



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA

DET KORTA MÖTET MELLAN OPERATIONSSJUKSKÖTERSKAN OCH PATIENTEN

En kvalitativ enkätstudie

Författare

Carina Jansten Holmquist
Maria-Theresa Branting

Uppsats/Examensarbete:	15 hp Specialistsjuksköterskans profession med inriktning
Program och/eller kurs:	operationssjukvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT 2022
Handledare:	Annette Erichsen Andersson
Examinator:	Hanna Gyllensten

Titel svensk:	Det korta mötet mellan operationssjuksköterskan och patienten
Titel engelsk:	The brief encounter between the operating room nurse and the patient
Uppsats/Examensarbete:	15 hp Specialistsjuksköterskans profession med inriktning
Program och/eller kurs:	operationssjukvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT 2022
Handledare:	Annette Erichsen Andersson
Examinator:	Hanna Gyllensten
Nyckelord:	Perioperativ dialog, perioperativ omvårdnad, operationssjuksköterska, vårdande möte, personcentrerad vård

Sammanfattning

Bakgrund: Såväl den personcentrerade vården som det perioperativa samtalet handlar om att göra patienten delaktig. Operationssjuksköterskan och patienten ska ha en dialog som ligger till grund för den planerade vården. Att få till ett bra möte och att utföra en god dialog utmanas av arbetsmiljö, organisation samt hur operationssjuksköterskan själv ser på sin vårdande roll. Den perioperativa dialogen består av möte med patienten innan, under och efter operation. I dagens verksamheter sker mötet oftast inne på operationssalen. Mötet är kort och är av varierande kvalitet. Operationsmiljön är komplex och högteknologisk, studier visar att operationssjuksköterskans roll mer definieras av hens tekniska kunskaper än sin vårdande roll. Vissa studier beskriver att när den perioperativa dialogen blir av ökar tryggheten hos patienten, operationssjuksköterskan känner sig mer nöjd med sitt arbete och patientsäkerheten ökar.

Syfte: Syftet med studien var att undersöka operationssjuksköterskans erfarenheter av främjande respektive hindrande faktorer för det perioperativa mötet med patienten.

Metod: Metoden som användes var en kvalitativ digital enkätstudie med 32 tillfrågade operationssjuksköterskor varav 10 valde att delta. Svaren analyserades sedan med en kvalitativ beskrivande analys.

Resultat: Huvudfynden från resultatet visade bland annat på att det som hindrade och främjade ett möte i första hand var tiden. Men även samarbetet med kollegor, den komplexa operationsmiljön och dess påverkan på patienten.

Slutsats: Tiden var en avgörande faktor för operationssjuksköterskans möte och samtal med patienten. För att få till det korta mötet visade det sig att operationssjuksköterskan många gånger var tvungen att göra avkall på andra arbetsuppgifter eller planera om den lilla tid som fanns. Vissa oklarheter finns angående ansvaret för det perioperativa dialogen intraoperativt, avseende vad som ska hanteras av anesthesi- respektive operationssjuksköterskan.

Nyckelord: Perioperativ dialog, perioperativ omvårdnad, operationssjuksköterska, vårdande möte, personcentrerad vård

Abstract

Background: Both person-centered care and the perioperative dialogue are about making the patient involved. The operating room nurse and the patient must have a dialogue that forms the basis for the planned care. Getting a good encounter and performing a good dialogue is challenged by the work environment, organization and how the operating room nurse views herself and her caring role. The perioperative dialogue consists of meeting with the patient before, during and after surgery. In today's activities, the meeting usually takes place inside the operating room. The meeting is short and is of varying quality. The surgical environment is complex and high technology, studies show that the role of the theatre nurse is more defined by her technical knowledge instead of her caring role. Studies describe that when the perioperative dialogue is performed, the patient feels more secure, the theatre nurse feels more satisfied with her work and patient safety increases.

Aim: The aim was to investigate which factors were promoting or hindering/limiting for the operating room nurse in the perioperative meeting with the patient.

Method: The method used was a qualitative digital survey. 10 questionnaire responses were received, these were analyzed with a qualitative descriptive analysis.

Results: The main findings of the results showed, among other things, that what hindered and promoted a meeting in the first place was time. But also, the collaboration with colleagues, the complex operating environment and its impact on the patient.

Conclusion: Time was a crucial factor in the theatre nurse's meeting and conversation with the patient. In order to get the short meeting, it turned out that the theatre nurse often had to give up other tasks or reschedule the small amount of time that existed. There are some ambiguities regarding the responsibility for the perioperative dialogue intraoperatively, regarding what should be handled by the anaesthesia and theatre nurse.

Key words: Perioperative dialogue, perioperative nursing, theatre nurse/OR nurse, caring encounter, personcentered care

Förord

Ett stort tack till vår handledare Annette Erichsen Andersson för ditt stöd och din hjälp under den här tiden.

Vi vill tacka de operationssjuksköterskor som deltagit i studien men även de som hjälpte till att validera vår enkät, era synpunkter och svar har gjort det här arbetet möjligt. Tack även till avdelningschefen på sjukhuset där undersökningen gjorts, som hjälpte till med att mejla ut vårt material.

Sist men inte minst tack till våra nära och kära som stöttat oss under de här veckorna.

Carina & Maria-Theresa

2022-03-15

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Perioperativ omvårdnad.....	1
Personcentrerad vård	2
Operationssjuksköterskans roll som vårdare och tekniker	3
Den perioperativa dialogen.....	5
Den preoperativa dialogen	6
Den intraoperativa dialogen	6
Den postoperativa dialogen.....	6
Problemformulering.....	7
Syfte	7
Metod	7
Design.....	7
Rekrytering av deltagare.....	7
Datainsamling	8
Dataanalys	9
Forskningsetiska överväganden.....	9
Risk och nytta	9
Respekt för de mänskliga rättigheterna.....	9
Rättvisa	10
Resultat.....	10
Beskriv betydelsen av det korta mötet	10
Vilka faktorer hindrar eller begränsar det korta mötet?	11
Vilka faktorer främjar det korta mötet?	12
Har du idag på din arbetsplats möjlighet att träffa patienten innan operation?	13
Diskussion	13
Metoddiskussion.....	13
Resultatdiskussion	15
Slutsats	17
Implikation för framtida forskning	18

Referenslista	19
Bilaga 1 Information om examensarbeten till verksamhetschef.....	25
Bilaga 2 Forskningspersonsinformation	27
Bilaga 3 Enkätfrågor	29

Inledning

Arbetsmiljön inom operationssjukvården har utvecklats och blivit alltmer högteknologisk och med en ökad koncentration på produktivitet. Operationssalen är en isolerad arbetsmiljö där operationssjuksköterskans arbete styrs mer av teknik och ekonomiska krav än tidigare. Den tekniska kunskapen och skickligheten hos operationssjuksköterskan blir synlig och högt värderad samtidigt som omvårdnad får en mer underordnad roll vilket gör att patienten många gånger blir mer osynlig (Richardson-Tench, 2008)

Operationssjuksköterskan möter ofta patienten för första gången inne på operationssalen, ett möte som ibland inte varar mer än några minuter. Under det korta mötet med patienten ska operationssjuksköterskan hinna inhämta viktig information för att kunna planera vården, skapa en vårdrelation, förmedla en lugn, trygg och säker miljö och göra patienten delaktig (Riksföreningen för operationssjukvård, 2020). Denna perioperativa dialog är en viktig del av den personcentrerade vården som har för avsikt att främja god, säker vård på lika villkor och respekt för självbestämmande och integritet, en rättighet alla patienter har enligt Hälso- Sjukvårdslagen (2017:30). Betydelsen av det korta mötet mellan operationssjuksköterska och patient belyses såväl i forskning som i litteratur där den beskrivs ingå som en del av operationssjuksköterskans kärnkompetenser och skyldighet i sitt yrkesutövande.

Vår upplevelse från vår verksamhetsförlagda utbildning är att den perioperativa omvårdnaden med det korta mötet mellan operationssjuksköterska och patient ofta blir knapphändig eller uteblir helt på grund av tidspress eller andra orsaker.

Bakgrund

Perioperativ omvårdnad

Betydelsen av operationssjuksköterskans perioperativa samtal är väl beskrivet i flertalet studier genom åren, icke minst för patienten, med att skapa en känsla av delaktighet, trygghet, hoppfullhet och mod under sin vård (Rudolfsson, G., Hallberg, L., Ringsberg, K., von Post, I. 2003). Utgångsmodellen för den perioperativa dialogen har beskrivits av bland annat av Lillemor Lindwall & Irene von Post (2012), där dialogen är uppdelad på tre möten med patienten, innan, under och efter operationen, allt för att bevara patientens värdighet, lindra lidande och skapa välbefinnande under hela vårdprocessen. Den perioperativa omvårdnaden utförs av operations- och anestesijuksköterskor som är specialistsjuksköterskor (Lindwall m.fl., 2007). Den perioperativa rollen presenterades första gången i USA på slutet av 70-talet och skildrade då operationssjuksköterskans vårdande handlingar som en omvårdnadsprocess. Processen definierade den perioperativa rollen och de vårdande handlingarna under den preoperativa, intraoperativa och postoperativa fasen. På 80-talet vidareutvecklades denna process till modellen för perioperativ omvårdnad. Fokus låg nu på säker vård och teamarbete. Utgångspunkten var operationssjuksköterskans samtal med patienten preoperativt för att formulera en omvårdnadsplan till den intraoperativa fasen. (Tollerud m.fl., 1985).

Katie Eriksson (1988) beskrev den caritativa vårdteorin som grund för den perioperativa vården. Enligt den caritativa vårdvetenskapen syftar operationssjuksköterskan omvårdnad till att lindra patientens lidande. Lindwall & von Post (2012) beskriver kärnan av vårdandet som caritas, vilket kännetecknar kärlek och barmhärtighet, där människan skall betraktas som en

helhet bestående av kropp, själ och ande. För att bevara patientens värdighet skall vården ges till hela människan. Enligt Lindwall m.fl. (2007) och Lindwall & von Post, (2012) är värdighet det perioperativa vårdandets ethos ("Ethos", 2021). Med ethos kommer etiken, vilket är kärnan av vårdandet och innefattar tre nivåer. Enligt Eriksson (2015) är dessa nivåer, professionell naturlig vård, grundvård och specialvård, vilket även beskrivs av Lindwall & von Post (2012). Med den professionella naturliga vården får patienten hjälp med sina grundläggande själsliga behov. Grundvården tillgodoser patientens kroppsliga behov och i specialvården ingår den medicinska kunskap och de ordinationer läkare ger.

Resultat från flera studier beskriver att patientmötet kan upplevas svårt att genomföra med dagens verksamhet inom operationssjukvården, med anledning av ett högt patientflöde som inte alla gånger gagnar de etiska värderingar och den patientsäkerhet som den personcentrerade vården står för (Kilvered m.fl., 2012; Ingvaldsdottir & Halldorsdottir, 2017; Eriksson m.fl., 2020).

Personcentrerad vård

Forskningen kring den personcentrerade vården visar på dess fördelar och ligger till grund för att arbetssättet har vuxit de senaste åren och fortsätter att växa globalt inom vård och omsorg (Centrum för personcentrerad vård, 2020). Enligt Sveriges kommuner och landsting (2015) ska hälso- och sjukvården verka för en mer personcentrerad vård. Det är ett nytt sätt att arbeta jämfört med tidigare men trots att många anser sig arbeta personcentrerat idag, har många fortfarande en bit kvar (Centrum för personcentrerad vård, 2020).

Historiskt sätt har vården betraktat patienten som passiv eller som sin sjukdom men i den personcentrerade vården är patienten eller personen delaktig (Bergkvist, 2019). Personcentrerad vård kan beskrivas som ett partnerskap mellan personen och vårdaren men även att anhöriga kan vara delaktiga. Genom att ta del av personens och närståendes berättelser och tankar kan vården planeras gemensamt och dokumenteras (Centrum för personcentrerad vård, 2020); Bergkvist, 2019). När vårdaren och personen etablerar en relation, där makt och ansvar delas, där tillit och respekt finns och en god kommunikation äger rum dem emellan, kommer det att leda till att vården upplevs som bättre (Sharma m.fl., 2015). Bergkvist (2019) beskriver att vårdpersonal måste se personen som mer än sin sjukdom och sina symtom, personen besitter kunskap och är kapabel till beslut. Det är i det mötet mellan personen och vårdpersonalen, där de går in med olika förutsättningar som ett partnerskap uppstår. Detta är det vårdande mötet som är kärnan i den personcentrerade vården.

Bergkvist (2019) beskriver att vårdpersonalen går in i mötet med kunskap och kompetens samt mål att uppfylla för vården. Personen och anhöriga går in i mötet med behov som behöver mötas, resurser och förväntningar. Det finns två dimensioner i mötet, den ena som är fokuserat på vården som ska utföras och den andra på relationen som uppstår. Vården som ska utföras, exempelvis en operation kommer att bedömas utifrån att vårdpersonalen arbetar kompetent och evidensbaserat. Relationen kommer bedömas utifrån personens förväntningar och utifrån hur hen vill bli bemött som människa. Relationen ska genomsyras av förtroende och respekt. Det personcentrade arbetet innebär att ha en holistisk människosyn (Bergkvist, 2019). Holism kommer från grekiskans holos, vilket är ett filosofiskt sätt att se helheten som viktigare än delarna ("Holism", 2021).

Hur sjukvårdsorganisationen är uppbyggd påverkar möjligheten att arbeta personcentrerat. Organisationen behöver anpassas efter individens behov (Bergkvist, 2019; Scott-Findlay & Estabrooks, 2006).

Med en holistisk planering i vårdorganisationer och med fokus på individens behov kan detta öka möjligheterna att arbeta personcentrerat. Samsyn måste finnas hos såväl vårdens huvudmän som i den patientnära vårdmiljön (Bergkvist, 2019).

En gemensam målbild och att förstå och veta vad personcentrerad vård är och står för är en nödvändighet för att leda en organisation eller enhet där vården ska vara personcentrerad. Det bör finnas utrymme för reflektion, etiskt tänkande och dialog mellan ledning och medarbetare. En fungerande vardag måste skapas för medarbetarna, men med ett tydligt mål om vilken vård som ska erbjudas patienten. Som chef och ledare i en organisation krävs ett intresse och ett förtroende från medarbetarna (Bergkvist, 2019). Att arbeta personcentrerat innebär även alla i personalgruppen ska bli behandlade på ett bra sätt. Såväl kollegor som överordnade, relationen i teamet är central och en öppenhet behövs gentemot varandras tankar och idéer (Wolf m.fl. 2012; Forsberg, 2021). Teamarbete är nödvändigt inom hälso- och sjukvården, speciellt där avancerad vård utförs. När ett gott teamarbete utförs används allas specialistkunskaper effektivare. Detta kan ske när teamarbetet är prestigelöst, det finns ett tydligt mål för vården samt en stödjande ledning. Teamarbete kan främja såväl patientens hälsa som dess känsla av delaktighet (Carlström m.fl. 2021). Operationsteamet är specialister inom sina professioner, teamet består traditionellt av anestesijuksköterska, anesthesiolog, kirurg, operationssjuksköterska och cirkulerande personal även kallad ”pass på sal”, exempelvis en undersköterska (Riksföreningen för operationssjukvård, 2016). Att förändra en kultur och arbetssätt i verksamheter kräver tid och det är en utmaning att finna den tiden (Sveriges kommuner och landsting, 2015). Ekman m.fl. (2012) beskriver att det personcentrerade arbetssättet kan leda till kortare vårdtider. Även Olsson m.fl. (2014) påvisar i sin studie kortare vårdtider men även bättre återhämtning hos patienten när vården är personcentrerad. Viss forskning visar att personal känner mindre stress om de arbetar personcentrerat och är nöjdare med sin arbetsinsats (McCormack m.fl., 2010; Jeon m.fl., 2012).

Enligt rapporten personcentrerad vård i Sverige från Sveriges kommuner och landsting (2015) är personcentrerad vård något som både patienter och personal vill ha.

Sjuksköterskan har en stor roll bland annat med att försöka upprätthålla den personcentrerade vården även i komplexa miljöer (Forsberg, 2020).

Operationssjuksköterskans roll som vårdare och tekniker

Dagens operationsmiljö och framför allt operationssjuksköterskans arbetsmiljö är utmanande med avancerad teknologi och krav på samarbete mellan flera professioner. Den tekniska aspekten av yrkesrollen för operationssjuksköterskan har varit lika tydlig som den vårdande delen har varit otydlig (Björn & Boström, 2008).

Operationssjuksköterskans profession har under många år ansetts vara mestadels tekniskt inriktad, där tekniskt kunnande och skicklighet värderats högre än vårdandet (Richardson-Tench, 2008). Detta skapar enligt Richardson-Tench (2008) motsättningar om hur operationssjuksköterskan själv ser på sin yrkesroll mellan att vara vårdande sjuksköterska och en skicklig tekniker. Flera studier beskriver att historiskt sett så har operationssjuksköterskor alltid haft svårt att själva definiera vad den vårdande delen har varit och hur den gått till (Björn & Boström 2008; Bull & FitzGerald, 2006; Richardson-Tench, 2008).

Nyare studier (Kelvered m.fl., 2012; Ingvaldsdottir, Halldorsdottir, 2017; Eriksson m.fl., 2020) beskriver att vårdandet fortfarande är otydligt och att det finns en svårighet för operationssjuksköterskan att beskriva för andra vad den patientnära vården består av. Omvårdnaden som sker intraoperativt är mestadels den som beskrivs och den är svår att definiera anser många operationssjuksköterskor, ofta beskrivs den som tekniska och icke-tekniska färdigheter (Blomberg m.fl., 2014).

Färdigheter som anses tekniska är när operationssjuksköterskan kombinerar sina specifika kompetenser inom aseptik, teknisk skicklighet med instrumentering, kunskap inom medicinteknisk apparatur under operationen. De icke-tekniska färdigheterna är bland annat den situationsmedvetenhet operationssjuksköterskan har runt patienten och den ledande rollen som kommunikatör i operationsteamet. Dessa två färdigheter har tillsammans beskrivits som perioperativ omvårdnad och därför ifrågasatts om det inte visar på en vårdande roll, då syftet är att bevara patientsäkerhet, autonomi och värdighet under operationen (Bull & FitzGerald, 2006; Sørensen m.fl., 2014). Detta argument förstärks av en studie där operationssjuksköterskor själva fick verifiera vad de ansåg vara kärnelementen i perioperativ omvårdnad och resultatet var patientens säkerhet och fysiologiska behov före de psykologiska (Rauta m.fl., 2013). Men det finns även en stark vilja hos flertalet operationssjuksköterskor att få vara mer delaktiga i hela den perioperativa vårdprocessen, dvs även den pre- och postoperativa vården, med en medvetenhet om hur viktig det perioperativa samtalet är för att skapa en vårdrelation och underlätta att planera patientens vård och säkerhet under operationen (Eriksson m.fl., 2020; Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017).

Andra studier beskriver att arbetskulturen på en operationsavdelning, vanor och ledarskap har en stor påverkan hur operationssjuksköterskan ges möjlighet att utföra sin perioperativa omvårdnad (Blomberg, 2019; Lindwall & von Post, 2008). När etiska värderingar inte reflekteras eller diskuteras i en arbetsgrupp utvecklades ofta en viss jargong där patienten inte ses som en individ utan ett kirurgiskt fenomen eller en diagnos. Etiska värderingar hör ihop med vanor som utvecklas. Vidare skriver Lindwall och von Post (2008) att när en organisation värdesätter kvantitet i stället för kvalitet i kombination med ett svagt ledarskap har dessa svårt att bryta vanor med negativt inflytande på arbetskulturen.

Redan 2006 beskriver Lindwall och von Post att i arbetskulturer där det finns respekt för varandra och varandras profession i teamet, möjliggörs och respekteras operationssjuksköterskans preoperativa dialog, som en del av det perioperativa vårdandet.

Både Blomberg (2019) och Eriksson m.fl. (2020) beskriver att det fortfarande ofta finns en omedvetenhet för varandras ansvar och profession i operationsteamet. Vilket yttrar sig som en oförståelse från erfarna kollegor i teamet när nyutbildade operationssjuksköterskor behöver mer tid för att planera vården. Eriksson m.fl. (2020) beskriver vidare att många nyutbildade operationssjuksköterskor upplevde att förutom utmaningarna i den nya yrkesrollen och den oförståelse de möttes av, så kände de att organisationen måste vara anpassad för att hinna ge tid att vårda. Något som nästan upplevdes som en omöjlighet med den tidspress som dagens operationsprogram var planerade. Överlag var brist på tid och resurser en av de främsta anledningarna att det perioperativa samtalet inte hanns med, något som stöds av flertalet andra studier (Kelvered m.fl., 2012; Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017; Blomberg m.fl., 2019). Nyutexaminerade operationssjuksköterskor beskrev dessutom att förutom det många gånger uteblivna patientsamtalet, så hade de sällan tid att ens läsa patientens journal innan operationen, något de upplevde var det största hotet mot patientsäkerheten. I dessa situationer var ett välfungerande operationsteam, enligt många, helt avgörande för patientens säkerhet (Eriksson m.fl., 2020).

Det framkom även att många nyutexaminerade operationssjuksköterskor önskade och saknade återkoppling för att ha möjlighet att förbättra vården, vidare upplevde de att kombinera en humanistisk människosyn i den högteknologiska arbetsmiljön på en operationssal med högt patientflöde, var svårt (Eriksson m.fl., 2020).

Hos mer erfarna operationssjuksköterskor var underbemanning och brist på personal med rätt kompetens några av de faktorer som upplevdes leda till stress, vilket ofta dessutom var den direkta orsaken till att mötet med patienten inte blev av (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017). Den tilltagande bristen på operationssjuksköterskor uppmärksammades redan för flertalet år sedan (Blomberg, 2019; AORN Statement Committee, 2015; Socialstyrelsen, 2018). Blomberg (2019) tar upp Socialstyrelsens (2018) utredning gällande patientsäkerhet vid kompetensförsörjning, där det framkommer att bristen på specialistsjuksköterskor med rätt kompetens är ett större problem än underbemanning. När kompetensförsörjning och bemanning brister så kan de ske en kompetensväxling, vilket innebär att patientens vård på operationsavdelningar har förlagts på personal utan den specifika specialistkompetens som krävs. Socialstyrelsens utredning (2018) och i ett flertal andra studier (Ball, 2017; Aiken m.fl., 2014; 2017) påtalas det, att det finns en markant risk vid denna typ av kompetensväxling för kliniska felbedömningar och att omvårdnadsaktiviteter inte utförs på ett professionellt sätt, som i sin tur kan äventyra patientens säkerhet. Mot detta vårdförfarande med kompetensväxling står vårdgivarens skyldighet och ansvar att ge patienter god och säker vård av personal med rätt kompetens enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) 5 kap. 2§. Blomberg m.fl. (2019) påtalar detta och ifrågasätter hur vi ska göra operationssjuksköterskans vårdande och kliniska kompetens synlig i det perioperativa vårdarbetet och markera att den inte är utbytbar. Genom att inte ge operationssjuksköterskor möjlighet till det perioperativa samtalet, upplevde många att man inte tog tillvara på deras kompetens (Eriksson m.fl., 2020; Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017).

Den perioperativa dialogen

Den perioperativa dialogen är en modell för hur perioperativ omvårdnad kan ske. Den perioperativa dialogen definieras av Lindwall & von Post (2012) som anesthesi- och operationssjuksköterskans pre, intra och postoperativa dialog med patienten i samband med operation. Dialogen har bland annat till syfte att lindra patientens lidande, bevara patientens värdighet, skapa välmående och hjälpa till att skapa ett bra minne för patienten. Hänsyn till den perioperativa omvårdnaden kan även tas av chefer när det perioperativa arbetet ska planeras och organiseras. Specialistsjuksköterskor beskriver att tillräckligt med tid behövs för att skapa ett bra möte och en dialog. Om tid och möjligheten finns att samma specialistsjuksköterska kan följa patienten genom hela vårdförloppet under operation, så blir upplevelsen positiv för såväl patient som sjuksköterska och ökar troligen patientsäkerheten samt hur nöjd patienten blir med vården (Pulkkinen m.fl. 2016). Även Riksföreningen för operationssjukvård (2020) påtalar att om möjlighet för pre- och postoperativa samtal finns, ökar det möjligheten att ge patienten en personcentrerad vård. Enligt Lindwall m.fl. (2003) kan operationssjuksköterskan utifrån det samtalet förbereda såväl sig själv som patienten innan operation. Kontinuitet genom vårdförloppet skapar trygghet, säkerhet och meningsfullhet för patienten (Lindwall m.fl. 2003). Mötet med patienten kan ge operationssjuksköterskan tid att lyssna och skapa en vårdande relation om de rätta förutsättningarna finns (Pulkkinen m.fl., 2016).

Blomberg m.fl. (2014) menar att möta patienten ger operationssjuksköterskorna en större känsla och förståelse för vem patienten är. Patienten tillåts ge uttryck för sina erfarenheter och eventuella rädslor, och på så sätt skapas en relation baserad på förtroende.

Enligt Abelsson & Nygårdh (2020) främjar den perioperativa dialogen patientsäkerheten i den operativa miljön.

Den preoperativa dialogen

Här möter operationssjuksköterskan patienten innan operation. I det här mötet är tanken att patienten i lugn och ro kan berätta om sig själv och ställa sina frågor. Här samlas den information in som operationssjuksköterskan behöver för att planera vården (Lindwall & von Post, 2012).

Genom sjuksköterskans erfarenheter och kunskaper kan hen ta reda på den information som är viktig. I mötet lär patienten och sjuksköterskan känna varandra och förtroende skapas (Lindwall & von Post, 2009).

Kelvered m.fl. (2012) beskriver att en dialog innan operation ger patienten ett välbefinnande i situationen och ger operationssjuksköterskan information för att skapa en säker miljö. Ribeiro m.fl. (2012) påtalar att mötet mellan operationssjuksköterska och patient preoperativt förbereder patienten inför operation och minskar eventuell oro.

Den intraoperativa dialogen

Nästa möte är det intraoperativa mötet, som äger rum på operationsavdelningen. Här ska den planerade vården genomföras (Lindwall & von Post, 2012).

Ibland är detta korta möte inne på operationssalen det första som sker mellan patienten och operationssjuksköterskan och Blomberg m.fl. (2019) beskriver att den korta tiden som då finns för mötet ofta begränsar möjligheten att skapa en vårdande relation, vilket styrks av andra studier (Eriksson m.fl. 2020; Blomberg m.fl. 2014; Ingvaldsdottir & Halldorsdottir 2017). Operationssjuksköterskor påtalar vikten av att vara pålästa om patientens hälsostatus, att ha tagit del av patientens journal. Även att göra en egen identitetskontroll utöver den som görs i samband med WHO's checklista anses viktigt (Kelvered m.fl. 2012). Om patienten och operationssjuksköterskan redan har träffats, så kan det skapa trygghet när de möts igen (Lindwall m.fl., 2003; Lindwall m.fl., 2009). Ur ett patientperspektiv beskriver Rudolfsson m.fl. (2003) om hur patienterna känner sig bekräftade, delaktiga och trygga efter att de haft ett samtal med anesthesi- eller operationssjuksköterskan. Det finns studier som exempelvis av McIntosh & Adams (2010) som påvisar att en orolig patient upplever sämre återhämtning efter operation.

Den postoperativa dialogen

Den sista dialogen är den postoperativa, då ses patienten och sjuksköterskan igen efter att operationen är avslutad. Det är inte alltid detta går att genomföra rent praktiskt utan kan ibland även ersättas av ett telefonsamtal. Detta är en möjlighet att utvärdera vården.

Patienten får beskriva sin upplevelse och ställa sina frågor, detta blir ett avslut för båda parter (Lindwall & von Post, 2012). Enligt Kelvered m.fl., (2012) upplever vissa operationssjuksköterskor att känns viktigt för dem att få prata med patienten efter avslutad operation så att de tar sig den tiden även om den inte finns i deras arbetsschema.

Problemformulering

Produktiviteten, högteknologi och organisation styr operationssjuksköterskans dagliga arbete. Patienten är en del av arbetet men tiden för dialog är kort. Den ursprungliga perioperativa dialogen med tre samtal verkar ha reducerats på många kliniker till ett kort intraoperativt möte, samt ibland med ett uppföljande samtal efter operation.

Det finns delade meningar mellan operationssjuksköterskorna om hur den vårdande rollen ser ut perioperativt. En del operationssjuksköterskor beskriver att kärnan i den perioperativa omvårdanden sker intraoperativt och då främst genom att bevaka och bevara patientsäkerhet, autonomi och värdighet intraoperativt under operationen. Andra operationssjuksköterskor anser att omvårdanden inte bara sker intraoperativt utan de vill följa patienten genom hela förloppet. De vill ha det korta mötet för att skapa dialog och trygghet. Avsaknaden av detta kan skapa en etisk stress hos dem. Patienter beskriver trygghet genom att ha samma operationssjuksköterska genom hela operationsförloppet. Flertalet studier påvisar att ett perioperativt möte är grundläggande för att arbeta såväl patientsäkert som personcentrerat. Utan ett gemensamt möte blir det svårare att göra patienten delaktigt och att planera vården. Det behövs mer kunskap kring vilka faktorer som främjar respektive hindrar eller försvårar det perioperativa mötet.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka operationssjuksköterskans erfarenheter av främjande respektive hindrande faktorer för det perioperativa mötet med patienten.

Metod

Design

Utifrån syftet valdes en kvalitativ design som utfördes i form av digitala enkätfrågor. En kvalitativ metod är fördelaktigt när personers upplevelser av ett fenomen ska studeras (Polit & Beck, 2017). Att studera operationssjuksköterskans upplevelser och erfarenheter av det korta mötet med patienten låg i fokus. Förhållningssättet har varit induktivt för att få en djupare förståelse av deltagarnas erfarenheter. (Polit & Beck, 2017; Henricsson & Billhult, 2017). Analys av insamlade data har utförts med en kvalitativ beskrivande analys (Sandelowski, 2000).

Rekrytering av deltagare

Deltagare i studien rekryterades på ett medelstort sjukhus i västra Sverige. Studenterna hade anknytning till operationsavdelningen genom att en av dem hade haft sin verksamhetsförlagda utbildning där och den andra var kontrakterad där efter utbildningens slut.

Inga begränsningar i urvalet gjordes, utan alla operationssjuksköterskor som var yrkesverksamma på den aktuella operationsavdelningen fick erbjudande om att delta, vilket var 32 stycken.

Skriftligt tillstånd inhämtades efter att informationsbrev skickats ut (Bilaga 1) ifrån verksamhetschef och avdelningschef på det aktuella sjukhuset.

Efter verksamhetschefens godkännande vidarebefordrade avdelningschefen vårt mejl till operationssjuksköterskorna på den berörda enheten, innehållande forskningspersonsinformation (Bilaga 2) samt information om studien och dess syfte samt länken till frågorna. Genom att besvara enkäten lämnade deltagarna sitt samtycke. Deltagarna fick 10 dagar på sig att besvara enkäten.

Ett påminnelsemejl skickades ut av avdelningschefen enligt vårt önskemål efter en vecka och en påminnelse gjordes även på ett morgonmöte på avdelning av chefen.

Datainsamling

Inför enkäten skapades ett Google formulär som innehöll enkätfrågorna (Bilaga 3). Frågorna var strukturerade, vilket innebär att alla deltagare fick samma frågor (Danielsson, 2017).

Frågorna deltagarna fick besvara var följande:

- Hur många år har du arbetat som operationssjuksköterska?
- Vad betyder det korta mötet med patienten för dig?
- Beskriv vad som enligt dig kan hindra eller begränsa mötet med patienten i samband med operation?
- Beskriv vad som enligt dig kan främja eller underlätta mötet med patienten i samband med operation?
- Har du idag på din arbetsplats möjlighet att träffa patienten innan operation?

Frågorna besvarades med fritext så att deltagaren hade möjlighet till att berätta fritt i text kring frågan. Enkäten avsåg att besvara frågor kring det korta mötet mellan operationssjuksköterska och patient i den perioperativa dialogen. Valet av digitala enkätfrågor gjordes bland annat utifrån gällande restriktioner i samhället i samband med pandemin av Covid-19 men också för att tidsmässigt hinna med att bearbeta insamlade data.

Fördelar med enkätfrågor är enligt Billhult (2017) att det lätt går att nå många deltagare och att insamlingen av materialet går relativt snabbt.

För att validera enkätfrågorna testades de på fyra operationssjuksköterskor innan de togs i bruk, detta dels för att se att de uppfattades på rätt sätt i förhållande till syfte och forskningsfråga men även för att undersöka om de kunde ge en djupare beskrivning av de faktorer som påverkar operationssjuksköterskans möte med patienten. Att testa sina enkätfrågor rekommenderas (Billhult, 2017).

De fyra utvalda operationssjuksköterskorna fick frågorna från Google formuläret tillsänt sig och sedan en vecka på sig att besvara. Efter att samtliga svarat så sammanställdes svaren.

Svaren som erhöles höll den kvalitet som önskades och var användbara gentemot syftet. Svaren från testintervjun är exkluderade från examensarbetet.

Efter validering och godkännande skickades enkätfrågorna ut till deltagarna via ett informationsmejl. Genom att följa bifogad länk kunde de besvara frågorna helt anonymt.

32 personer tillfrågades om att delta och 10 valde att medverka.

Dataanalys

Insamlade data analyserades med hjälp av kvalitativ beskrivande analys. Sandelowski (2000) beskriver att det är en analysmetod som har funnits länge men som inte är så väl beskriven i litteraturen. Kvalitativ beskrivande analys innebär att en klar och tydlig datanära analys av det insamlade materialet görs. Materialet i sig får beskriva fenomenet eller det som efterfrågas. Analysmetoden lämpar sig väl för att undersöka en upplevelse eller ett fenomen. Data sammanfattas på ett beskrivande sätt där man organiserar det man kommit fram till och presenterar på ett sätt som passar materialet (Sandelowski, 2000).

Google formuläret presenterade insamlade data på ett sådant sätt att vi kunde se samtliga svar på alla frågor men även kunde urskilja varje anonym individs svar på respektive fråga.

Svaren lästes igenom flera gånger såväl för sig men också i sin helhet för att få en övergripande bild och förståelse. Meningsbärande enheter identifierades som svarade till vårt syfte och de ställda frågorna och analyserades och jämfördes i första skedet under respektive fråga. Därefter såg vi över helheten igen då deltagarna ibland besvarat flera frågor under en fråga så att inget skulle missas.

Vid slutresultatet sammanställdes insamlade data i löpande text under respektive enkätfråga. Analysarbetet har genomförts datanära, för att kunna beskriva vad som sagts i stället för att tolka.

Forskningsetiska överväganden

Vid all forskning är det viktigt att komma ihåg att den ska tillföra något och vara värdefull för någon. Att starta upp ett projekt som inte kan genomföras är slöseri med allas tid och resurser. (Kjellström, 2017).

I arbetet har Belmontrapportens etiska värderingar varit styrande. Belmontrapporten kom till 1978 i USA som ett resultat efter studier där etik och respekt för människan satts i andra hand. Rapporten beskriver tre principer för etiskt förfarande i samband med forskning. Nyttan av (beneficence), Respekt för de mänskliga rättigheterna (respect for human dignity), och Rättvisa (justice) (Polit & Beck, 2017; HHS.gov, 2018).

Risk och nytta

Att minska skada hos de som deltar i forskning och att öka det som tillför eller gör gott (Polit & Beck, 2017; HHS.gov, 2018). Riskerna med deltagande i studien bedömdes som låga i förhållande till nyttan. De risker som identifierades var att deltagaren skulle kunna uppleva etisk stress vid reflektion och funderingar kring frågorna.

Respekt för de mänskliga rättigheterna

Här beskrivs att deltagare i forskning ska få rätt att bestämma själva och ha full insyn i forskningen (Polit & Beck, 2017; HHS.gov, 2018). Etisk godkännande för examensarbetet ansöktes om och erhöles från Göteborgs Universitets etikgrupp innan deltagarna rekryterades. Enligt lagen om etikprövning för forskning som avser människor ska de som deltar i en studie erhålla forskningspersons information (SFS 2003:460). Den här informationen fick deltagarna. Där framgick studiens syfte, hur datainsamling skulle ske samt identifierade risker med att delta i projektet. Där beskrevs även hur personuppgifter hanterades. Forskningspersonerna informerades om att deltagande var frivilligt och deltagande kunde avbrytas om så önskades.

Rättvisa

Här betonas deltagarnas rätt till en god behandling och att privatliv och privata uppgifter ska skyddas (Polit & Beck, 2017; HHS.gov, 2018). Inga obehöriga har haft tillgång till svaren från studien. Google formuläret och dess data raderades när studien var slutförd och resultatet sammanställts. Deltagarna har hela vägen varit anonyma.

Att använda internet möjliggör för nya sätt att samla in data. Åsikterna om användandet av internet varierar och etiska principer kring internetanvändning kan upplevas otydliga. När internet används vid forskning får forskarna förhålla sig till samma grundregler för forskning och hantering av data som gäller vid all annan forskning men specifikt viktigt är informerat samtycke och att data behandlas konfidentiellt (Ali & Skärsäter, 2017). Detta har vi förhållit oss till genom processen.

Resultat

Samtliga deltagare var yrkesverksamma med klinisk erfarenhet som operationssjuksköterskor mellan 1–35 år. Studien genomfördes på ett mellanstort sjukhus i Västsverige. Resultatet presenteras under respektive fråga, i linje med vald analysmetod.

Beskriv betydelsen av det korta mötet

Den absoluta majoriteten av deltagande operationssjuksköterskor tryckte på vikten av det korta mötet inne på operationssalen. Med varierande grad och beskrivning angavs kontakten med patienten som viktig. Vissa uttryckte sig med en mer allmän kort beskrivning som att *”roligt att småsnacka lite”* och *”att få en patient bakom operationskoden”* eller med en beskrivning om mötet som, *”bra att få till, då det känns som att man får en koppling till patienten”* till att det var *”ett unikt möte varje tillfälle”*.

Andra deltagare var mer djupgående i sin beskrivning angående patientkontaktens betydelse. Där ett antal operationssjuksköterskor specifikt tryckte på hur viktigt det var att inge trygghet och förtroende, men också att få en bild av människan de hade framför sig.

”Försöker bilda mig en uppfattning om hur patienten känner inför ingreppet...och att få ett ansikte, en person innan draperingen kommer på”

”Jag tycker personligen att det är viktigt med ett möte för att få en bild vad det är för patient som ligger på operationsbordet. Då blir patienten inte bara ett objekt utan en individ”.

Någon enstaka deltagare hade inte reflekterat över vad mötet hade för betydelse för hen och att det inte betydde speciellt mycket för det var ändå upplevdes obefintligt.

”Inte speciellt mycket. Oftast kommer patienten in medan man dukar upp och sedan sövs patienten och då är det försent att prata (tjoar ett litet hej göt jag givetvis)”

Flera operationssjuksköterskor uttryckte på frågan av mötets betydelse, att mötet var främst viktigt för att få kompletterande och/eller att verifiera information direkt av patienten.

Med beskrivningar som:

”få information av patienten t.ex. om eventuella allergier” och ”alltid bra att intervjua patienten själv” eller ”finns fysiska hinder eller problem inför ingreppet, vad måste jag tänka på.”

Andra operationssjuksköterskor tog mötet lite som det kom och anpassade samtalet.

”Om patienten är vaken under tvätt och klädning så passar jag på att prata lite och inge ett tryggt och kompetent förtroende”.

Vilka faktorer hindrar eller begränsar det korta mötet?

Flera beskrivningar kring vad som hindrar och begränsar mötet med patienten var till största delen mer av en organisatorisk och ledarskaps karaktär, med beskrivning om hur stress och brist på tid och personal som hindrande för mötet. Vissa upplevde även att det fanns en kultur och ett arbetssätt som inte gagnade operationssjuksköterskans tid med patienten. Några beskrivningar var direkt riktade och andra var mer förklarande till varför mötet inte blev av.

”att jag har mycket instrument som skall plockas fram inför operation”

”det upplevs inte viktigt på arbetsplatsen och tiden vi har är ofta knapp”

”stress, brist på personal medför att man inte hinner prata med patienten”

Det uttrycktes även andra upplevelser och känslor som hinder för det korta mötet, där operationssjuksköterskan såg andra behov hos patienten och försökte anpassa sitt förhållningssätt till patienten och därmed uteslöt ett möte.

”de är ibland nervösa och fokuserade på sitt och inte så mottagliga för ytterligare ett nytt namn att glömma bort”

I mer än hälften av deltagarnas beskrivningar uttrycktes det att det var mycket personal i samarbetet runt patienten från de olika professionerna intraoperativt.

Detta påtalades av vissa med upplevelser som,

”att patienten sövs innan jag hinner komma till och hälsa ordentligt” eller ”hinner inte alltid prata med patienten innan hen är sövd”

Många av dessa operationssjuksköterskor beskrev att de aktivt tog ett steg tillbaka när det upplevde att det var för många runt patienten och/eller att de upplevde att patienten själv reagerade med att sluta sig. Några beskrev en ambition att skapa en lugn miljö för patienten och när det inte fungerade valde de att stå tillbaka för att det skulle bli en person mindre om patientens uppmärksamhet. En annan anledning till att de backade för ett samtal var upplevelsen av att det var svårt att kommunicera med patienten när de bar full operationsklädsel.

”att vara sterilklädd med munskydd gör kommunikationen svårare. Vi är också många runt patienten, som är i en utsatt position. Om jag känner stress eller oro från patienten håller jag en låg profil. Det räcker med alla andra runt patienten”

Andra operationssjuksköterskor försökte ändå få till ett kort samtal med patienten, eller åtminstone ge en bekräftande blick och/eller en välkomnande hälsning med avsikt att patienten skulle känna sig välkommen och trygg. En av deltagarnas upplevelse var att mycket av operationssjuksköterskans kontakt med patienten ofta berodde på anestesijuksköterskans agerande inne på operationssalen.

”Anestesijuksköterskan tar hela patientens uppmärksamhet oftast. Med deras frågor inför anestesi. Jag upplever att det blir för mycket människor som vill ha patientens uppmärksamhet, i de fallen så backar jag”

Vilka faktorer främjar det korta mötet?

Många ansåg att en god planering kunde främja och underlätta för ett möte inne på operationssalen. Dels att varje individ med god framförhållning borde planera sin tid för att skapa utrymme för ett möte, dels att verksamheten skall planera så att tid och personalresurser finns så att det är genomförbart. Många av operationssjuksköterskorna beskrev att det finns en otydlighet om hur patienttiden inne på operationssalen skall disponeras och vem av professionerna operation eller anestesi som skall prioriteras.

”kanske om det hade varit mer implementerat i verksamheten att operationssjuksköterskan möte med patienten är viktig också och inte bara anestesijuksköterskornas möte, så hade det kanske givits mer tid”

Andra operationssjuksköterskor föreslog att om anestesijuksköterskan bjöd in operationssjuksköterskan i sitt samtal med patienten inne på salen så skulle det främja även för hans samtal. Flera svaranden uttryckte även en önskan och förslag om en verksamhetsplanerad egenstund för operationssjuksköterskan med patienten antingen utanför eller inne på operationssalen.

”Kanske att vi får en egen liten stund med patienten. Vet ej om det är möjligt pga. tidsbrist”

Att det fanns tid för operationssjuksköterskan att duka upp och göra klart allt innan patienten kommer in på salen, så hen var fri att hjälpa till och vara runt patienten för att på så sätt underlätta för ett samtal. Men även som ett antal deltagare beskrev att en väl förberedd patient som känner sig lugn underlättar för ett bättre möte. Det fysiska skicket på patienten var även avgörande.

”när patienten är pigg och kan gå in själv, då står vi och hälsar till exempel eller om man redan förberett och osterilat sig. Då kan man delta i förberedelser mer otvunget och få en uppfattning”

Vikten av ett väl fungerande operationsteam där alla vet sin uppgift, vad som skall utföras och ett lugnare tempo, var något som uttrycktes övergripande för hela situationen och som främjande för hela mötet.

Har du idag på din arbetsplats möjlighet att träffa patienten innan operation?

Ingen av de deltagande operationssjuksköterskor upplevde att det fanns en möjlighet att träffa patienten innan operation, utan att det första mötet skedde inne på operationssalen. Tid beskrevs av de flesta vara orsak till att de inte kunde träffa patienten någon annanstans än inne på operationssalen. En operationssjuksköterska uttryckte kort ”*Finns tyvärr inte tid för detta*”. En annan beskrev att hen träffar patienten precis innan sövning. ”*Vi arbetar parallellt med anestesi*”. En operationssjuksköterska uttryckte att det ibland kan räcka att hälsa på patienten då de redan träffat flera andra yrkeskategorier och pratat med innan operation.

Diskussion

Metoddiskussion

Författarnas avsikt var att undersöka vilka faktorer som främjade respektive hindrade eller begränsade det korta mötet mellan patient och operationssjuksköterskan. Då meningen var att belysa upplevelser och erfarenheter var inte en kvantitativ metod passande.

Att välja en induktiv beskrivande ansats stämde bra ihop med vårt syfte. Enligt Priebe & Landström (2017) börjar den induktiva studien i empirin och har för avsikt att studera ett fenomen så förutsättningslöst som möjligt för att kunna dra slutsatser, deduktiv ansats däremot hade prövat en teori eller hypotes.

Att välja en enkät kan tänkas vara lite ovanligt i kvalitativ forskning. Den initiala tanken var att utföra intervjuer men med tanke på tidsbegränsningen för arbetet och den rådande Covid -19 pandemin i samhället valdes en digital enkät. En intervju skulle eventuellt kunnat ge ett större djup i de framkomna upplevelserna och även en möjlighet till att ställa följdfrågor. En fördel med enkät är enligt Bryman (2013) att den så kallade intervjuareffekten uteblir, dvs att intervjuaren omedvetet styr deltagarens svar så att det kan påverka resultatet. En nackdel kan enligt Trost & Hultåker (2016) vara att deltagarna upplever oklarheter och vill fråga om saker i enkäten, om ansvariga för studien närvarar vid svarstillfället så kan validiteten för studien ökas. Valet av öppna frågor där deltagaren fick berätta fritt kring frågan sågs som ett sätt att minska risken för oklarheter. Genom att använda sig av enkla uttryck och vanliga ord är det större chans att deltagarna uppfattar frågan på samma sätt (Trost & Hultmarker, 2016). Deltagarna hade kontaktuppgifter till studenterna ifall frågor skulle uppstå.

Enligt Polit & Beck (2017) är öppna frågor ett bra sätt att undvika enbart ja och nej svar, en nackdel kan dock vara att det kan generera en stor mängd data. Genom att testa enkätfrågorna innan de togs i bruk såg vi att forskningspersonerna upplevde dem som det var tänkt. Att validera sina frågor är ett rekommenderat förfarande (Billhult, 2017). Att detta utförts kan anses stärka tillförlitligheten på frågorna. Vi fann inga avvikelser i svaren mellan testenkät och de slutliga enkäterna.

Vårt urval bestod av operationssjuksköterskor på ett medelstort sjukhus i Västsverige som båda studenterna hade anknytning till. Det kan tolkas som ett bekvämt sätt att välja ett sjukhus som

vi hade anknytning till. Av etiska skäl var det viktigt för oss att bevara deltagarna anonyma då vi träffat en del av dem tidigare. Polit och Beck (2017) menar att utföra studier med deltagare som författarna känner kan vara förenat med risker och försvåra datainsamlingen. Detta kunde vi undvika med hjälp av Google formuläret. Att deltagarna själva fick välja om det ville delta och aktivt besvara enkäten var författarnas sätt att skapa trygghet och få deltagarna att känna att det var frivilligt att delta.

Vi valde att inte ha några begränsningar i urvalet, detta för att erhålla så många deltagare som möjligt. Enligt Benner m.fl. (2009) anses det att när sjuksköterskor har minst två års arbetslivserfarenhet så blir de mindre uppgiftscentrerade och mer fokuserade på patientens vård. Arbetslivserfarenheten på deltagande operationssjuksköterskor varierade från 1–35 år. Vi ställde inte frågan om hur många år deltagarna arbetat som allmänsjuksköterskor innan sin specialistutbildning, då detta kan tänkas påverka förmågan att se patienten. Vi valde att inte ställa frågor om kön eller ålder, då detta skulle kunna röja deltagarnas identitet.

Deltagandet i studien var 31,25 %. Trettiofyra operationssjuksköterskor fick förfrågan om deltagande, tio svarade på enkäten. Det kan tänkas att de operationssjuksköterskor som var mer motiverade och tyckte ämnet var intressant valde att delta. Enligt Kristersson (2014) väljer ofta de som har erfarenhet i ämnet att delta. Skulle detta då kunna tolkas som att resultatet inte är representativt. Vi har ställt oss frågan vilka orsaker som låg bakom att de övriga tillfrågade valde att avstå. Det kommer vi inte att kunna besvara i det här arbetet. Deltagarna fick en och halv vecka på sig att besvara enkäten, det kan tänkas att längre svarstid hade genererat fler svar. En annorlunda presentation av studien på arbetsplatsen kanske kunde varit mer inspirerande för att vilja delta. Vi tog hjälp av avdelningschefen för att nå ut till medarbetarna via mejl för att beskriva vårt arbete.

Om vi återgår till svarsfrekvensen så beskriver Holbrook m.fl. (2007) att studier med svarsfrekvens ned emot 20% kan ge lika bra resultat som studier med en svarsfrekvens på 60–70%.

Insamlade data analyserades med hjälp av kvalitativ beskrivande analys.

Vi var noviser i den här såväl som andra analysmetoder. Initialt hade vi planerat att analysera materialet med tematisk analys men upplevde när data var samlad att den talade sitt eget språk. Svaren var tydliga och konkreta. Det upplevdes inte nödvändigt att koda och tematisera dem såsom den tematiska analysen beskriver. Analysmetoden ändrades därför för att hålla resultatet så nära de ursprungliga beskrivningarna som möjligt och för att undvika tolkningar samt för att inte ta bort andemeningen i svaren. Inga relevanta data har exkluderats i analysen. En innehållsanalys hade även kunnat vara tänkbar. En innehållsanalys tolkar den skrivna textens innebörd samtidigt som de grundläggande delarna framgår. En innehållsanalys kan utföras med olika djup på tolkningarna (Graneheim & Lundman, 2004). Vår uppfattning är att metoden vi valde på ett bra sätt skulle kunna presentera vårt resultat. Allt som framkommit har redovisats. Citat från enkäterna presenteras i resultatet, enligt Graneheim & Lundman (2004) stärks trovärdigheten på resultatet genom citat. Båda författarna har läst igenom enkätsvaren flera gånger för att se de individuella svaren men även för att få en känsla för textens helhet, för att kunna se bärande meningsenheter samt för att kunna strukturera resultatet. Analysen har gjorts gemensamt med stöd av handledare, vilket ökar tillförlitligheten i studien. Enligt Polit & Beck (2017) stärks kvaliteten i studien och minskar risken för bias om författarna arbetar tillsammans genom analysprocessen.

Vår förförståelse finns i att vara sjuksköterskor som studerar till specialistsjuksköterskor med inriktning mot operation. Dock är vår kliniska erfarenhet av operationsmiljön begränsad. Den förförståelsen vi har ligger till grund för vårt syfte och frågeformulering.

Genom att vara medvetna om vår förförståelse och tidigare erfarenheter så har vår avsikt varit att inte låta detta påverka resultatet. Genom att välja kvalitativ beskrivande analys upplever vi att vi minskat riskerna för påverkan av resultatet.

Enligt Polit & Beck (2017) är resultatet i kvalitativ forskning beroende på kontext, deltagare och forskare, dessa faktorer är svåra att replikera. Deras bedömning blir att det är läsaren som får avgöra om resultatet är överförbart. Graneheim & Lundman (2004) menar att om metod, process och kontext redovisas tydligt så ökar det möjligheten för en studies överförbarhet. Bryman (2013) menar att genom att motivera sitt tänkande genom studien, beskriva sina val och vilka grunder de vilar på så ökas tillförlitligheten, vilket vi har försökt göra.

Resultatdiskussion

Det främsta huvudfyndet som beskrevs både som hindrande och främjande för mötet med patienten var tiden, vilken många gånger upplevdes svårt för den enskilda operationssjuksköterskan att påverka. Med den tekniska utveckling som skett inom sjukvården i allmänhet och operationssjukvården i synnerhet, finns det en komplexitet där många faktorer är avgörande för om och med vilken kvalitet som operationssjuksköterskans möte med patienten kunde genomföras, vilket uppmärksammades redan 2008 av Richardson-Tench.

Organisation och verksamhet styr vilka resurser som finns och hur de skall prioriteras och planeras, där organisationens krav på produktion och effektivitet kan hindra operationssjuksköterskan att finnas för patienten och planera den perioperativa vården utifrån patientens behov (Blomberg m.fl., 2014; Blomberg m.fl., 2018). Vid krav på hög effektivitet och produktion, där det kirurgiska teamet ska prestera maximal effektivitet på minimal tid, kan det enligt Antoniadis m.fl. (2014) leda till oväntade incidenter som hotar patientsäkerheten.

Tidigare studier har uppmärksammat en diskrepans angående hur verksamheter inom hälso- och sjukvård har förmågan att skapa möjligheter för de arbetsprocesser som behövs för att göra personcentrerad omvårdnad möjlig för sjukvårdspersonal (McCormack & McCance, 2006)

År 2006 beskriver McCormack i sin rapport, *Utveckling av ramverk för personcentrerad omvårdnad*, de utmaningar som finns i att implementera personcentrerad omvårdnad och vilka attityd- och organisationshinder som ligger i dess väg och hur de kan lösas. Rätt förutsättningar måste finnas såsom kompetens och engagemang, men även personalens egenskaper och deras självkännedom har betydelse. Enligt McCormack (2006) behöver vårdmiljön vara den rätta, med en organisation och ett ledarskap som främjar omvårdnad och kvalitet, där även arbetsplatskulturen spelar en stor roll. Sammanfattningsvis är det när dessa förutsättningar finns som de personcentrerade processerna kan implementeras och generera ett förväntat och bra resultat.

Ur resultatet framkom det att ursprungmodellen av det perioperativa mötet, som beskrivits av Lindwall & von Post, (2012), inte var genomförbart enligt deltagarna. Statens offentliga utredningar (SOU 1962:4) påvisar att operationssjuksköterskans yrke har varit ett bristyrke, vilket de antydde kunde vara orsak till operationssjuksköterskornas möjligheter att delta i den pre- och postoperativ vården. Men även internationell forskning har sedan flera år visat svårigheter att implementera den perioperativa vårdprocessen (AORN's statements, 2015) i operationssjukvården. Operationssjuksköterskorna i den presenterade undersökningen svarade att om det överhuvudtaget fanns tid till ett möte med patienten så var det intraoperativt, liknande resultat har bekräftats av tidigare studier (Eriksson m.fl., 2020).

Tre utmärkande orsaker både i vad som hindrade och främjade ett möte var tiden, samarbetet med kollegor och den komplexa operationsmiljön med dess påverkan på patienten. En upplevd tidsbrist beskrevs vara den orsak som medförde mest stress, något som har påtalats i en mängd andra studier och även ansetts vara största risken för patientsäkerheten (Eriksson m.fl., 2020; Blomberg m.fl., 2014; Ingvaldsdottir & Halldorsdottir, 2017).

Att inte få genomföra den perioperativa dialogen som den är tänkt, kan försämra kontinuitet för såväl patienten som operationssjuksköterskan i sitt arbete (Blomberg m.fl., 2018; Lindwall & von Post, 2012). Något även Pulkinnen m.fl. (2016) till viss del uttrycker genom att påtala att den perioperativa dialogen sätter patienten i fokus och ökar kvalitén på vården. Ett litet kort inplanerat möte innan operation, ansåg några deltagare, hade underlättat en vårdande relation med syfte att skapa trygghet och delaktighet för patienten. I en studie av Sweeney m.fl., (2010) beskrivs risken att operationssjuksköterskan tar sitt fokus från patientens omvårdnad i en högteknologisk operationsmiljö. Trots ringa antal deltagare i undersökningen så framkom delade meningar angående vad det perioperativa samtalet betydde för dem men även för patienterna. Där vissa operationssjuksköterskor i undersökningen ifrågasatte om ett extra samtal verkligen var motiverat för patienten i en redan pressad situation. Deras tanke var att få information om patienten via journalanteckningar och i stället koncentrera sig på aseptiken och medicinteknisk säkerhet runt patienten. Detta är något Rauta m.fl. (2013) också har beskrivit, hur vissa operationssjuksköterskor anser att säkerheten runt patienten med att bevara och bevaka de fysiologiska behoven var hens primära och vårdande uppgift.

När arbetssituation är tidspressad kan det uppstå en etisk konflikt mellan vad som är praktiskt möjligt att hinna med och det ansvar man har att upprätthålla personcentrerad vård för patientens säkerhet (Erikson m.fl., 2020). Detta kan enligt Lindwall & von Post (2008) leda till att sjuksköterskan känner sig "dålig" och att hen står ensam och övergiven när de inte hinner lära känna patienten tillräckligt. Ett antal operationssjuksköterskor i den presenterade undersökningen planerade sin tid så att de åtminstone kunde hinna med att fråga och få svar på de viktigaste. Medan andra ansåg att ansvaret för planering av tid och resurser som behövdes för att skapa förutsättningar för mötet med patienten låg på en verksamhets- och ledningsnivå. När vården planeras behövs hänsyn tas till de olika professionerna och hur deras ansvar och omvårdnad ser ut. Blomberg m.fl. (2019) beskriver att många operationssjuksköterskor ändå har en önskan om att få vara mer delaktig i patientens vård men hindras av rutiner och vanor. Anestesi- och operationssjuksköterskan ansvarar tillsammans för den perioperativa omvårdnaden. Tillsammans ska de förebygga komplikationer och vårdskador genom preoperativ insamling av data, intraoperativt implementering av planerade vårdåtgärder samt postoperativ utvärdering (Lindwall & von Post, 2012). Enligt Abelsson & Nygård (2020) är utmaningarna för anestesijuksköterskan att få till ett bra möte med patienten liknande som för operationssjuksköterskan under pressade förhållanden.

Enligt Lindwall & von Post (2012) önskar anestesi och operationssjuksköterskan utveckla och stärka sitt samarbete i den perioperativa vården. Det framkom beskrivningar, att det är anestesijuksköterskan som påbörjar kontakten och samtalet med patienten, något som många gånger gjorde att det upplevdes svårare för operationssjuksköterskan att bryta in.

Eriksson m.fl., (2020) beskriver att när patientens uppmärksamhet är riktat till anestesijuksköterskan, så upplevde operationssjuksköterskan att hen inte alltid blev inbjuden till samtalet och fick därmed förlita sig till att anestesijuksköterskan hade koll och ansvarade för patientens säkerhet. Något som skulle kunna innebära att värdefull information för operationssjuksköterskan går förlorad och äventyrar patientens säkerhet ur hens specifika ansvar. Operationssjuksköterskor i studien beskrev att mötet många gånger var helt beroende på hur anestesijuksköterskan hade vårdplanerat, till exempel om patienten sövdes innan

operationssjuksköterskan var färdig med sitt arbete. En kommunikationsbrist mellan de två professionerna framkom samt att det fanns en form av konkurrens om patientens uppmärksamhet. Bristen i samarbetet har belysts i andra studier där operationssjuksköterskan i motsvarande situationer uttryckt en känsla av att bli bortglömd och underminerad i sin profession (Sandelin & Gustafsson, 2015). Enligt såväl Riksföreningen för operationssjukvård (2020) och Riksföreningen för anestesi och intensivsjukvård (2019) samarbetar anestesi och operationssjuksköterskan under operationen, ledarskapet växlar och detta kräver en ömsesidig respekt för varandras kompetenser.

Ur resultatet framkom också flertalet beskrivningar om att patientens emotionella tillstånd och mängden av personal kring patienten var avgörande för hur operationssjuksköterskorna ansåg att ta kontakt var lämpligt eller inte. Samtidigt beskrevs det av flera operationssjuksköterskor, att om tillfälle gavs så försökte de ändå med olika medel skapa en välkomnande och trygg miljö, om än bara med en blick, gest eller en hälsning.

Det fysiska skicket i vilket patienten befann sig i påverkade också. Vid en akut situation är det helt andra hänsynstagande och prioriteringar som gäller. Enligt Kolvered m.fl. (2012) kan operationssjuksköterskan vid akuta och komplicerade operationer som kräver mycket utrustning och instrument behöva lämna över omvårdnaden och dialogen till anestesijuksköterskan eftersom hen måste duka upp inför operationen. Att vara sterilklädd var en annan försvårande faktor som beskrevs i den presenterade undersökningen, där operationssjuksköterskans speciella klädsel med munskydd och visir inte underlättar att skapa kontakt eller en dialog. Anestesisjuksköterskans profession uppfattades inte som viktigare, men eftersom hen har sitt arbetsområde huvudsakligen vid huvudändan, så har hen därmed bättre förutsättningar. Trots det fysiska avståndet operationssjuksköterskan måste hålla med sin sterila klädsel, så har många operationssjuksköterskor, enligt Kolvered m.fl. (2012) en ambition och vilja att skapa ett möte med patienten, något som även framkom i det presenterade resultatet.

Resultatet från denna undersökning visar liknande resultat som tidigare studier, hur möjligheterna ser ut för operationssjuksköterskor, att utföra den perioperativa dialogen. Ur resultatet framkom det även att det fortfarande finns oklarheter vad operationssjuksköterskans vårdande roll innebär i en högteknologisk arbetsmiljö. Samt att det finns meningsskiljaktigheter inom professionen hur man ser på betydelsen av den vårdande rollen. Oavsett hur operationssjuksköterskorna i undersökningen såg på sin vårdande roll och mötet med patienten, så var de eniga om att det är tid och resurser i organisationen som behövs.

Slutsats

Den presenterade undersökningens resultat visade i likhet med tidigare forskning att tiden var en avgörande faktor för operationssjuksköterskans möte och samtal med patienten. För att få till det korta mötet visade det sig att operationssjuksköterskan många gånger var tvungen att göra avkall på andra arbetsuppgifter eller planera om den lilla tid som fanns. Viktiga förutsättningar för att ge god och säker vård till våra patienter är vara tillgänglig för patienten genom att mötas, lyssna och samtala. Något som upplevdes svårt att uppfylla idag, vilket medförde att flera operationssjuksköterskor uttryckte frustration och rädsla att missa något som kunde riskera patientens säkerhet. Det framkom att det även vissa oklarheter angående ansvaret för den perioperativa dialogen intraoperativt, däribland vem och vad som skulle hanteras av anestesi- respektive operationssjuksköterskan. Vilket lämnar oss frågande om anestesi- och operationssjuksköterskan till viss del utför samma omvårdnad med patienten? Är en lösning att

ge anestesijuksköterskan fulla ansvaret för den perioperativa dialogen? Något som ofta ändå verkar ske idag, detta för att bespara operationssjuksköterskan upplevelsen och frustationen över att inte hinna med sitt arbete och ansvar. Oavsett så visar detta resultat och tidigare forskning hur viktigt det är att dialogen och samarbetet mellan anesthesi- och operationssjuksköterskan fungerar. Utmaning för framtiden är att organisation och verksamheter inom sjukvården och i detta fall operationssjukvården, tar ett ansvar för att planera så att personcentrerad vård kan utföras på ett tillfredställande sätt. Det finns mycket underlag från tidigare forskning som visar att många operationssjuksköterskor inte känner tillfredställelse över sin arbetssituation som den ser ut idag. Med den vetskapen i kombination med bristen på operationssjuksköterskor, så kan man ställa sig frågan om operationssjukvården har råd att fortsätta i samma spår som tidigare utan att utveckla ett mer hållbart sätt att arbeta.

Implikation för framtida forskning

Tidigare forskning och även denna undersökning visar på svårigheterna att kombinera hög effektivitet och produktion med god kvalitet och arbetsmiljö. Därför upplever vi att ytterligare studier med fokus på dessa frågor behövs.

Men även framtida forskning gällande att se över hur man skulle kunna tydliggöra ansvaret för dialogen för att kunna effektivisera samarbetet mellan operation- och anestesijuksköterskan.

Med dagens utmaningar där vården till stor del behöver effektiviseras borde forskning kring vårdkedjans betydelse vara av intresse. Utnyttjas vårdkedjan optimalt för operationspatienten, eller dubbelarbetar vi? Det upplever vi hade varit ett intressant ämne att titta vidare på med fokus på personcentrerad vård för patienten och personcentrerad organisation för medarbetaren.

Referenslista

Abelsson, A., & Nygårdh, A. (2020). The nurse anesthetist perioperative dialog. *BMC nursing*, 19(37),
<https://doi.org/10.1186/s12912-020-00429-7>.

Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., Maier, C. B., Moreno-Casbas, T., Ball, J. E., Ausserhofer, D., Sermeus, W., & RN4CAST Consortium (2017). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ quality & safety*, 26(7), 559–568.
<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567>

Aiken, L., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A.M., Bruyneel, L., McHugh, M., Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., Maier, C. B., Moreno-Casbas, T., Ball, J. E., Ausserhofer, D., Sermeus, W., & RN4CAST Consortium (2017). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ quality & safety*, 26(7), 559–568.
<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567>

Ali, L., & Skärsäter, I. (2017) Att använda internet vid datainsamling. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod*. (s. 217–230). Studentlitteratur

Antoniadis, S., Passauer-Baierl, S., Baschnegger, H., Weigl, M. (2014) Identification and interference of intraoperative distractions and interruptions in operating rooms. *Journal of Surgical Research*, 188, 21-29

AORN Statement Committee. (2015). *Guidelines for perioperative practice*. Denver: AORN

Ball, J. E. (2017). *Nurse staffing levels, care left undone & patient mortality in acute hospitals* (Doktorsavhandling). Stockholm: Karolinska Institutet.

Benner, P. E., Tanner, C. A., & Chelsea, C. A. (2009). *Expertise in nursing practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC

Bergkvist, Månsson, K. (Red.). (2019). *Personcentrerad vård – en kärnkompetens för god och säker vård*. Svensk sjuksköterskeförening, Svenska läkarförbundet, Dietisternas riksförbund. Danagård Litho.

Billhult, A. (2017). Enkäter. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod*. (s. 121-131). Studentlitteratur.

Björn, C., & Lindberg Boström, E. (2008). Theatre nurses' understanding of their work: A phenomenographic study at a hospital theatre. *Journal of Advanced Perioperative Care*, 3(4), 149-155

Carina Jansten Holmquist
Maria-Theresa Branting

Blomberg, A-C., Bisholt, B., Nilsson, J. & Lindwall, L. (2014). Making the invisible visible - operating theatre nurses' perceptions of caring in perioperative practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 361-368. DOI <http://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/scs.12172>

Blomberg, A, Bisholt, B. Lindwall, L. (2018) Value conflict in perioperative practice. *Nursing Ethics*,26(7-8):2213-2224. <https://doi/org10.1177/0969733018798169>.

Blomberg AC, Lindwall L, Bisholt B. (2019) Operating theatre nurses' self-reported clinical competence in perioperative nursing: A mixed method study. *Nursing Open*. 15;6(4), 1510–1518. <https://doi/org/10.1002/nop2.352>.

Blomberg, A-C. (2019). *Operationssjuksköterskans vårdande och kompetens inom perioperativ vård*. (2019,6) Doktorsavhandling, Karlstads Universitet.

Bryman, A. (2013). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber

Bull, R. M., & FitzGerald, M. (2006). Nursing in a technological environment: Nursing care in the operating room. *International Journal of Nursing Practice*, 12(1), 3-7. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2006.00542.x>

Carlström, E., Kvarnström, S. & Sandberg, S. H. (2021). Samverkan i team. A-K. Edberg., A. Ehrenberg., H. Wijk., J. Öhlén. (Red). *Omvårdnad på avancerad nivå*. (s. 139–170). Studentlitteratur.

Centrum för personcentrerad vård. Göteborgs Universitet. (2020, 18 juni), *Om personcentrerad vård*. <https://www.gu.se/gpcc/om-personcentrerad-vard>
Hämtad 2022, 28 januari från URL.

Danielsson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod*. (s.143–153). Studentlitteratur.

Ekman I., Wolf A., Olsson LE., Taft C., Dudas K., Schaufelberger M., & Swedberg K. (2012). Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *European Heart Journal*, 33(9), 1112–1119. <https://doi:10.1093/eurheartj/ehr306>

Etikprövningsmyndigheten. (2021, 4 oktober). *Etikprövning, så går det till*. [Etikprövningsmyndigheten Startside. Ansök och läs mer om etikprövning \(etikprovning.se\)](https://etikprovning.se)
Hämtad 2022, 25 januari från URL.

Ethos. (2021, 1 februari). I Wikipedia. Hämtad 2022, 27 januari från URL. <https://sv.wikipedia.org/wiki/Ethos>

Eriksson, K. (1988). *Vårdprocessen*. (4. uppl.) Stockholm: Norstedt.

Eriksson, K. (2015). *Vårdandets idé*. 2.uppl. Stockholm: Liber

Eriksson, J., Lindgren, B. M., & Lindahl, E. (2020). Newly trained operating room nurses' experiences of nursing care in the operating room. *Scandinavian journal of caring sciences*, 34(4), 1074–1082. <https://doi.org/10.1111/scs.12817>

Forsberg, A. (2020) Personcentrerad intensivvård: att se personen bakom tekniken. I.I. Ekman (red). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård*. (s 286–298). Liber.

Forsberg, A (2021). Personcentrerad omvårdnad. A-K. Edberg., A. Ehrenberg., H. Wijk., J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå*. (s. 81–96). Studentlitteratur.

Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001> 261

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod*. (s. 112–117). Studentlitteratur.

HHS.gov. Office for human research protections. (2018, 15 january). *The Belmont report, ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html>
Hämtad 2022, 31 januari från URL.

Holbrook, A., Krosnik, J., & Pfent, A. (2007). The causes and consequences of response rates in surveys by the news media and government contractor survey research firms. In J. M. Lepkowski et al. (Eds.) *Advances in telephone survey methodology* (ss. 499-528). New York: Wiley

Holism. (2021, 15 december). I Wikipedia. Hämtad 2022, 25 januari från URL. <https://sv.wikipedia.org/wiki/Holism>

Ingvarsdottir, E., & Halldorsdottir, S. (2017). Enhancing patient safety in the operating theatre: From perspective of experienced operating theatre nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 951-960. DOI 10.1111/scs.12532.

Jeon, Y-H., Luscombe, G., Chenoweth, L., Stein-Parbury, J., Brodaty, H., King, M., & Haas, M. (2012) Staff outcomes from the caring for aged dementia care resident study (CADRES): a cluster randomised trial. *International journal of nursing studies*, 49, 508–518.

Kelvered, M., Öhlén, J. & Gustavsson, B. Å. (2012). Operating theatre nurses experience of patient-related, intraoperative nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 26(3), 449-457. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/j.1471-6712.2011.00947.x>

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod*. (s. 58–77). Studentlitteratur.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur och Kultur

Lindwall, L., von Post, I., & Bergbom, I. (2003). Patient's and nurses' experience of perioperative dialogues. *Journal of advanced nursing*, 43(3), 246-253.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.020707.x>

Lindwall, L., von Post, I., & Eriksson, K. (2007). Caring perioperative culture: Its ethos and ethic. *Journal of advanced perioperative care*, 3(1), 27-34.

Lindwall, L., & von Post, I. (2008). Habits in perioperative nursing culture. *Nursing ethics*, 15(5), 670-681. <https://doi.org/10.1177/0969733008092875>

Lindwall, L., & von Post, I. (2009). Continuity created by nurses in the perioperative dialogue- a literature review. *Scandinavian journal of science*, (23), 395-401.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00609.x>

Lindwall, L., & von Post, I. (2012). *Perioperativ vård – att förena teori och praxis*. Studentlitteratur.

McIntosh, S., Adams, J. (2010). Anxiety and quality of recovery in day surgery: A questionnaire study using Hospital Anxiety and Depression Scale and Quality of Recovery Score. *International Journal of Nursing Practice*, 17(1), 85–92.
<https://doi:10.1111/j.1440-172X.2010.01910.x>

McCormack, B., Dewing, J., Breslin, L., Coyne-Nevin, A., Kennedy, K., Manning, M., & Slater, P. (2010). Developing person-centred practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *International journal of older people nursing*, 5(2), 93–107. <https://doi:10.1111/j.1748-3743.2010.00216.x>.

Olsson, LE., Karlsson, J., Berg, U., Kärrholm, J., & Hansson, E. (2014) Person-centred care compared with standardized care for patients undergoing total hip arthroplasty—a quasi-experimental study. *Journal of orthopaedic surgery and research* 9(95).
<https://doi.org/10.1186/s13018-014-0095-2>

Polit, F.D., & Beck, T.C. (2017). *Nursing Research, generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer.

Priebe, G. & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar. Grundläggande vetenskapsteori. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod*. (s. 25–40). Studentlitteratur.

Pulkinnen, M., Juntilla, K., & Lindwall, L. (2016). The perioperative dialogue – a model of caring for the patient undergoing a hip and knee replacement surgery under spinal anaesthesia. *Scandinavian Journal of caring science*, (30), 145–153.

Carina Jansten Holmquist
Maria-Theresa Branting

Rauta, S., Salanterä, S., Nivalainen, J., & Juntila, K. (2013). Validation of the core elements of perioperative nursing. *Journal of clinical nursing*, 22(9-10), 1391–1399.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04220.x>

Ribeiro, JLS., Tourinho, FSV., Pereira, CDFD., Fernandes, LGG., Medeiros, PD., Medeiros, SB. (2012). The importance of nurse-patient connection in the period before an operation. *Revista de enfermagem UFPE on line*, 6(1) 234-239.
<https://doi:10.5205/reuol.2052-14823-1-LE.0601201233>

Richardson-Tench, M. (2008). The scrub nurse: Basking in reflected glory. *Journal of Advanced Perioperative Care*, 3(4), 125–131.

Riksföreningen för anestesi och intensivvård. Svensk sjuksköterskeförening. (2019). Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesijukvård. [kompetensbeskrivning-anestesi-2019-slutlig.pdf \(aniva.se\)](#)
Hämtad 2022, 8 mars från URL.

Riksföreningen för operationssjukvård. (2016). Riksföreningen anser och rekommenderar. Om operationssjuksköterskans specialistkompetens för patientsäker vård i operationsrummet: <http://www.rfop.se/media/fsybdtem/om-bemanning.pdf>.
Hämtad 2022, 24 mars från URL.

Riksföreningen för operationssjukvård. Svensk sjuksköterskeförening. (2020). Kompetensbeskrivning avancerad nivå specialistsjuksköterska inom operationssjukvård [komp-operationsskoeterska-ny-2021-foer-korr.pdf \(rfop.se\)](#)
Hämtad 2022, 25 januari från URL.

Rudolfsson, G., Hallberg, L., Ringsberg, K., & Von Post, I. (2003). *The nurse has time for me: the perioperative dialogue from the perspective of patients*. *Journal of Advanced Perioperative Care*, 1(3), 77-84. Retrieved from
<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:hv:diva-3007>

Sandelin, A. (2019). *Teamarbete och informationsöverföring inom perioperativ vård: operationssjuksköterskans perspektiv*. Licentiatavhandling (sammanfattning) Stockholm: Karolinska Institutet, 2019. Stockholm.

Sandelin, A., & Gustafsson, B.Å. (2015). Operating theatre nurses' experiences of teamwork for safe surgery. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(3), 179-185.
<https://doi:10.1177/0107408315591337>

Sandelowski, M. (2000) Focus on research methods, whatever happened to qualitative description?, *Research in nursing & health*, 23, 334-340.

Scott-Findlay S, Estabrooks CA. (2006) Mapping the organizational culture research in nursing: a literature review. *Journal of advanced nursing* 56(5), 498-513.
<https://doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04044.x>.

Carina Jansten Holmquist
Maria-Theresa Branting

SFS 2003:460. *Lagen om etikprovning av forskning som avser människor*. Stockholm. Utbildningsdepartementet.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

SFS 2017:30 *hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm. Socialdepartementet.
[Hälso- och sjukvårdslag \(2017:30\) Svensk författningssamling 2017:2017:30 t.o.m. SFS 2021:648 - Riksdagen](#)

Sharma, T., Bamford, M., & Dodman, D. (2015) Personcentered care: an overview of reviews, *Contemporary nurse*, 51(2-3), 107-120.
<https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1150192>

Socialstyrelsen. (2018). *Kompetensförsörjning och patientsäkerhet. Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten. Kompetensförsörjning och patientsäkerhet (socialstyrelsen.se)*

SOU 1962:4, *Arbetsuppgifter och utbildning för viss sjukvårdspersonal. Betänkande av utredningar angående vissa sjuksköterskor och undersköterskors arbetsuppgifter mm*. Stockholm: Inrikesdepartementet.
Sveriges kommuner och landsting (2015). *Personcentrerad vård i Sverige*.
[Personcentrerad vård i Sverige \(skr.se\)](#)
Hämtad 2022-02-02 från URL.

Sweeney, P. (2010). The effects of information technology on perioperative nursing. *AORN Journal*, 92(5), 528–543.

Sørensen, E. E., Olsen, I. Ø., Tewes, M., & Uhrenfeldt, L. (2014). Perioperative nursing in public university hospitals: an ethnography. *BMC nursing*, 13(1), 45.
<https://doi.org/10.1186/s12912-014-0045-7>

Tollerud, L., Botsford, J., Hogland, M. A., Price, J. L., Sawyer, M., Bradley, J. M. (1985). A Model for Perioperative Nursing Practice. *AORN Journal*, 41(1), 188-194.
[https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(07\)69827-5](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(07)69827-5)

Trots, J & Hultåker, O. (2016). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur AB.

Wolf, A., Wallin, L. & Carlström, E. (2020). Implementering av personcentrerad vård: kunskapsunderlag, medarbetarskap och organisation. I.I. Ekman (Red.). *Personcentrering inom hälso- och sjukvården*. Liber.

Bilaga 1

SAHLGRENSKA AKADEMIN, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

INFORMATION OM EXAMENSARBETEN

2022-01-30

Till berörda verksamhetschefer

Studenters examensarbete på grund- och avancerad nivå

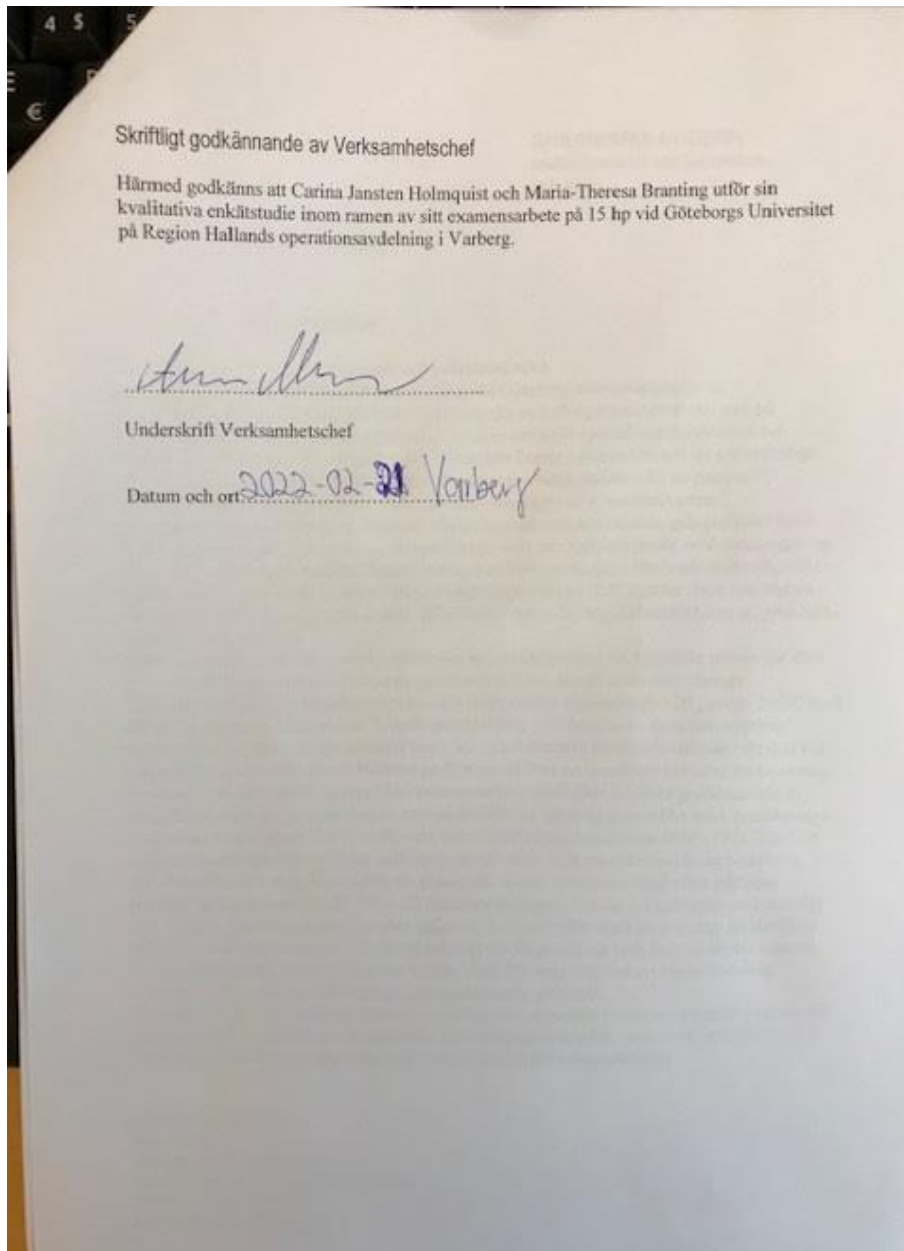
Vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborg universitet ingår ett examensarbete på såväl grundnivå till sjuksköterska och röntgensjuksköterska som på avancerad nivå inom ramen för akademisk yrkesexamen till specialistsjuksköterska och barnmorska. Institutionen erbjuder också fristående kurser i genomförande av självständigt arbete på avancerad nivå. Det självständiga examensarbetet omfattar 15 respektive 30 högskolepoäng och ingår i en generell kandidat- magister- eller masterexamen i huvudområdena omvårdnad, radiografi, vårdpedagogik och reproduktiv och perinatal hälsa. Examensarbetet kan utgöras av en litteraturstudie eller en empirisk studie med datainsamling inom valt verksamhetsområde. Datainsamling kan komma att ske i vårdverksamheten, vilket ställer krav på rutiner för etisk prövning. Etikprövningslagen (EPL) gäller dock inte sådant arbete eller sådana studier som endast utförs inom ramen för högskoleutbildning på grundnivå eller på avancerad nivå.

Fakultetsstyrelsen för Sahlgrenska akademien har därför beslutat att fastställa rutiner för etisk prövning gällande examensarbeten på grundnivå och avancerad nivå enligt bilaga:
”Protokollsutdrag från Fakultetsstyrelsen för Sahlgrenska akademien den 29 januari 2020” med bilagd underbilaga, blankett för ”Uppdragstilldelning – tilldelning av särskilda uppdrag”. Studenterna använder denna blankett inom SU och dokument med motsvarande rubriker vid verksamhet utanför SU för att inhämta godkännande från verksamhetschef eller motsvarande. Studenter som genomför ett empiriskt examensarbete skall först inhämta godkännande av etikprövningsgrupp på institutionen som på prefektens uppdrag genomfört etisk granskning av studentens forskningsetiska övervägande samt forskningspersoninformation (FPI). Därefter inhämtar studenten tillstånd från verksamhetschef eller motsvarande med ovan beskrivna dokument för att kunna genomföra sin planerade studie. Studenten skall efter inhämtat tillstånd lämna den godkända FPI:n till tilltänkta deltagare, vanligen i samband med muntlig information. Forskningspersoner som väljer att delta i studien skall ge muntligt och skriftligt samtycke och vara klara över att deltagandet är frivilligt och när som helst avbrytas utan att forskningspersonen behöver förklara varför. Data förvaras inlåst så att ingen obehörig kommer åt data, och förstörs/raderas när uppsatsen är godkänd. Examensarbetet kan också ske som ett delarbete i ett pågående forskningsprojekt. I de fall där examensarbetet är en del av ett pågående forskningsprojekt gäller inte ovan utan räknas som forskning och studenten skall uppvisa beslut från etikprövningsnämnden.

Med vänliga hälsningar

Carina Jansten Holmquist
Maria-Theresa Branting

Inger Jansson
Vice prefekt för utbildning
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa
Telefon: +46 31 786 6013
E-post: Inger.Jansson@gu.se



Bilaga 2

Information till forskningspersonerna

Vi är två sjuksköterskor som studerar till operationssjuksköterskor och nu ska skriva ett examensarbete. Vi söker dig som vill dela med dig av dina tankar och synpunkter genom att besvara vår enkät.

Här kommer information som är viktig för dig som deltar.

Vad är det för ett projekt och varför vill ni att jag ska delta?

Detta är ett empiriskt examensarbete inom specialistutbildningen för sjuksköterskor med inriktning mot operationssjukvård. Bakgrunden till examensarbetet är det finns studier som visar att det perioperativa mötet är ett viktigt möte för såväl för operationssjuksköterska som patient. Mötet är ett tillfälle för dialog, att skapa en trygg miljö för patienten, få viktig information samt planera för omvårdnaden. Vår upplevelse är att det här mötet inte blir av eller att det bara delvis blir av. Vi vill med arbetet få reda på vilka faktorer som påverkar det korta mötet mellan operationssjuksköterskan och patienten. Du blir tillfrågad att delta i studien då du arbetar som operationssjuksköterska på Varbergs Sjukhus och dina åsikter och kunskaper kan ge oss förståelse och ny kunskap. Efter godkännande från verksamhetschef och avdelningschef på din arbetsplats vänder vi oss till dig.

Forskningshuvudman för projektet är Institutionen för vård och hälsa vid Göteborgs universitet. Med forskningshuvudman menas den organisation som är ansvarig för projektet.

Hur går projektet till?

Som deltagare kommer ni att få en länk till er mail som går till ett digitalt frågeformulär. Genom att följa länken kommer du till en sida där vi önskar att du besvarar några frågor. Vi uppskattar att det max tar 30 min att besvara frågorna. Från det du får länken har du 10 dagar på dig att svara. Genom att delta hjälper du bidrar du med dina svar till våra forskningsfrågor. Dina svar kommer vara helt anonyma. De kommer analyseras tillsammans med andra svar för att forma teman som kommer att presenteras som resultat i vår studie.

Genom att delta i studien och svara på frågorna lämnar du automatiskt samtycke till deltagande.

Möjliga följder och risker med att delta i projektet

Möjliga risker att delta kan vara att deltagaren upplever etisk stress vid reflektion och fundering kring våra frågor. Vår bedömning är att risken för att frågorna upplevs som besvärande är liten. Om detta dock skulle ske kan du som deltagare avbryta din medverkan. Vid eventuella funderingar går det bra att kontakta oss.

Vad händer med mina uppgifter?

Data och personuppgifter i examensarbetet hanteras i enlighet med EU:s dataskyddsförordning, General Data Protection Regulation (GDPR) och Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679.

Göteborgs universitet har ett dataskyddsombud som kan nås via e-post: dataskydd@gu.se, eller telefon: 031- 786 00 00

Du är anonym för oss, vi kan ej härleda svaren till en enskild person. Svaren går digital in i formuläret och går ej att spåra. Där lagras svaren så länge studien pågår, sedan kommer dessa att raderas.

Det är bara vi studenter som har tillgång till formuläret och kan se svaren. Dina svar kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem.

När examensarbetet är färdigt kommer ni få ta del av resultatet. Det kommer sändas till er arbetsplats för er att ta del utav. Dock kommer ni ej kunna ta del av era individuella data då inte vi kan särskilja vem som svarat.

Försäkring och ersättning?

Ingen ersättning utgår för medverkan.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du vill avbryta ditt deltagande svarar du inte på enkäten. Du är välkommen att kontakta ansvariga för projektet om du har frågor.

Ansvariga för projektet

Ansvarig för projektet Maria-Theresa Branting, tele:xxxxxxxxx, mail:
gusmariary@student.gu.se samt Carina Jansten Holmquist, tele: xxxxxxxxxxx, mail:
gusjanstca@student.gu.se.

Handledare: Docent Annette Erichsen Andersson, Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa, GU, mail: annette.erichsen.andersson@gu.se

Bilaga 3

Enkätfrågor

Det korta mötet

Följande frågor handlar om det korta perioperativa mötet mellan operationssjuksköterska och patient. Vårt syfte med det här examensarbetet är att undersöka faktorer som påverkar mötet och samtalet.

Vi tackar för din medverkan.

- Hur många år har du arbetat som operationssjuksköterska?
- Vad betyder det korta mötet med patienten för dig?
- Beskriv vad som enligt dig kan hindra eller begränsa mötet med patienten i samband med operation?
- Beskriv vad som enligt dig kan främja eller underlätta mötet med patienten i samband med operation?
- Har du idag på din arbetsplats möjlighet att träffa patienten innan operation?

