

C-uppsats i Omvårdnad

Kostar det mer än det smakar?

Den perioperativa dialogens betydelse ur ett omvårdnads-
och kostnadsperspektiv

Författare: Suzanne Manner Winter

Kurs: Vårdvetenskap med
inriktning mot
Omvårdnad. Självständigt
arbete I
VOM080 HT 2006

Omfattning: 10 poäng

Handledare: Monica Kelvered

Examinator: Ingvar Frid

Titel (svensk):	Kostar det mer än det smakar? Den perioperativa dialogens betydelse ur ett omvårdnads- och ett kostnadsperspektiv.
Titel (engelsk):	Is the cost worth the effort? The effect of the perioperative dialogue from a caring and a cost perspective
Arbetets art:	Självständigt arbete, fördjupningsnivå 1
Kurs / kurskod:	Omvårdnad - självständigt arbete 1 – VOM080
Arbetets omfattning:	10 poäng
Sidantal:	26 sidor
Handledare:	Monica Kelvered
Examinator:	Ingvar Frid

ABSTRACT

Introduktion: Preoperativ vård grundas i humanistiska och omvårdnadsetiska antaganden på nyttan av en välinformerad patient. Den perioperativa vårdprocessen med en pre- intra- och postoperativ del presenterades i USA år 1985 och har därefter utvecklats i Sverige av von Post. I den perioperativa vården ingår ”peri-operativ dialog”, en anestesi-/operations-sjuksköterskas pre-, intra- och postoperativa samtal med den patient hon/han skall vårda i samband med ett kirurgiskt ingrepp. För att kunna införa perioperativ dialog som arbetsmodell på operationsavdelning krävs ett förändrat arbetssätt vilket kan vara svårt att få gehör för i dagens sjukvård, med ökade krav på produktivitet och ekonomisk effektivitet.

Syfte: Syftet med denna litteraturgranskning var att ta reda på betydelsen av anestesi-/operationssjuksköterskans perioperativa dialog ur ett omvårdnadsperspektiv och ett kostnadsperspektiv.

Metod: Litteraturstudie som bygger på 18 vetenskapligt granskade artiklar och en FOU-rapport..

Resultat: Resultatet visade att det endast finns ett fåtal *svenska* studier vilka belyser perioperativ dialog. Den perioperativa dialogen skapar kontinuitet och ger ökad vårdkvalitet för patienterna vilket gör att patienterna känner sig betydelsefulla och upplever att de är i säkra händer. Ur anestesi-/operationssjuksköterskans synvinkel innebär ”kontinuitet” att omvårdnaden blir synlig, arbetet får mening och det finns tid att få ett förhållande till patienten. Inga av de granskade artiklarna stödjer eller förkastar hypotesen att det är kostnadseffektivt med *perioperativ dialog*. Resultatet visar däremot att *preoperativ information* kan leda till minskad vårdtid, färre komplikationer, minskad sjukfrånvaro och mindre åtgång av läkemedel för patienten.

Diskussion: Studier visar att ett perioperativt arbetssätt med perioperativ dialog ger ett ökat välbefinnande hos patienter och sjukhuspersonal. Perioperativ dialog som bl.a. innehåller ett preoperativt samtal, innebär att patient, anestesi-/operationssjuksköterska är väl förberedda då patienten kommer till operation, varför lite tid på själva operationsavdelningen åtgår till information och preoperativa förberedelser. Välinformerade patienter rehabiliteras fortare och får kortare vårdtid vilket resulterar i mindre kostnader. Postoperativa samtal leder till eftertanke, reflektion och ger erfarenheter som kan tas till vara i det fortsatta arbetet hos anestesi-/operationssjuksköterskor. Att perioperativ dialog ej används på svenska sjukhus beror på resursbrist i tid, personal och pengar samt rådande operations- och schemaplanering.

Keywords: perioperativ dialog, information, perioperativ omvårdnad, tid, kostnad, kostnadseffektivitet.

Innehållsförteckning

	SIDA
INTRODUKTION	1
ANESTESI/NARKOS	1
OMVÅRDNADSPERSPEKTIV	3
Omvårdnad	3
Perioperativ omvårdnad	3
Information i den perioperativa vården	6
Livsvärldsperspektiv	7
Fenomenologi	8
KOSTNADSPERSPEKTIV	9
SYFTE	10
METOD	11
RESULTAT	12
Den perioperativa dialogens betydelse för patient och sjuksköterska	12
Betydelsen av information	14
Är den perioperativa dialogen en kostnadseffektiv arbetsmetod?	15
DISKUSSION	17
METODDISKUSSION	17
RESULTATDISKUSSION	18
SLUTSATS	22
REFERENSER	24
BILAGOR	
1. ARTIKELPRESENTATION	
2. ASA-systemet	
3. ASA-systemets tillämpning, enl. PM SU/Sahlgrenska, lokal ST-läkar-pärm ÖNH-operation 2005	

INTRODUKTION

I mitt arbete som anestesijuksköterska kom jag tidigt i kontakt med begreppet ”preoperativa samtal”. På den tiden, d.v.s. i början av 1980-talet, ansågs preoperativa samtal utförda av anesthesi- och/eller operationssjuksköterskor vara svåra att genomföra. Svårigheten bestod i den rådande organisatoriska uppläggnings av arbetet, d.v.s. schemahinder, tidsbrist och resursbrist. Det fanns också en bristande förståelse för nyttan av samtalen. I USA utvecklades på 1980-talet, inom den amerikanska operationssjuksköterskeföreningen AORN (Association of operating room nurses), begreppet ”perioperativ omvårdnad”. Detta var en arbetsmodell med en pre-, intra- och en postoperativ fas.

Den perioperativa vårdprocessen har i Sverige utvecklats av von Post (1) och innefattar bl.a. vårdaktiviteten *perioperativ dialog*, vilket innebär anesthesi-/operationssjuksköterskans samtal med en patient före- under och efter en operation. I samband med utvecklingen av den perioperativa vårdprocessen i Sverige har ämnet ”preoperativa samtal” åter aktualiserats och i dag upplever jag att ämnet är mer aktuellt än någonsin.

I mitt nuvarande arbete som vårdenhetschef på en operationsavdelning då jag *kan* påverka den organisatoriska uppläggnings av arbetet, ser jag i dag en möjlighet att kunna införa *perioperativ dialog* som arbetsmodell. Innan en sådant arbetssätt kan införas måste emellertid förståelsen för *nyttan* av perioperativ dialog öka, hos såväl ledning som hos kirurger, narkosläkare och övrig personal på vård- och operationsavdelningen.

ANESTESI/NARKOS

Tusentals patienter genomgår dagligen kirurgiska ingrepp av något slag (2,3).

I takt med att den kirurgiska behandlingen blir mer komplex förändras den perioperativa omvårdnaden. Nya kunskaper och forskningsrön om människan, nya läkemedel och behandlingsformer samt snabb teknisk utveckling gör det möjligt att operera allt äldre människor för allt fler sjukdomar. Kraven från samhället ökar därför inte bara sjukvårdens medicinska kompetens utan också dess ekonomiska effektivitet (2,7)

En av orsakerna till kirurgins enastående utveckling är upptäckten av anesthesi/narkos (4).

Definition av ordet anesthesiologi hämtat ur boken ”Anesthesi” (4):

” Anesthesiologi kommer från grekiskans an (o eller icke), aisthesis (känsl) och logos (lära). Anesthesiologi är i sin praktiska tillämpning ett samlingsbegrepp för den medicinska specialitet och vetenskap som sysslar med narkos och bedövning, intensivvård samt utredning och behandling av smärta. Anestesiformerna omfattar narkos (av grekiskans narkosis =bedövning) och lokalbedövning. Båda formerna har underavdelningar” (4,sid.. 11).

Narkos d.v.s. generell anestesi innebär att patienten, med läkemedel, försätts i ett reversibelt medvetslöst tillstånd, som kan förekomma i olika former. *Lokalbedövning* innebär att man genom injektion av lokalbedövningsmedel åstadkommer en reversibel nervblockad inom ett begränsat område av kroppen, främst i det område som skall behandlas (4).

Gustav Petré, professor i kirurgi vid universiteten i Uppsala 1918-21 och Lund 1921-39, skriver i inledningen (5) till en av de tidiga läroböckerna i anesthesiologi för sjuksköterskor:

”Narkoskonsten är en praktisk konst, och endast den som länge gifvit och ständigt gifver narkos och af egen erfarenhet är väl förtrogen med komplikationerna och allt som kan vålla svårigheter vid narkos, endast den kan vara en riktigt god narkotiser” (5, sid 4).

Varje operation och narkos innebär en viss risk för patienten. Vid bedömning av risken tas hänsyn till en rad faktorer som patientens ålder, akut alternativt elektiv kirurgi, kirurgins storlek och komplexitet, kompetensen hos anesthesiolog och operatör, kvaliteten på det postoperativa omhändertagandet och ASA-status. ASA-systemet är utformat av American Society of Anesthesiologists och är uppbyggt enligt klassificeringar I - V efter preoperativa, medicinska innehåll. ASA-systemet innebär att patientens preoperativa tillstånd bedöms fysiskt och psykiskt och sätts i relation till risken att sövas (4). (Bilaga 2,3).

I den svenska hälso- och sjukvården är anesthesisjuksköterskan/skötaren i ansenlig omfattning involverad i den praktiska rutinen att ge och handha narkos till patienter. Arbetsuppgifterna består fr.a. i att genom teoretiska och praktiska färdigheter kunna ge och handha narkos. De består också i att analysera andnings- och narkosgaser, analysera och behandla smärta och att handha, avläsa och övervaka avancerad teknisk utrustning för att kunna upptäcka och behandla oförutsedda reaktioner. Den unika målsättningen, att hos patienten uppnå ett kontrollerat medvetslöshetsdjup kräver ett avancerat farmakologiskt, fysiologiskt och tekniskt kunnande (4).

”En sjuksköterska med specialisering i anesthesisjukvård måste kunna ansvara för övervakning och/eller utförande av lokal och generell anestesi, analgesi och sedering i samband med operationer, undersökningar och behandlingar av patienter i alla åldrar inom specialiserad och högspecialiserad öppen och slutenvård” (4, sid. 629).

Anesthesisjuksköterskan är inte sällan den som ensam ansvarar för säkerheten och välbefinnandet hos patienten, då patienten är nersövd. Klinisk skicklighet i anesthesiologiskt handhavande måste därför innehålla kompetens att tolka direkt monitorerade variabler och indirekta tecken på narkosdjup. Därmed kan ogynnsamma och skadliga trender snabbt upptäckas och, för att förhindra komplikationer, kan ändamålsenliga åtgärder vidtas.

Tecken på anesthesiologisk tillräcklighet (anestesidjup, d.v.s. att patienten verkligen sover) i klinisk praxis är vanligen baserade på indirekta och icke-specifika tecken, inklusive haemodynamiska- respiratoriska- muskel- och autonoma svar, t.ex blodtryck, puls, pupillstorlek, andningsfrekvens/djup (6).

Den operationsanslutna anestesin är teknisk och innehåller oftast kortvarig patientkontakt. Anestesisjuksköterskans/skötarens arbetsuppgifter består fr.a. i att ge och handha narkos och att övervaka parametrar. Det går därför åt mycket tid *före* varje narkos till att förbereda läkemedel och teknisk utrustning. Tiden med den vakne patienten är knapp. Oftast består anestesisjuksköterskans/skötarens preoperativa viktiga kontakt med sin vakne patient endast i det preoperativa mötet på operationsavdelningen, precis innan patienten skall sövas. Då den preoperativa kontakten avser att skapa basen för det anesthesiologiska handlandet är det viktigt att anestesisjuksköterskan/skötaren utnyttjar den begränsade korta tiden väl. Några längre pratstunder med patienten finns det inte utrymme till då det gäller att arbeta undan så att operationsprogrammet hinns med. Detta i sin tur beror på begränsad personaltillgång i en pressad organisation (4).

OMVÅRDNADSPERSPEKTIV

Omvårdnad

Anestesisjuksköterskans/skötarens kompetenskrav fanns tidigare beskrivna i ”Socialstyrelsens allmänna råd SOSFS 1985:12 om kompetenskrav för sjukskötersketjänster” men har ersatts av ”Socialstyrelsens allmänna råd SOSFS 1995:15 kompetenskrav för tjänstgöring som sjuksköterska och barnmorska” p.g.a. 1993 års högskolereform och ”omvårdnadsbegreppet” (7). Socialstyrelsens syn på omvårdnadens innehåll och genomförande finns reglerat i ”Socialstyrelsens allmänna råd SOSFS 1993:17 omvårdnad inom hälso- och sjukvård” (8). I denna författning framhålls bl.a. att omvårdnad kan vara allmän, dels specifik. Allmän omvårdnad utförs av all personal i hälso- och sjukvård. Den specifika omvårdnaden kräver speciell kompetens.

I SOSFS 1995:15 (7) skriver socialstyrelsen om omvårdnadsansvaret som sjuksköterskor med utbildning i specifik omvårdnad har:

”En sjuksköterska som har kvalificerad utbildning i specifik omvårdnad är lämpad att svara för den praktiska utformningen av omvårdnaden. I detta ansvarsområde ingår att ha ett primärt ansvar för omvårdnad, vilket bl.a. innefattar att ansvara för att de omvårdnadsteoretiska och etiska grunderna för omvårdnadsarbetet tydliggörs så att de kan ligga till grund för det dagliga arbetet” (7, sid 4 av 8).

Omvårdnadsprocessen i samband med ett kirurgiskt ingrepp omfattar flera delar och deltagandet av sjuksköterskor med olika specialkompetens. På operationsavdelningen är det specialistsjuksköterskor inom anesthesi- och operationssjukvård som har omvårdnadsansvaret för patienten (7).

Perioperativ omvårdnad

Den första beskrivningen av den perioperativa omvårdnadsprocessen med en pre- intra- och postoperativ del presenterades 1985, i USA, i en artikel i AORN journal (Association of Operating Room Nurses) (9) och har därefter utvecklats i Sverige av von Post (1).

Perioperativ vård definieras av von Post (1) som:

” de vårdhandlingar och vårdaktiviteter som utförs av en anestesi- eller operationssjuksköterska under de pre-, intra- och postoperativa faserna i samband med en patients operation. ”Peri” hänvisar till tiden och vårdaktiviteterna närmast runt omkring patientens operation. Den preoperativa fasen motsvarar patientanalysen och planering av vården, intraoperativa fasen genomförande av den planerade vården och den postoperativa fasen motsvarar utvärdering i vårdprocessen” (1, sid. 73).

De tre faserna i omvårdnadsprocessen i samband med patientens operation är endast tidsperioder när förutbestämda omvårdnadshandlingar äger rum.

I en perioperativ process d.v.s. tiden och vårdaktiviteterna närmast runt omkring patientens operation finns en strävan att samma vårdare deltar i planering, genomförande och utvärdering av patientens vårdande före- under- och strax efter patientens operation (1,10).

Preoperativ vård innebär att patienten förbereds kroppsligt genom att alla aktuella prover och undersökningar som behövs, görs för att kunna genomföra en säker anestesi och operation (10).

Intraoperativ vård startar när patienten flyttas över från sängen till ett operationsbord. En anestesi- och operationssjuksköterska har det övergripande ansvaret för patientens säkerhet (10). Ansvaret innefattar också att kroppen omhändertas på ett värdigt sätt (1). Speciellt i den intraoperativa vården utelämnar patienten, mer eller mindre under tvång, sig själv och sin kropp till andra, oftast helt okända personer. Patientens kropp sätts ur spel genom olika droger och bedövningsformer och vid generell anestesi, övertas även patientens andning och cirkulation. Människan är helt nersövd (10).

Den intraoperativa processen kan pågå från några minuter upp till flera timmar och avslutas när patienten överflyttas till sin säng och kommer till en uppvakningsavdelning eller motsvarande (10).

Den postoperativa vården avslutas då patienten hämtat sig från sin operation och återgår till vårdavdelningen (1).

Den perioperativa dialogen är en vårdaktivitet som syftar till att förhindra och- eller lindra patientens lidande, befrämja hälsa och skapa välbefinnande hos patienten. Dialogen syftar också till att skydda patientens värdighet i samband med operation och anestesi, att reducera stressfaktorer och att skapa kontinuitet i vården (1,10). Syftet för sjuksköterskan är att få en djupare förståelse för patienten. När sjuksköterskan kan ge patienten den vård patienten behöver känner sjuksköterskan att hon/han kan bevara patientens värdighet (10).

Den perioperativ dialogen innehåller, enligt von Post (1, sid 73) *”en anestesi- eller operationssjuksköterskas pre-, intra- och postoperativa samtal med den patient hon/han skall vårda under operation”*.

I det preoperativa samtalet möter patienten anesthesi-/operationssjuksköterskan före operationen. Målet med detta samtal är att patienten, innan sin operation får berätta sin sjukdoms- och levnadsberättelse. Avsikten är att vårdaren skall få förståelse för patientens problem och behov inför den planerade operationen. I samtalet diskuteras hur patienten önskar bli omhändertagen och vårdad i samband med sin operation (10).

Det preoperativa samtalet är inte en intervju med frågor och svar utan ett lyssnande till patienten. Lyssnandet är det viktiga. Samtalet strävar efter en jag/du relation där sjuksköterskan vill lära känna patienten och få förståelse för patientens situation. Målet är att skapa förtroende och tillit. Samtalet fungerar också som datainsamling, patientanalys och planering av den intraoperativa vården (10).

Det intraoperativa samtalet startar när patienten, på operationsavdelningen, möter samma anesthesi-/operationssjuksköterska som utförde det preoperativa samtalet. I det ögonblick sjuksköterskan och patienten känner igen varandra på operationsavdelningen bekräftar sjuksköterskan patientens närvaro. Det blir en tyst bekräftelse av varandras närvaro, ett samförstånd, en ordlös gemenskap (10).

I det postoperativa samtalet träffar patienten samma anesthesi-/operationssjuksköterska igen, på vårdavdelningen, oftast dagen efter operationen. Syftet är att ge patienten en möjlighet att få svar på frågor om vad som hände under tiden på operationsavdelningen och att utvärdera hela den perioperativa vården tillsammans med patienten. I det postoperativa samtalet får anesthesi- och operationssjuksköterskan även en möjlighet att se hur patienten mår efter anestesin och operationen. Patienten och anesthesi-/operationssjuksköterskan kan tillsammans diskutera hur tiden närmast runt operationen varit. Sjuksköterskan kan bl.a. få bekräftelse på om narkosen varit tillräcklig, om insatt medel mot illamående/smärta hjälpt, hur förbandet suttit mm. Därmed kan värdefull kunskap om resultatet av narkosen/behandlingen, att ta med till nästa operation, erhållas (10).

Ett perioperativt arbetssätt innebär att anesthesi-/operationssjuksköterskan skapar kontinuitet i vårdandet för de patienter som skall opereras och att det är sjuksköterskan som är kontinuiteten. Genom ett perioperativt vårdtänkande får anesthesi-/operationssjuksköterskor en möjlighet att skapa en vårdande relation (1).

Att läggas in på sjukhus för ett kirurgiskt ingrepp innebär en stor fysisk och psykisk påfrestning vid vilken många patienter upplever oro och rädsla och en oförmåga att kontrollera sin egen livssituation. Patienten kan uppleva sig som utsatt, värdelös och beroende av vård. Till detta kommer känslan av att inte ha kontroll över sin livssituation. En förklaring till ovanstående känslor kan vara att patienter som skall opereras rycks från den trygga miljö de känner till, till en miljö de inte känner till. Tanken på att man som patient, under narkos, blir helt utelämnad till andra utan att ha en aning om vad som skall hända eller vad sjukdomen i sig innebär, gör att patienten utsätts för psykisk stress. Under narkos kan patienten inte kontrollera kroppens olika funktioner och blir därför utelämnad till vårdarens ansvar (10). Kroppen är privat men när en människa är i behov av vård blir kroppen offentlig och mer påtagligt utsatt för andras blickar, omdömen och kommentarer (1). Ett sätt att försöka minska patientens obehag är god preoperativ förberedelse där *information* är ett viktigt moment (10).

Information i den perioperativa vården

Ordet ”information” kommer från latinets informa'tio, och definieras som ”generell beteckning för det meningsfulla innehåll som överförs vid kommunikation i olika former” (11) eller som ”meddelande av upplysningar, underrättelse” (12).

Patienter som skall opereras behöver ha information om det pre-, intra -och postoperativa förloppet, vad kan de förvänta sig och varför. Preoperativ information från narkosläkare fokuserar i första hand på medicinsk risk- bedömning av den enskilde patienten och, beroende på bedömningen, på vilken narkosmetod som är lämplig i förhållande till den riskkategori patienten tillhör.

Narkosläkarens möte med patienten inträffar oftast dagen innan operation. Ibland kompletteras deras möte av fler provtagningar och undersökningar för att minimera patientens risker att få narkos och opereras. Generellt kan sägas att ju mer medicinsk information om den sjuka patienten som finns att tillgå innan narkos/operation, desto mer förberedd är narkospersonalen på att ta hand om eventuella komplikationer (4).

Vid akuta operationer finns det sällan utrymme för så mycket datainsamling, inte heller för preoperativa informationssamtal eller preoperativa möten. Ansvarig narkosläkare måste då i första hand ta ställning till patientens fysiska tillstånd vad gäller andning och cirkulation och sätta det i relation till den medicinska orsaken till vården, narkosen, operationen och patientens möjligheter att klara den postoperativa vården. Givetvis försöker narkosläkaren få fram så mycket information som möjligt genom att prata med patienten, men beroende på patientens tillstånd är inte detta alltid möjligt. Anestesisjuksköterskan/skötaren fyller i detta läge en viktig funktion då hon/han ofta kan koncentrera sig mer på patientens psykiska hälsa. Det är till narkosläkaren och anestesisköterskan patienten ”överlämnar sig” inför en operation, varför det är en viktig vårduppgift att kunna förmedla trygghet till patienten, menar Halldin och Lindahl (4) i inledningen till sin lärobok i anestesi:

”Det är som regel anestesisjuksköterskan/anestesisjukskötaren som tar emot patient, rapport och journalhandlingar. Hennes/hans omhändertagande av patienten vid ankomsten till operationsavdelningen och senare inom operationsenheten har mycket stor betydelse” (4, sid 13).

Anestesi-/operationssjuksköterskans preoperativa samtal med patienten är till sin karaktär annorlunda än läkarens medicinska information. Sjuksköterskans samtal handlar mer om vad patienten kan förvänta sig i den perioperativa processen och fokuserar på ett bredare spektrum av händelser som förekommer före- under och efter anestesi. Sjuksköterskans preoperativa samtal kan på så sätt skapa en vårdande relation med patienten. Patienten blir delaktig, situationen blir förståelig och meningsfull för patienten som känner sig behaglig till mods då sjuksköterskan ger henne/honom tid (10).

Under ett gott samtal med patienten där en nära och god relation utvecklats, kan patienten delge anestesi-/operationssjuksköterskan information av mycket privat karaktär. Oftast befinner sig patienten i en beroendesituation i samband med sin operation, eftersom han/hon i de flesta fall förlorar sin autonomi intraoperativt och är helt utelämnad till vårdaren. Det är

anestesi-/operationssjuksköterskan som bedömer om patienten behöver mer information och kunskap inför sin operation. God information, undervisning och goda instruktioner kan minska patientens ångest (13).

Forskning har visat att adekvat perioperativ omvårdnad och preoperativ information är fördelaktig och ger ökad vårdkvalitet för patienten (1,10,13). Information ger patienterna hopp och skapar trygghet. Information ger patienten en upplevelse av att ha kunskap. Därmed minskar patientens osäkerhet och ångslan och upplevelsen av oro och stress i samband med operation minskar (14,15). Preoperativ information/undervisning har en fördelaktig effekt och ökar patientens trygghet inför och välbefinnandet efter en operation (16).

Livsvärldsperspektiv

Att läggas in på sjukhus innebär att livet tillfälligt ändrar karaktär. En individ måste då lära sig att leva ett nytt liv. Det innebär en beteendeförändring hos individen och en adaptation till ett nytt sätt att leva. För att få hjälp att förstå och hantera sin förändrade livssituation som patient, behöver individen kunskap. *"Målet är att patienten skall tillägna sig kunskap så att hon eller han klarar av att hantera en förändrad livssituation"* menar Friberg (17, sid 61). Med hjälp av livsvärldsbegreppet kan sjuksköterskan få en större förståelse för patienten i dennes förändrade livssituation. Ett livsvärldsperspektiv kan ge en ökad förståelse för den patient som vill veta och förstå, menar Friberg (17).

Livsvärlden är ursprungligen ett filosofiskt begrepp med kunskapsteoretisk och ontologisk innebörd. (Ontologi = människans vara i världen. Ett sätt att betrakta människan. Läran om varandet). Begreppets innebörd går tillbaka till Edmund Husserl (1859-1938), fenomenologins grundare, men även andra filosofer har bidragit till att utveckla livsvärldsbegreppet bl.a. Max Scheler och Maurice Merleau-Ponty. Begreppet "livsvärld" har utövat ett stort inflytande på forskning t.ex. inom samhällsvetenskaperna, arkitekturen, pedagogiken och teologin (18).

Livsvärlden är i ontologisk betydelse en komplex oreducerbar verklighet som istället för att åtskilja liv och värld förbinder dem som en enhet. Världen är en levd värld och livet är världsligt. Livsvärlden är den värld där vi lever och verkar. Den är en förutsättning för allt vi gör, i vetenskaplig liksom i vardaglig verksamhet. Livsvärlden är den värld vi lever i och som vi ständigt tar för given i alla våra handlingar och som medvetandet är riktat mot, enligt Husserl (18).

Bengtsson (18) skriver med hänvisning till Husserl att:

"Livsvärlden utgjorde utgångspunkten för ett projekt som syftade till att hitta en absolut och säker grund för all vetenskaplig kunskapsbildning" (18, sid 16)

Bengtsson anger att Husserl (18) ansåg att vetenskaperna genom sin objektivism förlorade sin betydelse för människors liv. Vetenskaper som blivit rena faktakunskaper gjorde världen främmande för människan och även främmande för vetenskapen. Objektivistisk vetenskap skapade ett avstånd mellan vetenskap och levtt liv eftersom objektivismen tolkade världen som

objektiv-absolut, en värld i sig själv. Däremot är livsvärlden, den värld som människor lever sina liv i, en subjektiv- relativ värld, en värld som alltid upplevs i relation till ett subjekt, d.v.s. ur något konkret perspektiv. Den objektiva-absoluta världen är egentligen en teoretisk konstruktion som inte kan erfaras men som skjuts in under erfarenheterna och sedan anges utgöra dess förutsättningar, menade Husserl (18). Livsvärlden är i Husserls filosofi en förvetenskaplig och förreflexiv värld som människan aldrig kan undslippa så länge hon lever. Livsvärlden kan heller aldrig överskridas då den är oupplösligt förbunden med den erfarna människan.

Livsvärldsteorin innebär att vi inte kan fånga en beskrivning av det verkliga "objektiva" utan bara människans upplevelse av det verkliga "objektiva". Livsvärlden är världen så som vi uppfattar den. Livsvärlden består exempelvis av minnen, vår vardagsvärld (=upplevelsen av den dagliga oreflekterade vardagen) samt av förväntningar om framtiden (19).

Inom vården har det biomedicinska synsättet där man skiljer på kropp och själ, länge varit allena rådande. Merleau-Ponty (1908-1961) en fransk filosof och fenomenolog, ser kroppen som en integrerad helhet. Han ser människan som odelbar och beskriver henne som den subjektiva levda kroppen. Människan kan aldrig förstås som en sak, ett objekt. Kroppen, *den levda kroppen*, förstås som den levande kroppen, den som utför alla handlingar så länge vi lever. Kroppen kan vi inte vända oss ifrån utan den finns där (20).

Vi har inte en kropp utan vi *är* i vår kropp. Det är *via* kroppen som vi *blir medvetna* om världen och det är *genom* kroppen vi *får tillträde till* världen, enligt Merleau-Ponty (18).

Han talar om kroppen som en levd kropp där subjekt och objekt är sammanflätade i en ömsesidighet. Dubbelheten, att kroppen är såväl subjekt som objekt visar på tvetydigheten i tillvaron. Kroppen blir ett närvarande subjekt i den bemärkelsen att jag aldrig kan göra mig av med min kropp. Kroppen förstår sin värld utan att jag behöver hjälpa den på traven, varför det gäller att lära sig att lyssna till den egna kroppen, enligt Merleau-Ponty.

Genom kroppen kan vi uppleva glädje och lycka samtidigt som vi kan erfara sjukdom, oro och smärta. Alla dimensioner kan finnas och upplevas genom kroppen, enligt Merleau-Ponty. Om kroppen är vår tillgång till världen innebär det att varje förändring av kroppen medför en förändring av vår livsvärld. Förändringar som uppstår vid sjukdom eller olika former av kroppsskador förändrar således patientens livsvärld (20).

Fenomenologi

Fenomenologin innebär en strävan efter en slags realism, att se sakerna så som de verkligen är. Termen "*fenomenologi*" härstammar från det grekiska verbet *phainestai* som betyder att visa sig, att uppenbara eller avslöja sig. Fenomen är liktydligt med det som visar sig, något som erfars, en företeelse. Fenomenologi är läran om det som visar sig (19).

Husserl (19) menade att människan erfar världen genom att erfara ett fenomen. Om vi vill veta något måste vi sätta den egna förförståelsen åt sidan och gå till fenomenet. Människan kan inte fånga en beskrivning av det verkliga fenomenet utan bara människans upplevelse av fenomenet. Fenomenologin är en teori om det medvetna. Enligt Husserl grundar sig fenomenologin på två teorier: *livsvärldsteorin* d.v.s. livsvärlden är världen så som vi uppfattar den (med bl.a. minnen och förväntningar om framtiden) och *intentionalitetsteorin* vilken

innebär att människor försöker ge allt en mening och en innebörd. När en människa upplever en situation bildar människan sig en uppfattning om vilken mening och innebörd situationen har. Människan agerar inte utifrån en objektiv verklighet utan ifrån sin *förförståelse* av situationens innebörd. Livsvärldsperspektivet kan hjälpa oss att förstå människors agerande då människor inte agerar utifrån en objektiv verklighet utan från sin förståelse av situationen. Enligt Bengtsson (18 sid 11) innebär de två teorierna ”*en vändning mot sakerna*” och ”*en följsamhet mot sakerna*”.

Som patient förstår jag i relation till min förförståelse, vilken har med tidigare erfarenheter att göra. Personalen som vårdar patienten har andra horisonter för sitt agerande och agerar också utifrån sin erfarenhet och sin förförståelse. Patienten ser sjuksköterskan utifrån de föreställningar hon/han har om hur sjuksköterskor beter sig och sjuksköterskan ser patienten utifrån sina föreställningar om vad en patient är. Detta leder till ett slags rutinmässigt agerande, ett socialt accepterat handlingsmönster som ligger till grund för agerandet/handlandet. Det är, med tanke på ovanstående, inte lätt att som patient tillägna sig information och kunskap under tiden man är ineliggande på sjukhus. Den främmande och skrämmande miljön, i kombination med sjukdom och de förändringar som uppstår vid sjukdom eller kroppsskada, vilka förändrar patientens livsvärld, påverkar på olika sätt patientens mottagande av kunskap och information. Därför är patientundervisning och information är en av sjuksköterskans viktigaste uppgifter (17).

KOSTNADSPERSPEKTIV

Hälso- och sjukvårdens struktur och innehåll förändras hela tiden. Många olika faktorer bidrar till krav på förändring. Det ställs högre krav på sjukvårdens kvalitet och på nya alternativa behandlingsformer samtidigt som efterfrågan på vård och service ökar. Betydande nationella reformer genomförs. Begränsade ekonomiska resurser tvingar fram administrativa lösningar som påskyndar förändring. Utvecklingen av medicinsk teknik och forskning och utvecklingsarbete innebär nya möjligheter för vård och behandling. Samtidigt leder de begränsade ekonomiska resurserna och ett ökat inslag av marknadsorientering i sjukvården till förändringar av den öppna och slutna vården. Inom den slutna vården minskar antalet vårdplatser som en följd av bl.a. kortare vårdtider och att mer sjukvård bedrivs polikliniskt. Allt fler sjukhus övergår till en organisation med både öppen och slutna vård vid avdelningar som är gemensamma för flera kliniker eller till organinriktade enheter. Till dessa koncentreras resurserna (7).

Effektivitetskriterier hjälper oss att bestämma resursfördelningen. Vi befinner oss ständigt i olika slag av valsituationer där vi genom att avstå från varor och tjänster på ett område kan få varor och tjänster på ett annat område. Det grundläggande ekonomiska problemet är hur vi, inom ramen för knappa resurser, skall kunna välja mellan olika mänskliga behov.

Om den goda hälsan är hotad genom sjukdom, hur mycket är då individen beredd att avstå från av andra varor och tjänster för att förebygga sjukdom eller för att återställa sitt hälsoläge efter sjukdom? Hur stor effekt har olika diagnostiska och terapeutiska åtgärder? Vilken nytta gör de? Var går gränsen för hur mycket vi är villiga att betala för åtgärderna i relation till deras effekt? Ur ett kostnadsperspektiv är detta frågor vi måste ställa oss (21).

Effektivitet definieras som förmågan att ”göra rätt saker” och att ”göra dem rätt”.

Exempel på att ”göra rätt saker” är: om målet för en verksamhet är att vårda patienter så gör organisationen ”rätt sak”. Om en organisation har hög produktivitet d.v.s. vårdar många patienter per kostnadskrona, säger man att den ”gör saker på rätt sätt”. Produktivitet är relationen mellan prestationer och förbrukning av resurser t.ex antalet vårdade patienter och sjukhuskostnader (21).

Kostnad definieras som det ekonomiska värdet på den resursförbrukning eller uppoffring ett företag har när den producerar varor eller tjänster (21).

Om något är kostnadseffektivt avgörs med hänsyn till om kostnaderna står i rimlig proportion till de fördelar eller den nytta insatserna ger upphov till. T.ex. om ökad tillgång och utnyttjande av medicinsk teknologi orsakar kostnadsökningar inom sjukvården men samtidigt ger förutsättningar för bättre diagnostik, bättre behandling, minskad belastning på vårdssystemet och lägre kostnader för hälso-och sjukvården på sikt, kan man säga att den ökade tillgången till- och utnyttjandet av- medicinsk teknologi är kostnadseffektiv (21).

Kostnadseffektivitet kan beskrivas som kostnaden för en viss åtgärd satt i relation till dess effekt (22).

Kostnads-effekt-analys är en ekonomisk analys som beräknar kostnaden per uppnådd effekt för en viss behandling, t.ex. kostnad per vunnet levnadsår. Möjliggör jämförelser mellan olika behandlingsmetoder (23).

Med de stora kostnads- och effektivitetskrav som finns i dagens sjukvård, där tiden är knapp, där behandlingen av svåra sjukdomar blir allt mer avancerad och där patienterna blir allt äldre finns ett stort behov av information (2,7). I samband med narkos/operation kan information utbytas mellan patient och anesthesi-/operationspersonal genom en perioperativ vårdprocess där perioperativ dialog ingår som en av vårdaktiviteterna.

SYFTE

Syftet med denna litteraturgranskning var att ta reda på betydelsen av anesthesi-operationssjuksköterskans perioperativa dialog ur ett omvårdnadsperspektiv och ett kostnadsperspektiv.

Frågeställningar

Vad betyder den perioperativa dialogen för patienten och sjuksköterskan?
Är den perioperativa dialogen en kostnadseffektiv arbetsmetod?

METOD

Litteraturstudien är baserad på 18 vetenskapligt granskade artiklar och en FOU-Rapport , publicerade mellan åren 1985 och 2006 och söktes via databaserna PubMed och CINAHL (Tabell1).

Sökning av litteratur har gjorts i flera omgångar under arbetets gång mellan åren 2004 och 2006. Jag har också sökt artiklar manuellt i referenslistor till de valda artiklarna och via andra artiklar i ämnet samt erhållit FOU-Rapport artikeln (38) av handledaren. Valet av sökord grundas på att dessa är vanligt förekommande i studier inom ämnesområdet.

Sökning har skett genom att sökorden kombinerats i olika kombinationer.

Tabell 1. Översikt över artikelsökning

Sökväg	Sökord	Träffar	Utvalda	Artiklar
PubMed	Preoperative information	2540	0	
	Preoperative information and cost	134	0	
	Preoperative information and cost-efficiency	101	0	
	Preoperative information and cost and nursing	6	0	
	Perioperative information	1 217	0	
	Perioperative information and cost and nursing	14	0	
	Perioperative dialogue	8	0	
	Perioperative dialogue and cost	0		
	Cost-efficiency	661	0	
	Perioperative care	11220		
CINAHL	Preoperative information	147	3	28, 34, 40
	Preoperative dialogue	1	1	27
	Preoperative information and cost	21	2	29, 35
	Preoperative information and cost-efficiency	0		
	Perioperative information	12	1	24
	Perioperative dialogue	8	2	25, 26,
	Perioperative dialogue and cost	0		
	Cost-efficiency	63	0	
Manuell sökning	Nursing, preoperative information and cost	20	0	
				30, 31, 32, 33, 36, 37, 38, 39, 41, 42

Material till introduktionsavsnittet har delvis skaffats från Biomedicinska biblioteket i Göteborg och delvis från biblioteket på Öron-Näs- och Halsoperation, Sahlgrenska Sjukhuset i Göteborg. En del material och artiklar har jag erhållit av handledaren, en del har jag fått via sökning av litteratur på intranätet. Referens (10) erhöles efter kontakt med författaren till avhandlingen.

Resultatet är baserat på 18 vetenskapliga artiklar och en FOU-Rapport (38). Nio av dessa artiklar har erhållits via sökning på databaserna Pub Med och Cinahl, då dessa är de traditionella databaserna för medicinskt vetenskapliga artiklar. Tio artiklar har erhållits via sökning manuellt i referenslistor till artiklarna.

Jag valde artiklar i databaserna och i referenslistorna genom att, via härledning av titeln, läsa de abstract som verkade svara på mina frågeställningar. Därefter valde jag ut de artiklar som motsvarade mitt syfte och/eller svarade på mina frågeställningar. Övriga artiklar kasserades.

Jag bestämde mig för att inte använda artiklar äldre än 10 år varför artiklar publicerade före 1995 valdes bort, förutom tre artiklar (30,31,39), vilka jag ansåg ha betydelse för resultatet. Tidsintervallet på artiklarna ligger därmed mellan 1985 och 2005.

RESULTAT

Jag har valt att presentera resultatet utifrån de frågeställningar jag hade i syftet för litteraturstudien.

Den perioperativa dialogens betydelse för patienten och sjuksköterskan

Forskning har visat att när sjuksköterskan är kontinuiteten genom den perioperativa dialogen känner sig patienterna betydelsefulla (24,25) och upplever att de är i säkra händer (24).

Den perioperativa dialogen ”skapar kontinuitet”. Ur patientens synvinkel innebär kontinuitet att dela en berättelse och att patientens kropp är i säkra händer. Patienterna upplever inte att de behöver ha total kontroll över skeendet men det är viktigt att känna tillit till den perioperativa sköterskan och att känna sig i säkra händer, d.v.s. att överlämna sin kropp i vårdarens händer. Ur sjuksköterskans synvinkel innebär ”kontinuitet” att omvårdnaden blir synlig och att kontinuiteten ger arbetet mening, det vill säga det finns tid och möjlighet att få ett förhållande till patienten. Enligt sjuksköterskor uppstår kontinuiteten i förhållandet med patienten och från ett genuin önskan att få patienten att må bra. Att använda sig av den perioperativa dialogen som en modell för perioperativ omvårdnad ger sjuksköterskor en möjlighet att bevara människans värdighet (24).

Rudolfsson m.fl.(25-26) har i två studier kartlagt patienters och sjuksköterskors erfarenhet av perioperativ dialog. Den ena studien (25) är baserad på 18 postoperativa intervjuer med patienter, utförda av anesthesi- och operationssjuksköterskor. Resultatet i studien visade att patienterna upplevde den perioperativa dialogen som uppmuntrande/tröstande och gjorde att de kände sig delaktiga i den perioperativa vårdprocessen. När sjuksköterskan tog sig tid att prata med patienten kände denne/denna sig avslappnad och lugn och upplevde sig som en unik mänsklig varelse. Den perioperativa dialogen tillät patienterna att få tid med

sjuksköterskan vilket upplevdes av patienterna, som positivt för tillfrisknandet och läkningen. Patienternas oro för vistelsen på operationsavdelningen minskade också om patienterna möttes av en sjuksköterska de redan kände (25).

För anesthesi- och operationssjuksköterskor innebar arbetssättet med perioperativ dialog en ”känsla av styrka” och ett större engagemang för arbetet. När sjuksköterskorna använde sig av perioperativ dialog kände de att de ”vandrade tillsammans” (eng: walked together) med patienten genom hela den perioperativa processen. Sjuksköterskorna fick då en möjlighet att lära känna patienten bättre och kunde därmed reflektera över den aktuella situationen vilket gav sjuksköterskorna en möjlighet att planera omvårdnaden på bästa sätt tillsammans med patienten. Sjuksköterskorna tyckte de blev ”synliga” för patienten. Sjuksköterskorna ansåg också att de fick en möjlighet att utvärdera sitt arbete i och med det postoperativa samtalet (26).

Lindberg och von Post (27) visade att den perioperativa dialogen förbättrar det perioperativa omhändertagandet av barn med särskilda behov. Genom att använda perioperativ dialog kan anesthesisjuksköterskan hjälpa barnen att minska deras rädsla för det okända och göra det obehagliga behagligt. Kontinuiteten med samma anesthesisjuksköterska som hjälper barnen genom hela den perioperativa processen gör att barnen känner att de blir tagna på allvar, blir sedda och lyssnade till. Barnen kan därmed behärska sin rädsla då de vet *innan* vad som skall ske, de klarar av situationen, litar på *sin* anesthesisjuksköterska och känner sig därmed trygga. Resultaten av studien visade att för en del barn var kontinuiteten med samma anesthesisjuksköterska den enda möjligheten att klara den svåra situation som anesthesi innebär.

Zetterlund (28) har, via en enkät till sjuksköterskor i ledande ställning på 97 anestesikliniker i Sverige, kartlagt omfattningen av perioperativ dialog. Zetterlunds frågeställning var, i vilken omfattning anesthesisjuksköterskor på anesthesiavdelning genomför preoperativa patientbesök, omfattningen av postoperativa patientbesök och hur bedömer sjuksköterskorna i ledande ställning dessa arbetsuppgifter. Enligt författaren innebär perioperativ dialog att anesthesisjuksköterskan besöker patient på vårdavdelning före och efter anesthesi i ett preoperativt- och ett postoperativt besök.

I resultatet i Zetterlunds kartläggning (28) framkom att preoperativt besök hos patient på vårdavdelning, innan narkos och operation, sker mycket sällan. Endast två av 65 svaranden genomförde sådana besök. Den huvudsakliga anledningen till detta var resursbrist i tid, personal och pengar. Andra motiveringar till att preoperativa besök inte gjordes var organisationsförändringar, dagkirurgisk verksamhet, stora operationsprogram, omkastningar i programmet, tidsbrist och bristande rutiner kring preoperativa besök. De orsaker, utöver resursbristen, som förhindrade arbetet med preoperativa besök, var rådande operations- och schemaplanering, ointresse från klinikledning eller anesthesisjuksköterskorna samt tveksamhet inför nyttan med perioperativ dialog. För att kunna införa en rutin med perioperativ dialog ansåg de tillfrågade att det behövdes förbättrad operations- och schema planering, andra rutiner, ekonomiska förändringar och ”*forskning som påvisar nyttan med preoperativa besök*”.

Beträffande omfattningen av postoperativa patientbesök visade resultatet att det var ovanligt att anesthesisjuksköterskor gör en uppföljning av sin anesthesi genom att besöka patient på vårdavdelning. Orsaken till detta var bl.a. rådande organisation, bristande rutiner, att tid

saknas eller prioriteras till annat, för lite personal, samt tveksamhet till behov eller nytta av postoperativa samtal. Enligt resultatet tenderar många sjukhus att betrakta perioperativ dialog som en ”lyx-uppgift” eftersom tiden och personalresurserna inte räcker till. Stora operationsprogram gör att byten från en operation till nästa är många och måste ske snabbt, varför tidsbrist är vanligt (18).

Betydelsen av Information

I några studier (29-31) framgår att adekvat, individuell information före och efter operation, utförd av sjuksköterskor, om patientens roll och vad som kommer att hända, minskar patientens oro och stress inför och efter den kirurgiska proceduren.

Leinonen och Leino-Kilpi (32) har analyserat 97 forskningsrapporter för att mäta kvalitén på perioperativ omvårdnad ur patienters perspektiv. I artiklarna framkommer att patienter som skall opereras ofta upplever rädsla inför det okända, bristande kontroll över sin livssituation samt oro och stress relaterad till kirurgin och anestesi. Patienterna hyser också en rädsla för postoperativa komplikationer och postoperativ smärta. Effekten av perioperativ omvårdnad, av undervisning och av information, given av sjuksköterskor, visade sig vara till fördel för patienterna. Det gjorde att patienternas kunskap och känsla av kontroll ökade, rädslan minskade och det postoperativa välbefinnandet gynnades.

Lithner och Zilling (33) fann att den viktigaste information som efterfrågas av patienter är förknippad med postoperativ smärta och postoperativa komplikationer efter kirurgi. Information gällande operationsresultat och hur man kan förebygga komplikationer anses också, av patienterna, vara viktig. Om patienterna inte är informerade kan de ej ta aktiv del i sin postoperativa omvårdnad, menade författarna.

I två studier (34,35) beskrevs patienters bedömning av vilken preoperativ information som är viktig att få. Bernier m.fl. (34) fann att den preoperativa information patienterna fick inför dagkirurgi stämde väl överens med den information patienterna värderade viktig att få, nämligen information om den aktuella situationen och vad som skall hända, information om patientrollen samt psykosocialt stöd. I samma studie fastslogs också att brist på tid att preoperativt informera patienten upplevdes som ett problem hos 90 % av de sjuksköterskor som deltog i studien.

Mordiff m.fl. (35) fann att den preoperativa information som såväl patienter, sjuksköterskor och läkare ansåg vara viktigast är detaljer om anestesi (det okända). Patienterna ansåg att information om den operativa proceduren, förekomst av postoperativ smärta och illamående samt information om miljön på operationsavdelningen, var nästan lika viktig att få. I studien fick patienterna information om ovanstående av både sköterskor från vårdavdelningen och av avdelningsläkare och narkosläkare. Trots detta upplevde patienterna brister i informationen. Brister som gör att man bör undersöka behovet av att perioperativa sjuksköterskor, i sin professionella gärning, gör preoperativa besök, föreslog författarna. Vidare menade författarna att sjuksköterskor med expertkunskap inom anestesi, kirurgi och i hur det fungerar på operationsavdelningen, bör fungera som informationskonsulter inom dessa områden.

Sjöling m.fl. (36) påvisade att noggrann preoperativ information med betoning på vikten av patientens "egenvård" och deltagande i postoperativ smärtbehandling samt nödvändigheten av sjukgymnastik, påverkar patientens upplevelse av smärta efter kirurgi, i positiv riktning.

Av resultatet framgick att i en behandlingsgrupp som fick ovanstående information var den preoperativa oron lägre, den postoperativa smärtan klingade av fortare och patienterna var mer nöjda med den postoperativa smärtbehandlingen, jämfört med en kontrollgrupp. Kontrollgruppen fick ingen preoperativ information med betoning på egenvård.

Av resultatet kan man dra slutsatsen att den sjuksköterska-patientrelation som uppstår vid omvårdnadshandlingen "information" medverkar till uppmuntran/undervisning av patienten så att en högre nivå av egenvård uppnås, menade författarna.

Är den perioperativa dialogen en kostnadseffektiv arbetsmetod?

I Zetterlunds (28) kartläggning av perioperativ dialog på svenska sjukhus hänvisar svaren i enkäten till "ekonomi" som en bidragande orsak till begränsningar i kvalitetsarbetet kring perioperativ dialog. Enligt Zetterlund styrs verksamheten på anestesiklinikerna i Sverige helt av pengar och ekonomiska spörsmål kring budget. Målet för verksamhetschefen blir att ha en godkänd verksamhet till minsta möjliga kostnad. Stora operationsprogram med många byten från en operation till en annan tar tid och tidsförlusten används som motivering till att perioperativ dialog inte hinns med, menar författaren.

Under en operationsdag utförs på en operationsavdelning ett varierande antal kirurgiska ingrepp som kan registreras som "operationstid". En betydande del av arbetet består av arbetsmoment som utförs efter att operationen avslutats, så att nästa operation kan börja. Den sammanlagda tid som går åt för det arbete som utförs mellan två operationer brukar kallas för "bytestid". En rimlig bytestid i Sverige anses vara en till en och en halv timma. Tidsåtgången för de arbetsmoment som *operationssjuksköterskor och operations- undersköterskor* utför under bytestiden har kartlagts i en undersökning. Resultatet visade att två av de största åtgärdsmomenten under bytestiden består i "instrumenthantering" och "väntan". Instrumenthantering innebär att operationssjuksköterskan räknar instrument före- under och efter operation samt diskar merparten av instrumenten efter avslutad operation. Undersköterskan tar fram och öppnar sterilt gods. Väntan innebär till största delen väntan på narkosinduktion/väckning av patienten och väntan på patient från avdelningen. Väntan, upptog på den avdelning där undersökningen genomfördes, 6 % av avdelningens totala personalkostnad (37).

I Larssons FoU-rapport (38) beskrev författaren hur patienter och sjuksköterskor uppfattar den perioperativa dialogen. Patienterna tyckte att allt blev lugnare när de i lugn och ro kunde samtala med sjuksköterskan före operation i ett preoperativt samtal. När anestesioperationssjuksköterskan tar emot patienten på operationsavdelningen möts patienten av ett känt ansikte, ord behövs inte och patienten behöver inte svara på en massa frågor på operationssalen vilka tar tid och kan upplevas som förvirrande. Det preoperativa samtalet sparar tid eftersom patienten redan känner sjuksköterskan då patienten kommer till operationsavdelningen. Sjuksköterskan upplevs som lugn och trygg då hon inte måste ställa en massa frågor innan patienten skall sövas utan kan ägna sig åt att patienten skall må gott.

Sjuksköterskorna menade att ingen tid behövs för att på operationsavdelningen hitta den rätta lägesstämningen. Att ha lärt känna patienten i ett preoperativt samtal gör att sjuksköterskorna vinner tid eftersom arbetet flyter på bättre på operationsavdelningen. Att ha träffat patienten i ett preoperativt samtal gör att sjuksköterskorna kan planera i förväg och hinner plocka fram och ställa i ordning det som behövs och ha rätt saker inne på operationssalen från början, innan patienten anländer. Det behövs kortare tid inne på operationssalen innan patienten kan sövas eftersom både sjuksköterskan och patienten redan etablerat kontakt och har fått svar på sina frågor. I studien såg sjuksköterskorna att man vinner tid eftersom arbetet flyter bättre när man kunnat planera i förväg. Arbets sättet med perioperativ dialog kan dessutom ge tid till eftertanke, reflektion och forskning menade sjuksköterskorna. Största invändningen mot perioperativ dialog uttalades från representanter från den medicinska professionen. De var rädda för att arbets sättet skulle ta tid från läkarnas operationstid, inkräkta på den medicinska preoperativa informationen till patienterna och att patienterna skulle belastas med för många personer omkring sig (38).

Rothrock (39) fann i en litteraturstudie att preoperativ information minskade tiden för sjukhusvistelse, antalet komplikationer samt minskade användandet av medicinering mot smärta, oro och illamående. I en litteraturstudie från 1998 fann Lithner och Zilling (40) artiklar som påvisar att utökad preoperativ patientinformation minskar vårdtiden och att patienter som erhåller stödjande och lugnande information får kortare sjukfrånvaro. Informationssätten i de olika artiklarna varierar varför slutsats om vilka metoder som ger de bästa resultaten är svåra att dra, menade författarna. Bernier m.fl. (34) visade att utökad patientinformation kan minska vårdtiden genom att minska patienters oro och smärta. I en studie (41) visade författarna, att patienter med psykisk stress kräver mer narkosmedel och mer postoperativ smärtlindring, d.v.s. det krävs högre doser anestesimedel intraoperativt till oroliga personer som genomgår kirurgiska ingrepp, jämfört med doser till mindre oroliga personer.

Warren Stomberg m.fl. (42) har i en studie, utförd på fyra svenska universitetssjukhus, undersökt anestesijuksköterskans roll vid planerandet av postoperativ smärtstillning till patienter. Författarna anser att den kunskap som anestesisköterskan förvärvat genom att observera specifika, intraoperativa responser från varje sövd patient är värdefull vid planerandet av tidig postoperativ smärtlindring. Denna förvärvade kunskap borde kunna tas tillvara bättre, för att ge varje patient en för honom/henne individuell postoperativ smärtlindring, istället för den smärtstillningsrutin som är gängse på kliniken. Preoperativa besök av såväl av narkosläkare som av anestesijuksköterska kan vara ett sätt att optimera den preoperativa informationen för att därmed minska oro och stress hos patienten, menar författarna. Anestesijuksköterskorna som ingick i studien ansåg att adekvat preoperativ information i syfte att göra patienten trygg, var av vikt för att minska patientens smärtupplevelse postoperativt. Därför borde ett preoperativt besök ingå i anestesijuksköterskans arbetsuppgifter, ansåg de.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Syftet med denna litteraturstudie var att genom granskning av vetenskapliga artiklar ta reda på betydelsen av anestesi-/operationssjuksköterskans perioperativa dialog ur ett omvårdnadsperspektiv och ett kostnadsperspektiv.

Litteratursökningen skedde via databaserna Pub Med och Cinahl. Jag valde att begränsa mig till några få sökord i olika kombinationer. Jag fann att det i båda databaserna finns oerhört mycket skrivet om "information" till patient som skall genomgå kirurgi. Många artiklar handlade om "*preoperative information*" och dess positiva effekt på patienters oro och ångslan, på pre- och postoperativ hälsa, på välbefinnande och längd på sjukhusvistelse, rehabilitering och sjukskrivningstid.

Några artiklar (25,26) fann jag i både i Pub Med och Cinahl men jag har valt att redovisa de använda artiklarna under Cinahl.

Sökordet "perioperative dialogue" gav i båda databaserna åtta träffar. Jag har använt två av dessa artiklar (25,26). Av resterande sex artiklar hittade jag en artikel även under sökordet "preoperative information" i Cinahl (24) och en under sökordet "preoperative dialogue" i Cinahl (27) där de finns redovisade. Resterande fyra artiklar valdes bort då de ej var relevanta för ämnet. Ingen av de utvalda artiklarna kopplar ihop perioperativ dialog med kostnad utan beskriver den perioperativa dialogens positiva effekt på välbefinnandet hos sjuksköterska och patient samt på tillfrisknandet hos patienten.

Jag fann inga vetenskapliga artiklar som besvarade hypotesen om perioperativ dialog är en kostnadseffektiv arbetsmetod. Preoperativ information däremot, visade sig i flera artiklar resultera i kostnadseffektiva effekter som mindre åtgång av läkemedel (39,41), snabbare rehabilitering (39), kortare sjukhusvistelse och kortare sjukskrivningstid (39,40).

De artiklar jag fann under sökorden "preoperative information and cost-efficiency" och under sökordet "cost-efficiency" handlade framför allt om för- och nackdelar och risker med olika diagnostiska metoder och operativa behandlingsmetoder, varför dessa artiklar valdes bort. Sökordet "perioperative dialogue and cost" gav noll svar i båda databaserna vilket kan tyda på att det inte fanns stöd i litteraturen för att det är kostnadseffektivt med perioperativ dialog eller att det finns begränsat med forskning på området. Det kan också vara så att sökorden inte är de rätta för att hitta de artiklar som finns.

Från början hade jag tänkt begränsa mig till artiklar ej äldre än från 1995 men jag valde ändå att ta med tre artiklar skrivna före 1995 (30,31,39) då jag bedömde dem så värdefulla att de ej kunde uteslutas. De tre artiklarna, publicerade redan på 1980-talet, betonar vikten av sjuksköterskans roll i den perioperativa omvårdnadsprocessen, framför allt gällande preoperativ information till patienten, i syfte att lindra patientens oro och ångslan inför operation. Men också i syfte att samla patientdata, vilka kan vara vägledande i den fortsatta omvårdnadsprocessen (30). I två av artiklarna (31,39), publicerade i AORN, beskrivs redan 1985 och 1989 begreppet "perioperativ omvårdnad" som en arbetsmodell, med en pre-, intra- och en postoperativ fas. En modell ur vilken den svenska modellen med perioperativ dialog utvecklats.

Specialistutbildade anestesi-/operationssjuksköterskor finns inte i England och är inte lika vanligt eller uttalat i USA som i Norden. Många av de granskade artiklarna kommer från England (30) och USA (29,31,34,39,41) och en är utförd i Singapore (35) vilket innebär att det i artiklarna är Registered nurses som i sin omvårdnad specialiserat sig på de pre-, intra- och postoperativa faserna. En direkt jämförelse mellan det perioperativa arbetssättet i- och utanför Norden är därför svår att göra.

RESULTATDISKUSSION

Resultatet visar att studier genomförda i syfte att påvisa nyttan av perioperativ *vård* och *preoperativ information* är mycket omfattande framför allt när det gäller att lindra patientens lidande, oro och rädsla. Att perioperativ omvårdnad är till fördel för patienten stöds bl.a. av Leino-Kilpis analys (32) av 97 artiklar. Hon fann i dessa artiklar att sjuksköterskors perioperativa omvårdnad, information och undervisning är gynnsam för patienterna vars kunskap och känsla av kontroll inför ett kirurgiskt ingrepp ökar, deras rädsla minskar och det postoperativa välbefinnandet gynnas. Flera studier visade att preoperativ information minskar patienternas oro, ängslan och stress i samband med operation (24,26,29-31,39).

Preoperativ information visade sig resultera i kostnadseffektiva effekter som mindre åtgång av läkemedel (39,41), snabbare rehabilitering (39), kortare sjukhusvistelse och kortare sjukskrivningstid (39-40). Däremot varken stödjer eller förkastar litteraturgranskningen hypotesen att det är kostnadseffektivt med arbetsmodellen *perioperativ dialog*.

Jag har i denna litteraturstudie funnit endast ett fåtal svenska studier (24-28,38) som handlar om den perioperativa dialogen. Enligt min tolkning kanske detta beror på att modellen med tre samtal, före- under och efter en operation, utförda av samma anestesi/operationssjuksköterska, inte prövats utanför Norden ännu. Kanske kan det bero på att modellen med tre samtal, passar vårt nordiska system med specialistutbildade anestesi/operationssjuksköterskor bättre.

Den perioperativa dialogen syftar till att lindra patientens lidande, oro och rädsla och att bevara patientens värdighet i samband med operation samt att skapa kontinuitet i vården (1). I de granskade svenska artiklarna är detta vad som sker. Artiklarna visar att den perioperativa dialogen skapar "kontinuitet" (24,27). För patienternas omvårdnad betyder detta att när sjuksköterskan är kontinuiteten genom den perioperativa dialogen känner sig patienterna betydelsefulla (24,25) och upplever att de är i säkra händer (24).

Utifrån livsvärldsbegreppet anser jag att det är förståeligt att perioperativ dialog ger ett ökat välbefinnande hos både patienter och sjukhuspersonal. Livsvärldsperspektivet hjälper oss att förstå människors agerande då människor inte agerar utifrån en objektiv verklighet utan från sin förståelse av sin situation (17). De flesta sjukdomar innebär någon sorts förändring av kroppen. Den kroppsliga förändringen kan vara liten eller stor men på grund av förändringen kan kroppen kännas oigenkännlig för patienten. Samtidigt som kroppen förändras upplever den sjuke personen vad det är att leva med sin förändrade kropp. Den sjuke förnimmer sin

omvärld så som den visar sig för personen själv och på samma sätt förnimmer och uppfattar personen sin kropp, så som den visar sig för henne/honom. Om kroppen skadas eller förändras kommer detta att medföra en förändring av den upplevda världen. Den upplevda världen, nuet, formas av det förflutna och förväntningar på framtiden. För den som är sjuk kan det förflutna innebära avsaknad av tidigare förmågor och framtiden kan bestå av fruktan för kommande lidande eller rädsla för att livet skall avslutas i förtid (18).

Anestesi-/operationssjuksköterskan kan genom livsvärldsbegreppet få en ökad förståelse för patienten i dennes förändrade livssituation. En ökad förståelse som, enligt mitt sätt att se det, gör det lättare att via den perioperativa dialogen, förbereda båda inför narkos/operation och minska patienternas oro, ångslan och stress i samband med ingreppet.

För att kunna införa perioperativ dialog på operationsavdelningen, ett nytt arbetssätt som kräver tid, måste förståelsen för nyttan av detta arbetssätt öka, hos både ledning och övrig personal. Att arbetssättet med perioperativ dialog minskar patienternas oro, ångslan och stress i samband med operation och gör det möjligt för anestesi- och operations-sjuksköterskor att ge patienterna en värdig vård, tror jag inte räcker som skäl och motivering för att kirurger, narkosläkare och verksamhetsledning skall acceptera ett förändrat arbetssätt på operationsavdelningen, där viss tid av anestesi-/operationssjuksköterskans arbetstid upptas av samtal. Kan forskningsresultat däremot visa att det är kostnadseffektivt med perioperativ dialog kan man hos kirurger, narkosläkare och verksamhetsledning få förståelse/acceptans för att ”dyrbar tid” avsätts till den förändring av arbetssätt som perioperativ dialog innebär. Därmed kan man på ett strukturerat sätt omsätta omvårdnadsforskning i kliniskt vårdarbete. Resultatet i denna litteraturstudie har visat att preoperativ *information* till patienter kan ge kostnadseffektiva effekter.

I den perioperativa dialogen ingår det preoperativa samtalet som en del. Samtalet strävar efter en jag/du relation där sjuksköterskan vill lära känna patienten och få förståelse för patientens situation. Samtalet fungerar också som datainsamling, patientanalys och planering av den intraoperativa vården (10) vilket innebär att sjuksköterskan vid detta samtal kan ge patienten all den *preoperativa information* som patienten har behov av.

I Rothrocks litteraturgranskning (39) påvisades att preoperativ *information* minskar tiden för sjukhusvistelse, komplikationer och mediciner mot smärta, oro och illamående. Två studier (34,40) visade att preoperativ *information* resulterar i minskad vårdtid och kortare sjukfrånvaro och Maranets & Kain (41) visade att patienter med preoperativ psykisk stress kräver mer narkosmedel och mer postoperativ smärtstillning.

Eftersom det i flera studier (34,39-41) visade sig att sjuksköterskors preoperativa information inte bara ger ökad vårdkvalitet för patienten utan också leder till minskad vårdtid, färre komplikationer och mindre åtgång av läkemedel, d.v.s. mindre kostnader, kan arbetssättet med perioperativ dialog, där anestesi- och/eller operationssjuksköterskor träffar patienten innan operation och informerar samt efter operation och utvärderar, spara pengar. En ekonomisk satsning på perioperativ dialog kan alltså löna sig. Den perioperativa dialogen, där samma sjuksköterska träffar samma patient genom hela den perioperativa processen (”walked together”) ger dessutom ett ökat välbefinnande hos såväl patienter som hos sjukvårdspersonal vilket kan resultera i kortare sjukskrivning för patienterna och mindre sjukfrånvaro för personalen, vilket, enligt min uppfattning, innebär samhällsekonomiska vinster.

Man kan i detta sammanhang diskutera vad "stress" och "preoperativ oro" i de olika artiklarna innebär, vad som kännetecknar dessa känslor och hur de exakt kan mätas. Författarna Munafò & Stevenson (43) har i en artikel sammanfattat vad de i en litteraturstudie funnit för korrelation mellan preoperativ oro och postoperativ sinnesstämning, smärta och fysisk återhämtning efter kirurgi. De fann att det finns ett samband mellan preoperativ oro och längd och kvalitet på den postoperativa återhämtningen. Men, de ifrågasätter med vilken vetenskaplig exakthet detta kan påstås, då begreppet "oro" upplevs olika av olika patienter och inte exakt kan mätas. I artiklarna som granskats har dessutom kirurgin samt kön och ålder på dem som deltagit i studierna, varierat. Författarna hävdar vidare i sin artikel att man inom psykoneuroimmunologin har påvisat att stress försenar sårhäkning men att inga sådana mätningar är gjorda i de artiklar de granskat. Författarna efterfrågar också ett exakt mätbart mått på oro (eng. anxiety) som t.ex. läckande cortisol. Slutligen, vid mätning av förekomst av preoperativ oro och stress, har olika ord/begrepp för oro och stress använts i de olika studierna (Eng: stress, distress, anxiety). Ord som, menar författarna, har olika innebörd för patienterna. Engelskans "stress" översätts: spänning, påkänning, påfrestning, "distress" översätts: betryckt, trångmål nödställdhet, smärta, sorg, utmattning och "anxiety" översätts: ängslan, oro, spänning, bekymmersam (44).

Om positiva effekter som ökad vårdkvalitet för patienten, minskad vårdtid, färre komplikationer och mindre åtgång av läkemedel är resultatet av preoperativ information kan man fråga sig varför inte modellen med preoperativa samtal eller perioperativ dialog används mer på operationsavdelningar bland anesthesi- och operationssjuksköterskor i Sverige? Enligt Zetterlunds studie (28) där 65 svenska anestesikliniker besvarat frågor om huruvida man arbetar med preoperativa samtal/patientbesök, tenderade många sjukhus att se modellen som en "lyxuppgift". Orsakerna till att preoperativa samtal ej gjordes var framför allt att det inte finns tid avsatt eller att personalresurserna inte räcker till samt en rädsla för att "trampa narkosläkarna på tårna" då preoperativ information är narkosläkarnas arbetsuppgift. Zetterlund menar att prioriteringar inom sjukvården ställer vårdpersonalen inför nya krav, orsakade av tidsmässiga och ekonomiska begränsningar av resurserna. Detta kan leda till etiska problem där primär hänsyn till patientens vårdbehov ställs mot krav på kostnadseffektivitet. Trots mycket diskussion kring kvalitet i vården följer anesthesi-/operationssjuksköterskor sällan upp sitt arbete vilket är förvånansvärt, då patienten kan ge feedback till operationsavdelningen så att omvårdningsprocessen och sjuksköterskans professionalism får möjlighet att utvecklas.

Enligt Larssons FoU-rapport (38) har ökade krav på produktivitet inneburit att arbetstakten drivits upp på operationsavdelningarna. I kombination med att "personalresurserna inte räcker till" (28) innebär det att befintlig personal har mindre tid för information och att det finns lite tid för annat än operativ verksamhet "det finns ingen tid avsatt"(28). Enligt Larssons rapport (38) sparade arbetssättet med preoperativa samtal tid, eftersom patienten och anesthesi-/operationssjuksköterskan, redan innan patienten ankom till operationsavdelningen, hade pratats vid och förberett sig. Mindre tid åtgick då på operationsavdelningen till att samtala och förbereda erforderlig utrustning, innan anesthesi/kirurgi.

Enligt min uppfattning innebär ovanstående tidsvinst att bytestiden mellan på varandra följande operationer kan förkortas. En rimlig bytestid anses i Sverige vara 1 – 1½ timme enligt Brennerfors (37). Enligt hennes studie var de mest tidskrävande åtgärdsmomenten under bytestiden, instrumenthantering, väntan på narkosinduktion/väckning, väntan på

patient från avdelning och att registrera patientuppgift. "Väntan" kostade 6 % av avdelningens totala personal kostnad. Om perioperativa samtal kan förkorta väntetiden på narkosinduktion eftersom samtal, förberedelser och patientregistrering redan är genomförda då patienten kommer till operation och väntetiden för väckning kan minska, eftersom mindre narkosmedel åtgår till välinformerade och trygga patienter (40) kan bytestiden mellan operationerna förkortas. Enligt min åsikt, innebär detta att fler operationer kan utföras per dag, utan personalförstärkning, vilket på sikt leder till ekonomisk vinst (21). Kräver patienterna dessutom mindre läkemedel postoperativt, om de rehabiliteras fortare och får kortare vårdtid, erhålls ytterligare ekonomiska vinster.

Bytestid sesoreflekterat som något negativt men genereras av arbetsuppgifter som måste utföras, enligt Brennerfors (37). Sannolikt borde fler operationsavdelningar göra en analys av verksamheten för att befrämja arbetssituationen på avdelningen, menar hon. Kan bytestiden förkortas genom ett förändrat arbetssätt till perioperativ dialog, befrämjas arbetssituationen på operationsavdelningen, menar jag.

I en presenterad studie (45) publicerad 2005, har i Västsverige kartlagts vad chefer, anesthesi- och operationssjuksköterskor ser som möjligheter och hinder för att kunna införa den perioperativa dialogen. Resultatet visade att både chefer och sjuksköterskor anser att modellen ger förutsättningar för ett nytänkande som ger ett utvecklande arbetssätt. Detta gagnar patienten samtidigt som arbetsglädjen ökar och arbetsmiljön blir kreativ och inspirerande. Modellen med perioperativ dialog gör att samarbetet mellan anesthesi- och operationssjuksköterskan ökar vilket, genom att de hjälps åt, ger ett meningsfullt innehåll till den tillgängliga tiden. De engagerar sig i varandras idéer, visar förståelse för varandras uppgifter och löser eventuella problem tillsammans. Därmed ökar stimulansen på arbetet vilket gör att det är lättare att rekrytera och behålla medarbetare. Vad som hindrar dessa nya vanor är, enligt artikeln, medarbetarnas ovilja till förändring då anesthesi- och operationssjuksköterskorna ser den befintliga personalbristen som hinder.

"Med en personalsituation som inte tillåter full verksamhet är det svårt att få acceptans hos verksamhetsansvariga för ett ändrat arbetssätt" (45, sid 40).

Cheferna som deltog i studien såg som hinder att de inte kan styra över hur resurserna skall användas och att en omorganisation måste godkännas på högre nivå. Tiden är en resurs som cheferna har svårt att påverka då inget får störa verksamheten förutom operationsprogrammet. Det gäller att kunna påvisa de positiva effekterna av ett perioperativt arbetssätt för klinikledningen för att få igenom en förändring på avdelningen, menade cheferna. Det krävs också "eldsjälar" för att kunna införa den perioperativa dialogen, en uppgift som arbetsledaren bör ta på sig och vara den som bereder möjligheter, som entusiasmerar medarbetarna och som leder arbetet, menade cheferna.

SLUTSATS

Resultatet av denna litteraturstudie visar att anestesi-/operationssjuksköterskans perioperativa dialog är av betydelse för patientens omvårdnad då den ger ökad vårdkvalitet för patienten. Inga av de granskade artiklarna stärker hypotesen att den perioperativa dialogen är en kostnadseffektiv arbetsmetod. Många artiklar visar dock att preoperativ information kan leda till minskad vårdtid, färre komplikationer, minskad sjukfrånvaro och mindre åtgång av läkemedel, effekter som enligt min uppfattning, resulterar i minskade kostnader.

Införandet av en ny arbetsmodell i form av perioperativ dialog kräver organisationsförändringar på operationsavdelningen. Detta kan vara svårt att genomföra men för att få en förändring till stånd kan man starta upp i liten skala t.ex. genom

- Att perioperativa samtal, till att börja med införs i mindre skala, kanske endast med någon patient och/eller av någon anestesi-/operationssjuksköterska per dag.
- Att arbetsledaren/vårdenhetschefen organisatoriskt frigör åtminstone en anestesi- och/eller operationssjuksköterska någon gång under arbetsdagen för perioperativa samtal.
- Att anestesi-/operationssjuksköterskorna erbjuds utbildning i organisationsmodellen perioperativ dialog.
- Att arbetsledaren/vårdenhetschefen fungerar som en "eldsjäl" som stöttar och verkar för att arbetet med perioperativ dialog äger rum. Med hög arbetstakt, personalbrist och ökade krav på produktivitet krävs att någon med arbetsledaransvar försvarar ett förändrat arbetssätt.
- Att patienten av sjuksköterskan, vid det preoperativa samtalet får reda på vad som skall hända på operationssalen, dess miljö och vilka förberedelser som skall göras. Information som enligt resultatet av denna litteraturstudie, önskas av patienterna och skulle tagit mycket längre tid inne på operationssalen, vilket resulterar i längre väntan på anestesistart.
- Att anestesi-/operationssjuksköterskan vid det postoperativa samtalet får information om hur patienten upplevt sin situation. Om insomnandet och uppvaknandet upplevts bra, om patienten upplevt oro eller stress, om insatt medel mot postoperativt illamående och- eller smärta hjälpt, hur förbandet suttit, eventuella komplikationer mm. Värdefull kunskap och erfarenhet att ha med sig i det fortsatta arbetet och bekräftelse/feed back på utfört arbete.

Arbetsmiljön på operationsavdelningen påverkas när anesthesi-/operationssköterskan vet hur patienterna vill ha det. Anesthesi- och operationssköterskan kan hjälpas åt, diskutera och planera att allt är framtaget och förberett innan patienten anländer till operationsavdelningen. När personalen är väl förberedd känner patienten att personalen bryr sig om dem. Klimatet på operationssalen blir därmed öppnare mellan patient och personal.

Den perioperativa dialogen gör att patienten känner sig betydelsefull och sjuksköterskan känner sig tillfreds i arbetet vilket skapar trivsel, bidrar till god arbetsmiljö och kan påverka att personalen stannar kvar på sin arbetsplats. Den perioperativa dialogen ger utrymme för yrkesstolthet som tillsammans med frikostighet, uppriktighet och samarbete bildar grunden för trivsel på arbetsplatsen.

Om *perioperativ dialog* kan leda till kostnadseffektivitet genom kortare bytestid, minskad vårdtid, minskad läkemedelsanvändning, färre komplikationer, snabbare rehabilitering och kortare sjukskrivning återstår att utforska genom nya studier.

Referenser:

1. von Post I. Professionell naturlig vård ur anestesi- och operationssjuksköterskors perspektiv. Avhandling för doktorsexamen. Åbo: Åbo Akademis förlag, 1999.
2. Socialstyrelsen, statistik <http://www.socialstyrelsen.se/Statistik/statistikdatabas/index.htm>
Accessed 2006-06-18
3. Zasa R. J. Trends in the development of ambulatory care centres. Woodroom Ambulatory Systems Development <http://www.asdconsulting.com/article6.htm>. Accessed 2006-05-30
4. Halldin M, Lindahl Sten G E. Anestesi. 1:a uppl. Stockholm: Liber AB, 2000
5. Halldin M. Narkos och bedövning. (5:e uppl) Stockholm: Alb Bonniers Boktryckeri, 1971
6. Warre ´n Stomberg M, Sjöström B, Haljamäe H. Routine intra-operative assessment of pain and / or depth of anaesthesia by nurse anaesthetists in clinical practice. J of Clinical nursing 2001;10: 429-36
7. Socialstyrelsens allmänna råd SOSFS 1995:15 kompetenskrav för tjänstgöring som sjuksköterska och barnmorska http://www.sos.se/sosfs/1995_15/1995_15.htm
Accessed 06-10-03
8. I socialstyrelsens allmänna råd SOSFS 1993:17 omvårdnad inom hälso- och sjukvård (<http://www.sos.se/sosfs/search/result.asp>) Accessed 06-10-03
9. Tollerud L, Botsford J, Hogland M.A, Price J.L, Sawyer M & Bradley J. A model for perioperative nursing practice. AORN J 1985;41(1):188-94
10. Lindwall L. Kroppen som bärare av hälsa och lidande. Avhandling för doktorsexamen. Åbo: Åbo Akademis förlag, 2004
11. Nationalencyklopedin.Multimedia 2000 plus <http://www.ne.se>. Accessed 2006-05-24
12. Svenska Akademiens Ordlista; Accessed 2005-06-28
13. Gustafsson B.Å, Kolvered M. PeriOP-VIPS; Lund: Studentlitteratur, 2003
14. Kvalvaag Grønnerstad B, Blystad A. Pasienters opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon. -En kvalitativ studie. Vård i Norden 2004;4:74(24):4-8
15. Hughes S. The effects of giving patients pre-operative information. Nursing Standard 2002;16(28):33-37

16. Shuldham C. A review of the impact of pre-operative education on recovery from surgery. *International Journal of Nursing Studies* 1999;36(2):171-77
17. Friberg F. Patienten som vill veta och förstå. i: Bengtsson J. *Med Livsvärlden som grund.*(2:a uppl) Lund:Studentlitteratur, 2005
18. Bengtsson J. *Med Livsvärlden som grund.*(2:a uppl) Lund: Studentlitteratur, 2005
19. Gunnarsson R.Fenomenologi.<http://www.infovoice.se/fou/bok/kvalmet/10000009.htm>
Accessed 2006-02-12
20. Lindvall L, Von Post I. *Perioperativ Vård.* Lund.: Studentlitteratur, 2000
21. *Grunder i ekonomi och statistik. Hälsa och Sjukvårdsadministration. Kompendium.* Göteborg: Förvaltningshögskolan vid Göteborgs universitet. 1994.
22. Levi R. Miniordlista. www.sbu.se/ordlista/list.asp?s=kostnadseffektivitet.
Accessed 2006-04-05
23. SBU-stakens beredning för utvärdering. SBUs ordlista
<http://www.sbu.se/www/index.asp?statPage=ordlistan.html>. Accessed 2006-04-05
24. Lindwall L, von Post I, Bergbom I. Patient's and nurse's experience of perioperative dialogues. *J of Advanced nursing* 2003;43(3):246-53
25. Rudolfsson G, Hallberg L, Ringsberg K.C, von Post I. The nurse has time for me: the perioperative dialogue from the perspective of patients. *J of Advanced Perioperative care* 2003;1(3):77-84
26. Rudolfsson G, Ringsberg K.C, von Post I. A source of strength – nurse's perspective of the perioperative dialogue. *J of Nursing Management* 2003;11:250-57
27. Lindberg S, von Post I. Den perioperativa dialogen ur barn med särskilda behovs perspektiv. *Vård i Norden* 2005;2:76(25):48-52
28. Zetterlund P. Perioperativ dialog – gör anestesijuksköterska preoperativa och postoperativa patientbesök? Problem och möjligheter – en kartläggning av svenska sjukhus. *Vård i Norden* 2000;3:57(31):46-51
29. Brumfield V C, Kee C.C & Johnson J.Y. Pre-operative patient teaching in ambulatory surgery settings. *AORN J* 1996;64(6):941-52
30. Swindale J.E. The nurse's role in giving pre-operative information to reduce anxiety in patients admitted to hospital for elective minor surgery. *J of Adv Nurs* 1989;14:899-905
31. Kempe A.R, Gelazis R. Patient Anxiety Levels. *AORN J* 1985;41(2):390-95

32. Leinonen T, Leino-Kilpi H. Research in peri-operative nursing care. *J of Clinical Nursing* 1999;8(2):123-38
33. Lithner M, Zilling T. Pre- and postoperative information needs. *Patient Education and counseling* 2000;40(1):29-37
34. Bernier M J, Sanares D C, Owen S V, Newhouse P L. Preoperative Teaching Received and Valued in Day Surgery Setting. *AORN J* 2003; 77(3):563-82
35. Mordiffi S Z , Tan S T, Wong M K. Information Provided to Surgical Patients Versus Information Needed. *AORN J* 2003;77(3):546-62
36. Sjöling M, Nordahl G, Olofsson N, Asplund K. The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Education and Counseling* 2003; 51:169-76
37. Brennerfors, E-M. Vad gör vi på en operationsavdelning under bytestid? *Vård i Norden* 2004;2:72(24):44-47
38. Larsson L."Kontinuiteten och den perioperativa dialogen. Anestesi-och operationssjuksköterskans samtal med patienten före, under och efter operation" FoU-rapport 2004:1 Skövde: FoU-centrum. 2004.
39. Rothrock J C. Perioperative nursing research part I: Preoperative psycho educational interventions. *AORN Journal* 1989;49(2):597-619
40. Lithner M, Zilling T. Ökar preoperativ information patientens välbefinnande postoperativt? *Vård i Norden* 1998;18(1):31-33
41. Maranets I, Kain Z N. Preoperative Anxiety and intraoperative anaesthetic requirements. *Anaest. Analg.* 1999;89:1346-51
42. Warrén Stomberg M, Sjöström B, Haljamäe H. The role of the nurse anaesthetist in planning of postoperative pain management. *AANA J* 2003;71(3):197- 202
43. Munafò M R, Stevenson J. Anxiety and surgical recovery Reinterpreting the literature. *J of Psychosomatic Research* 2001;51:589-96
44. Kärre K, Lindkvist H, Nöjd R, Redin M. Engelsk Svensk ordbok.(3:e uppl) Nacka: Esselte Studium. 1978
45. von Post I, Frid I, Kelvered M, Madsen C. Den perioperativa dialogen – möjligheter och hinder för nya vanor i praxis. *Vård i Norden* 2005;25:78(4):37-42

BILAGA 1

Artikelpresentation

Referens: 24
Författare: Lindwall L, von Post I, Bergbom I.
Titel: Patient's and nurse's experience of perioperative dialogues.
Tidskrift: J of Adv Nurs 2003;43(3):246-53
Syfte: Att beskriva och tolka betydelsen av omvårdnad, upplevd av patienter och anesthesi- och operationssjuksköterskor genom pre-, intra- och postoperativa dialogen.
Metod: Intervjuer på hermeneutisk basis, med tio patienter efter deras operation och med tio sjuksköterskor som ombads kriva ner sina erfarenheter efter pre-, intra- och postoperativa dialoger med sina patienter.
Antal ref: 30 st.
Land: Sverige

Referens: 25
Författare: Rudolfsson G, Hallberg L, Ringsberg K.C, von Post I.
Titel: The nurse has time for me: the perioperative dialogue from the perspective of patients.
Tidskrift: Journal of Advanced Perioperative care 2003;1(3):77-84
Syfte: Att beskriva patienters upplevelse av perioperativ dialog
Metod: Semistrukturerade samtalsintervjuer med 18 patienter, sju män och elva kvinnor, med vilka perioperativ dialog var genomförd. Datainsamling och analys skedde med hjälp av grounded theory.
Antal ref: 38 st.
Land: Sverige

Referens: 26
Författare: Rudolfsson G, Ringsberg K.C, von Post I
Titel: A source of strength – nurse's perspective of the perioperative dialogue.
Tidskrift: Journal of Nursing Management 2003;11:250-57
Syfte: Att beskriva anesthesi- och operationssjuksköterskors upplevelse av att arbeta med perioperativ dialog
Metod: Semistrukturerade samtalsintervjuer med 20 sjuksköterskor, upplärda att arbeta med perioperativ dialog. Data analyserades med hjälp av grounded theory.
Antal ref: 28 st.
Land: Sverige

Referens: 27
Författare: Lindberg S, von Post I
Titel: Den perioperativa dialogen ur barn med särskilda behovs perspektiv
Tidskrift: Vård I Norden 2005;2:76(25):48-52
Syfte: Att beskriva vad barn med särskilda behov upplever när de vårdas enligt den perioperativa dialogen.
Metod: Semistrukturerade samtalsintervjuer med- och deltagande observationer av 25 barn med särskilda behov, utifrån en hermeneutisk ansats.
Antal ref: 28 st.
Land: Sverige

Referens: 28
Författare: Zetterlund, Per.
Titel: Perioperativ dialog – gör anestesijuksköterska preoperativa och postoperativa patientbesök? Problem och möjligheter – en kartläggning av svenska sjukhus.
Tidskrift: Vård i Norden 2000;3:57(31):46-51.
Syfte: Att utvärdera hur utvecklad den perioperativa dialogen är samt huruvida anestesijuksköterskan deltar i en sådan dialog på svenska sjukhus
Metod: Enkätundersökning med 15 frågor till sjuksköterskor i ledande ställning på 97 anestesikliniker i Sverige
Antal ref: 31 st.
Land: Sverige

Referens: 29
Författare: Brumfield V C, Kee C.C & Johnson J.Y.
Titel: Pre-operative patient teaching in ambulatory surgery settings.
Tidskrift: AORN Journal 1996;64(6):941-52
Syfte: Att identifiera så många undervisande / informativa områden som möjligt som dagkirurgiska patienter och deras sjuksköterskor fann viktiga för patientens postoperativa välbefinnande och att finna skillnader mellan patientens och sjuksköterskans uppfattningar.
Metod: Enkät, besvarad dels av 30 patienter som genomgått laparoscopiska kirurgiska ingrepp på två dagkirurgiska center och dels av 29 perioperativa sjuksköterskor på samma center. Perceptions of Preoperative Teaching Questionnaire användes.
Antal ref: 23 st.
Land: USA

Referens: 30
Författare: Swindale J.E.
Titel: The nurse's role in giving pre-operative information to reduce anxiety in patients admitted to hospital for elective minor surgery.
Tidskrift: Journal of Advanced nursing 1989;14:899-905
Syfte: Att beskriva förhållandet mellan preoperativ ängslan och oro, patienters olika strategier att klara av detta och den information patienten erhåller, med hjälp av referenser i litteraturen.
Metod: En jämförelse av omvårdnadsmodellerna Orems terapeutiska egenvårdskrav och Kings konstruktionssystem, beträffande sjuksköterskors preoperativa information till patienter som skall genomgå elektiv kirurgi, given i syfte att minska patienternas preoperativa ängslan och oro.
Antal ref: 31 st.
Land: England

Referens: 31
Författare: Kempe A.R, Gelazis R.
Titel: Patient Anxiety Levels.
Tidskrift: AORN Journal 1985;41(2):390-95
Syfte: Att undersöka effekten av omvårdnad på ängslan och oro hos patienter på ett dagkirurgiskt center
Metod: Frågeformulär till 60 patienter, indelade i två grupper, där nivå av oro mättes med hjälp av IPAT-skala (Institute for Personality and Ability Testing Anxiety Scale Questionnaire).
Antal ref: 6 st.
Land: USA

Referens: 32
Författare: Leinonen T, Leino-Kilpi H.
Titel: Research in peri-operative nursing care.
Tidskrift: Journal of Clinical Nursing 1999;8(2):123-38
Syfte: Att mäta kvaliteten på perioperativ omvårdnad ur patienters perspektiv.
Metod: Litteraturstudier av 97 artiklar
Antal ref: 97 st.
Land: Finland

Referens: 33
Författare: Lithner M, Zilling T.
Titel: Pre- and postoperative information needs.
Tidskrift: Patient Education and counseling 2000;40(1):29-37
Syfte: Att undersöka patienters behov av pre- och postoperativ information i samband med cholesectomi
Metod: Frågeformulär med 48 påståenden på besvarades av 50 patienter vid in- och utskrivning enligt en fem-gradig Lickert skala
Antal ref: 24 st.
Land: Sverige

Referens: 34
Författare: Bernier M J, Sanares D C, Owen S V, Newhouse P L.
Titel: Preoperative Teaching Received and Valued in Day Surgery Setting.
Tidskrift: AORN Journal 2003;77(3):563-82
Syfte: Att undersöka kongruensen mellan erhållen preoperativ undervisning som patienter fick och dess värde.
Metod: Frågeformulär med 26 frågor till 116 patienter som skulle genomgå dagkirurgi. 73 item PTQ-frågeformulär användes.
Antal ref: 30 st.
Land: USA

Referens: 35
Författare: Mordiffi S Z, Tan S T, Wong M K.
Titel: Information Provided to Surgical Patients Versus Information Needed.
Tidskrift: AORN Journal 2003;77(3):546-62
Syfte: Att undersöka vilken information patienter som skall genomgå kirurgi anser vara viktig att få.
Metod: Deskriptiv studie där 67 patienter, 167 sjuksköterskor och 73 läkare besvarade frågeformulär angående vilken preoperativ information de värderade viktigast att få / ge.
Antal ref: 23 st.
Land: Singapore

Referens: 36
Författare: Sjöling M, Nordahl G, Olofsson N, Asplund K.
Titel: The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management.
Tidskrift: Patient Education and Counseling 2003; 51:169-76
Syfte: Att ta reda på om preoperativ information kan hjälpa patienter att uppleva mindre smärta efter knäoperation samt effekten av preoperativ information på patienters postoperativa oro, smärtlindring och omvårdnadsbehov.
Metod: En jämförande studie mellan två grupper på vardera 30 patienter där smärta utvärderades postoperativt med hjälp av VAS-skala.
Antal ref: 39 st.
Land: Sverige

Referens: 37
Författare: Brennerfors, E-M.
Titel: Vad gör vi på en operationsavdelning under bytestid?
Tidskrift: Vård i Norden 2004;2:72(24):44-47
Syfte: Att utarbeta en metod som gör det möjligt att på ett personalvänligt och korrekt sätt identifiera och mäta tidsåtgången för de arbetsmoment som utförs av operationssjuksköterskor och undersköterskor under ”bytestid”.
Metod: Tidsåtgången för arbetsmoment under bytestid mättes med MTM-metoden (Method Time Measurement).
Antal ref: 16 st.
Land: Sverige

Referens: 38
Författare: Lena Larsson.
Titel: Kontinuiteten och den perioperativa dialogen. Anestesi-och operationssjuksköterskans samtal med patienten före, under och efter operation.
Tidskrift: FoU-rapport 2004:1
Syfte: Att beskriva hur patienter värderar perioperativa samtal samt att beskriva vad anestesi- och operationssjuksköterskorna upplever som hälsa och välbefinnande när de får arbeta utifrån den perioperativa dialogen.
Metod: Frågeformulär med öppna och slutna frågor besvarades av 82 patienter. Data bearbetades med hjälp av hermeneutisk texttolkning och deskriptiv statistik.
Antal ref: 24 st.
Land: Sverige

Referens: 39
Författare: Ibid J C, Rothrock.
Titel: Perioperative nursing research part I: Preoperative psycho educational interventions.
Tidskrift: AORN Journal 1989;49(2):597-619
Syfte: Att undersöka vilken effekt olika sorters information och informationsinnehåll har på patienters reaktioner och upplevelser av oro, i samband med operation.
Metod: Litteraturstudier av 53 artiklar
Antal ref: 53 st.
Land: USA

Referens: 40
Författare: Lithner M, Zilling T.
Titel: Ökar preoperativ information patientens välbefinnande postoperativt?
Tidskrift: Vård i Norden 1998;18(1):31-33
Syfte: Att utvärdera vilken effekt preoperativ information har på patienters postoperativa välbefinnande
Metod: Litteraturstudier av 22 artiklar
Antal ref: 26 st.
Land: Sverige

Referens: 41
Författare: Maranets I, Kain Z N
Titel: Preoperative Anxiety and intraoperative anaesthetic requirements.
Tidskrift: Anaest. Analg. 1999;89:1346-51
Syfte: Att utvärdera huruvida större doser anestesimedel krävs för att åstadkomma och upprätthålla klinisk anestesidjup till den oroliga patienten
Metod . Dubbel blind studie av 57 kvinnor som preoperativt genomgick STAI. (State-Trate Anxiety Investory, ett instrument att mäta övergående oro). Under operation mättes narkosdjup via EEG med Aspect A1000 Spectral EEG- monitor.
Antal ref: 28 st.
Land: USA

Referens: 42
Författare: Warrén Stomberg M, Sjöström B, Haljamäe H.
Titel: The role of the nurse anaesthetist in planning of postoperative pain management.
Tidskrift: AANA Journal/june 2003;71(3):197-202
Syfte: Att utvärdera anestesijuksköterskans roll beträffande tidig planering av postoperativ smärtstillning till kirurgpatienter
Metod: Frågeformulär med både strukturerade och öppna frågor angående intraoperativa rutiner besvarades av 101 anestesijuksköterskor vid fyra akademiska sjukhus i Sverige
Antal ref: 24 st
Land: Sverige

FAKTARUTA 11:1

ASA-SYSTEMET.

- ASA I: En i övrigt frisk patient.
- ASA II: En patient med mild systemsjukdom utan större funktionell begränsning.
- ASA III: En patient med svår systemsjukdom med definitiv funktionell inskränkning.
- ASA IV: En patient med mycket svår systemsjukdom som utgör ett konstant livshot.
- ASA V: En moribund patient som inte anses överleva 24 timmar med eller utan kirurgi.

Källa:

ASA-systemet enl (4 sid 165) Halldin M, Lindahl Sten G E.
Anestesi. 1:a uppl Stockholm: Liber AB, 2000