes i på enheten kan ha gjort att patienterna kände sig påverkade och inte har svarat helt sanningsenligt.

Data på hur många patienter som exkluderades av endoskopiassistenter har vi inte och detta kan ses som en svaghet. Att svaren dikotomiserades kan ha påverkat resultatet, dock var detta svårt att undvika med så få enkäter.

Enkäten var inte validerad vilket vi ser som en svaghet. Dock har deltagarna lämnat relativt likartade svar och studieförfattarna bedömer att reliabiliteten bör vara god utifrån begreppet intern reliabilitet. Frågorna var konstruerade så att de kunde svara på syftet och enkel för studiedeltagarna att fylla i vilket är en styrka då det ökar inlämnandet av enkätsvar och minskar bortfall av studiedeltagare. Konsekutivt urval anses som en styrka då risken för bias minskar. Den externa validiteten och generaliserbarheten stärks då urval sker i den organisation som författaren ämnar beskriva.

En styrka var fördelningen mellan könen 40 kvinnor och 44 män vilket ger en bild av den kliniska verkligheten, likaså åldersspannet på patientgruppen. Studieförfattarna ser det även som en styrka att samtliga patienter inte hade någon tidigare erfarenhet av varken undersökning eller endoskopimottagningar.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att jämföra patientens upplevelse av koloskopiundersökning ur två olika perspektiv. Hypotesen var att det inte skulle finnas några skillnader mellan grupperna. Analysen visade att det inte fanns några större skillnader mellan endoskopiassistenternas och patienternas svar vad gällde smärta och obehag. Vilket kan tyda på att endoskopiassistenterna har en god förmåga till detta. Dock uppgav patienterna högre nivåer av oro än vad som identifierades av endoskopiassistenterna och här fanns även en signifikant skillnad. Det som också framkom var att kvinnor upplever högre nivåer av oro än övriga patienter. Det framkom att äldre patienter hade mindre oro än yngre patienter.

Studieförfattarna såg det som mycket positivt att alla patienter kände sig välinformerade inför undersökningen, väl omhändertagna och väl bemötta i samband med undersökningen. Patienterna upplever sig välinformerade inför undersökningen vilket tyder på att informationen patienten får inför undersökningen är adekvat och har rätt omfattning. Det kanske är så att endoskopiassistenterna måste bli bättre på att kommunicera kring oro med patienterna både före och under undersökningen då det uppfattas som svårt att identifiera. Som Forsberg (2016) skriver så är det av oerhörd vikt att samla in så mycket information som möjligt för att kunna påbörja omvårdnadsprocessen tidigt. Vi ska ha med oss en humanistisk helhetsbild, se hela patienten och bemöta varje person på individuell nivå (Forsberg, 2016). Endoskopiassistenterna måste bli bättre på att kommunicera med patienten och hela tiden använda de nyaste kunskaperna, det vill säga evidensbaserad vård. Äldre kollegors beprövade erfarenhet är också en viktig resurs (Forsberg, 2016).

Flera andra studier har fått liknande resultat när det gäller skillnader i ålder och kön. I Norska och Kanadensiska screeningprogrammen ser de att kvinnor uppger starkare smärta och mer oro än män, dessutom hade endoskopipersonalen svårt att identifiera dem (Moritz et al., 2014; Rostom et al., 2013). Även i Nederländerna uppgav främst kvinnor i yngre ålder missnöje efter undersökningen (Sint et al., 2011). Kanada genomförde även en utvärdering av endoskopiverksamheter och det som framkom var att en majoritet av de yngre patienterna uppgav undersökningen som mer obehaglig än äldre (Jonge et al., 2010).

I denna studie fann vi att kvinnor har högre oro för koloskopiundersökningar än män vilket bekräftar i studier av Ylinen, Vehviläinen-Julkunen, Pietilä, Hannila & Heikkinen (2009) och Hsueh et al. (2016). I studien gjord av Baudet & Aguirre-Jaime (2012) visade resultaten att kvinnor och yngre patienter än 40 år har högre oro för koloskopiundersökningar. Denberg et al. (2005) visade att kvinnor i större utsträckning än män oroade sig för koloskopiundersökningen. Aspekter som påverkade oro, var förberedelser med laxering, smärta och obehag under koloskopin samt risken för tarmperforation. Kvinnor uppgav känslor av skam och genans i samband med koloskopiundersökning (Denberg et al., 2005). En annan studie (Shafer et al., 2018) visade att kvinnor hade högre oro än män. Kvinnor oroade sig för sina symptom och vad resultatet av koloskopiundersökningen skulle visa. Studien visade även att kvinnor var mer oroliga än män bland dem som genomgick undersökningen för första gången (Shafer et al., 2018). Även studien gjord av Bensusan, Herrera Mart'n och Aguardo Ivaes (2016) visade liknande resultat.

Vad det gäller ålder och oro borde äldre patienter ha högre oro med tanke på ökad risk för malignitet (McLachlan et al., 2011). Ett samband mellan oro för undersökningen (39,3 procent) och oro för resultatet av undersökningen (32,2 procent) kan inte uteslutas i denna studie.

Åldern påverkar hur vi ser på livet, hälsan och livskvaliteten (Jahren Kristoffersen, 1998). Yngre människor med en frisk och väl fungerande kropp får högre oro för sjukdomar då kroppen plötsligt betar sig annorlunda. Äldre människor har levt längre och accepterar att kroppen hela tiden förändras. Nyttillkomna symtom skapar inte oro på samma sätt som hos yngre (Jahren Kristoffersen, 1998). Åldern påverkar alltså hur människor i olika åldrar ser på sin kropp, hälsa och sjukdomar (Jahren Kristoffersen, 1998).

Folkhälsomyndigheten (2018) utför årliga undersökningar och det visar att i åldersgruppen 16-29 år uppger 43 procent att de känner oro på något sätt, vilket är en signifikant ökning sedan 2016. Siffrorna i åldersgruppen 45-64 år är stabilt lägre under de senaste tre åren (Folkhälsomyndigheten, 2018). Eventuellt kan det vara så att denna allmänna oro i vardagen även förs över till koloskopiundersökningen och att de yngre därför uppger högre oro. Enligt Byström (2015) och Jahren Kristoffersen (1998) är yngre patienter ovana vid sjukdom och lidande medan äldre lättare accepterar att livet förändras (Byström, 2015; Jahren Kristoffersen, 1998). Om patienten upplever oro inför undersökningen eller resultatet av undersökningen kan det vara så att yngre patienter söker kunskap på exempelvis internet i högre utsträckning än äldre (Byström, 2015). Misstänker man något specifikt tillstånd och söker på symtom kan det vara så att informationen och den nya kunskapen ökar orosnivåerna ytterligare.

Oro och smärta är subjektiva upplevelser som påverkas av attityder, tidigare erfarenhet och kunskap hos patienten. Även kulturella skillnader påverkar upplevelsen (Mathisen, 1997). Koloskopi kan orsaka oro hos patienten (Jones et al., 2004) om det saknas kunskaper om de känslor som uppstår i buken då dragningar i mesenteriet uppstår (Haycock et al., 2014). Endoskopiassistenten ska skapa lugn och ro på undersökningsrummet (Lindwall & von Post, 2008). Genom att informera patienten om de känslor som kan uppstå under undersökningen kan nivån av oro sänkas (Ylinen et al., 2009), men även någon form av läkemedel kan sänka oro och smärta under undersökningen (Rostom et al., 2013; Holme et al., 2016).

Det finns många faktorer som kan orsaka oro hos patient. Rollbusch, Micocka- Walus & Andrews (2014) pekar på de olika faktorer som orsakar ångest vid koloskopiundersökningar och visar att informationen som ges före är viktig faktor. Är inte patienten informerad om vad som ska hända under undersökningen så skapar det större ångest, men även smärta är förknippad med större oro. I en studie (Condon, Graff, Elliot & Ilnyckyj, 2008) visar resultat att patienter förutser att koloskopiundersökningen ska orsaka smärta vilket skapar stor oro för patienterna. Patienternas oro sjönk efter undersökningen då många patienter inte upplevde den förväntade smärtan.

Denna studie visar att oro var högre än smärta under koloskopiundersökningen. En annan faktor som skapar oro hos patienter är rädslan för resultatet av koloskopiundersökningen som påvisas av tidigare studier (Condon et al., 2008; Rollbusch, Micocka- Walus & Andrews, 2014) där oron blev mindre efter genomgången undersökning om resultatet var positivt, men att många patienter känner oro inför koloskopiundersökningar är just rädslan för resultatet. Vilket speglar resultatet i denna studie.

Troligen är det så som Ylinen, Vehviläinen- Julkunen & Pietilä (2007) beskriver, att endoskopiassistenter sällan söker ny kunskap och inte använder mätinstrument. Att endoskopiassistenterna anser att oro och smärta avhjälps enklast genom att patienterna avleds från upplevelsen. De flesta ansåg det enklare att kommunicera med patienten (Ylinen, Vehviläinen- Julkunen & Pietilä, 2007).

Då all kommunikation inte är verbal blir det än svårare för personal att avgöra patientens upplevelse av undersökningen (Hanssen, 2005). Svensk sjuksköterskeförening (2016) skriver i värdegrunden för omvårdnad att det alltid finns risk för slentrianmässigt omhändertagande då samma arbetsuppgifter utförs ofta. Detta bör undvikas i så lång utsträckning som möjligt då varje patient ska bemötas och tas omhand utifrån individuella behov och med individuella åtgärder (Forsberg, 2016). Denna studie visar tydligt att det finns behov av förbättrade kunskaper och bättre förmåga att bedöma patienternas oro. Kvalitetsutveckling bygger på att vi ska använda kvalitetsindikatorer för att kunna följa upp och utvärdera våra insatta omvårdnadsåtgärder (Forsberg, 2016). VAS- skalan är i första hand tänkt för smärtskattning men kan med all enkelhet även överföras till oro och obehag (Brantberg & Allvin, 2018). Med mätinstrument kan patienten lättare förklara för endoskopiassistenten hur undersökningen upplevs och insatta åtgärder kan även följas upp och utvärderas (Forsberg, 2016).

Antalet koloskopiundersökningar bedöms stiga om allmän screening införs (Hultcrantz et al., 2018; Thorlacius, Wurm Johansson, Nemeth & Toth, 2017) och därför behövs bättre kunskap i samhället om kolorektalcancer och nytta med ett screeningprogram (Fritzell et al., 2017). Studieförfattarna funderar på om även ökad kunskap om koloskopiundersökningen behövs i samhället. Om upplevelsen av undersökningen blir acceptabel för patienterna kan framtida berättelser i samhället öka följsamheten (Baudet & Aguirre- Jaime, 2012). Eventuellt kan det bli lättare för patienterna om de redan innan vet vilka känslor som kan uppstå vid undersökningen och varför. Själva undersökningen i sig är ju väsentligen ofarlig. I takt med att antalet koloskopier ökar så kommer det även ställas högre krav på vårdpersonalen och dess kompetens (Hultcrantz et al., 2018).

Slutsats

Vår slutsats var att endoskopiassistenterna i studien besitter en god förmåga att identifiera obehag och smärta hos patient som genomgår en koloskopiundersökning. Men studien visade även att endoskopiassistenter bör förbättra sin förmåga att värdera oro hos patienterna, främst hos yngre och kvinnliga patienter vilket även tidigare studier belyser. Studien visar också att patienter oroade sig för vad resultatet av koloskopiundersökningen ska visa. Samtidigt ser vi det som positivt att alla patienter i studien kände sig väl bemötta, omhändertagna och välinformerade.

Klinisk tillämpbarhet

Resultatet av denna studie synliggör behovet av förbättringsarbete på sjukhus i Mellansverige. Endoskopiassistenter bör förbättra sin förmåga att identifiera oro hos patienterna. De bör använda sig av mätinstrument för att kunna sätta in åtgärder i tid men även för att följa upp sina åtgärder. När det gäller att identifiera smärta och obehag så uppfattas endoskopiassistenterna redan ha en god förmåga. Resultatet av studien bör även kunna generaliseras för liknande patientgrupper i övriga landet, då endoskopienheter i landet antas ha liknande omhändertagande för ett standardiserat ingrepp som koloskopi. Eftersom patienterna i studien inte hade tidigare erfarenhet av koloskopiundersökning eller andra endoskopienheter hade de inget att jämföra med.

Ytterligare studier bör göras och då fördelaktigt på större endoskopienheter och under en längre tidsperiod.

Studieförfattarna anser även att det kan vara av betydelse att titta närmare på vilka patienter som erhåller smärtlindring och om det då kan finnas signifikanta skillnader mellan endoskopipersonal och patient även här.

Även studier kring endoskopiassistenternas kunskap, erfarenheter och kunskapsstörst bör utföras då detta eventuellt kan påverka patientens upplevelse av undersökningen.

Framtida studier bör eventuellt inkludera samtliga patientkategorier så som ineliggande patienter och de som inte behärskar svenska språket. Studieförfattarna funderar även på om det kan finnas skillnader i olika samhällsklasser, beroende på utbildningsnivå.

Studieförfattarna anser att det krävs ytterligare forskning i hela landet om ämnet upplevelse hos patient, då denna tidsbegränsade studie visar på att det finns utrymme för förbättringsarbete i Mellansverige.

REFERENSER

- Baudet, J-S. & Aguirre- Jaime, A. (2012). The sedation increases the acceptance of repeat colonoscopies. *European journal of gastroenterology and hepatology*. 2012, 24, 775-780. Doi: 10.1097/MEG.0b013e32835376a2
- Bensusan, I G., Herrera Mart´n, P. & Aguado Ivares, V. (2016). Prospective study of anxiety in patient undergoing an outpatient colonoscopy. *Revista espanola de enfermedades digestivas*. 108(12)765-769. Doi: 10.17235/reed.2016.4104/2015
- Brantberg, A-L. & Allvin, R. (2018). *Smärtskattningsinstrument*. Hämtad 19 Mars, 2018, från Vårdhandboken, <http://www.vardhandboken.se/Texter/Smartskattning-av-akut-och-postoperativ-smarta/Smartskattningsinstrument/>
- Bretthauer, M., Kaminski, M., Löberg, M., Zauber, A., Regula, J., Kuipers, E., ... Adami, H-O. (2016). Population-based colonoscopy screening for colorectal cancer: a European randomized trial. *Internal medicine*. 2016, 176(7), 894-902. Doi: 10.1001/jamainternmed.2016.0960
- Byström, A-L. (2015). *Att vara orolig*. Hämtad 16 Mars, 2018, från 1177, <https://www.1177.se/Dalarna/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Att-vara-orolig/>
- Condon, A., Graff, L., Elliot, L. & Ilnyckyj, A. (2008). Acceptance of colonoscopy requires more than test tolerance. *Canadian journal of gastroenterology & hepatology*. 22(1)41-47.
- Denberg, T., Melhado, T., Coombes, J., Beaty, B., Berman, K., Byers, T., ... Ahmen, D. (2005). Predictors of nonadherence to screening colonoscopy. *Journal of general internal medicine*. 2005(20)989-995. Doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.0164.x
- Ejlertsson, G. (2003). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur
- Eliasson, A. (2017). *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur
- Fjärstedt, U. (2017). *Medicintekniska produkter- översikt*. Hämtad den 12 April, 2018, från Vårdhandboken, <http://www.vardhandboken.se/Texter/Medicintekniska-produkter/Oversikt/>
- Folkhälsomyndigheten (2018). *Ängslan, oro eller ångest*. Hämtad den 16 Mars, 2018, från Folkhälsomyndigheten, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/psykisk-ohalsa/angslan-oro-eller-angest/>
- Forsberg, A. (2016). *Omvårdnad på akademisk grund*. Stockholm: Natur och kultur
- Fritzell, K., Stake Nilsson, K., Jervaeus, A., Hultcrantz, R. & Wengström, Y. (2017). The importance of people´s values and preferences for colorectal cancer screening participation. *European journal of public health*. 27(6)1079-1084. doi: 10.1093/eurpub/ckw266
- Föreningen för sjuksköterska inom gastroenterologi i Sverige & Svensk sjuksköterskeförening (2016). *Kompetensbeskrivning för sjuksköterska med specialisering inom gastroenterologi och hepatologi*. Hämtad den 15 Maj, 2018, från SFGS, <https://www.swenurse.se/globalassets/kompetensbeskrivning-fsgs-2016.pdf>

- Hafeez, R., Wagner, C V., Smith, S., Boulos, P., Halligan, S., Bloom, S. & Taylor, S A. (2010). Patient experiences of MR colonography and colonoscopy: a qualitative study. *The british journal of radiology*. 2012(85)765-769. doi:10.1259/bjr/36231529
- Hanssen, I. (2005). Interkulturell omvårdnad. I N. Jahren Kristoffersson, F. Nortvedt & E-A Skaug (red.) *Grundläggande omvårdnad del 1*. Stockholm: Liber.
- Haycock, A., Cohen, J., Saunders, B., Cotton, P. & Williams, C. (2014). *Practical gastrointestinal endoscopy- The fundamentals*. West Sussex: Wiley Blackwell.
- Holme, Ö., de Lange, T., Stallemo, A., Wiig, H., Hasund, A., Dvergnnes, K., ... Kalager, M. (2016). Routine vs. On-demand analgesia in colonoscopy: a randomized trial. *Endoscopy*. 2016(48)823-828. doi: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-108433>
- Hsueh, FC., Chen, CM., Sun, CA., Chou, YC., Hsiao, SM. & Yang, T. (2016). A study of the effects of a health education intervention of anxiety and pain during colonoscopy procedures. *The journal of nursing research*. 24(2)181-189. Doi: 10.1097/jnr.000000000000112
- Hultrantz, R. (2014). *Colonoscopy and FIT as colorectal cancer screening test in the average riskpopulation*. Hämtad den 13 November, 2017, från Clinical trials, <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/record/NCT02078804?term=NCT02078804&rank=1>
- Hultrantz, R., Olsson, H., Sävblom., Pålsson, B., Westman, L., Jestin, P. & Pischel, A. (2018). *Införande av allmän tarmcancerscreening- Slutrapport och rekommendation*. Örebro: RCC.
- Johansson, M. & Brodersen, J. (2015). *Informerade val vid screening kräver mer än information*. Hämtad 15 April, 2018, från Läkartidningen, <http://www.lakartidningen.se/Opinion/Debatt/2015/08/Informerade-val-vid-screening-kraver-mer-an-information/>
- Jonge, V., Sint Nicolaas, J., Lalor, E., Wong, C., Walters, B., Bala, A., ... Veldhuyzen van Zanten, S. (2010). Prospective audit of patients experiences in colonoscopy using Global rating scale: A cohort of 1187 patients. *Canada journal of gastroenterology*. 24 (10)607-613.
- Jones, M.P., Ebert, C.C., Sloan, T., Spanier, J., Bansal, A., Howden, C.W. & Vanagunas, A.D. (2004). Patient anxiety and elective gastrointestinal endoscopy. *Journal of clinical gastroenterology*. 2004 Jan, 38 (1) 35-40.
- Vanagunas, A.D. (2004). Patient anxiety and elective gastrointestinal endoscopy. *Journal of clinical gastroenterology*. 2004 Jan, 38 (1) 35-40.
- Järhult, J., & Offenbartl, K. (2011). *Kirurgiboken*. Stockholm: Liber.
- Kaminski, M., Thomas-Gibson, S., Bugajski, M., Bretthauer, M., Rees, C., Dekker, E., ... Rutter, M. (2017). Performance measures for lower gastrointestinal endoscopy: a european society of gastrointestinal endoscopy (ESGE) Quality improvement initiative. *Endoscopy*. 2017(49). doi:<http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-103411>.
- Kristoffersen, N J. (1998). Olika syn och perspektiv på hälsa och sjukdom. I N. Jahren Kristoffersen (red.) *Allmän omvårdnad- Profession och ämnesområde*. Stockholm: Liber

Lindwall, L. & von Post, I. (2008) *Perioperativ vård*. Lund: Studentlitteratur.

Mathisen, J. (1997). Omvårdnad vid livets slut. I N. Jahren Kristoffersson (red.) *Allmän omvårdnad*. Stockholm: Liber

McLachlan, S-A., Clements, A. & Austoker, J. (2011). Patient's experience and reported barriers to colonoscopy in the screening context- A systematic review of the literature. *Patient education and counseling*. 86(2012)137-146. doi: 10.1016/j.pec.2011.04.010.

Mikocka-Walus, A., Moulds, L., Rollbusch, N. & Andrews, J. (2012). It's a tube up your bottom; It makes people nervous- The experience of anxiety in initial colonoscopy patients. *Gastroenterology nursing*. 35(6)392-401. doi: 10.1097/SGA.0b013e318274b0c6

Moritz, V., Bretthauer, M., Holme, Ö., Fagerland, M., Löberg, M., Glomsaker, T., ... Hoff, G. (2014). Time trends in quality indicators of colonoscopy. *United European gastroenterology journal*. 2016, 4(1) 110-120. doi: 10.1177/2050640615570147

Polit, D. & Beck, C. (2017). *Nursing research- Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer health

Pylvänäinen, K., Kairaluoma, M. & Mecklin, J-P. (2005). Compliance and satisfaction with long-term surveillance in Finnish HNPCC families. *Familial Cancer*. 2006(5)175-178. doi: 10.1007/s10689-005-5442-3

Rollbusch, N., Micocka- Walus, A. & Andrews, J. (2014). The experience of anxiety in colonoscopy outpatients. *Gastroenterology nursing*. 37(2)166-175.

Rostom, A., Ross, E., Dubé, C., Rutter, M., Lee, T., Valori, R., ... Hilsden, R. (2013). Development and validation of a nurse- assessed patient comfort score for colonoscopy. *Gastrointestinal endoscopy*. 77(2). doi: 10.1016./j.gie.2012.10.003

Rutegård, J. (2017). *Koloncancer- kirurgisk behandling*. Hämtad den 12 April, 2018, från Internetmedicin, <https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=1588>

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Riksdagen

Shafer, L A., Walker, J R., Waldman, C., Yang, C., Michaud, V., Bernstein, C N., ... Singh, H. (2018). Factors associated with anxiety about colonoscopy: The preparation, the procedure and the anticipated findings. *Digestive diseases and sciences*. 2018(63)610-618. doi: 10.1007/s10620-018-4912-z

Sint, N., Jonge, V., Korfage, I J., Borg, F., Brouwer, J T., Cahen D., ... van Leerdam, M E. (2011). Benchmarking patient experiences in colonoscopy using the global rating scale. *Endoscopy*. (2012) 44; 462-472. doi: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0031-1291663>

Socialstyrelsen (2013). *Cancer i siffror- populärvetenskapliga fakta om cancer*. Hämtad den 6 December, 2017, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19108/2013-6-5.pdf>

Socialstyrelsen (2013). *Socialstyrelsen föreslår nationell screening av tarmcancer*. Hämtad den 12 April, 2018, från Socialstyrelsen,

<http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2013juni/socialstyrelsenforeslarnationellscreeningavtar mcancer>

Svensk sjuksköterskeförening (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. Hämtad den 25 November, 2017, från Svensk sjuksköterskeförening, https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf

Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad den 24 April, 2018, från Svensk sjuksköterskeförening, <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Svensson, P-O. & Rensfeldt, G. (2017). *Basala hygienrutiner och klädregler- översikt*. Hämtad den 12 April, 2018, från Vårdhandboken, <http://www.vardhandboken.se/Texter/Basala-hygienrutiner-och-kladregler/Oversikt/>

Thorlacius, H., Wurm Johansson, G., Nemeth, A. & Toth, E. (2017). *Koloskopier måste kvalitetssäkras*. Hämtad den 12 Oktober, 2017, från Läkartidningen, <http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Klinisk-oversikt/2017/05/Koloskopier-maste-kvalitetssakras/>

Toomey, D.P., Hackett-Brennan, M., Corrigan, G., Singh, C., Nessim, G., Balfe, P. (2015). Effective communication enhances the patients' endoscopy experience. *Ir J Med Sci*. 2016 (185) 203–214. doi: 10.1007/s11845-015-1270-0

Trost, J. (2012). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur

van Zuuren, F.J., Grypdonck, M., Crevits, E., Vande Walle, C. & Defloor, T. (2006). The effect of an information brochure on patients undergoing gastrointestinal endoscopy: a randomized controlled study. *Patient education and counseling*. 2006, 64(1-3), 173-82, doi: 10.1016/j.pec.2005.12.014

Ylinen, E-R., Vehviläinen-Julkunen, K., Pietilä, A-M. (2007). Nurses' Knowledge and skills in colonoscopy patients' pain management. *Journal of clinical nursing*. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01668.x

Ylinen, E-R., Vehviläinen-Julkunen, K., Pietilä, A-M. (2008). Effects of patients' anxiety, previous pain experience and non-drug interventions on pain experience during colonoscopy. *Journal of clinical nursing*. 2009 (18) 1937-1944. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02704.x

Ylinen, E-R., Vehviläinen-Julkunen, K., Pietilä, A-M., Hannila, M-L., & Heikkinen, M. (2009). Medication-free colonoscopy – factors related to pain and its assessment. *Journal of advanced nursing*. 65(12) 2597-2607. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05119.x

Zauber, AG., O'Brien, MJ., Shi, W. & Bayuga S (2007). Significant long term reduction in colorectal cancer mortality with colonoscopic polypectomy: findings of the National Polyp Study. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2007, 65(AB268).

Patientenkätfrågor

1. Hur informerad upplever du att du var om undersökningen?

Dåligt Ganska dåligt Varken eller Bra Mycket bra

2. Hur upplever du att du blev bemött i samband med undersökningen?

Dåligt Ganska dåligt Varken eller Bra Mycket bra

3. I vilken utsträckning oroade du dig inför undersökningen?

Inte alls Ganska lite Varken eller Mycket Våldigt mycket

4. I vilken utsträckning upplevde du smärta under undersökningen?

Inte alls Ganska lite Varken eller Mycket Våldigt mycket

5. I vilken utsträckning upplevde du obehag under undersökningen?

Inte alls Ganska lite Varken eller Mycket Våldigt mycket

6. Hur upplevde du att du blev omhändertagen under undersökningen?

Dåligt Ganska dåligt Varken eller Bra Mycket bra

7. I vilken utsträckning oroade du dig över resultatet av undersökningen

Inte alls Ganska lite Varken eller Mycket Våldigt mycket

Kön: _____

Ålder: _____

Kod: _____

Assistent

1. I vilken utsträckning upplevde du att patienten oroadde sig inför undersökningen?

Inte alls

Ganska lite

Varken eller

Mycket

Väldigt mycket

2. I vilken utsträckning upplevde du att patienten var smärtpåverkad under undersökningen?

Inte alls

Ganska lite

Varken eller

Mycket

Väldigt mycket

3. I vilken utsträckning upplevde du att patienten kände obehag under undersökningen?

Inte alls

Ganska lite

Varken eller

Mycket

Väldigt mycket

Kod: _____

Checklista

Inklusionskriterier:

- Över 18 år
- Nybesök
- Polikliniska patienter
- Läsa och förstå svenska språket
- Ej ha diagnostiserad demenssjukdom

Exklusionskriterier:

- Narkospatient
- SCREESCO-studien
- Återbesök
- Inneliggande patienter
- (SVF)

Informerat samtycke

Hej!

Vi är två studenter, Tobias Lindgren och Anna Söderlind, som läser Specialistsjusköterskeprogrammet – gastroenterologisk vård med särskilt fokus på endoskopi på Sophiahemmet högskola. Vi ska nu göra en studie för att se hur patienter upplever koloskopiundersökning med avseende på eventuell smärta eller obehag och kommer jämföra detta med hur sjuksköterskan bedömer patientens undersökning. Vi hoppas att resultatet ska bli ett verktyg för framtiden att använda i omvårdnaden i samband med undersökningen. Det utgår ingen ersättning för eventuellt deltagande. Resultatet av studien kommer att publiceras på internet på DIVA (www.diva-portal.org) som är en gemensam portal för publicering av forskningsrapporter och studentarbeten under våren 2018. Om ni tackar ja så behöver ni endast svara på en enkät med sju frågor efter undersökningen och lämna svaren i en låda innan ni går hem, eventuellt deltagande kommer inte påverka din undersökning utan du får samma omhändertagande. Inga ytterligare insatser från din sida kommer att behövas i framtiden. Vi kommer att samla in enkätsvar från patienter som genomgår en koloskopiundersökning i Mellansverige under 6 veckors tid med start v49.

Att delta i studien är helt frivilligt och ni kommer att förbli helt anonym. De svar som du lämnar kommer inte att kunna kopplas ihop med dig som person. Du kan lämna studien när som helst utan att ange något skäl och detta kommer inte att påverka framtida omhändertagande av dig inom vården. När du lämnat in enkäten kommer du inte kunna lämna studien men du är så anonym så det går ej att spåra dina uppgifter.

Jag har tagit del av informationen (se ovan) och ger samtycke att delta i studien (se ovan):

Namn: _____

Datum: _____

Till verksamhetschef

XXXXXXX

Medicinkliniken, XXX Lasarett

Jag heter Anna Söderlind och är sjuksköterska. Jag studerar Gastroenterologisk omvårdnad med inriktning endoskopi vid Sophiahemmet Högskola. I mitt självständiga arbete, omfattande 15 poäng, har jag valt att studera: Patientens och sjuksköterskans upplevelse av koloskopiundersökning. Jag är därför intresserad av få genomföra studien vid Medicinkliniken, X Lasarett.

Om Du godkänner att studien genomförs vid din klinik, är jag tacksam för Din underskrift av denna bilaga som därefter returneras till mig. Om Du har förbehåll vill jag gärna att Du anger detta.

Har Du frågor rörande själva undersökningen är Du välkommen att kontakta mig eller min handledare.

Efter att studien är genomförd och godkänd, kommer den att publiceras på internet på DIVA som är en gemensam portal för publicering av forskningsrapporter och studentarbeten.

Forskningsetiska principer kommer att följas strikt, vilket bl.a. innebär att namn i studien (inklusive namn på arbetsplatser) kommer att vara avidentifierade.

Efter godkänd studie kommer jag gärna och presenterar mina resultat för Dig och/eller på arbetsplatsen om Du så önskar.

X 201X-XX-XX

Med vänlig hälsning

_____Anna Söderlind_____
Student

_____Daniel Sjöberg, överläkare_____
Handledare

Namnförtydligande
tel:
e-post:

_____X Lasarett_____
Hemvist
e-post:

_____Anders Rüter_____
Examinator

_____Sophiahemmets högskola_____
Hemvist
tel:
e-post:

Till verksamhetschef

xxxxxxxxx

Medicinkliniken, XXX Lasarett

Jag heter Tobias Lindgren och är sjuksköterska. Jag studerar Gastroenterologisk omvårdnad med inriktning endoskopi vid Sophiahemmet Högskola. I mitt självständiga arbete, omfattande 15 poäng, har jag valt att studera: Patientens och sjuksköterskans upplevelse av koloskopiundersökning. Jag är därför intresserad av få genomföra studien vid Medicinkliniken, X Lasarett.

Om Du godkänner att studien genomförs vid din klinik, är jag tacksam för Din underskrift av denna bilaga som därefter returneras till mig. Om Du har förbehåll vill jag gärna att Du anger detta.

Har Du frågor rörande själva undersökningen är Du välkommen att kontakta mig eller min handledare.

Efter att studien är genomförd och godkänd, kommer den att publiceras på internet på DIVA som är en gemensam portal för publicering av forskningsrapporter och studentarbeten. Forskningsetiska principer kommer att följas strikt, vilket bl.a. innebär att namn i studien (inklusive namn på arbetsplatser) kommer att vara avidentifierade.

Efter godkänd studie kommer jag gärna och presenterar mina resultat för Dig och/eller på arbetsplatsen om Du så önskar.

X 201X-XX-XX

Med vänlig hälsning

_____Tobias Lindgren_____
Student

___Daniel Sjöberg, överläkare_
Handledare

Namnförtydligande
tel:
e-post:

_____X Lasarett_____
Hemvist
e-post:

_____Anders Rüter_____
Examinator

_____Sophiahemmets högskola_____
Hemvist
tel:
e-post:

Studiens preliminära titel: Upplevelse av oro och smärta vid koloskopiundersökningar ur patient- och sjuksköterskeperspektiv

Syftet Jämföra patientens upplevelse av koloskopi med sjuksköterskans bedömning av undersökningen och skriva ett självständigt arbete på avancerad (magister) nivå.

Problem: Antalet koloskopiundersökningar bör öka beroende på SCREESCO-studiens resultat. Allmän screening för kolorektalcancer kommer att starta i Sverige 2019.

Undersökningen kan innebära oro, obehag och smärta för patienterna och det är viktigt att dessa patienter tidigt identifieras av sjuksköterskan. Identifieras de i tid kan lidande lindras genom adekvata omvårdnadsåtgärder utifrån det egna behovet. Detta för att kunna förbättra omvårdnaden i samband med undersökningen och skapa en positiv upplevelse. Patientens upplevelse av undersökningen har identifierats som en kvalitetsindikator och det är värdefullt att vården kan utvärdera detta på ett adekvat sätt. Tidigare studier visar att sjuksköterskan har svårt att uppskatta patientens upplevelse av koloskopi, men även att patienter uteblir från planerade tider eller avbryter viktiga surveillanceprogram. I takt med det ökade antalet undersökningar bör vårdpersonal förbättra sina färdigheter vid undersökningen. Till följd av detta vill vi genomföra en studie i Dalarna för att undersöka om vårdpersonalen kan identifiera patienter med starkt obehag, oro eller smärta på ett korrekt sätt.

Metoden för det planerade arbetet är tvärsnittsstudie med hjälp av enkäter.

Önskemål från Din verksamhet: Jag önskar dela ut minst 40 stycken enkäter på Din enhet. Enkäter kommer att delas ut i par till patient och endoskopiassistent. Endoskopiassistenten kommer ingå i studien. Datainsamling beräknas pågå under en sexveckorsperiod med start v50. Alla personer som deltar kommer att få skriftlig information och deltagande kommer att vara frivilligt. Forskningsetiska principer kommer att följas.

Samtycke:

Jag samtycker till att studien genomförs på det sätt som beskrivits i detta dokument

Jag samtycker till att studien genomförs, men med följande förbehåll:

.....
.....

Tyvärr kan jag inte samtycka till att studien genomförs vid min enhet

Datum Namn

Namnförtydligande

Enhet