

Delaktighet – mer än ett samtal

– hur sjuksköterskan möjliggör delaktighet genom det preoperativa samtalet

FÖRFATTARE	Ann Bjurén Klangh
KURS	Examensarbete för magister i omvårdnad
	HT 2010
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Carina Furåker
EXAMINATOR	Margret Lepp

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



FÖRORD

Jag vill tacka min handledare Carina Furåker för allt stöd, uppmuntran och all hjälp. Vill även rikta ett stort tack till min man Mikko för all hjälp och inspiration samt till mina barn för er förståelse

Titel:	Delaktighet – mer än ett samtal – hur sjuksköterskan möjliggör delaktighet genom det preoperativa samtalet.
Titel:	Patient participation-more than a conversation- how the nurse facilitates participation through the preoperative conversation.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Kurskod:	Examensarbete för magister i omvårdnad, OM5130
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	43
Författare:	Ann Bjurén Klangh
Handledare:	Carina Furåker
Examinator:	Margret Lepp

SAMMANFATTNING

Patient delaktighet har fått större uppmärksamhet och författningar har reviderats för att stärka patientens ställning i vården under de senaste decennierna. Sjuksköterskan som först möter patienten i ett ankomstsamtal inför ett operativt ingrepp, har ett betydelsefullt ansvar att möjliggöra patienten delaktig i omvårdnaden. I bakgrunden presenteras begrepp och omvårdnadsteorier vilka har betydelse för studien såsom delaktighet, kommunikation, trygghet och tillit. Tidigare studier visar att sjuksköterskan ser delaktighet som en dynamisk interaktion mellan patienten och sjuksköterskan. Delaktighet främjades genom att sjuksköterskan kommunicerade på ett individualiserat sätt efter patientens behov. Syftet med pilotstudien var att studera hur sjuksköterskor skapar möjligheter för patientens delaktighet i vården/omvårdnaden genom det preoperativa samtalet. Frågeställningarna berörde vad samtalet innehöll samt hur sjuksköterskan och patienten kommunicerade. En kvalitativ metodansats användes för studien, där datainsamlingen genomfördes med icke deltagande, ostrukturerade observationer med bandinspelningar av ankomstsamtal mellan sjuksköterska och patient. Observationerna och bandinspelningarna analyserades genom kvalitativ innehållsanalys. Kondenserade meningsbärande enheter utmynnande i koder, vilka sammanfördes i fyra kategorier; bemötande, bekräftande, patientens behov och innehåll i samtalet i två överordnade teman; relation och dialog. Resultatet visade att sjuksköterskorna skapade en relation med patienten genom att bemöta patienten respektfullt och genom att bekräfta patienten vilket skapade tillit och förtroende för sjuksköterskan. I dialogen efterfrågades patientens behov, om samtalet nedtecknades direkt i datorn fokuserades på sökord. Men om samtalet nedtecknades för hand och senare dokumenterades i datorn ställdes mer öppna frågor. Metoddiskussionen diskuteras studiens giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet. Resultatet diskuteras i resultatdiskussionen i förhållande till de beskrivna begrepp och tidigare forskning samt hur vidare forskning bör bedrivas för att utveckla problemområdet.

Nyckelord: Delaktighet, preoperativ, ankomstsamtal, omvårdnad

ABSTRACT

Patient participation has received increasing attention and regulations have been revised to strengthen the patient's role in health care in recent decades. The nurse, who first meets the patient in an arrival call for a surgical operation, has an important responsibility to facilitate patient involvement in care. In the background presents concepts and nursing theories which are relevant to the study such as participation, communication, security and trust. Previous studies show that the nurse sees participation as a dynamic interaction between patient and nurse. Participation was promoted by the nurse to communicate in a personalized manner according to patient needs. The pilot study was to study how nurses create opportunities for patient involvement in care / nursing care by the preoperative conversation. The questions concerned what the call is contained and how the nurse and patient communicate. A qualitative method was used for the study, in which data collection was carried out by non-participating, unstructured observations with tapes of the coming talks between nurse and patient. The observations and tape recordings were analyzed by qualitative content analysis. Condensed meaning-bearing units led to the codes, which were combined into four categories: attitude, confirmation, the patient's needs and contents in the conversation of the two overarching themes: the relationship and dialogue. The results showed that the nurses created a relationship with the patient by responding to the patient with respect and by confirming the patient, which created the trust and confidence of the nurse. In the dialogue called for patients' needs, if the call was recorded directly into the computer was focused on keywords. But if the call was recorded by hand and later documented in the computer were more open questions. Method discussion discussed the study validity, reliability and portability. The results are discussed in the results discussion in relation to describe concepts and previous research, and how further research should be conducted to develop the problem area.

Keywords: Patient participation, pre-operative, admission conversation, nursing care

INTRODUKTION	5
BAKGRUND	6
Kirurgisk behandling.....	6
Sjuksköterskans omvårdnadsansvar.....	7
Delaktighet.....	7
Patienters delaktighet.....	8
Tillit.....	9
Trygghet.....	10
Kommunikation.....	10
<i>Verbal kommunikation</i>	11
<i>Icke-verbal kommunikation</i>	11
Det preoperativa samtalet.....	12
Information.....	12
Omvårdnadsteorier.....	13
<i>Delaktighet</i>	13
<i>Tillit</i>	14
<i>Kommunikation</i>	15
TIDIGARE FORSKNING	16
Litteratursökning.....	16
Presentation av tidigare forskning.....	18
Sammanfattning av artiklarna.....	22
Problemformulering.....	23
 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	24
 METOD	24
METODANSATS	24
URVAL	24
DATAINSAMLINGSMETOD	25
KVALITATIV INNEHÅLLSANALYS	26
ANALYS	27

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	28
RESULTAT.....	30
RELATION.....	30
Bemötande.....	30
Bekräftande.....	31
DIALOG.....	32
Patientens behov.....	32
Innehåll i samtalet.....	34
DISKUSSION.....	35
METODDISKUSSION.....	35
RESULTATDISKUSSION.....	36
Konklusion.....	37
REFERENSER.....	39
BILAGOR	
1 Forskningspersonsinformation (till sjuksköterskan)	
2 Forskningspersonsinformation (till patienten)	
3 Samtyckesformulär	
4 Till vårdenhetschefer	

INTRODUKTION

Patientrollen har förändrats från att vara passiv till en mer aktiv och inflytelserik roll i vården. Vårdtagarnas delaktighet i vården har fått en större uppmärksamhet de senaste decennierna både i Sverige och i många andra västländer [1, 2]. World Health Organization (WHO) deklarerar att patienten skall informeras och att patientens delaktighet skall uppmuntras [3]. Socialstyrelsen har reviderat författningar för att stärka patientens ställning i vården [4] där det betonar patientens rättighet att vara delaktig i planering, beslutsfattande och genomförande av sin egen vård.

För patienten innebär mötet med sjukvården ett stort flöde av information och i samband med inläggning på sjukhus upplever många patienter förlust av den egna identiteten och en oförmåga att kontrollera sin egen situation [5]. Något som kan verka självklart men oftast är en underskattad förberedelse, är att ge patienten information om hur behandlingen kommer se ut. Många kanske aldrig tidigare behandlats på sjukhus och därför har orealistisk uppfattning vad som kommer att ske [6]. Inför ett operativt ingrepp kan patienter uppleva flera oroande faktorer, såsom rädsla för postoperativ smärta, att inte vakna upp ur narkosen eller att operationen skall bli misslyckad [7, 8]. Vid ankomsten till sjukhuset möter patienten, inte sällan dagen före operationen, flera olika yrkesprofessioner. Patienten genomgår provtagningar, undersökningar och möter narkosläkare, avdelningsläkare, operatör, sjuksköterska, sjukgymnast, dietist, undersköterska och ibland en stomiterapeut. Alla dessa yrkesgrupper vill patientens bästa för att patienten ska uppnå god preoperativ vård.

På en kirurgisk/ortopedisk vårdavdelning möter sjuksköterskan patienter som skall genomgå operationer, alltifrån stora ingrepp som kan förändra patientens kropp negativt, till operationer som höjer patientens livskvalitet. Sjuksköterskan på vårdavdelningen har ett stort ansvar att möjliggöra delaktighet för patienten i det preoperativa skedet och för det postoperativa vårdförloppet. Ett operativt ingrepp kan upplevas som att patienten lämnar över sig till sjukvården och personalen vilket patienten också oftast gör. Det finns forskning som beskriver den perioperativa dialogen vilken innebär anesthesi- eller operationssjuksköterskans samtal med patienten före, under och efter operation [9, 10]. Om det preoperativa samtalet på vårdavdelningen utifrån ett sjuksköterskeperspektiv finns inte mycket beskrivet i

omvårdnadsforskningen. Patienten kan möta den inskrivande sjuksköterskan och redan på eftermiddagen möta nästa team som arbetar på kvällen, dvs patienten möter flera olika personer och yrkesgrupper på samma dag. Patientens första möte med sjuksköterskan för att förbereda patienten inför operation är ett betydelsefullt möte för patientens fortsatta trygghet och tillit [11].

BAKGRUND

Kirurgisk behandling

Den kirurgiska behandlingen har gjort betydande framsteg de senaste 150 åren [12] och i dag är kirurgi en av de vanligaste behandlingsformerna för sjukdomar inom modern medicin [6]. Det genomförs i Sverige över 400 000 operationer per år och detta enbart på ineliggande patienter, dessutom utförs flera hundratusen polikliniska mindre ingrepp. Patienter som behandlas kirurgiskt belägger ungefär en tredjedel av alla vårdplatser på svenska sjukhus och utgör en omfattande del av den svenska sjukvården [6]. För patienten är det kirurgiska ingreppet oftast en stressfylld upplevelse både fysiskt och psykiskt, dels pga. kroppens integritet hotas, dels upplevelsen av att ha liten kontroll över situationen och resultatet, vilket medför att många patienter upplever ångest, otrygghet och maktlöshet [11].

En kirurgisk behandling indelas i tre faser. Den preoperativa fasen som är tiden från det bestäms att patienten skall opereras tills patienten rullas in i operationssalen. I den perioperativa fasen befinner sig patienten i operationssalen och anestesi- och operationssjuksköterskan ansvarar för patientens omvårdnad [11, 13]. Den postoperativa fasen är den tid då patienten rullas ut från operationssalen och vårdas först på en uppvakningsavdelning och senare eventuellt på en vårdavdelning tills han/hon skrivs ut från sjukhuset [11].

Den perioperativa dialogen har vuxit fram som en organisationsmodell för den perioperativa vården [14]. Den perioperativa dialogen innebär anestesi- eller operationssjuksköterskans pre-, intra- och postoperativa samtal med den patient hon/han skall vårda i samband med ett kirurgiskt ingrepp [10, 13]. I föreliggande uppsats är fokus på de preoperativa ankomstsamtal som sker mellan patient och

sjuksköterska på en vårdavdelningen i samband med inläggning på sjukhuset inför ett operativt ingrepp.

Sjuksköterskans omvårdnadsansvar

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS) anges krav på god vårdkvalitet. I hälso- och sjukvårdslagen [15] står det läsa att hälso- och sjukvården skall ”bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet” och att ”vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten”. I lagen står vidare att vården ”skall främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen”. Vidare kan man läsa kraven att ”hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada” [15].

I Socialstyrelsens Författningssamling [16] görs gällande att patientens omvårdnad skall ske på lika villkor utifrån var och ens behov där varje situation är unik. Det är således viktigt att sjuksköterskan är medveten om sitt ansvar i den preoperativa fasen. Detta genom att identifiera hur väl en patient är psykiskt förberedd för ingreppet, men även försäkra sig om att patienten har förstått den givna informationen [11]. För att förstärka patientens rättigheter reviderades författningar år 2005, med förtydligandet att ”patienten och närstående informeras och görs delaktiga” [4].

I kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska [17] står det att sjuksköterskan ska ha förmåga att ”informera och undervisa och stödja patienter och/eller närstående” med fokus på att främja hälsan och att motverka ohälsa. Men även för att förebygga komplikationer i samband med sjukdom, vård och behandling. Han/hon skall även ”förvissa sig om att patienten och/eller närstående förstår given information”. Genom samtalet ska sjuksköterskan ha förmåga att ge stöd och vägledning för att ”möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling” [17]. Om patienten erhåller en god preoperativ omvårdnad kan negativa upplevelser minska och patienten får då bästa möjliga utgångsläge inför operation [11].

Delaktighet

Ordet delaktig betyder ”som medverkar i något”, ofta med tonvikt på känslan att vara nyttig eller ha medinflytande [18]. Första gången ordet dök upp är år 1472 och ”delaktogher” på fornsvenska kommer av äldre lågtyskan *delhaftich* – till del och – haftig, -aktig ursprungsbetydelse ”behäftad med” [19]. Synonymer till delaktig är delägare, kompanjon, deltagare, ta del i och ha ett finger med i spelet [20].

Substantivet delaktighet benämns som ”aktiv medverkan” och är känt sedan år 1469 i skriften ”Heliga Mechtildis uppenbarelser”, i den ursprungliga fornsvenska versionen ”delaktoghet” [19]. Kompanjonskap, andel, medverkan, medansvar och komplicitet är ord som benämns som synonymer till delaktighet [20]. Engelska språket skiljer på ordet och där delaktighet i beslut o. dyl översättes till *participation* – to take part to och delaktighet i brott som *complicity* – be involved in [21]. *Participation* är känt sedan 1500-talet och kommer ursprungligen från latinets, *pars* som betyder part (del) och *capere* i betydelsen to take (ta) [22, 23]. I Svenska MeSH definieras – patient participation - som patientens engagemang i beslutsprocessen som handlar om hälsa [24].

Patienters delaktighet

För att patienter skulle känna sig delaktiga i omvårdnaden enligt Larsson et.al [25] var beroende på ”insight through consideration” [25 sid 315]. ”Considerationen” utgjordes av interaktionen mellan patient och sjuksköterska. Sjuksköterskan behövde etablera en kontakt med patienten så att denne kände sig betydelsefull, blev accepterad och mådde väl. Det centrala var patientens förväntningar på sjuksköterskan. Delaktighet krävde att patientens kunskaper ökade så de förstod målen med den medicinska behandlingen och med omvårdnaden. Förutsättningen var att det genomfördes i en trygg och stödjande miljö. Sjuksköterskan antogs först ta reda på patientens roll och förväntningar samt vilken förståelse patienten har om den egna situationen [1]. Det vanligaste patienter beskrev som delaktighet enligt Eldh. et. al [26] var att personalen lyssnade till dem samt att de möttes som individer. Delaktighet betydde för patienterna att ”ha kunskap” mer än ”bli informerade” samt att kunna ha en interaktion med personalen mer än att vara med i beslutsfattandet.

Delaktighet stimulerades när patienten upplevde sig uppmärksam och då sjuksköterskan visade ett äkta intresse för patienten menar Larsson et. al [25]. Ett intresse där patienten kände sig bekräftad och accepterad som unik person och inte som en diagnos. Det var viktigt att patienterna uppfattade att all inblandad personal strävade mot samma mål, vilket i sin tur skapade förtroende. Patienterna angav att en förutsättning för delaktighet, var att de hade en "egen" sjuksköterska som koordinerade hela vårdtiden. Genom att sjuksköterskan anpassade informationen efter patientens behov uppmuntrades delaktigheten och patienten kunde då känna sig engagerad samt motiverad för att aktivt medverka i sin egen vård [1]. Upplevelse av trygghet i vårdrelationen främjade delaktigheten enligt Eldh et. al [27], för att patienten skall vara delaktig krävs att det finns en respektfull relation mellan patient och sjuksköterska. Ju mer insatt i det förväntade vårdförloppet en patient är, desto bättre förberedd blir patienten för att medverka i sin egen vård. Delaktighet stimulerades när patienten kände sig erkänd som en kunnig patient och sjuksköterskan kunde då tillvarata dennes kunskaper [1].

Avsaknad av delaktighet uppgav patienterna, var när information gavs standardiserat och inte utefter individuella behov [28]. Behov av samtal, behov av kontinuitet med vårdpersonal och behov av kontroll var tre teman som framkom i studien av Kiesseling et. al [29] och som påverkade patientens möjlighet till delaktighet.

Tillit

Tillit betyder övertygelse om någons kärlek och omtanke eller övertygelse om någons trovärdighet eller goda avsikter [18]. Ordet återfanns första gången i litteraturen år 1506 [19]. Den engelska översättningen är trust [21]. Synonymer till tillit är förtroende, förtröstan, tillförsikt, förlitan och tilltro [20]. Motsatsord till tillit är misstro, tvivel och skepsis [30].

Om patienten kände delaktighet var klart sammankopplat till om en tillit fanns till läkaren och hälso- och sjukvårdssystemet [31]. Tilliten grundades på tron att läkaren ville bota och göra det bästa för patienten samt att det fanns en stor tillit till vetenskapen och teknologin. Patienterna kände sig säkra med att läkaren hade de medicinska kunskaperna för att fatta beslut som patienterna upplevde att de själva saknade.

Patienter som ville vara mer delaktiga i beslut, diskuterade mer med läkaren angående sin vård och behandling utifrån sina egna behov. De sökte även aktivt information från olika källor för att kunna fatta ett beslut. Det fanns även de patienter som uttryckte att ingen läkare kan ta beslutet för någon annan ”because life belongs to you” [31 sid 607].

Trygghet

Historiskt finns ordet trygghet beskrivet sedan år 1480 i skrifter för klosterfolk, då i dess fornsvenska form: tryghet [19]. Synonymer är säkerhet, skydd, frihet från bekymmer, lugn och ro [20]. Motsatsorden är otrygghet, osäkerhet, oro, fara och risk [30]. Översättning till engelskans safety som betyder lugn och självtillit, men även confidence i betydelse självmedvetenhet [21].

Patienterna enligt Remmers et. al [7] uppgav att ett gott förhållande med sjuksköterskan i samband med bröstcanceroperation, som värdefullt och någon som visade omsorg under en svår tid. De förväntade sig att sjuksköterskan skulle vara vid deras sida vid svåra situationer, såsom vid obehagliga undersökningar och vara den som tröstade och uppmuntrade. Det behövdes inte många ord för att skapa trygghet. Att sjuksköterskan höll handen eller gav en kram, framkallade en känsla av trygghet enligt patienterna. Trygghet upplevdes även när det fanns en sjuksköterska som hade tid att lyssna när behovet fanns [7].

Kommunikation

Kommunikation betyder överföring av (intellektuellt) innehåll med hjälp av viss typ av meddelemedel [18]. Synonymer till kommunikation är förbindelse, samfärdsel, kontakt och överföring av information [20]. Genom att kommunicera överför man ett budskap till någon, meddelar sig med eller står i förbindelse med något eller någon. Ordet har funnits sedan början av 1600-talet och kommer ursprungligen från latinets *communicatio* som betyder ömsesidigt utbyte och från *communicare* i betydelsen göra gemensam, göra delaktig [19].

I vårdsituationer är patientens upplevelse av sin hälsosituation unik och hur upplevelsen kommuniceras är viktig [32]. Kommunikation är ett komplext fenomen vilket förenklat

kan uttryckas som ett utbyte via olika signaler mellan människor [33]. En signal skickas av en person till en annan som tolkar signalen och svarar genom att skicka tillbaka en annan signal. Den förste personen försöker nu förstå vad som menades med denna signal och sänder därefter tillbaka en ny signal till den andre och så fortsätter det. Varje signal kommer att tolkas av personerna. Betydelsen och tolkningen beror på hur signalen är utformad, vilka signalerna är och i vilket sammanhang. Kommunikationen sker i ett socialt system, där personerna har förväntningar och attityder som de fått från andra, vilket i sin tur påverkar hur budskapet uppfattas. Kommunikationen är väsentligt för utveckling och överlevnad. Vi människor har starka behov av att uttrycka oss och oftast med verbal och icke-verbal kommunikation i kombination [34, 35]. Oftast stämmer uttrycken överens men ibland har de olika betydelser, vilket skapar både förvirring och frustration hos den som skall tolka det.

Verbal kommunikation

Utan språket är det svårt att genomföra ett samtal [36]. Språket är ett överlägset sätt för att beskriva och förklara, men också för att informera och argumentera. Med språket kan människan tänka, uppfatta och förstå världen och är ett redskap i samspelet med andra människor. På grund av att det finns en stor mängd ord som kan sättas samman till meningar, får man tillgång till ett register för att uttrycka nyanser och detaljer i sitt språk. Med språket kan man göra andra människor delaktiga av sina privata erfarenheter och upplevelser. Orden som sägs anpassas och tolkas till situationen. Ord och meningar har inte en absolut klar betydelse, utan kommer att förstås och uppfattas på olika sätt beroende på när, var och vem som förmedlar dem [37]. De språkliga uttrycken kan enbart förmedla en mening om mottagaren förstår det [33].

Icke-verbal kommunikation

I kommunikation sker det ett ständigt utbyte av signaler och budskap. Kroppshållning, kroppsställning, rörelser, gester och mimik är former av icke-verbala uttryck. Men icke-verbal kommunikation innebär även talet med dess andningsrytm, tystnader, betoningar och tonlägen men också hur vi skapar egna utrymmen och personliga avstånd till andra människor [35]. Dessa kännetecken hjälper till att tolka och förstå budskapet mellan de som kommunicerar. Med kroppen uttrycks känslor och sinnesstämningar men också attityder till andra personer eller till det samtalsämnet som diskuterats [37]. Icke-verbala budskap är ett måste för att få ett samtal att flyta på genom i form av

pauseringar och tonglidningar. Den som lyssnar brukar titta på den som talar och kontinuerligt ge feedback t.ex med nickningar och ljud. Då får den som talar information om hur lyssnaren uppfattar och reagerar på det som sägs [35].

Kommunikation är inte statiskt utan ett ständigt pågående skeende. Det är oundvikligt att inte kommunicera[32]. Allt vi gör innebär budskap och möjliggör tolkningar för omgivningen [35]. Alla parter som deltar i kommunikationssituationen bidrar till och påverkas av vad som sker i samspelet.

Det preoperativa samtalet

Den undervisning som delges i det preoperativa samtalet, visar genom flertalet studier på de positiva effekter det medför i det postoperativa förloppet. Undervisningen minskade oron, gav snabbare återhämtningstid, minskade postoperativa komplikationer samt minskade användningen av analgetika, men gav även ökad patienttillfredsställelse och compliance till behandlingen [38, 39].

Vilket innehåll som kommuniceras i det preoperativa samtalet har studerats av Moene et. al [40] författarna fann att samtalen hade liknande struktur. När sjuksköterskan skulle kartlägga patientens behov och problem, fokuserades ett biomedicinsk perspektiv som utgick från VIPS-modellens [41] sökord. Det framkom vidare att läkarens inskrivningssamtal och sjuksköterskans ankomstsamtal överensstämde till stor del, vilket ledde till att patienterna upplevde att de fick upprepa sig. Samtalen skedde i en öppen och varm atmosfär och sjuksköterskan skapade relationen i det inledande mötet med patienten genom att vara personlig och efterfråga patientens berättelse. Genom samtalet lyssnade sjuksköterskan aktivt och förklarade när patienten hade frågor. När sjuksköterskan gjorde individuella vårdåtgärder utifrån patientens behov skapades tillit [40].

Information

Information inför ett kirurgiskt ingrepp kan utformas på många olika sätt såsom muntligt, skriftligt osv. [42]. Studier visar att preoperativ information ökar postoperativt välbefinnande [43]. Det viktigaste med att få information enligt patienterna var

trygghetsupplevelsen [44]. Bra information skapade trygghet och gav patienten en översikt över sin situation samt upplevelsen att ha kontroll [44]. I en annan studie [45] framkom att preoperativ information minskade patientens oro signifikant inför ett operativt ingrepp. Utan information blir patienten oförmögen att aktivt ta del av den postoperativa vården, vilket i sin tur kan leda till ökad risk för postoperativa komplikationer [43, 46].

Kvalvaag [44] uppger att patienter efterlyste mer information i samband med inskrivningen på avdelningen inför operationen. Informationen skulle innehålla vilka normala och förväntade reaktioner de kunde förvänta sig i den postoperativa fasen. Alla patienter i undersökningen [44] uttryckte att informationen förberedde dem bra inför operationen. De patienter som inte tidigare hade erfarenhet av någon operation uttryckte ett större behov av information. De som var resursstarka och utstrålade trygghet samt auktoritet tog oftast själva initiativet till att skaffa sig information [44].

Omvårdnadsteorier

Följande omvårdnadsteorier av Peplau, King och Orem kommer att presenteras för att belysa begreppen delaktighet, tillit och kommunikation.

Delaktighet

Peplaus teori [47] fokuserar på den interpersonella processen och terapeutiska relationen som utvecklas mellan patienten och sjuksköterskan. Den interpersonella processen har ett undervisande syfte. Sjuksköterskan undervisar patienten för att hon/han ska förstå sina hälsoproblem och få stöd att utveckla sina resurser. Peplau menar att sjuksköterskan inte ska "lösa" patientens problem utan istället ge möjlighet att utforska alternativ. Detta i ett samförstånd med respekt för varandra och som ett resultat av denna interaktion lär och utvecklas bägge. I interaktioner finns oftast mönster, där sjuksköterskan och patienten ingår i en relation som känns bekväm för dem båda och dessa mönster kan vara svåra att bryta. Vilket kan innebära att patienten helst vill att någon annan skall fatta beslut för henne/honom. Där sjuksköterskan förväntas ha ansvaret och inte betonar betydelsen av patientens eget ansvar [47].

King [48] beskriver omvårdnaden utifrån sin modell att det finns tre samverkande system, det personliga, det interpersonella och det sociala systemet. Det personliga systemet innebär en individ. King ser människan som rationell och som reagerar på sina förväntningar, känslor och behov. Individen är medveten om det förflutna och om nuet samt sina framtida mål. Människan fattar beslut genom att välja mellan alternativ och väljer ut mål samt sätt hur dessa mål skall uppnås. Beslutsfattandet är knutet till situationen, informationen och till individen. Beslutsprocessen är kontinuerlig då alla beslut ger upphov till nya. Det interpersonella systemet består av individer, det är här bland annat samspelet mellan patienten och sjuksköterskan sker. I det sociala systemet befinner sig individen och består av sociala roller, beteenden och seder. Familjen, arbetsplatser och vårdmiljöer är exempel på sådana system [48].

Orem bygger sin teori på en egenvårdsmodell, vilken består av tre delar, egenvård, egenvårdsbrist och omvårdnadssystem [49]. Egenvården innebär patientens förmåga av egenvårdskapacitet och egenvårdskrav som finns hos alla människor. Egenvården utförs av individen själv och den har lärts genom relationer och kommunikation. Orem beskriver att egenvården är en medveten handling som människan startar och utför med syftet att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande. Egenvårdskapaciteten är individens förmåga och kapacitet att utföra egenvården. Egenvårdskraven är de åtgärder individen måste utföra vid vissa tidpunkter eller under en viss tid för att tillgodose sina behov. Ibland uppstår en brist mellan egenvårdskapaciteten och egenvårdskraven, dvs det finns en otillräcklighet att utföra egenvård och det blir då en egenvårdsbrist vilket kan vara en förklaring till varför en person får behov av omvårdnad. Omvårdnadssystem är något som skapas genom sjuksköterskans och patientens handlingar. Målet med omvårdnaden är, enligt Orem, att så långt som möjligt hjälpa patienten till självständighet och om inte detta är möjligt blir målet att hjälpa patientens familj eller andra närstående att överta ansvaret för patientens egenvård [49].

Peplau [47] betonar att patienten har en aktiv roll i omvårdnadsprocessen. Centrala begrepp i Peplaus teori är handledning, undervisning och relationen mellan patient och sjuksköterska [47]. Omvårdnadssystemet skapas genom sjuksköterskans och patientens roller och omfattar bland annat begreppet omvårdnadskapacitet. Det är de kunskaper, attityder, färdigheter och egenskaper som behövs för att bedriva omvårdnaden. Orem [49] fortsätter beskriva att omvårdnaden går ut på att komplettera egenvården, där

patienten eller anhöriga saknar förmåga att tillgodose egenvårdsbehoven. Sjuksköterskan använder sig av fem hjälpmetoder, däribland vägleda en annan person, skapa en utvecklande miljö och undervisa en annan person [49].

Tillit

Det viktiga i omvårdnaden är samspelet mellan sjuksköterskan och patienten, menar både Peplau och King [47, 48]. Peplau som har influerats av psykoanalytiker beskriver att relationen mellan patient och sjuksköterska utvecklas i fyra stadier. Där det första stadiet ”orientation phase” möts sjuksköterskan och patienten och lär känna varandra, i det mötet börjar patienten känna tillit till sjuksköterskan. I det här stadiet är det viktigt att sjuksköterskan analyserar situationen och vägleder patienten att identifiera och bedöma sina behov [47]. Samspelet mellan sjuksköterskan och patienten betonar även King [48] i sin teori som handlar om måluppfyllelse. Hon menar att patienten och sjuksköterskan i en ömsesidig relation strävar efter gemensamma uppsatta mål. Vidare beskriver hon att om målen uppnås, så upplever både patienten och sjuksköterskan tillfredsställelse. Enligt King [48] det viktiga i relationen är att den bygger på förtroende.

Kommunikation

Peplau [47] anser att den verbala kommunikationen är central i relationen mellan sjuksköterskan och patienten. Hon menar att patienten inte verbaliserar allt som han lever ut tillsammans med sjuksköterskan och det som inte diskuteras kan heller inte förstås [47]. Genom att tala om problem och bekymmer kan patienten hitta andra sätt att leva ut dem. Men även förmågan att uttrycka någon erfarenhet verbalt kan utvecklas i interaktionen med sjuksköterskan. Hon menar vidare att sjuksköterskan bör vara försiktig med att tolka den icke-verbala kommunikationen, då den är beroende av vilken kultur patienten lever i eller kommer ifrån. Icke-verbal kommunikation kan även tolkas på många olika sätt, såsom beröring, kramar osv, vilket sjuksköterskan måste vara medveten om vid vård av patienter med annan kulturell eller etnisk bakgrund [47].

Ett centralt begrepp i Kings teori är transaktion. En transaktion består av individers varseblivningar som omfattar både verbal och icke-verbal kommunikation. Varje transaktion är en följd av händelser i tiden vilka används för att uppnå ett mål. En

transaktion representerar en livssituation där varje person går in i som en aktiv deltagare och förändras genom erfarenhetsprocessen [48].

I varje interaktion ingår både verbal och icke-verbal kommunikation, menar King [48]. Men tvärt emot vad Peplau uttrycker, anser King att den icke-verbala kommunikationen är av största vikt, eftersom den ger information om en annan människas attityder och känslor [48]. Som sjuksköterska är det viktigt att lyssna och iaktta hur patienten kommunicerar icke-verbalt. Detta är framförallt viktigt när patienten inte kan kommunicera verbalt, detta för att avgöra om det finns en ömsesidig målsättning enligt King [48]. Men det måste finnas en miljö där sjuksköterskan och patienten respekterar och förstår varandra, för att kommunikationen skall bli så effektiv som möjligt. I denna miljö skapas motivationen för att förstå och kunna använda information, vilken är avgörande för patientens tillfrisknande .

TIDIGARE FORSKNING

Litteratursökning

Sökorden valdes efter sökning i Svenska MeSH (tesaurus) [24] vilka utgick ifrån syftet och frågeställningar. Sökorden prövades sedan i olika kombinationer mot databaserna CINAHL, Scopus och PubMed. De primära sökorden som prövades var: Patient Participation, Nursing, Nursing Care, Preoperative, Operation och Surgical Nursing. I databasen PubMed återfanns ett oöverskådligt antal träffar, så därför användes databaserna CINAHL och SCOPUS.

Tabell 1. Litteratursökning

<i>Sökning #</i>	1	2	3	4	5
<i>Sökdatum</i>	2010-04-13	2010-04-13	2010-04-14	2010-04-14	2010-05-19
<i>Sökår</i>	2000-2010 april	2000-2010 april	2000-2010 april	2000-2010 april	2000-2010 maj
<i>Databas</i>	CINAHL	CINAHL	SCOPUS	CINAHL	SCOPUS
<i>Sökord</i>	MH (Major Heading) Patient participation AND Nursing care AND Preoperative Begränsad till Peer Reviewed /English	MH (Major Heading) Patient participation AND Nursing Begränsad till Peer Reviewed /English	MESH Patient participation AND Nursing care AND preoperative Begränsad till Peer Reviewed/English	MH (Major Heading) Patient participation AND surgical nursing	MESH Patient participation AND Nursing care AND Operation
<i>Antal träffar</i>	1	35	14	4	30
<i>Antal inkluderade artiklar</i>		4	2	1	1
<i>Antal exkluderade artiklar</i>	1	31	12	3	29
<i>Artikel</i>		[50-53]	[54, 55]	[56]	[57]
<i>Orsak till exkludering</i>	Ej relevant för syftet. De var utifrån hur patienten	Ej relevanta för syftet. Eller ej tillgängliga.	Ej relevant för syftet.	Ej relevanta för syftet.	Ej relevanta för syftet. Eller ej tillgängliga.

	såg på delaktighet.				
--	---------------------	--	--	--	--

Genom sökning via manuell genomgång av litteraturlistor och referenslitteratur, resulterade det i två artiklar [58, 59] vilka inkluderades i studien.

Presentation av tidigare forskning

Med en kvalitativ fokusgruppsstudie [52] undersöktes sjuksköterskors tolkning och implementering av patienters delaktighet i omvårdnaden, vilket beskrevs utifrån fyra kategorier. Dessa kategorier var mellanmänniskt förfarande, terapeutisk förhållning, fokus på resurser och möjlighet till inflytande.

Det mellanmänniska förfarandet som skedde mellan sjuksköterskan och patienten, bottnade i kommunikation och samspel. Med kommunikation menade sjuksköterskorna i studien [52] förståelse och bli förstörd, vilken var en nödvändighet för att kunna etablera en relation. Kommunikationen krävde en dialog genom ett aktivt lyssnande både verbalt och icke verbalt. Sjuksköterskornas strategi för att det skulle bli ett samspel och se patientens som en individ var att våga, invitera, bekräfta och invänta. Ett gott terapeutiskt förhållningssätt baserades på reflektion om hur sjuksköterskan närmade och uppförde sig i mötet med patienten.

Patientens resurser framträdde genom dialog vilket baserades på utbytet av information och kunskaper. Sjuksköterskorna beskrev i studien [52] att de utforskade resurserna i första mötet med patienten, vilken förståelse patienten hade av situationen, vilka förväntningar och behov som fanns. Genom uppskattning av patientens egenvårdsförmåga inventerades resurserna tillsammans med patient och/eller med anhöriga. För att möjliggöra att inflytande och delaktighet skulle skapas som en process, som skulle mynna ut i ett delat ansvar, baserades på information, val, beslut och ansvar enligt Sahlsten et. al [52].

En ömsesidig förhandling såg sjuksköterskor som det centrala i patient delaktighet, enligt Sahlsten et. al [53] fokusgruppsstudie. Denna ömsesidiga förhandling bygger på fyra komponenter och innebar en dynamisk interaktion mellan patient och sjuksköterska, med ett utbyte och samarbete mellan två jämbördiga parter som delar ett mål eller syfte. Sjuksköterskan förutsattes att ta initiativet och skapa relationen med patienten, vilket hade sin grund i sjuksköterskans profession. Förhandlingen startades som en diskussion mellan sjuksköterska och patient, som sedan skulle resultera i en överenskommelse. Där patientens inflytande över planeringen och hur omvårdnaden skulle genomföras var målet. Sjuksköterskan antogs ha och kunna förmedla kunskaper och strategier till patienten, vilket är en förutsättning att kunna ta beslut, enligt Sahlsten et. al [53].

I Sahlstens et. al [57] studie undersöktes via tre fokusgrupper de strategier sjuksköterskor använde för att stimulera och optimera patienters delaktighet i sin vård. De fann att sjuksköterskornas strategier kunde indelas i tre kategorier. Den första var att ”bygga ett nära samarbete” vilket grundades genom tillit och ett äkta engagemang som byggde på respekt och tro på patienten. ”Att vilja lära känna patienten” är den andra kategorin, som skapades genom en aktiv kommunikation och där sjuksköterskan använde patientens egna erfarenheter kring den aktuella situationen, för att få en djupare förståelse mellan sig och patienten. Den tredje kategorin som Sahlsten et.al [57] fann var ”stärka egenvårds kapaciteten” vilken byggde på patientens egna resurser. Sjuksköterskorna motiverade, försökte identifiera och fokusera på mål, vilket utifrån ett sjuksköterskeperspektiv stimulerade och optimerade delaktigheten.

Florin et. al [51] fann i sin enkätstudie att sjuksköterskor uppfattade att patienten ville vara mer delaktig i sin vård, än vad patienten egentligen föredrog. Många patienter önskade inta en passiv roll, detta skiljde sig dock något mellan patienterna. Yngre patienter var mer benägna än äldre att ha en aktiv roll, medan gifta eller sammanboende föredrog en mer passiv roll än de som levde i ensamhushåll. Det framkom dock ingen skillnad mellan könen. Sjuksköterskorna uppfattade inte att det fanns någon skillnad mellan kön, ålder eller civilstånd om patienten föredrog aktiv delaktighet i sin vård.

I en enkätstudie av Timonen et.al [56] undersöktes om patientens delaktighet främjades när patienten deltog i samband med överrapportering mellan dag- och

kvällssjuksköterska på kirurgavdelningar. Sjuksköterskorna såg överrapporteringen som en källa till information både för sjuksköterskan och patienten, vilket bara en tredjedel av patienter ansåg. De flesta patienterna upplevde det enbart som information mellan sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna erfor att patientens möjligheter att påverka sin egen vård ökade när de var med vid överrapporteringen. Patienterna i sin tur kände att det viktigaste för dem var att bli informerade om sina framsteg. De flesta sjuksköterskor ansåg att både patienten och sjuksköterskan deltog i konversationen. Hälften av patienterna upplevde att enbart sjuksköterskan pratade eller att sjuksköterskorna pratade sinsemellan. Fyra av tio patienter ansåg att de var delaktiga ibland eller inte alls. Anledningen till att inte vara delaktig, enligt patienterna, var orsakat av trötthet och svårighet formulera frågor [56].

Enligt Timonen et. al [56] uttryckte nästan alla sjuksköterskor att patienten uppmanades till delaktighet, men enbart hälften av patienterna höll med. En tredjedel av sjuksköterskorna och patienterna uppgav att närvaron av andra patienter i samma rum under rapporteringen var störande. Trots detta faktum ansåg de flesta sjuksköterskorna samt en stor andel av patienterna att systemet med sängrapportering skulle fortsätta.

Vad som menas med patient delaktighet för sjuksköterskor undersökte Jewell [59] genom en etnografisk kvalitativ studie. Sjuksköterskorna uppgav att det viktiga med delaktighet var en patientcentrerad vård, där patienten själv uttryckte vilka problem och behov som fanns. Patientdelaktighet ansågs som mer än bara uppmuntran till att ställa frågor, detta genom att informera och involvera patienten i varje steg i omvårdnaden och i planeringsprocessen. Genom att fokusera på patientens rättigheter att fatta beslut och att det utifrån individens situation, var centralt i patient delaktighet. Om patienten på grund av konfusion eller demens hade svårt att fatta beslut, var det viktigt att anhöriga var mer involverade. En god relation mellan sjuksköterskan och patienten beskrevs som nödvändig och sjuksköterskorna såg sin roll som patientens advokat och vilket hade sin grund i en djup kunskap om patienten och dennes familj. Sjuksköterskorna ansåg att patientens roll hade gått från att vara passiv i vården till en aktiv vilket även inkluderade äldre patienter menade Jewell [59].

Lee och Lee [55] fann i en kvalitativ studie hur en grupp sjuksköterskor utformade undervisningen för patienter inför en operation, samt vilka svårigheter de stötte på.

Sjuksköterskorna beskrev de viktigaste anledningarna till att ge preoperativ undervisning. Var att minska patienternas oro inför operation vilken i sin tur skulle leda till minskad risk för komplikationer postoperativt. Patientens erfarenheter och förväntningar på operationen var det första steget i att identifiera patientens behov för sjuksköterskorna. Innehållet i undervisningen var främst inriktat på hur patienten skulle använda den tekniska utrustningen som till exempel PCA-pump (patientkonrollerad analgesi) samt fysiska övningar. De fysiska övningarna skulle hjälpa patienterna att hämta sig efter operationen. Sjuksköterskorna undervisade utefter teman, som smärtstillning, dropp, drän, andningsgymnastik och förberedelser för tidig mobilisering. Sjuksköterskans tolkning av patientens behov var en faktor som styrde hur undervisningen utformades, men även sjuksköterskans egna erfarenheter. Nya sjuksköterskor lärde av de mer erfarna hur undervisningen skulle utformas. Brist på tid och hög arbetsbelastning var något som påverkade undervisningen negativt [55].

Om och hur sjuksköterskor på en kirurgisk vårdavdelning utformade preoperativ undervisning, samt vilka faktorer som påverkade undervisningen studerades, genom en kvalitativ studie [54]. Resultatet visade att patienterna erhöll preoperativ grupp undervisning via en workshopp som hade utarbetats av operationssjuksköterskor. Någon individuell anpassad preoperativ undervisning gavs inte av sjuksköterskorna på vårdavdelningen. Individuell undervisning använde sjuksköterskorna enbart om patienten upplevde det genant att diskutera sina problem i en grupp samt om det fanns någon tid över för ett samtal. Sjuksköterskorna upplevde sig osäkra på att undervisa om det operativa förloppet, på grund av att de inte hade någon formell pedagogisk utbildning. De undervisade utifrån sina erfarenheter. Hinder för att undervisa patienterna var brist på tid, men även att preoperativ undervisning hade låg prioritet bland sjuksköterskorna. Kommunikationsproblem på grund av språkförbristningar samt att patienterna inte "litade" på sjuksköterskornas kompetens var andra faktorer som påverkade om patienten erhöll någon undervisning [54].

I en kvalitativ studie [58] undersöktes personalens syn på delaktighet i beslutsfattande hos patienter med colorektalcancer. Det som studerades var vilka faktorer som var främjande och vilka var hindrande. Uppfattningen var att patienter inte ofta blev erbjudna val gällande sin primära behandling för colorektalcancer. Däremot erbjöds patienten en möjlighet till delaktighet i beslut angående deltagande i studier, om

cytostatikabehandling och palliativ vård. Sjuksköterskans roll var att stödja, ge support och hjälpa patienten att förklara given information. Sjuksköterskorna upplevde att patienterna kunde anta en mer aktiv roll i sin hemmiljö med sin kost, stomivård och palliativa symtom. Däremot fanns det en brist på kunskap hur den psykologiska omvårdnaden skulle stöttas och förebyggas [58]. Det framkom vidare att det var värdefullt med ett delat beslutsfattande mellan patient och personal. Det fanns dock vetskap om att en del patienter föredrog en mer passiv roll. Patientens ålder uppfattades som en faktor. Yngre patienter ansågs mer benägna att vara delaktiga i beslut och behandling än äldre. Faktorer som främjade patientens delaktighet var rak och ärlig kommunikation och mer tid. Den psykologiska stress som en cancerdiagnos innebär, gjorde patienterna oförmögna att vara delaktiga angående sin behandling. Uppfattningen bland deltagarna var att en individualiserad information efter patientens behov stimulerade till att patienten kunde känna en viss kontroll vilket ledde till en större delaktighet i beslutsfattandet [58].

Vilka faktorer som främjar och hindrar sjuksköterskor i sin hälsobefrämjande roll på en vårdavdelning undersöktes genom en observationsstudie [50]. Patientdelaktighet och hälsobefrämjande strategier var två kategorier som framkom. Den hälsobefrämjande strategien som sjuksköterskorna använde var att ge information och förklara för patienten. Det fanns stora skillnader mellan hur sjuksköterskorna gav informationen, alltifrån förklarande och uppmuntrande till att tala om hur patienten skulle göra utan förklaring. Det framkom att patienten hade lite delaktighet i att identifiera problemen, målsättningen med vården eller att planera sin egen vård. I vissa fall konsulterade sjuksköterskorna patienterna och överlät beslutet när de skulle ta medicin, klä sig eller vilken typ av smärtstillande som fungerade bäst. Patientdelaktighet var begränsat till en liten del av vården, såsom att besluta om vilken maträtt, vilka kläder eller när de ville gå ur sängen eller ta på sig operationskläderna. Det var liten evidens av verkliga val eller patientdelaktighet i vården. Genom observationerna framkom att sjuksköterskorna tog makten över patienten. Ibland även när patienterna uttryckligen önskade en sak, visste sköterskorna bäst och tog beslut. I dessa situationer nekades patientens val och inflytande över beslutsfattandet. I andra fall om beslutsfattandet gällde om patienten skulle tvätta sig, komma upp, diskuterades och gjordes upp mellan sjuksköterskorna som om patienten inte var närvarande. Att behandla patienten som osynlig och

frånvaro av patientdelaktighet förekom när sjuksköterskorna verkade fokusera på rutinerna och göra arbetsuppgifterna klara, medförde utan hänsyn till patientens respons [50].

Sammanfattning av artiklarna

Det som är gemensamt i flera av artiklarna [52, 53, 57-59] är att sjuksköterskorna främjade patientens delaktighet genom att kommunicera på ett individualiserat sätt. Med fokus på relationen, och där sjuksköterskan stärker egenvårdsförmågan genom att lyfta fram de resurser som fanns hos patienten och dess anhöriga. När kommunikationen var ensidig från sjuksköterskan [50, 54-56] stimulerades inte patientdelaktigheten och då koncentrerades det på rutiner, sökord och information. Att ha tillräckligt med tid framkommer också som en gemensam faktor som främjar patientdelaktighet [54, 55, 58]. Vid brist på tid och en hög arbetsbelastning [54, 55] påverkades delaktigheten negativt.

I ett par studier [54, 55] framkommer det att beroende på sjuksköterskans kunskaper och erfarenheter, är det avhängt om patienten erhåller individuell undervisning inför ett operativt ingrepp. Det som skiljde artiklarna åt var uppfattningen om hur sjuksköterskor såg patientens behov av delaktighet och där sjuksköterskor ansåg att yngre hade ett större behov av delaktighet [58], i andra ansåg sjuksköterskorna att alla hade ett lika stort behov [51, 59].

Problemformulering

De ovanstående presentationerna av de tio studierna inriktar sig mot det aktuella kunskapsläget inom problemområdet. Det har varit svårt att finna studier som fokuserat på hur sjuksköterskan på en vårdavdelning möjliggör patientens delaktighet i det preoperativa samtalet inför ett operativt ingrepp. Det finns däremot många studier som handlar om patienters upplevelse av delaktighet och detta framförallt inom medicinsk behandling. Det finns även forskning om patientundervisning samt patientinformation i samband med operation. Men fokus på delaktighet i ankomstsamtalet inför ett operativt ingrepp som ett vidare begrepp är inte studerat.

Det kan tyckas viktigt att sjuksköterskor gemensamt skapar relevanta riktlinjer och ett innehåll i det omvårdnadssamtal som förs med patienter inför en operation på en vårdavdelning. Detta för att patienterna ska uppleva sig trygga och delaktiga. I denna studie finns således ett intresse att undersöka om och hur den inskrivande sjuksköterskan skapar möjlighet för patientens delaktighet i den preoperativa omvårdnaden genom ankomstsamtalet.

SYFTE

Syftet var att undersöka hur sjuksköterskor vid kirurgisk/ortopedisk avdelningar skapar möjligheter för patientens delaktighet i vården/omvårdnaden genom det preoperativa samtalet.

Frågeställningar

- Vad innehåller det preoperativa samtalet?
- Hur kommunicerar sjuksköterskan och patienten under samtalet?

METOD

Pilotstudien utfördes för att testa metoden inför en kommande och mer omfattande studie på 20-25 preoperativa ankomstsamtal. Den valda metoden kommer att beskrivas och urval, datainsamlingsmetod samt analys för studien presenteras.

METODANSATS

I föreliggande pilotstudie används en kvalitativ metod för att få en förståelse av hur begreppet delaktighet kan komma till uttryck genom ett preoperativt samtal. Ett signum för kvalitativ metod är att den utgår ifrån studieobjektens perspektiv [60]. Med kvalitet menas karaktären eller egenskapen hos någonting, där man primärt söker efter ett fenomenets innehåll eller mening [61]. Datainsamlingen sätter fokus på "mjukdata" såsom tolkande analyser, oftast verbala analysmetoder av textmaterial [62]. I kvalitativa studier växlar forskaren mellan närhet och distans och blir därmed i stor utsträckning medskapare i forskningsprocessen [63].

URVAL

De inklusionskriterier som förelåg för studien var att sjuksköterskorna skulle arbeta på en kirurgisk- eller ortopedisk vårdavdelning samt göra ett ankomstsamtal inför ett planerat operativt ingrepp. Vårdenhetscheferna fick på respektive avdelning information angående studien samt vid vilken tidpunkt observationerna skulle äga rum

och ge sitt godkännande. De sjuksköterskor som var i tjänst samt hade arbetsuppgiften att göra ett samtal inför ett planerat operativt ingrepp under den vecka som observationerna skulle äga rum, fick förfrågan av vårdenhetschefen om att delta i studien.

Arbetsmetoden på en av avdelningarna var att det alltid var samma sjuksköterska som gjorde de planerade ankomstsamtalen. På den andra avdelningen föll valet på de sjuksköterskor som hade ett ankomstsamtal de dagar som studien pågick. Tre sjuksköterskor tillfrågades och inkluderades i studien och fyra ankomstsamtal observerades ($n=4$), en sjuksköterska gjorde två samtal. Alla sjuksköterskor var kvinnor och åldersspannet var mellan 26-58 år. Deras erfarenhet som sjuksköterskor sträckte sig mellan 2-30 år.

Patienterna som deltog i studien fick förfrågan innan ankomstsamtalets början. Fyra patienter ($n=4$) deltog, tre män och en kvinna, ålder mellan 60-90 år. De patienter som deltog i studien planerades att opereras alltifrån nästkommande dag upp till tre veckor efter ankomstsamtal för knäoperation, laparoskopisk galloperation, höftprotosoperation, ljumskbråcksoperation. Samtalens längd med patienterna varierade mellan 13-32 minuter. Under ett av samtalen var en anhörig närvarande.

DATAINSAMLINGSMETOD

Som datainsamlingsmetod användes ostrukturerad observationsmetod och bandinspelning av ankomstsamtalen. Insamling av data ägde rum under en vecka i juni 2010, på ett sjukhus i Västra Götalandsregionen. Författaren satt med som icke deltagande observatör vid ankomstsamtalen, med ett avstånd mellan 1,5-2 meter ifrån patienten och sjuksköterskan, beroende på rummets utformning. En bandspelare placerades vid sidan av sjuksköterskan och patienten, med syfte att registrera deras verbala kommunikation. Detta för att behålla observationens autensitet. Författaren förde anteckningar under samtals gång. Direkt i anslutning till varje avslutad observation, skrevs alla handskrivna anteckningar ner på dator och bandinspelningarna transkriberades ordagrant. Fördelen med detta tillvägagångssättet är att en första bearbetning av datan, sker direkt i anslutning till observationen. Ett sådant förfarande

minskar risken att glömma väsentligheter som noteras i anteckningarna samt minskar troligtvis risken för avtryck från författarens minnesbild [64].

Valet av observationer som datainsamling grundar sig på att observationer är användbara när man ska samla information som berör beteenden och skeenden i naturliga miljöer [62]. Observationer används som forskningsmetod på två sätt – strukturerade eller ostrukturerade. Genom att använda ostrukturerade observationer inhämtas så mycket kunskap som möjligt kring problemområdet [62]. Att använda en ostrukturerad observationsmetod i föreliggande studie var att få inblick i interaktionen mellan patienten och sjuksköterskan, men även att få en helhetsbild av en situation, samt att inhämta informationen om och hur miljön runt omkring påverkar samtalet [64]. Fördelen med observationsstudier är att kunskap inhämtas under naturliga omständigheter [64]. Widerberg [61] menar om man vill belysa ett fenomen genom att studera det "in action" så väljer man observationer som metod.

I föreliggande studie användes icke deltagande observation. Icke deltagande observationer innebär att forskaren gör sig så osynlig som möjligt för att inte påverka händelseförloppet [63]. Patel [62] menar att när observatören är känd undanröjs problemet att inte kunna observera vad man vill och inte kunna registrera observationerna när man vill. Fördelen med att vara icke deltagande observatör är att denne befinner sig utanför det aktuella skeendet [64]. Närvaron kan komma påverka individerna till att börja med. Men som Patel [62] påpekar, när individerna vänjer sig vid att observatören finns där, kommer deras beteende att återgå till det vanliga.

För att få en helhetsbild hur sjuksköterskan och patienten kommunicerade under det preoperativa samtalet, kompletterades observationerna med bandinspelningar. Detta för att fånga den verbala kommunikationen som utspelades, vilket även förtydligar författarens tolkning av samtalet [64].

KVALITATIV INNEHÅLLSANALYS

Innehållsanalys utvecklades för att hantera stora mängder data och användes framförallt inom massmediaforskning, för att kvantifiera samt analysera frekvenser och proportioner i massmedia. Den kvalitativa innehållsanalysen inriktar sig på tolkning av

texter samt används främst inom beteendevetenskap, humanvetenskap och vårdvetenskap. Inom den kvalitativa forskningstraditionen är synsättet att omvärlden ses som komplex, subjektiv och är beroende av kontexten, därför ska en text som analyseras ses i sitt sammanhang [63]. Texten har inte en given mening, enligt Krippendorff [65], utan får sin mening genom läsaren, där tolkningarna kan vara giltiga trots att de är olika.

Kvalitativ innehållsanalys inriktar sig mot att beskriva variationer genom att urskilja skillnader och likheter i t.ex ett textinnehåll. Dessa skillnader och likheter formuleras i kategorier och teman på olika nivåer. Först väljs en analysenhet, vilken kan vara hela observationen eller intervjun. Sedan skapas domäner, vilka är en grov struktur av problemområdet. Meningsenheter (meningsbärande del av text) kondenseras och abstraheras vilket innebär att texten kortas och förses med koder som förs samman till kategorier eller teman [66]. Kategorier bildas av flera koder som har ett liknande innehåll, vilken skall svara på frågan ”vad” och kan omfatta underkategorier. Teman skapas genom att sammanbinda det underliggande innehållet i flera kategorier, där temat svarar på frågan ”hur” [63].

ANALYS

Studien analyserades genom kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats, vilket innebär en förutsättningslös analys av texten [63]. Observationerna och de bandinspelade samtalen analyserades både utifrån sitt manifesta och latent innehåll. Analysen gjordes i flera steg där observationsprotokollen och de utskrivna texterna från de preoperativa ankomstsamtalen lästes först igenom flera gånger, för att finna likheter och skillnader i textmaterialet. Sedan urskiljdes meningsenheter vilka kondenserades och abstraherades och gavs en kod. De erhållna koderna sammanfördes till fyra kategorier, bemötande, bekräftande, patienters behov och kommunikation, vilka bildade två övergripande teman, Relation och Dialog. Exempel på kondenserade meningsenheter, koder, kategorier och tema framgår i tabell 2.

Tabell 2. Exemplet ovan är tagna ur både observationer och bandinspelade samtal

Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Kategori	Tema
Samtalen sker i en närvarande atmosfär	Skapa trygghet	Bemötande	Relation
..göra klokt i sina val, efterfråga sjuksköterskans synpunkt	Tillit	Bekräftande	

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Under detta avsnittet kommer de forskningsetiska överenskommelser och forskningsetiska principer för forskning att redovisas samt studiens förhållningssätt till detta. Även en risk-/nytta analys samt studiens forskningspersonsinformation kommer beskrivas.

Att bedriva forskning är betydelsefullt både för individers och samhällets utveckling. Ett forskningskrav innebär att forskning inriktas på väsentliga frågor samt håller hög kvalitet, där kunskaper utvecklas och metoder förbättras men även ett skydd för individen. De forskningsetiska överenskommelser har bland annat beskrivits av Vetenskapsrådet [67] och Sjuksköterskornas Samarbete i Norden (SSN) [68]. De etiska principerna är: principen om autonomi, principen om att göra gott, principen om att inte skada samt principen om rättvisa.

Principen om autonomi menas rätten till självbestämmande, att inte använda tvång emot individen. Forskning som omfattar människor skall bygga på deltagarnas fulla och informerade samtycke. Detta innebär en detaljerad information ges till deltagarna om

syftet samt en beskrivning hur studien genomförs [67]. Principen omfattar även respekt för individens värdighet, integritet och sårbarhet vilket dels innebär respekt för frivillighet och rätten att avbryta sin medverkan i forskningsprojektet utan att detta orsakar negativa följder för dem [67, 68]. I föreliggande studie betydde detta att muntlig och skriftlig forskningspersonsinformation gavs både till sjuksköterskorna [bilaga 1] och patienterna [bilaga 2] samt ett samtyckesformulär [bilaga 3] överlämnades till sjuksköterskorna och patienterna innan samtalens början. För att inte förhandsinformationen skulle påverka studiens syfte, informerades deltagarna om att kommunikationen i samtalet skulle studeras. Syftet meddelades muntligt efter observationerna hade genomförts. Medgivande att bedriva studien erhöles genom skriftlig information [bilaga 4] till vårdnadscheferna på respektive avdelning. Alla tillfrågade sjuksköterskor och patienter samtyckte till att delta i studien.

I principen om att göra gott betyder att forskningen skall vara till nytta för omvårdnaden, men hänsyn till den enskilde individen går före nyttan för samhällets och vetenskapens behov [68]. Viktigt är även att information ges av vilken nytta och risker som medför att delta i studien [67]. En forskningspersonsinformation enligt Etiska Prövnings Nämndens riktlinjer [69] gjordes och godkändes av Göteborgs Universitet. Några omedelbara fördelar att medverka i studien kunde inte lyftas fram, men att på sikt kunde studien leda till ökad kunskap och utveckling kring det preoperativa omhändertagandet. Riskerna var att sjuksköterskorna kunde uppfatta det som en personlig bedömning samt att författarens närvaro kunde ha en hämmande effekt på samtalet, vilket deltagarna informerades om. En kopia av det färdiga studie resultatet erbjöds samtliga deltagare.

Innebörden av principen om att inte skada så försäkras sig forskaren om att minimera risken för skadeverkningar på deltagarna [68]. Vilket även innefattar en försäkran om konfidentialitet samt att personuppgifter lagras på ett sådant sätt så obehöriga inte kan ta del av dessa [67]. Med avseende för studien innebar det att deltagarna genom forskningspersonsinformationen [bilaga 1, bilaga 2] försäkrades om konfidentialitet samt att deltagarna ej kan identifieras av utomstående. Observationsanteckningarna och bandinspelningarna förvaras i låst skåp.

Principen om rättvisa innebär att alla individer skall behandlas lika samt att forskaren särskilt värnar om att svaga grupper [68]. I studien har det inte varit någon risk för detta.

RESULTAT

Under avsnittet kommer resultatet av föreliggande studie beskrivas. I analysen framkom fyra kategorier: bemötande, bekräftande, patientens behov och innehåll i samtalet, vilka kommer presenteras under två övergripande teman Relation och Dialog. Både analys av observationer och bandinspelningarna kommer varvas löpande under kategorierna. Citaten kommer från de bandinspelade samtalen. I citaten förkortas sjuksköterska (S) och patient (P), samtalen är numrerade 1-4.

RELATION

Bemötande

Sjuksköterskorna inbjuder patienterna till samtalet i ett enskilt rum, som oftast ligger avskilt från avdelningen. De småpratar lite innan nedtecknandet av samtalet börjar. Där finns inte någon telefon eller ringklocka som stör samtalen, i de fall där närvaroknapp finns är den inte aktiverad. Sjuksköterskan och patienten sitter snett eller mittemot varandra med ett avstånd på cirka en halvmeter och med stolarna inställda på samma höjd. Miljön i rummen känns avslappnad, men kan verka spartansk på en av avdelningarna. Sjuksköterskan tar i hand och hälsar patienten välkommen.

”S: jag skall hälsa ordentligt, hej jag heter... och jobbar som sjuksköterska och du är?”(4)

Sjuksköterskorna har läst i patientjournalen innan samtalet för att ta reda på vilket planerat operativt ingrepp som patienten skall genomgå samt vilka tidigare sjukdomar som föreligger hos patienten. Samtalet inleds med en öppen fråga för att visa att hon har kunskaper om patienten.

”S: Då är du välkommen till oss på avdelning... du har inte legat hos oss tidigare eller?”

P: nä

S: nä

P: jag har inte legat inne

S: nä jag såg det i journalen att det inte va så...”(2)

Under samtalets gång nickar och ler sjuksköterskorna mot patienten och anhöriga i förekommande fall. Hon har ögonkontakt med patienten under samtalet, förutom vid antecknandet av det som sagts.

Bekräftande

Samtalen flyter på i en lugn och avslappnad atmosfär, sjuksköterskorna förstärker det patienten sagt med att säga hm, eller att lägga huvudet på sned. Sjuksköterskorna leder samtalen och ställer frågor, hon upprepar ofta de svaren patienten gett för att försäkra sig om det hon eller patienten uppfattat stämmer.

”S://..vilket ben opererade du?

P: höger

S: höger, hur länge sedan är det?”(1)

”S: men om du undrar vad det betyder så betyder det att vi jobbar på det viset

P: olika lag då

S: ja olika lag ja precis”(2)

Men sjuksköterskan upprepar inte det som är sagt bara för att hon vill försäkra sig om de uppfattad det som är sagt, utan också för att förstärka och uppmuntra patientens berättelse.

”S: // .. behöver du någon insomningstablett eller något att sova på natten

P: aldrig haft

S: aldrig, det låter bra. Det gör gott med lite sömn på natten så man är pigg på morgonen

P: och så inga mardrömmar

S: inga mardrömmar är det bästa det”(4)

I samtalen visar patienten tillit för sjuksköterskans kunskaper med olika frågor. Under samtalens gång bejakar sjuksköterskan patienten, när han/hon visar förtroende och efterfrågar hennes åsikt.

”S://..PSA som man tagit ja och det har varit bra

P: det är väl klokt att göra det?

S: absolut det gör du helt rätt i, det rekommenderar....”(2)

”P: jag har ju avhållit mig från viss kost..//.. jag hoppas det är gallstenarna som skall bort, jag vet inte men

S: men det, för jag menar det är ju så här gallan...//

P: man har inget behov av blåsan så?

S: nä det är ju så att det...//

P: nä man har ju hört många som tycker det var skönt när de blivit av med den”(2)

Men det är inte bara kring det kroppsliga, fysiska som sjuksköterskan får anförtroendet från patienten, utan även psykiska och sociala problem eller tankar kring situationen samt hur patienten själv förväntar sig att situationen skall bli efter operationen.

”S: absolut om man är lite nedsatt själv kan det poppa upp

P: jag hoppas att det här med höften gör att jag återfår en del av den mentala styrkan”(3)

Samtalen berör inte enbart patientens eller anhörigas hälsa och livssituation, utan sträcker sig längre. Vilket innebär samtalen kretsar kring böcker som patienten läst och tankar som dyker upp. Patienter och sjuksköterskan delger varandra tips och idéer om allmänna saker.

DIALOG

Patientens behov

Sjuksköterskorna efterfrågade patientens tidigare erfarenheter ifrån operationer och vilka sjukdomar patienten tidigare har. Men samtalen handlade även om att kartlägga vilka eventuella behov som förelåg hos patienten, till exempel om någon kan hjälpa patienten att handla efter hemgång. Hur detta gjordes var beroende på hur samtalet dokumenterades, antingen nedtecknades samtalet på ett löst papper eller så dokumenterades det direkt in i patientjournalen i datorn. I de fall där sjuksköterskan skriver för hand och senare för in det i patient journalen ställs öppna frågor.

"S: du har varit med om en sådan här operation förut har jag sett i din journal

P: i mars förra året

S: hur tycker du det gick?"(4)

"S: och det gick bra och du mådde bra efteråt med?

P: ja, det var ju en fantastisk känsla"(2)

Vid de tillfällen när sjuksköterskan ställde frågor samt nedtecknade detta direkt i datorn, följdes sökorden (enligt VIPS) i ankomstsamtalet noggrant och i ordningsföljd. Vilket också ledde till att samtalet oftast inleddes med frågor om närmast anhörig, telefonnummer till denne, sekretess och så fortsatte samtalet strikt efter sökorden.

Sjuksköterskorna frågade om patientens sociala situationen samt om det fanns något behov av hjälp efter utskrivningen från sjukhuset.

"S: för hur fungerade det, hur gjorde du förra gången du var opererad för ditt bråck. Man skall ju vara lite försiktig med att lyfta tunga saker efteråt, eh tunga matkassar och så hade du någon hjälp med det när du kom hem sedan?"(4)

Men sjuksköterskorna eftersökte även hur patienten upplevde sin fysiska aktivitet och om och hur den kunde bli begränsad efter operationen, vilka funderingar och vilka möjligheter som fanns hos patienten.

"S: för vi skulle kunna prata med våran sjukgymnast här på sjukhuset annars.

P: nä, jag går direkt till vårdcentralen så får jag en rollator.

S: jaja, men då ordnar du med det själv sedan

P: jag har förhört mig om det”(4)

Genom samtalen förhörde sig sjuksköterskorna om vilka känslor och tankar som patienten hade inför det kommande operativa ingreppet, men även hur hon kunde utgöra ett stöd för patienten.

”S: ...du känner ingen obehag inför själva operationen något speciellt där du undrar över, funderar på innan?

P: nä, jag hoppas ju på att det är titthåls operationen, det gör man ju.

S: ja, det är klart. Det lutar ju åt det när det är den här storleken på stenen som du har....”(2)

Innehåll i samtalet

Beroende på hur tiden disponerades för de preoperativa samtalen, skiljde sig innehållet i samtalet åt. Om sjuksköterskan haft gemensam genomgång i grupp angående de preoperativa förberedelser såsom preoperativ duschning och svältrutiner togs detta ej upp i samtalet. Fokuset på samtalet var då mer på att samtala om de fysiska, psykiska och sociala funktioner utefter VIPS-sökord.

”S: äter du all slags mat

P: ja

S: och tarmen, funkar magen som den ska?

P: ja, mycket kaffe på morgonen

S: jajemän. Och urinen då?”(1)

Men i de fall där patienten inte fått någon muntlig genomgång i grupp innan mötet med sjuksköterskan på avdelningen, gavs information individuellt under de preoperativa samtalets gång. Informationen var grundlig gällande vad patienten kunde förvänta sig de pre- och postoperativa dagarna. Detta kunde handla om hur avdelningen var organiserad, om postoperativ smärtbehandling och om förväntad hemgångsdag. Informationen varvades samtidigt med att sjuksköterskan ställde frågor för att undersöka patientens omvårdnadsanamnes och status.

”S:..det är bara för narkosläkaren som räknar ut hur mycket man skall ha när man sövningen, ja just det helt rätt. Har det hänt någonting med vikten senaste månaden, du har inte gått upp eller ner...//..lika som aptiten det har varit oförändrat?”(2)

DISKUSSION

Under metoddiskussionen kommer studiens metod, giltighet, tillförlitlighet samt överförbarhet diskuteras. I resultatdiskussionen kommer sedan studiens resultat diskuteras i förhållande till beskrivna begrepp och tidigare forskning.

METODDISKUSSION

Ett argument för att använda ostrukturerad observation som datainsamlingsmetod är att kontrollera det människor säger sig göra, är det samma som verkligen sker [64]. Om en kvalitativ intervjustudie eller en kvantitativ enkätstudie av sjuksköterskorna skulle använts hade troligtvis resultatet utfallit mot en beskrivning av sjuksköterskornas önskan av hur patientens delaktighet möjliggörs i det preoperativa samtalet. Den icke verbala kommunikationen som sjuksköterskor använder sig av, skulle inte lika tydligt framkomma. Dessutom skulle samtalets kontext ej heller kunna illustreras i samma omfattning. Fördelen/styrkan med observationer är att datan fångas under de omständigheter som råder [64]. Vid användande av en strukturerad observationsmetod, kunde utfallet resultera i fokuserande mot enskilda delar av ankomstsamtalet. Nackdelen/svagheten består av att observatören, i denna studie, inte är helt objektiv, utan besitter en förförståelse av miljön och den kultur där ankomstsamtalet äger rum i. Detta kan naturligtvis påverka både omedvetet och medvetet vad som skall observeras samt antecknas [64].

Inom kvalitativ forskning används begreppen; giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet, för att beskriva hur trovärdigt ett resultat är [66]. Hur giltigt ett resultat är beroende på hur representativt materialet anses vara, vilket [63, 66] bland annat innebär att strategier vid urvalet, svarar mot hur forskningsfrågan skildras utifrån olika aspekter [66]. I föreliggande studie representeras sjuksköterskorna av kvinnor. Detta kan förklaras av det var en pilotstudie med få deltagare, samt att vid de aktuella enheterna är män underrepresenterade. Som ett stöd för giltigheten i resultatet används citat ur samtalen [63].

Tillförlitligheten i resultatet kan styrkas av en noggrann redogörelse av analysarbetet [63]. För att följa analysen, har därför exempel givits på kondenserad meningsbärande

enheter, koder, kategorier och teman för studien. Överförbarhet kan beskrivas hur väl studiens resultat kan överföras till andra grupper [63], vilket måste anses vara svårt eftersom materialet var mycket begränsat.

Principen om autonomi bygger på att deltagandet i studien är frivilligt [67, 68]. Då författaren hade inhämtat godkännande av vårdenhetscheferna, samt att dessa tillfrågat de berörda sjuksköterskorna om ett deltagande i studien, kan det föreligga viss svårighet för sjuksköterskorna att avböja sin medverkan. Detta gäller även de patienter som inkluderades i studien, vilka oftast befinner sig i en beroendeställning i vårdssituationen.

RESULTATDISKUSSION

Resultatet i studien visar hur sjuksköterskan möjliggör patientens delaktighet i det preoperativa ankomstsamtalet, var beroende på hur samtalet genomfördes och hur det organiserades. Vissa sjuksköterskor utgick enbart från sökorden i VIPS [41] och som de dokumenterade direkt i datorn, sökorden följdes således uppifrån och ner i dokumentet, vilket inte gav så mycket utrymme för en vidare diskussion med patienten. Men om sjuksköterskorna täckte samma sökordsområden, och använde mer utbroderade/öppna frågor gavs däremot större möjlighet för en konversation. I Sahlsten et. al [52, 53, 57] och Larssons et. al [1, 25] studier, framgår det övergripande att delaktighet formas i en relation mellan sjuksköterskan och patienten. Detta bekräftas även av Eldh. et al [26] som menar att för patienten innebär delaktighet det medmänskliga mötet samt att bli lyssnad till.

Strukturen i ankomstsamtalen utgick från VIPS [41] sökord, vilket gällde samtliga sjuksköterskor. Detta framkom även i Moene et. al studie [40]. I de samtalen där sjuksköterskan haft gemensam gruppinformation före ankomstsamtalet, handlade samtalen mest om att inhämta information angående patientens fysiska, psykiska och sociala status utgående ifrån sökorden. Informationen i det enskilda samtalet nedtecknades direkt i patientens datajournal under samtalets gång. Fördelar med detta förfaringssätt är att det både är effektivt och tidsbesparande, men även att det inte färgas av sjuksköterskans minnesbild. Nackdelen däremot kan vara att samtalet blir styrt utifrån sökorden och inte efter patientens behov. Detta framkommer även i tidigare

forskning, dvs att när kommunikationen från sjuksköterskan är ensidig så stimuleras inte patientens delaktighet [50, 54-56].

När samtalen först antecknas på papper och därefter dokumenteras i patientens datajournal, ställs mer öppna frågor och det skapas en naturligare och tillåtande miljö för patienten att få berätta och bli lyssnad på. Det centrala i patientens delaktighet är att det är ett utbyte och ett samarbete mellan två jämbördiga parter, enligt Sahlsten et. al [53]. I föreliggande studie kartlade sjuksköterskan patientens behov, samt vilka tidigare erfarenheter patienten har i samtalen. Att använda patientens egna upplevelser och utgå ifrån patientens individuella behov är viktiga ingredienser i hur patients delaktighet kan stimuleras [52, 53, 57, 59].

Sjuksköterskorna bemötte patienterna på ett respektfullt sätt, vilket inte bara innebar den verbala kommunikationen, utan även hur kroppsspråket användes, samt hur den rådande tillåtande atmosfären som samtalet utspelades. Vikten av den icke-verbala kommunikationen i interaktionen mellan patienten och sjuksköterskan betonade även King [48] som viktig för patientens delaktighet King menade att i den icke-verbala kommunikationen kan de attityder och känslor som existerar avslöjas. Sjuksköterskorna i studien skapade ett förtroende för patienten genom att de visade sig vara intresserade av hennes/hans berättelse. Att sjuksköterskan visar ett äkta intresse för patienten, stimulerar till delaktighet, vilket även framgår i Larsson et. al [25] studier. Patienterna känner sig bekräftade och accepterade som individer och inte som ”diagnoser”. Det centrala i omvårdnaden är just samspelet mellan patienten och sjuksköterskan [47, 48]. Patientens tillit till sjuksköterskan utvecklas i första mötet, enligt Peplau [47] och därför är det preoperativa samtalet viktigt för att skapa trygghet. Att känna trygghet som patient kan innebära att få sjuksköterskans uppmärksamhet [7].

Konklusion

Resultatet i föreliggande pilotstudie pekar på att sjuksköterskor kan möjliggöra delaktighet i det preoperativa ankomstsamtalet genom relationen till och i dialogen med patienten. Men om samtalen fokuseras på sökord som patienten sedan skall besvara, kan samtalet likställas med en muntlig enkät. Det är viktigt att sjuksköterskor är medvetna om sin betydelse och att det krävs ett djupare engagemang och ett vidare

perspektiv vid det preoperativa samtalet för att patientens delaktighet skall kunna möjliggöras. För att sjuksköterskor skall kunna inta ett medvetet förhållningssätt krävs utbildning. Genom att utarbeta riktlinjer vad ett preoperativt ankomstsamtal bör innefatta, kan patientens behov och erfarenheter tydliggöras och efterfrågas. Vidare forskning bör göras i större skala, där forskningen riktas både mot sjuksköterskans och patientens upplevelse av hur delaktighet möjliggörs i det preoperativa samtalet.

REFERENSER

1. Larsson I. Patient och medaktör. Studier av patientdelaktighet och hur sådan stimuleras och hindras. [Doctoral thesis]. Gothenburg: University of Gothenburg. Sahlgrenska Academy; 2008.
2. Rothman D. The Origins and Consequences of Patient Autonomy: A 25-Year Retrospective. *Health Care Analysis*. 2001;9(3):255-64.
3. World Health Organization. A declaration on the promotion of patients' rights in Europe. 1994 [2010-12-13]; Available from: http://www.who.int/genomics/publics/eu_declaration1994.pdf.
4. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Författningshandbok för personal inom hälso- och sjukvården. 2009 = 40. uppl. In: Raadu G, editor. Stockholm: Liber; 2009.
5. Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics. 4 th ed ed: New York et al. Oxford University Press; 1994.
6. Ljungqvist O, Thorell A, Eriksson LI. Kap 2 Preoperativa förberedelser. In: Jeppsson B, Peterson H-I, Risberg B, editors. Kirurgi. Lund: Studentlitteratur; 2001.
7. Remmers H, Holtgräwe M, Pinkert C. Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2010;14(1):11-6.
8. Swindale JE. The nurse's role in giving pre-operative information to reduce anxiety in patients admitted to hospital for elective minor surgery. *Journal of Advanced Nursing*. 1989;14(11):899-905.
9. Lindwall L, Von Post I, Bergbom I. Patients' and nurses' experiences of perioperative dialogues. *Journal of Advanced Nursing*. 2003;43(3):246-53.
10. Rudolfsson G. Den perioperativa dialogen : en gemensam värld. Åbo: Åbo akademi; 2007.
11. Holm S, Hansen E. Pre- och postoperativ omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2000.
12. Hamberger B. Kap 1 Kirurgins förutsättningar. In: Haglund U, Hamberger B, Arnér S, Wilhelmsson J, editors. Kirurgi. Stockholm: Liber; 2002.
13. Von Post I, Frid I, Kelvered M, Madsen-Rihlert C. Den perioperativa dialogen - möjligheter och hinder för nya vanor i praxis. *Vård i Norden*. 2005;25(4):37-42.

14. Von Post I. Professionell naturlig vård ur perioperativa sjuksköterskors perspektiv. Åbo: Åbo Akademi; 1999.
15. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763). Författningshandbok för personal inom hälso- och sjukvården. 2009 = 40. uppl. In: Raadu G, editor. Stockholm: Liber; 2009.
16. Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1993:17) om omvårdnad inom hälso- och sjukvården. Författningshandbok för personal inom hälso- och sjukvården. 2009 = 40. uppl. In: Raadu G, editor. Stockholm: Liber; 2009.
17. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. 2005 [2010-03-02]; Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1>.
18. Nationalencyklopedin. [Bd] 28, 2003. Malmö: Nationalencyklopedin; 2004.
19. Svensk ordbok utgiven av Svenska Akademien. Stockholm: Norstedt [distributör]; 2009.
20. Strömberg A. Stora synonymordboken. Stockholm: Strömberg; 1998.
21. Prismas engelska ordbok : engelsk-svensk/svensk-engelsk. Stockholm: Norstedts akademiska förlag; 2008.
22. Ahlberg AW, Lundqvist N, Sörbom G. Norstedts latinsk-svenska ordbok : [30000 ord och fraser]. Stockholm: Norstedts ordbok; 1998.
23. Robinson M, Davidson GW. Chambers 21st century dictionary. Edinburgh: Chambers; 1999.
24. Karolinska Institutet. Svensk MeSH - Sökverktyg. [2010-12-10]; Available from: http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh_se.cfm.
25. Larsson IE, Sahlsten MJM, Sjöström B, Lindencrona CSC, Plos KAE. Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2007;21(3):313-20.
26. Eldh AC, Ekman I, Ehnfors M. A Comparison of the Concept of Patient Participation and Patients' Descriptions as Related to Healthcare Definitions. International Journal of Nursing Terminologies & Classifications. 2010;21(1):21-32.
27. Eldh AC, Ehnfors M, Ekman I. The phenomena of participation and non-participation in health care-experiences of patients attending a nurse-led clinic for chronic heart failure. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2004;3(3):239-46.

28. Eldh AC, Ekman I, Ehnfors M. Conditions for Patient Participation and Non-Participation in Health Care. *Nursing Ethics*. 2006;13(5):503-14.
29. Kiessling T, Kjellgren KI. Patienters upplevelse av delaktighet i vården. *Vård i Norden*. 2004;24(4):31-5.
30. Walter G. Ord och motsatsord : svensk antonymordbok. Stockholm: Bonnier; 2002.
31. Henderson A, Chien W-T. Health beliefs and expectations implicit in decision-making in a Hong Kong Chinese surgical population. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16(3):603-9.
32. Frank AW. *The wounded storyteller : body, illness, and ethics*. Chicago: Univ. of Chicago Press; 1995.
33. Ellis RB. Kap 1 Defining communication. In: Ellis RB, Gates RJ, Kenworthy N, editors. *Interpersonal communication in nursing : theory and practice*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2003.
34. Fiske J, Olofsson L. *Kommunikationsteorier : en introduktion*. Stockholm: Wahlström & Widstrand; 1997.
35. Nilsson B, Waldemarson A-K, Dejke A, Gunnarsson S. *Kommunikation : samspel mellan människor*. Lund: Studentlitteratur; 1994.
36. Martinsen K. *Samtalen, skjønnet og evidensen*. Oslo: Akribe; 2005.
37. Linell P. *Människans språk : en orientering om språk, tänkande och kommunikation*. Lund: LiberLäromedel; 1978.
38. Roach JA, Tremblay LM, Bowers DL. A preoperative assessment and education program: implementation and outcomes. *Patient Education and Counseling*. 1995;25(1):83-8.
39. Shuldham C. 1. A review of the impact of pre-operative education on recovery from surgery. *International Journal of Nursing Studies*. 1999;36(2):171-7.
40. Moene M. *Samtal inför ett kirurgiskt ingrepp*. Göteborg: Sahlgrenska akademien vid Göteborgs Universitet; 2006.
41. Ehnfors M, Ehrenberg A, Thorell-Ekstrand I. *VIPS-boken : om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen*. Stockholm: Vårdförb.; 2000.

42. McKeague M, Windsor JA. Patients' perception of the adequacy of informed consent: A pilot study of elective general surgical patients in Auckland. *New Zealand Medical Journal*. 2003;116(1170).
43. Lithner M, Zilling T. Ökar preoperativ information patientens välbefinnande postoperativt? *Vård i Norden*. 1998;18:31-3.
44. Kvalvaag Grønnestad B, Blystad A. Pasienters opplevelse av informasjon - en kvalitativ studie. *Vård i Norden*. 2004;24(4):4-8.
45. Gilmartin J. Day surgery: patients' perceptions of a nurse-led preadmission clinic. *Journal of Clinical Nursing*. 2004;13(2):243-50.
46. Oetker-Black SL, Jones S, Estok P, Ryan M, Gale N, Parker C. Preoperative Teaching and Hysterectomy Outcomes. *AORN*. 2003;77(6):1215-31.
47. Peplau HE, O'Toole AW, Welt SR. *Interpersonal theory in nursing practice : selected works of Hildegard E. Peplau*. New York: Springer Pub. Co; 1989.
48. King IM. *A theory for nursing : systems, concepts, process*. New York: Wiley; 1981.
49. Orem DE. *Nursing : concepts of practice*. St. Louis: Mosby-Year Book; 1991.
50. Casey D. Findings from non-participant observational data concerning health promoting nursing practice in the acute hospital setting focusing on generalist nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16(3):580-92.
51. Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Patient participation in clinical decision-making in nursing: a comparative study of nurses' and patients' perceptions. *Journal of Clinical Nursing*. 2006;15(12):1498-508.
52. Sahlsten MJM, Larsson IE, Lindencrona CSC, Plos KAE. Patient participation in nursing care: an interpretation by Swedish Registered Nurses. *Journal of Clinical Nursing*. [Article]. 2005;14(1):35-42.
53. Sahlsten MJM, Larsson IE, Sjöström B, Lindencrona CSC, Plos KAE. Patient participation in nursing care: towards a concept clarification from a nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16(4):630-7.
54. Lee DS, Chien WT. Exemplar. Pre-operative patient teaching in an acute care ward in Hong Kong: a case study. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*. 2002;13(2/3):271-80.
55. Lee DS, Lee SS. Pre-operative teaching: how does a group of nurses do it? *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*. 2000;9(1):80-8.

56. Timonen L, Sihvonen M. Patient participation in bedside reporting on surgical wards. *Journal of Clinical Nursing*. 2000;9(4):542-8.
57. Sahlsten MJM, Larsson IE, Sjöström B, Plos KAE. Nurse strategies for optimising patient participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2009;23(3):490-7.
58. Beaver K, Craven O, Witham G, Tomlinson M, Susnerwala S, Jones D, et al. Patient participation in decision making: views of health professionals caring for people with colorectal cancer. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16(4):725-33.
59. Jewell SE. Patient participation: what does it mean to nurses? *Journal of Advanced Nursing*. 1994;19(3):433-8.
60. Alvesson M, Sköldböck K. *Tolkning och reflektion : vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur; 2008.
61. Widerberg K. *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur; 2002.
62. Patel R, Davidson B. *Forskningsmetodikens grunder : att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur; 2003.
63. Lundman B, Hällgren-Graneheim U. Kap 10 Kvalitativ innehållsanalys. In: Grankär M, Höglund-Nielsen B, editors. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur; 2008.
64. Mulhall A. In the field: notes on observation in qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*. 2003;41(3):306-13.
65. Krippendorff K. *Content analysis : an introduction to its methodology*. Thousand Oaks, Calif.: Sage; 2004.
66. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24(2):105-12.
67. Vetenskapsrådet. *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. 2010 [cited 2010-12-10]; Available from: <http://www.codex.uu.se/>.
68. Sjuksköterskornas Samarbete i Norden (SSN). *Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning*. 2003 [2010-12-10]; Available from: <http://www.codex.uu.se/>.
69. Etiska Prövnings Nämnden (EPN). *Risk-/nyttaanalys*. 2009 [2010-05-17]; Available from: <http://www.epn.se>.

Bilaga 1

Forskningspersonsinformation

Bakgrund och syfte

Inför ett planerat operativt ingrepp kommer patienter att möta flera personer under inskrivningsdagen, som informerar om förberedelser, operationen samt det förväntade postoperativa vårdförloppet. På vårdavdelningen möter patienten sjuksköterskan som samtalar med patienten i ett preoperativt ankomstsamtal.

Tidigare forskning har framförallt inriktat sig på de perioperativa samtalen mellan sjuksköterska och patient. Men hur sjuksköterskan på vårdavdelningen samtalar och kommunicerar med patienten under ankomstsamtalet/inskrivningssamtalet inför ett operativt ingrepp, saknas det fortfarande kunskap om. Vi vill därför studera hur ett preoperativt samtal genomförs.

Förfrågan och hur går studien till?

Eftersom du arbetar på en allmän kirurgisk vårdavdelning och möter patienter som skall opereras samt utför preoperativa samtal, önskar vi få ta del av hur ett vanligt ankomstsamtal kan utformas genom en observationsstudie. Vi har erhållit tillstånd från vårdenhetschef på avdelningen att ta kontakt med dig. Jag kommer att sitta med som observatör och föra anteckningar. Samtalet kommer även att spelas in på band. Patienten kommer att tillfrågas och ge sitt samtycke innan samtalet. Studien kommer att omfatta 2-3 sjuksköterskor som genomför ett preoperativt samtal med en patient.

Vilka risker och finns det några fördelar?

Min närvaro kan ha en hämmande effekt på samtalet mellan dig och patienten, samt även uppfattas som en personlig bedömning av dig som sjuksköterska, vilket inte är intentionen. Syftet är att undersöka hur ett vanligt preoperativt samtal utformas. Det är svårt att lyfta fram några omedelbara fördelar, men på sikt kan det leda fram till en ökad kunskap och utveckling i det preoperativa omhändertagandet.

Hantering av data och frivillighet

Observationsanteckningarna och bandinspelningen kommer att behandlas konfidentiellt och kommer att förvaras i låst skåp. Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Studiens resultat kommer presenteras som en magisteruppsats vid Göteborgs Universitet och det kommer inte vara möjligt att identifiera personer.

Din medverkan är helt frivillig och du kan när som helst och utan att ange något skäl avbryta din medverkan. Du har möjlighet att få en kopia av den färdiga studiens resultat om så önskas genom att kontakta ansvariga för studien.

Ansvarig: Ann Bjurén Klangh

Handledare: Carina Furåker, fil dr

Leg. Sjuksköterska, fil kand.

E-post: ann.bjuren@vgregion.se

Instititionen för vårdvetenskap och hälsa
Sahlgrenska akademien vid Göteborgs
Universitet

E-post: carina.furaker@fhs.gu.se

Bilaga 2

Forskningspersonsinformation

Bakgrund och syfte

I samband med inläggning på sjukhuset inför en planerad operation, kommer du som patient att möta många personer som informerar och tar uppgifter av dig inför det kirurgiska ingreppet. På vårdavdelningen kommer en sjuksköterska ha ett inskrivningssamtal (ankomstssamtal) med dig. Då det finns lite forskat på hur sjuksköterskan utför samtalet, vill vi studera hur sjuksköterskor samtalar och kommunicerar med patienten inför operation.

Du är tillfrågad eftersom du skall läggas in på sjukhuset inför en operation och skall ha ett ankomstssamtal med en sjuksköterska på vårdavdelningen.

Hur går studien till?

Detta kommer innebära att under det första samtalet du har med sjuksköterskan i samband med inskrivningen, kommer jag sitta med som tyst observatör samt föra anteckningar och samtalet kommer spelas in med bandspelare. Det jag fokuserar på främst och kommer att studera är sjuksköterskan och inte dig som patient.

Vilka risker och finns det några fördelar?

Min närvaro kan ha en hämmande effekt på samtalet mellan dig och sjuksköterskan, samt även uppfattas som en personlig bedömning av sjuksköterskan, vilket inte är intentionen. Syftet är att undersöka hur ett vanligt inskrivningssamtal utformas. Din behandling och sjukhusvistelse påverkas inte genom deltagande i denna studie. Det är svårt att lyfta fram några omedelbara fördelar, men på sikt kan det leda fram till en ökad kunskap och utveckling i omhändertagandet inför en operation.

Hantering av data och sekretess

Observationsanteckningarna och bandinspelningarna kommer att behandlas konfidentiellt och kommer att förvaras i låst skåp. Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Studien kommer att presenteras i en magisteruppsats vid Göteborgs Universitet och det kommer inte vara möjligt att identifiera någon person.

Frivillighet

Din medverkan är helt frivillig och du kan när som helst och utan att ange något skäl avbryta din medverkan och kommer inte inverka på din fortsatta vård. Ingen ersättning kommer att utgå för deltagandet. När studien är färdig har du möjlighet att få en kopia av uppsatsen om så önskas genom att ta kontakt med studieansvariga.

Ansvarig: Ann Bjurén Klangh

Handledare: Carina Furåker, fil dr

Leg. Sjuksköterska, fil kand.

Instititionen för vårdvetenskap och hälsa
Sahlgrenska akademien vid Göteborgs Universitet

E-post: ann.bjuren@vgregion.se
Bilaga 3

E-post: carina.furaker@fhs.gu.se

Samtyckesformulär

Jag har tagit del av skriftlig samt muntlig information om och samtycker till att delta i studien om hur sjuksköterskor på en vårdavdelningen samtalar och kommunicerar med patienten vid ankomstsamtalen- inskrivningssamtalen inför ett operativt ingrepp. Jag har fått tillfälle att ställa frågor och fått dem besvarade. Min medverkan är helt frivillig och jag kan när som helst och utan att ange något skäl avbryta min medverkan.

Datum och ort

Namn

Bilaga 4

Till Vårdenhetschefer

Inför ett planerat operativt ingrepp kommer patienter under inskrivningsdagen möta flera personer som informerar om förberedelser, om operationen samt om det förväntade postoperativa vårdförloppet. På vårdavdelningen möter patienten sjuksköterskan som samtalar med patienten i ett preoperativt ankomstsamtal.

Tidigare forskning har framförallt inriktat sig på de perioperativa samtalen mellan sjuksköterska och patient. Men **hur** sjuksköterskan på vårdavdelningen samtalar och kommunicerar med patienten under ankomstsamtalet/inskrivningssamtalet inför ett operativt ingrepp saknas det fortfarande kunskap om. Undertecknad vill genomföra en observationsstudie där bandinspelning används för att kunna studera hur ett preoperativt samtal kan utformas.

Studien är planerad att omfatta upp 2-3 preoperativa samtal mellan sjuksköterska och patient.

För att kunna genomföra studien behöver vi dels ditt medgivande i egenskap av vårdenhetschef, din hjälp med att identifiera lämpliga samtalstillfällen och för att lämna (forskningspersons)information till vederbörande sjuksköterska vid förfrågan om deltagande.

Patienten kommer att tillfrågas i samband med det preoperativa samtalet av ansvarig för studien och då erhålla (forskningspersons) informationen både muntligt och skriftligt. Patienten får då möjlighet att besluta om deltagande i studien. Observationerna kommer att äga rum där de preoperativa samtalen sker och tidsmässigt beräknas ta den tiden samtalet varar.

Observationsanteckningarna och bandinspelningen kommer att behandlas konfidentiellt och kommer att förvaras i låst skåp. Materialet kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av det. Studiens resultat kommer presenteras som en magisteruppsats vid Göteborgs Universitet och det kommer inte vara möjligt att identifiera personer.

Deltagandet i studien är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att ange något skäl.

Med vänlig hälsning

Ansvarig: Ann Bjurén Klangh
Leg. Sjuksköterska, fil.kand.

Handledare: Carina Furåker, fil.dr
Instutionen för vårdvetenskap och hälsa
Sahlgrenska akademien vid Göterborgs
Universitet

E-post: ann.bjuren@vgregion.se

E-post: carina.furaker@fhs.gu.se