

Det perioperativa samtalet

-nyexaminerade operationssjuksköterskors uppfattningar

FÖRFATTARE	Peter Bergman Viktor Johansson
PROGRAM/KURS	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot operationssjukvård 60 högskolepoäng/ Examensarbete för magister i omvårdnad
OMFATTNING	VT 2014 15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Linda Berg
EXAMINATOR	Birgitta Gustafsson

Sahlgrenska akademien

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Det perioperativa samtalet – nyexaminerade operations- sjuusköterskors uppfattningar
Arbetets art:	Examensarbete
Program/kurs/kurskod/	Specialistsjuusköterskeprogrammet med inriktning mot operationssjukvård, 60 högskolepoäng / Examensarbete för magister i omvårdnad/ OM5330
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	30 sidor
Författare:	Peter Bergman, Viktor Johansson
Handledare:	Linda Berg
Examinator:	Birgitta Gustafsson

SAMMANFATTNING

Den perioperativa operationssjuusköterskans huvudansvar är att vårda patienten under operationens tre faser; före under och efter. Kommunikationen mellan kollegor på operationsavdelningen ökar förutsättningar för en säker vård för patienten och en god dialog med patienten kan lindra den oro som finns inför den okända miljö som en operationssal. Pilotstudiens syfte var att undersöka operationssjuusköterskors uppfattning av samtal med patienten ett år efter avslutad utbildning. För att besvara pilotstudiens syfte valdes en kvalitativ intervjustudie med en fenomenografisk ansats. Fyra operationssjuusköterskor intervjuades, alla intervjuer spelades in och transkriberades ordagrant. Texterna analyserades och huvudpunkter i texterna formades sedan till fyra huvudteman med underteman. I pilotstudien framkom att operationssjuusköterskor inte kände ett behov av att träffa patienterna postoperativt, detta skiljer sig från tidigare studier. Vikten för informanterna låg i att få träffa patienten preoperativt, att få presentera sig och ge information. Tiden tillsammans med patienten konkurrerades med narkospersonal och informanterna kände att de fick ta plats för att få komma till patienten. Att utbildningen förmedlar kunskap om den perioperativa modellen var alla informanter eniga om, men dialogen var inte huvuddelen utan vikten låg i det praktiska. Kommunikationen med patienter förekommer genom rutinfrågor som är framtagna lokalt på varje operationsavdelning. Det framkom också i pilotstudien vikten av att läsa in varje patients enskilda behov av kontakt och på vilken nivå man som operationssjuusköterska lägger sin framtoning i mötet med patienten.

Nyckelord: Kommunikation, perioperativ, operationssjuusköterskor, uppfattningar

Titel (engelsk):	The perioperative conversation – graduated theater nurses perceptions
Arbetets art:	Examensarbete
Program/kurs/kurskod/	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot operationssjukvård, 60 högskolepoäng / Examensarbete för magister i omvårdnad/ OM5330
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	30 pages
Författare:	Peter Bergman, Viktor Johansson
Handledare:	Linda Berg
Examinator:	Birgitta Gustavsson

ABSTRACT

The perioperative nurse's primary responsibility is to care for the patient during the operation's three phases; before, during and after. The communication between colleagues in the surgical department is increasing opportunities for safe care for the patient and a good dialogue with the patient can alleviate the concerns facing the unknown environment such as an operating theater. The pilot study was to investigate the surgical nurses' perceptions of conversations with the patient one year after graduation. To answer the pilot study's aim a qualitative interview study was chosen with a phenomenographic approach. Four theater nurses were interviewed and all interviews were recorded and transcribed verbatim. The texts were analyzed and the main points of the texts were then formed into four main themes with subthemes. The pilot study showed that theater nurses did not feel a need to meet the patients postoperatively; this is different from previous studies. The importance for the informants was to meet with the patient preoperatively, to introduce themselves and give information. Time with the patient was competed with anesthetists and the informants felt that they had to take place to get access to the patient. The education imparts knowledge of the perioperative model where all informants agreed, but the dialogue was not the main part. The practical knowledge came first. Communication with patients occurs through the routine questions that are generated locally in each operating department. It also emerged in the pilot study the importance of scanning each patient's individual needs for contact and at what level a theater nurse puts her appearance in the encounter with the patient.

Keywords: Communication, perioperative, theater nurses, perceptions

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	Sid
INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Operationssjuksköterskans yrkesroll	1
Kompetensbeskrivning	1
Kursplan/utbildning	2
Omvårdnad i en operationsmiljö	2
Perioperativ omvårdnad	2
Preoperativ	3
Intraoperativ	3
Postoperativ	3
Kommunikation	4
Samtal	4
Mellan kollegor och andra yrkesgrupper	4
Den perioperativa dialogen	5
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	7
METOD	7
URVAL	8
DATAINSAMLING	8
DATAANALYS	9
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	9
PILOTSTUDIE	9
RESULTAT	9
Uppfattningar om tiden	9
En tidspress	10
Att ta plats	10
Löpande band	10

Uppfattningar om kommunikationen	11
Rutiner	11
Kommunikation med andra yrkesgrupper	11
Uppfattningar från utbildningen	12
Perioperativa modellen	12
Uppföljning	12
Bästa av världar	13
Uppfattningar om att inge trygghet och förtroende	13
Situationsanpassad	13
Tyst kommunikation	13
DISKUSSION	14
METODDISKUSSION	14
Överförbarhet	14
Tillförlitlighet	14
Giltighet	15
RESULTATDISKUSSION	15
Konklusion	18
Klinisk nytta	19
REFERENSER	20
Bilaga 1	
Bilaga 2	

Introduktion

Inledning

I dagens sjukvård börjar det bli en ökad oro att den ekonomiska vinsten med ökad effektivitet som följd kommer leda till att patientens välbefinnande kommer hamna i andra hand (von Post, Frid, Kolvered & Madsen 2005).

Författarnas uppfattningar kring patientkontakten som operationssjuksköterska är näst intill obefintlig i praktiken. I utbildningen lär vi oss om vikten av den perioperativa kommunikationen, för att skapa en god omvårdnad till patienten.

Bakgrund

Operationssköterskans yrkesroll

Kompetensbeskrivning

Enligt riksföreningen för operationssjukvård och svensk sjuksköterskeförening (2011) ska operationssjuksköterskan ha kompetens att utföra god och patientsäker omvårdnad genom att säkerställa den perioperativa omvårdnaden och använda omvårdnadsprocessen. Att kunna kommunicera med patienterna, att ge adekvat information och undervisa. Det innebär också att stödja och vägleda patienten och möjliggöra för patienten att vara delaktig i vården, att vara ett stöd för patienter som inte själva uttrycker informationsbehov. Operationsteamet ansvarar att patientens värdighet, integritet och anatomi bevaras och att en säker "positionering" av patienten genomförs, det vill säga att hur patienten ligger på operationsbädden. Att tillsammans med vårdteamet också förebygga vårdrelaterade skador och komplikationer i enlighet med evidensbaserad vård.

Operationssjuksköterskan ansvarar för att hygieniska och aseptiska metoder används under det kirurgiska ingreppet. Operationssjuksköterskan ansvarar också för kontroller före, under och efter det kirurgiska ingreppet så att material oavsiktligt inte lämnas kvar. Att säkerställa patientens identitet, sidomarkering och vad som ska opereras samt att vävnadsprov omhändertas på ett korrekt och säkert sätt är andra ansvarsområden. Riksföreningen för operationssjukvård och svensk sjuksköterskeförening (2011) skriver vidare att

operationssjuksköterskan ska ha goda kunskaper om hur medicinsk teknik används under kirurgiska ingrepp och hur man handskas med tekniken och ansvara för att den fungerar. Ansvarar också för instrumentvård och steriliseringsprocesser. I operationssjuksköterskan ansvar ligger också att synliggöra och förebygga arbetsrelaterade skador som exempelvis, diatermi, stick- och skärskador, strålskydd och avfallshantering.

Kursplan/utbildningsplan

I utbildningsplanen för Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot operationssjukvård, 60 högskolepoäng, är fastställt av Sahlgrenska akademins styrelse, Göteborgs universitet 2006-11-24, senast reviderat 2012-06-13. Här kan man läsa bland annat i lärandemålen att studenten ska efter avslutat utbildning förutom det som angivits i Högskolelagen SFS 1992:1434 och högskoleförordningen SFS 1993:100, i deras bilaga 2, examensordningen (Högskolelagen, 1992) ha uppnått lokala lärande mål, till exempel:

- värdera olika pedagogiska insatser för patienter, närstående och vårdpersonalens lärande
- värdera och hantera komplexa vårdbehov som symtom och tecken på ohälsa och sjukdom, hos patienter med behov av perioperativ vård
- motivera hur attityder och värderingar angående genus, etnicitet och sexuell läggning kan påverka omvårdnaden och hur diskriminering inom vården kan motverkas värdera och argumentera för patienters och närståendes sårbarhet i relation till vårdmiljön.

Omvårdnad i operationsmiljö

Perioperativ omvårdnad

Perioperativ vård började användas som ett begrepp i början på 1970-talet i USA. Ordet Peri är en beskrivning från grekiskan om tiden närmast omkring nuet. Operati är ett genomförande av en handling som kan vara både god eller dålig (Lindwall & von Post 2008).

Lindwall och von Post (2008) fortsätter, den perioperativa omvårdnaden är att vara hos patienten under hela det kirurgiska ingreppet. Målet är att en och samma perioperativa sjuksköterska är ansvarig och träffar patienten innan operationen, är med under och träffar patienten efter operationen.

Rothrock (2011) beskriver den perioperativa omvårdnaden att det är omvårdnaden av patienten före, under och efter kirurgiska och invasiva ingrepp. När sjuksköterskan utövar den

perioperativa omvårdnaden kan vården påbörjas redan i hemmet eller senare på avdelningen eller i förberedelserummet.

Den perioperativa sjuksköterskan ska se till att patienten vårdas och behandlas med värdighet och respekt, patienten skall heller inte bli kränkt (Lindwall & von Post 2008).

Preoperativ

Dåvøy, Hansen och Eide (2012) definierar den preoperativa fasen från det att patienten fått reda på att ett operativt ingrepp ska genomföras och därefter bestämt sig för att genomgå operationen till dess att patienten lägger sig på operationsbädden.

Patienten är en unik person och det innebär att mötet med patienten blir lika så. Det finns inga självklara mallar. Ett etiskt förhållningssätt innebär att sjuksköterskan närmar sig patienten varsamt, ödmjukt och med en öppenhet, med målet att ta del av patientens upplevelser (Lindwall & von Post 2008).

Operationssjuksköterskan ska sätta sig in i patienten och ska vara påläst om patientens aktuella status, utföra en vårdplan, detta för att kunna identifiera patientens behov och anpassa sig efter patientens resurser (Rothrock, 2011).

Intraoperativ

Den intraoperativa är den del då patienten är fysiskt på operationsrummet och ligger på operationsbädden och fram till dess att patienten lämnar rummet. (Lindwall & von Post 2008; Dåvøy, Hansen & Eide 2012). Operationssjuksköterskans ansvarsområden intraoperativt är att bevara det sterila sterilt och det rena rent. Ett intraoperativt ansvar att den medintekniska utrustningen fungerar och leder operationsteamet. Operationssjuksköterskan ansvarar också för patientens säkerhet för att förebygga vårdskador som menas till exempel infektioner, hypotermi och smitta detta enligt Dåvøy, Hansen & Eide (2012).

Postoperativ

Postoperativt är den slutliga delen i den perioperativa omvårdnaden. Operationssjuksköterskan utvärderar vårdplanen som blev gjord preoperativt., för att se om omvårdnadsmålen blev uppnådda. Operationssjuksköterskan ansvarar för att rapportera skriftligt och muntlig information till nästa ansvariga omvårdnadssjuksköterska Dåvøy, Hansen & Eide (2012).

Kommunikation

Samtal

Enligt Dimbleby och Burton (1997) kan samtal bestå mellan två till flera individer och det kan ske både verbalt och icke verbalt. När man vill starta ett samtal bör alla handlingar du gör i konversationen bidra till att du skapar en god relation med den som du pratar med. Det kan vara en svårighet att starta ett samtal. Då gäller det att ha en god plan som är anpassningsbar innefattar både personlighet och miljö. Detta för att uppnå god social relation mellan de båda parterna så att kommunikationen fortlöper. Ett samtal måste avslutas i en god sinnesstämning för att ha en fortsatt god relation (Dimbley & Burton, 1997).

Kommunikation mellan kollegor och andra yrkesgrupper

God kommunikation inom operationsteamet ökar förutsättningarna för att ge en bättre vård för patienten skriver Cvetic (2011). Alla i operationsteamet har ett gemensamt ansvar för att god kommunikation existerar mellan de olika yrkesgrupperna. Kommunikationen kan börja med professionella samtal men med tiden kan tillit skapas och kommunikationen kan bli mer personlig. Vidare skriver Cvetic (2011) att det är viktigt att det skapas tillit mellan den perioperativa personalen så alla kan känna sig trygga med att få fram sin mening utan att riskera få negativ respons. Detta för att personal som ser en risk eller har en åsikt skall utan tvekan berätta den för resten av personalen. Om denna trygghet och tillit inte existerar på operationssalen riskeras patientsäkerheten att försämrans och patientens hälsa kan hotas (Cvetic 2011). Johnson och Kimsey (2012) menar att alla i teamet måste vara medvetna om betydelsen för god kommunikation och att alltid ha patientsäkerheten i fokus. Johnson och Kimsey skriver att 53% av den perioperativa personalen menade att de inte vågade ställa frågor eller säga ifrån när det var situationer som inte verkade vara helt i sin ordning. Bäckström (2012) beskriver operationssjuksköterskan som en medarbetare som skall driva att det finns en god gemenskap på arbetsplatsen, detta för att uppnå ett gott samarbete. Operationssjuksköterskan fungerar även som en mittpunkt i det administrativa arbetet på operationssalen. Timmons och Tanner (2004) skriver i sin artikel om operationssjuksköterskans roll som en värd på operationssalen. Operationssjuksköterskan fungerar som den i teamet som skall se till att allt flyter på inne på operationssalen.

Dålig kommunikation är den vanligaste orsaken till oförberedda vårdfel, stora som små skriver Lingard, Regehr, Orser, Reznick, Baker; Doran, Espin, Bohnen och Whyte (2008). De

beskriver om hur rutinmässiga checklistor ökade kommunikationen mellan yrkesgrupperna och vårdfelen minskade. WHO har tagit fram en checklista att använda i den perioperativa vården för att hjälpa att minska de vårdrelaterade felen pga. dålig kommunikation. Checklistan är framtagen som ett verktyg som alla skall kunna känna sig säkra med och kunna modifiera utifrån klinikens önskemål. Checklistan är utformad med en för-(Sign In), under- (Time Out) och efterfas (Sign Out) (Socialstyrelsen, 2014).

Den perioperativa dialogen

I ett patientperspektiv kan den perioperativa miljön ses som främmande, steril och kall (Sjöstedt, Hellström & Stomberg, 2011). En främmande miljö kan leda till utsatthet, rädsla och oro. Kunskap, tack vare en god kommunikation från perioperativ personal, kan lindra en patients osäkerhet gentemot den perioperativa miljön skriver Sjöstedt et al. (2011). Kommunikation med patienten i den perioperativa beskrivs som den *perioperativa dialogen*. Synsättet med den perioperativa dialogen har funnits i utbildningen för perioperativa sjuksköterskor i Sverige runt 1990 talet detta skriver von Post, Frid, Kolvered och Madsen (2005). Grundidén med den perioperativa dialogen är att patienten skall känna ett sammanhang genom hela vårdkedjan. Den sätter patienten i centrum, där bevarandet av patientens värdighet är högsta prioritet (von Post et al 2005). Den perioperativa dialogen delas samtalet med patienten upp i tre delar; det pre-, intra och postoperativa samtalet.

Det preoperativa samtalet är den första kontakten för patienten med den perioperativa sjuksköterskan. I detta samtal får patienten chansen att ställa frågor, ge sin egen berättelse om sina upplevelser och uppfattningar av situationen. I samtalet skall sjuksköterskan ta första steget att involvera patienten i vårdande, detta genom att ta till sig patientens information och ställa motfrågor, allt för att få så bra bild av patienten inför den kommande operationen. Rudolfsson, Ringsberg och von Post (2003) skriver om hur den perioperativa sjuksköterskan tillåter patienten att påverka vården denna skall genomgå genom att belysa olika alternativ och positivt motivera patienten att framföra sin vilja. Detta skall leda till att patienten skapar en tillit mot den perioperativa sjuksköterskan (von Post et al 2005). Berg och Danielsson (2007) skriver dock att till trots både patient och sjuksköterska har som mål att uppnå en tillit mellan dem så är det oftast inte tillräckligt. Det skapas istället en mer vårdande relation mellan patienten och sjuksköterskan, detta hjälpte patienten att reducera sin oro och bevara sin dignitet. Patienten kunde ändå känna sig tillfreds med vården till trots inte tillit hade skapas mellan dem, men ett mer personligt vårdande skulle kunna leda till tillit hos patienten (Berg &

Danielsson 2007). Lindvall och von Post (2008) skriver att det preoperativa dialogen bör ske på ett lugnt och ostört rum samt att ge samtalet tid. Det är under dessa förhållanden som patienten kan känna förtroende och kunna öppna upp och berätta om sig själv och sina behov. Sjuksköterskan analyserar sedan den insamlade informationen för att beskriva hälsotillstånd och hälsoresurser. Rudolfsson, Ringsberg och von Post (2003) skriver hur viktigt det är för en patient att ha ett ansikte att känna igen när de kommer in till operationssalen, med detta kände den perioperativa sjuksköterskan att patienten hade skapat ett förtroende för dem. Även i Lindvall och von Posts (2008) styrker hur viktigt det är med ett ansikte att känna igen så patienten inte känner sig ensam eller övergiven under operation. Detta är det inledande i den intraoperativa samtalet. Enligt von Post et al (2005) beskriver hur det preoperativa samtalet nu gett grunden till det intraoperativa samtalet, och nu när patienten får en god uppföljning med ett känt ansikte på operationssalen. Lindvall, von Post och Bergbom (2003) presenterar i sin artikel att patienten kände sig säker med den sjuksköterska som genomgått det tidigare samtalet för denna person visste nu om patientens kropp, behov och önskemål. Med detta kände sig patienten mindre som ett objekt och mer som en medmänniska.

Om man fortsätter med den perioperativa dialogen genom hela vårdkedjan så är nästa samtal postoperativt. I detta skede skall den perioperativa sjuksköterskan ta sig tid och ha ett samtal med patienten efter operation. Von Post et al (2005) beskriver hur den perioperativa sjuksköterskan tillsammans med patienten utvärderar operationen som har genomförts. Lindvall, von Post och Bergbom (2003) skriver att den perioperativa sjuksköterskan lyssnar till patientens upplevelser och med detta utvärderar vården. Med detta så avslutas den perioperativa dialogen.

Problemformulering

Det har gjorts flera tidigare studier i ämnet kommunikation på operationssal och med då fokus på den perioperativa dialogen. I de flesta studier så har operationssjuksköterskan och anestesijuksköterskan hamnat under samma kategori, den perioperativa sjuksköterskan. Detta gör det svårt att urskilja operationssjuksköterskans roll i den perioperativa dialogen. De flesta studier har gjorts med intervjuer efter perioperativa sjuksköterskor och patienter har fått genomgå den perioperativa dialogen och deras upplevelser av den. I artikelsökning framkom inga artiklar om operationssjuksköterskors upplevelser utan att innefatta den perioperativa

dialogen. Flera studier har dessutom gjorts på vikten av preoperativa samtalet för mer effektiv smärtlindring, minskad oro och utsatthet.

Det är svårt att känna igen sig hur den perioperativa modellen, beskriven i litteraturen, skulle kunna fungera praktiskt. Tidigare forskning har fått fram hur perioperativa sjuksköterskor upplever den perioperativa dialogen, det är dock svårt att finna forskning om operationssköterskans uppfattning om hur den aktuella patientdialogen genomförs i dagens arbetssituation. Det som framkommer i utbildningen stämmer inte överens med den faktiska verkligheten som den upplevs av författarna. Det är svårt att hitta tiden till ett längre samtal med patienten och i dagens operationsmiljö med olika rutiner och traditioner mellan olika avdelningar kan det vara svårt att få gjort en förändring. Författarna upplever att det finns en känsla av att anestesi har tagit över en del av det preoperativa samtalet och hos operationssjuksköterskor finns det en känsla av onödig upprepning för patienten. Författarna vill undersöka operationssjuksköterskornas uppfattningar om samtalet med patienterna. Med detta menar författarna, en kommunikation som sker när som helst under den perioperativa vårdkedjan.

Syfte

Att undersöka operationssjuksköterskors uppfattning av samtalet med patienter ett år efter avslutad utbildning.

Metod

Författarna har valt att svara på syftet med hjälp av en kvalitativ intervjustudie med en fenomenografisk ansats. En kvalitativ intervjustudie används till att undersöka den intervjuades syn på erfarenhet, uppfattningar av den miljö och verklighet runt omkring den (Kvale & Brinkmann 2009). Vidare skriver Kvale och Brinkmann (2009) att genom intervjun får man ett redskap att tolka den intervjuades omgivning. Intervjuaren måste vara bra påläst av ämnet för att kunna tolka svaren från den intervjuade på ett korrekt sätt. Det skapas en relation mellan den intervjuade och intervjuaren och med denna relation skapas kunskap emellan de båda parterna. Kunskapen skapas igenom de frågor som ställs och de svar som fås detta beskrivs av

Kvale och Brinkmann (2009).

Författarna valde att utforma intervjun med öppna frågor och att eventuellt använda följdfrågor om intervjun skulle stanna upp. Öppna frågor ger generellt de mest utformade svaren anser Kvale och Brinkmann (2009). Vidare skriver de att följdfrågor kan ställas för att få ett större innehåll av den först ställda frågan. Genom att belysta det som just blivit sagt kan leda till att svaret läggs ut ytterligare.

Fenomenografi innebär att beskriva hur fenomen eller företeelser uppfattas av människor. Frågor kan ställas på olika sätt för att få svar på verkligheten, frågorna kan också handla om hur den ser ut och varför. Frågorna forskarna kan ställa sig kan också vara hur människan uppfattar eller tänker kring verkligheten. Skillnaden mellan "vad något är" och "vad något uppfattas vara". Dessa skillnader blev grundläggande för den fenomenografiska forskningsansatsen. De finns flera olika grenar, grunden är hur människan uppfattar lästa texter. Första grenen beskriver sambandet mellan människors uppfattning av inlärandet. Andra grenen beskriver hur människor uppfattar t ex politiks makt eller hur sjuksköterskor uppfattar omvårdnad. Tredje grenen beskriver hur elever och studenter uppfattar centrala begrepp inom olika ämnesområden (Starin & Svensson 1994)

Urval

Författarna valde nyutexaminerade operationssjuksköterskor och de ska ha varit färdiga och jobbat i max ett år. Författarna använde nyexaminerade just för att de skulle ha färskt minne om vad de har lärt sig under sin skolgång. Författarna ville att operationssköterskorna skulle ha varit max ett år i arbete för att inte riskera att informanterna har influerats för mycket av arbetsplatsen och kunskapen från utbildningen har försvunnit. Författarna inkluderade alla åldrar och kön. Författarna exkluderade operationssjuksköterskor som varit färdiga över ett år.

Datinsamling

Informanterna valdes genom ett bekvämlighetsurval med hjälp av avdelningschefer. Kontakten med avdelningscheferna skedde via telefon, därefter skickades information ut via mail om syftet med studien (se bilaga 1). Efter muntligt samtycke skickades information ut till informanterna (se bilaga 2). Intervjuerna utfördes på eller i samband med informanternas arbetsplatser utanför informanternas arbetstid och spelades in. Författarna gjorde intervjuerna var för sig så det inte skapades ett maktövertag. Tolv operationssjuksköterskor tillfrågades för

den fullskaliga studien.

Dataanalys

Materialet som framkom från intervjuerna transkriberades. Vid transkribering av texter menas att omvandla muntlig form till skriftlig form menar Kvale och Brinkmann (2009). Författarna transkriberade enskilt men läste igenom materialet tillsammans vid tolkningen av texterna. I processen så lästes texten igen flera gånger för att få en helhet. Meningar plockades ut som var relevanta för syftet. Meningarna grupperades i kategorier som reflekterade budskapet i intervjuerna. Därefter formulerades teman därigenom innehållet i intervjuerna framkommer. Detta gjorde författarna enligt Graneheim & Lundman 2004; Starin & Svensson 1994.

Forskningsetiska ställningstaganden

Alla avdelningschefer och informanter fick muntlig och skriftlig information om studiens syfte och att deltagandet var frivilligt, detta beskrivs som informerat samtycke (Kvale & Brinkmann, 2009). Författarna till studien har informerat deltagarna om att resultatet skall presenteras konfidentiellt. Konfidentialitet menas att data om informanterna inte kan spåras tillbaka till. Om det skulle komma fram att data som publiceras är spårbart tillbaka till den intervjuade skall den intervjuade godkänna att informationen presenteras enligt World Medical Association (2014).

Pilotundersökning

Författarna har valt att göra en pilotstudie innan de fullföljer sin fullskaliga studie. En pilotstudie är ett redskap till att undersöka om den uttänkta metoden skulle fungera i en fullskalig studie. Pilotundersökningen skall utföras på samma sätt som det är tänkt i den fullskaliga studien (Nyberg, 2000). Enligt Nyberg (2000) så kan en pilotstudie innehålla 2 - 10 informanter och skall fungera som testpersoner av de utarbetade frågorna, författarna i denna pilotstudie har valt att intervjua fyra personer.

Resultat

Uppfattningar om tiden

Informanterna i pilotstudien uppfattade att tiden spelade en stor roll relaterat till hur mycket

samtal de hade till sina patienter. Alla informanter tog mer eller mindre upp aspekter om hur för lite tid påverkar samtalet med patienterna.

En tidspress

Informanterna uppfattade att de kände en form av tidspress och stress från arbetsplatsen. Pressen leder till att operationssjuksköterskorna vill bli snabbt färdiga med förberedelserna inför operationen och då blir det mindre koncentration på dialogen med patienten. En informant berättar hur hon gärna vill bli fort färdig till operationsstart ”Så du vill så gärna vara förberedd på den biten och då blir den biten att prata med patienten väldigt liten. Och du känner att folk väntar på dig och sådär så att du inte hinner” (2). Ibland kan det gå så långt att operationssjuksköterskan inte har någon kontakt alls med patienten ”Du skulle kunna göra en operation utan att prata med patienten över huvud taget. Men det är inte så man vill arbeta, inte jag i alla fall” (2). Några av informanterna uppfattade att de ville ha mer tid till samtal med patienterna, så som de uppfattar vården idag så finns dock inte tiden att hitta ”Jag hade velat ha mer tid absolut, men jag har svårt å se hur det skulle kunna gå” (3). De känner främst att de skulle vilja ha mer tid med patienten innan operationen ” Ehh... men just det preoperativa och det intraoperativa, att det finns tid och lugn för den dialogen” (4).

Att ta plats

Ett problem som informanterna belyste var hur de som operationssjuksköterskor var tvungna att kämpa att få ta plats i dialogen med patienten. ”man får ta lite plats som operationssjuksköterska i dialogen med patienten”(2) beskriver en av informanterna. Informanterna kände att det var en viss konkurrens av tiden av narkossjuksköterskor och narkosläkare. En av informanterna beskrev den knappa tiden tillsammans med annan personal som;

Ehm, jag har ju tid först när patienten kommer till operationsavdelningen, inte på vårdavdelningen och då är det väldigt, det är väldigt lite tid och narkossjuksköterskan och narkosläkare kommer också då så man får slåss om tiden och det kan vara lite stressigt (3).

Ett löpande band

Den dåliga tiden som finns till samtal med patienten skylls av informanterna dels på dagens

stressiga vårdkedja. Vissa informanter ansåg att operationsmiljön, som idag kan liknas vid ett löpande band, förhindrar möjligheterna till att man som operationssjuksköterska skulle få möjlighet till mer samtal med patienten. En av informanterna hade en önskan till mer tillfällen till samtal med patienten men såg problemet i dagens stressiga miljö ” Jo... absolut mer tillfällen, men jag har svårt att se att vi skall hinna med det, för det går som ett löpande band, från patient till patient, och då finns det andra arbetsuppgifter som ehh... skall fortfarande göras” (3). En annan informant ser inte hur det skall finnas tid till att hinna gå ut och träffa patienten preoperativt i verksamheten hon jobbar i ” Inte i den verksamhet som jag jobbar i, i alla fall. Ehh... utan där måste man hinna med allt annat och fokus ligger på produktionen” (2).

Uppfattningar om kommunikationen

Typen av kommunikationen med patienterna sker beroende på situationen med patienterna. Kommunikationen uppfattas av informanterna något som utförs på rutin efter de rutiner som finns på de respektive operationsavdelningar. Skulle tiden inte finnas till så sker kommunikationen till patienten genom andra yrkesgrupper.

Rutiner

Kommunikationen med patienterna uppfattade en del av informanterna skedde rutinmässigt, genom de rutinmässiga frågorna som operationssköterskorna skall fråga inför en operation. Informanterna tycker att det är viktigt att de får den tiden att ställa sina frågor för att kunna skapa sig en bild av patienten. ”Dom där tre frågorna är ju nått sätt ehh... det är ju A o O , det frågar man oavsett. Ehm... sen sen får man känna av vilka svar man får å så, det är otroligt individuellt” (4). Oftast uppfattade informanterna att detta var den enda kommunikationen de hade patienten ” Vi träffar dom innan åh åh.. frågar det vi vill fråga åh hälsa på dom åhh så att dom vet vilka vi är liksom” (1). Att hinna med att ställa de frågor operationssjuksköterskan kan ses som lite av en tidspress när man har ett flertal andra arbetsuppgifter och förberedelser som skall ske inför operationen. En informant uppfattade att inte alla operationssjuksköterskor ställer samma frågor ”sen tror jag, att jag, upplever jag att alla inte ställer samma frågor alltid, å det borde va tydligare rutiner för det tycker jag” (3).

Kommunikationen med andra yrkesgrupper

Flera av informanterna tog upp hur de använder de olika yrkesgrupperna för att insamla information av patienten om de själva inte har möjlighet att införskaffa den själva från

patienten. Om tiden inte räcker till förlitar de sig på att narkospersonalen har frågat patienten den information som operationssjuksköterskan är intresserad av att införskaffa.

Om det inte är så att man råkar komma in sent för att man har förberett sig på någonting så att de redan har sövt patienten. Då får man ju hoppas att narkossköterskan tänker man frågat de frågor som man själv vill veta. Mmm och så får man fråga och då blir nästan kommunikationen genom narkossköterskan (2).

Kommunikationen kan även ske med personalen från vårdavdelningen. Sen var det en informant som tyckte att det kunde i vissa situationer vara bra att kommunikationen sköttes genom narkospersonalen. Speciellt när det gäller operationer med barn, då uppfattar informanten att det är viktigare att barnet får en lugn miljö än att operationssjuksköterskan får komma till och ställa sina frågor ” det kan bli sån uppståndelse, så ehh... ibland kan det nästan vara bättre att bara narkospersonalen där, att jag står utanför, kan jag tycka. Ehh.. så kan man ha en kommunikation med narkosjuksköterskan” (3).

Uppfattningar från utbildningen

Perioperativa modellen

Enligt informanterna så tog utbildningen upp om den perioperativa modellen eller den perioperativa omvårdnaden, det den inte tog upp var den specifika dialogen. Utan snarare mer praktiskt om omvårdnaden före, under och efter operation. Omvårdnad i sig kan ju vara att samtala med patienten. Men i det stora hela handlade enligt våra informanter mer om den tekniska biten, att positionera, den preoperativa tvätten.

”Omvårdnad handlar ju om dialog med patienten ...att man ska göra gemensamma beslut” (2). Och en annan informant sa att ”dialogen, det är när jag tänker tillbaka, så är det lite grann som ett håll” (4).

Uppföljning

Utbildningen tog upp att operationssjuksköterskan skulle följa med till post op. efter det att operationen är klar, den postoperativa fasen. Av de informanter författarna intervjuade, var det ingen som följde med ut till postoperativa avdelningen. ”Eh sen postoperativt känner jag att,

det är inte lika relevant för mig” (4). ”det känns som inte riktigt som att vi har något att tillföra där” (1).

En av informanterna kunde tänka sig att träffa patienterna efteråt dels för att kunna fråga hur patienten hade upplevt och om något upplevdes som negativt, som skulle kunna ändras på.

Bästa världar

Att träffa patienten i en lugnare miljö än vad det är på t ex på preoperation, tyckte informanterna var en viktig faktor. Att träffa patienten på operationsdagen och på operationsavdelningen då är många personer runt omkring patienten kan bidra till att patienten blir mer nervös och osäker. Då är det kanske inte alltid tillfälle att ha en längre konversation med patienten, utan det blir ofta ”standardfrågorna” om hibiskrubdusch, metall i kroppen och överkänslighet, menade informanterna. Samtalet med patienten innan operation, det vill säga dagen innan, kan vara att presentera sig och informera om vad operationssjuksköterskan gör och informationen om vikten i att tvätta sig med den preoperativa duschen. En informant beskrev att om man hinner träffa patienten innan, känner man att man får ett större ansvar för patienten. Informanter uttryckte sig att: ”i de bästa världar hade man kanske velat gå ut på preoperation till och med” (2) och att ”i de bästa världar funkar det” (3).

Uppfattningar av att inge trygghet och förtroende

Situationsanpassad

När patienten kommer till operationsavdelningen kände informanterna att det var viktigt att skapa en trygghet och presentera sig för patienten samt skapa ett förtroende. Att vara närvarande vid positionering och då kunde en mer öppen dialog föras. Då patienterna ofta är nervösa och mycket händer runt omkring dem, överflyttning från säng till operationsbädd, så är de sällan öppna för samtal ”å patienten är ju väldigt, ganska ofta nervös så, inte mottaglig när det är många” (3). Informanterna i pilotstudien ansåg att ett mer öppet samtal i sig kan skapa en trygghet att lätta lite på spänningen ”att man pratar lite, det beror lite på hur pratsamma dom är också ... beror helt på situationen hur sjuka dom är och hur nervösa dom är” (1). ”lägga dialogen på den nivån lite ... som inte har med operationen att göra” (4).

Tyst kommunikation

I intervjuerna med informanterna framkom det vikten om att använda tyst kommunikation. Det

kan vara att känna av patienten, vem personen är, hur nervös, säker eller lugn och hur vida de vill prata ”känner liksom in om patienten behöver ha det här pratet” (1). Det kan vara viktigt att läsa in personen som ligger där och ska opereras och om det finns ett behov av kroppskontakt. Det kan visas genom att lägga en hand på för att visa att man är där och ha ögonkontakt med patienten, om personen söker kontakt. Att kommunicera med en annan medmänniska kan ske på så många olika sätt ”dialogen är väldigt ordlös många gånger ... finns ju olika sätt att kommunicera” (4).

Diskussion

Metoddiskussion

Då detta var en pilotstudie så kommer författarna till en del diskutera om metoden var möjlig att överförbara till en fullskalig studie.

Överförbarhet

Med en grupp av enbart fyra stycken informanter gör att överförbarheten av pilotstudien till resten av yrkeskåren av nyexaminerade operationssjuksköterskor inom Sverige ej trolig. Dock är det mer troligt att det är mer överförbart på nyexaminerade operationssjuksköterskor inom Göteborg då författarna har använt informanter från två större sjukhus inom Göteborg. Det styrks med att författarna hade en manlig operationssjuksköterska av fyra. Vid en fullskalig studie blir det mer intressant att se om det blir mer överförbart till resten av Sveriges nyexaminerade operationssjuksköterskor. Då författarna hade som urvalskriterier att informanterna skall varit högst färdiga från sin utbildning i ett år uppfattar författarna att de har fått informanter som kan räknas nyexaminerade, vilket styrker pilotstudiens överförbarhet. Författarna antar att det är överförbart till flera operationsavdelningar då tidsbrist är något som existerar på de flesta operationsavdelningar i dagens läge.

Tillförlitlighet

Författarna ville styra informanternas svar så lite som möjligt, därför valde författarna att använda sig av en kvalitativ intervju med öppna frågor. Författarna anser att de inte har påverkat informanternas svar nämnvärt. Författarnas oerfarenhet med intervjuteknik kan påverka tillförlitligheten men författarna höll sig bestämt efter de planerade frågorna och

följdfrågorna så det inte skulle påverka resultatet från informant till informant. Analysen av texten från intervjuerna gjordes samtidigt av bägge författarna. Författarna valde ut utifrån varje enskild intervju olika huvudpunkter om vad informanterna berättade och med dessa huvudpunkter utformades de olika teman som presenteras i resultatet.

Giltighet

Vid två tillfällen fick frågorna förtydligas eller upprepas vilket kan ha påverkat resultatet. Vid en fullskalig studie så kan det vara aktuellt att omformulera frågorna så de är mer tydliga för informanterna. Författarna hade avsatt 30 minuter till intervjuerna, intervjuerna varade istället mellan fem till sju minuter, avsevärt kortare än sagt. Författarna skulle kunna ha använt fler intervjufrågor för att få fler svar, men eftersom författarna ansåg att det var viktigt med att inte forma informanternas svar, ansåg författarna att detta uppnåddes bäst med få öppna frågor. Med detta är intervjuens längd mer beroende på informanternas svar. Vid en fullskalig studie kan författarna komma att använda sig av fler följdfrågor för att få ett utökad resultat.

Författarna märkte att informanterna i intervjun använde gärna ordet upplevelse istället för uppfattningar som författarna var ute efter i sitt syfte. Att författarna vill ha svar om uppfattningar beror på att vi vill ha mer klartext om hur informanterna situation är ute på avdelningarna. Vid en fullskalig studie kan det vara aktuellt att omformulera frågorna så informanterna berättar mer om sina uppfattningar än deras upplevelser. Författarna anser ändå att de har fått in tillräckligt med material för att få ett trovärdigt resultat och att materialet svarar på den problemformuleringen författarna har ställt. Författarna har valt att styrka resultatet med att presentera citat i resultatdelen.

Resultatdiskussion

I resultatet av studien framgår det att operationssjuksköterskorna inte känner ett behov av att få träffa patienten postoperativt. De menade att sådan kommunikation eller samtal inte är speciellt relevant för deras yrkesroll. Till skillnad från Lindwall och von Post (2008) där perioperativa sjuksköterskor fått beprövat den perioperativa modellen, i deras studie så var de perioperativa sjuksköterskorna nöjda med en uppföljning med patienterna efter en avslutad operation. I en annan studie av von Post, Lindwall och Bergbom (2003) så presenterar de hur patienterna känner sig nöjda med ett postoperativt samtal, de känner att de får en form av uppföljning och kontinuitet. En av informanterna kände ett behov av att få komma till den postoperativa avdelningen för att kunna få se effekter av vad som sker inne på operationssalen.

Däremot ansåg informanterna att det var mer viktigt att få tid att träffa sina patienter preoperativt. Detta p.g.a. flera orsaker som att få presentera sig i lugn och ro och få informera om det som känns viktigt inför operationen. I en studie gjord av Chan, Kan, Lee, Chan och Lam (2011) så finner de hur patienter tycker att det är skönt med ett preoperativt samtal. De beskriver hur patienterna får ett minskat behov av information efter ett preoperativt samtal. Chan et al. (2011) skriver också hur vissa patienter kände sig kvävda av all information som ges, detta kan man se tendenser i pilotstudien då informanterna ansåg att det var viktigt att anpassa dialogen med patienterna beroende på vilken miljö som var runt omkring.

Informanterna i pilotstudien beskrev hur det kan uppstå situationer då det nästan kan uppfattas som konkurrens av tid till samtal med patienten mellan narkospersonal och operationssköterskor. Informanterna beskrev hur det var svårt att få komma till patienten när denne var inne på operationssalen. Cvetic (2011) beskriver hur dålig kommunikation kan leda till otrygg patientsäkerhet. Cvetic (2011) skriver hur det är viktigt för alla yrkeskategorier att ha en förståelse för den andres yrkesroll. En stor del för att bidra till en bättre kommunikation mellan de olika yrkesgrupperna är att ha en god förmåga till att lyssna och känna efter om vad den andre diskuterar med patienten (Cvetic 2011). Informanterna i studien beskrev även hur de förlitade sig på att narkospersonalen hade införskaffat sig den information operationssjuksköterskan är intresserad av om denne inte var tillgänglig. I en studie skriven av Chipps, Stelmaschuk, Albert, Bernhard och Holloman (2013) så framkommer det hur mobbing sker inne på operationssalen. Chipps et al. (2013) får fram i sina resultat att ett stort antal inne på operationssalen känner sig ignorerade eller inte får känna att man får göra sin röst hörd. Något som var mer skrämmande i deras artikel var att 11% av deltagarna upplevde att de inte hade fått information om något som påverkat deras arbetsinsats. Av resultatet i pilotstudien så framkom det inte att det skulle vara mobbing på arbetsplatsen utan operationssköterskan förlitar sig på att man får all information som finns tillgänglig om man själv inte skulle ha möjligheten att fråga patienten själv.

Informanterna i pilotstudien tycker att det är bra med rutinmässiga frågor med patienten. I syfte med patientsäkerhet så kändes det viktigt att få ställa dessa frågor efter vad som framkom av informanterna. Lingard, Regehr, Orser, Reznick, Baker, Doran, Espin, Bohnen, och Whyte (2008) skriver hur dålig kommunikation leder till vårdskador. Lingard et al. (2008) har i sitt resultat fått fram hur det med hjälp av checklistor främjar kommunikationen mellan

yrkesgrupperna och därmed ökar patientsäkerheten.

I pilotstudien framkommer det att skolan förmedlar kunskaper om den perioperativa modellen. Undervisningen tog upp omvårdnaden före, under och efter operationen. Informanterna i pilotstudien var eniga om att dialogen i sig inte var huvuddelen i undervisningen, utan vikten låg på det praktiska då när patienten kommer in på operationsrummet. Förflyttning över till operationsbädden, positioneringen och den preoperativa tvätten. I omvårdnad ingår kommunikation, men enligt pilotstudien sker kommunikationen med patienterna oftast genom rutinfrågor och efter gällande rutiner på respektive avdelningar. I Riksföreningen för operationssjukvård och svensk sjuksköterskeförening (2011) menar man på att operationssjuksköterskan ska ha kvalifikation att kunna bedriva en god och patientsäker vård och att jobba för trygga den perioperativa omvårdnaden och använda omvårdnadsprocessen. Man kan läsa vidare att operationssjuksköterskan ska kunna kommunicera och vägleda patienten samt göra möjlig för patienten att vara delaktig i vården.

Enligt von Post, Frid, Kolvered och Madsen (2005) så har den perioperativa dialogen varit en del av utbildningen sedan 90-talet och den perioperativa sjuksköterskan, det vill säga anestesioch operationssjuksköterskan, bidrar till att genom dialog med patienten lindra lidandet, värna om patientens integritet och att skapa ett förtroende.

I studien framkom det att det var viktigt att skapa ett förtroende och få patienterna att känna sig trygga i operationsmiljön, detta gjordes genom att presentera sig och vara närvarande hos patienten.

Att informera patienten om teamet som jobbar på operationsrummet men också informera om varför det är så mycket personal inger en trygghet (Sjöstedt, Hellström & Stomberg, 2011).

Att prata allmänt med patienten skapade en mindre spänning och patienterna kunde känna sig mindre nervösa inför den kommande operationen, att föra ett samtal som inte handlade om operationen, utan om mer alldaglig natur, skapade en lättare stämning och patienten kunde känna sig mer avslappnad. Sjöstedt, Hellström och Stomberg (2011) menar på att det är ett stort informationsflöde patienterna ska ta in intraoperativt och att informationen som delges patienten måste vara lätt att förstå och behöver upprepas

Det framkom också i intervjuerna att kunna känna in patienten hur vida de var mottagliga för en dialog eller på vilken nivå man skulle lägga sin framtoning som operationssjuksköterska vid mötet med patienten. Att kommunicera med en medmänniska, kan räcka med ögonkontakt

eller lätt kroppskontakt för att visa att man som personal finns där för patienten och med det skapa en trygghet och ett förtroende. Cvetic (2011), skriver att kommunikation kan levereras som ett inte verbalt uttryck, utan kan förmedlas genom ansiktsuttryck, hur man står och rör sig kroppshållningen. Men också vid verbal kommunikation hur man säger saker och ting men också tonfall.

Konklusion

Resultatet från denna pilotstudie är uppdelad i fyra teman utifrån informanternas uppfattningar: **Tiden**, med underteman ”En tidspress, att ta plats, och att löpande band” där informanterna beskriver att tiden inte räcker till för dialogen med patienten så som vården ser ut idag. Tiden innan operationen med patienten känns som det stunden som är viktigast enligt informanterna. Operationssköterskorna, enligt pilotstudien, fick ta plats för att samtala med patienterna då oftast narkossjuksköterskorna tog den största platsen. Informanterna menade också på att tiden med patienterna förhindras för att tiden mellan patienterna kortas och det höga tempot som idag råder inom vården. **Kommunikationen**, underteman som kom fram var ”rutiner, kommunikation med andra yrkesgrupper”. Informanterna beskrev kommunikationen med patienter förekom oftast genom att rutinmässiga frågor ställdes och när inte tiden räckte till så förlitades det på att narkossjuksköterskan hade ställt de frågor som operationssjuksköterskan var intresserad utav. Kommunikation med avdelningssjuksköterskan förekom också för att samla upp information om patienten. **Uppfattningar från utbildningen**, ”Perioperativa modellen, uppföljning och bästa världar” var underteman som framkom. Där informanterna beskrev den perioperativa modellen som att den inte tog upp dialogen specifikt i sig utan riktade sig mer åt den ”tekniska” delen av omvårdnad. Uppföljningen eller att följa med till den postoperativa avdelningen fanns det inget behov utav enligt informanterna. I de bästa världar skulle enligt pilotstudien vara att kunna träffa patienterna dagen före i en lugnare miljö som till exempel på avdelningen. **Inge trygghet och förtroende**, där underteman som ”situationsanpassad och tyst kommunikation” framkom. Informanterna beskrev vikten i att skapa ett förtroende och en trygghet för patienterna. Det gjordes genom att vara närvarande och presentera sig. Att känna av patientens behov genom ögonkontakt och ett öppet sinne gentemot patienten, vilka behov har patienten, samtala, finns det ett behov av kroppskontakt.

Klinisk nytta

Författarna hoppas att den fullskaliga studien så småningom visar att nyexaminerade operationssjuksköterskor i dagens arbetsmiljö inte känner att de har den tid de behöver för ett fullvärdigt samtal med patienten. Författarna finner i denna pilotstudie att det är viktigt att arbetsplatser och utbildningsplatser blir mer uppmärksamma på om vad det finns för resurser för att operationssjuksköterskor skall få mer tillfällen till samtal. Arbetsplatser måste försöka skapa mer utrymme för samtal och utbildningsplatserna måste anpassa utbildningen för kommunikation mer utifrån hur verksamheterna ser ut idag. Att enbart utbilda studenter i den perioperativa dialogen kan skapa ett ouppnåeligt mål för studenterna när kommer ut till sina respektive arbetsplatser. Om studenterna är mer införstådda med vikten till samtalet och hur de kan skapa det bästa utav det de har är en stor bit på väg till en bättre kommunikation mellan patient och operationssjuksköterska.

Referenslista

Berg, L. & Danielsson, E. (2007). Patient's and nurses' experiences of the caring relationship in hospital: an aware striving for trust. *Scandinavian Journal of science*, 21, 500-506.

Chan, Z., Kan, C., Lee, P., Chan, I. & Lam, J. (2011). A Systematic review of qualitative studies: patients' experiences of preoperative communication. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 812-824.

Chipps, E., Stelmaschuk, S., Albert, N.M., Bernhard, L. & Holloman, C. (2013). Workplace Bullying in the OR: Results of a Descriptive Study. *AORN Journal*, 98(5), 479-493.

Cvetic, Elizabeth. (2011). Communication in the Perioperativ Setting. *AORN Journal*, 94(3), 261-270.

Dimbleby, R. & Burton, G. (1997). *Oss emellan: Mellanmänsklig kommunikation*. (1:a uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Johnson, L.H. & Kimsey, D. (2012). Patient Safety: Break the Silence. *AORN Journal*, 95(5), 591-601.

Kvale, S. & Brinkmann. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2:a uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Lindwall, L. & von Post, I. (2008) *Perioperativ vård – att förena teori och praxis*. (2:a uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Lindwall, L., von Post, I. & Bergbom, I. (2003). Patients' and nurses' experiences of perioperative dialogues. *Journal of Advanced Nursing*, 43(3), 246-253.

Lingard, L., Regehr, G., Orser, Beverley., Reznick, R., Ross Baker, G., Doran, D., Espin, S., Bohnen, J. & Whyte, S. (2008). Evaluation of a Preoperative Checklist and Team Briefing Among Surgeons, Nurses, and Anesthesiologists to Reduce Failures in Communication. *ARCH SURG* 143(1), 12-17.

Myklestul Dåvøy, G., Hege Eide, P. & Hansen, I. (2012) *Operationssjukvård*. (1:a uppl.). Studentlitteratur: Lund.

Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar: med stöd av IT och internet*. (4:e uppl.). Studentlitteratur: Lund.

Timmons, S. & Tenner J. (2005). Operating theatre: Emotional labor and the hostess role. *International Journal of Nursing Practice*, 11,85-91.

Riksföreningen för operationssjukvård, & Svensk sjuksköterskeförening [SSF], (2011). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning mot operationssjukvård*. <http://www.seorna.com/media/31056/kompbeskrivning.pdf>

Rothrock, J.C. (Red.) (2011) *Alexander's care of the patient in surgery*. (14th ed.). St. Louise: Mosby/Elsevier

Rudolfsson, G., Ringberg, C.K. & von Post, I. (2003). A source of strength – nurses' perspectives of the perioperative dialogue. *Journal of Nursing Management*, 11, 250-257.

SFS 1992:1434. *Högskolelagen*. Stockholm. Utbildningsdepartementet.

Sjöstedt, L., Hellström, R. & Warrén Stomberg, M. (2011). Patients' Need for Information Prior to Colonic Surgery. *Society of Gastroenterology Nurses and Associates*, 34(5), 390-397

Socialstyrelsen, (2014). *Checklista för säkrare operationer*.

<http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/forbatta/opererasakert>

Starin, B. & Svensson, P-G. (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. (1:a uppl.). Lund: Studentlitteratur

von Post, I., Frid, I., Kelvered, M. & Madsen, C. (2005). Den perioperativa dialogen – möjligheter och hinder för nya vanor i praxis. *Vård i Norden*, 25(4), 37-42.

World Medical Association (2014) *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtat den 28 maj 2014 från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Bilaga 1

Förfrågan angående genomförande av studie

Göteborg den 2014

Hej, vi är två sjuksköterskor som studerar till operationssjuksköterskor vid Göteborgs Universitet. I utbildningen ingår ett examensarbete på 15 högskolepoäng, så kallad Magisternivå.

Det har gjorts flera tidigare studier i ämnet kommunikation på operationssal och med då fokus på den perioperativa dialogen. I de flesta studier så har operationssjuksköterskan och anestesijüksköterskan hamnat under samma kategori, den perioperativa sjuksköterskan. Detta gör det svårt att urskilja operationssjuksköterskans roll i den perioperativa dialogen. De flesta studier som har gjorts har man intervjuat perioperativa sjuksköterskor och patienter om deras upplevelse av den perioperativa dialogen. I vår artikelsökning framkom inga artiklar om operationssjuksköterskors uppfattningar av dialogen med patienten, före, under och efter operationen. Däremot fann vi flera studier som visade på vikten av preoperativa samtalet för en mer effektiv smärtlindring, minskad oro och utsatthet.

Vi avser intervjua fyra operationssjuksköterskor. Intervjuerna uppskattas ta ca 30 minuter vardera. Intervjun kommer att ske på er arbetsplats under våren. Information om studien kommer informanterna ges skriftligt och muntligt. Intervjun kommer att spelas in och transkriberas ordagrant. Inspelningarna kommer att förvaras på säker plats och efter godkänt arbete raderas. Inga obehöriga kommer att få tillgång till materialet. Informanterna kommer inte kunna identifieras i det färdiga materialet

Om mer information kontakta gärna oss eller vår handledare, se kontaktinformation nedan.

Med vänliga hälsningar

Peter Bergman

Viktor Johansson

Legitimerade sjuksköterskor och operationssköterskestudenter vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien, Göteborgs Universitet.

Godkännande

Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed att Peter Bergman och Viktor Johansson genomför datainsamling på inom ramen för vad som ovan beskrivits.

Namnförtydligande

Göteborg _____/_____ 2014

Kontaktinformation:

Peter Bergman

E-post: pebe74@hotmail.com

Viktor Johansson

E-post: bjjohansson@gmail.com

Handledare: Linda Berg, Universitetslektor, Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Sahlgrenska akademien,
Göteborgs Universitet E-post: linda.berg@fhs.gu.se

Tel: 031-7866082 (GU).

Bilaga 2

Deltagarinformation

Göteborg den ____/____ 2014

Hej!

Vi är två legitimerade sjuksköterskor som studerar till operationssjuksköterskor på Göteborgs Universitet. En del av utbildningen till operationssjuksköterska består av ett examensarbete på avancerad nivå. Syftet med vår studie är att undersöka operationssjuksköterskors uppfattning av dialogen med patienter före, under, efter, operation ett år efter avslutad utbildning.

För att kunna undersöka detta närmare, avser vi intervjua fyra operationssjuksköterskor.

Vår förhoppning är att intervjua operationssjuksköterskor som vill medverka i studien och har varit max färdiga operationssjuksköterskor sedan ca ett år och som varit yrkesverksamma under denna tid.

Deltagandet i studien är helt frivilligt. Du kan när som helt avbryta din medverkan utan förklaring. Vi vill, med tillåtelse från verksamhetschefen, att du tar dig tid att besvara våra frågor som kommer att ta omkring 30 minuter.

Data från studien kommer att lagras så länge studien pågår och kommer därefter att raderas. Dina uppgifter är sekretesskyddade och ingen obehörig har tillgång till registret. Vid bearbetning av data och redovisning av resultaten i uppsatsen kommer ingen enskild individ att kunna urskiljas.

Peter Bergman & Viktor Johansson

Leg. Sjuksköterskor och operationssjuksköterskestudenter.

Kontaktuppgifter:

Peter Bergman

Viktor Johansson

pebe74@hotmail.com

bjjohansson@gmail.com

Samtycke

Jag har läst informationen och jag har fått tillfälle att ställa kompletterande frågor angående min medverkan. Jag samtycker till att medverka i denna studie som handlar om operationssjuksköterskors uppfattning av dialogen med patienter före, under, efter operation ett år efter avslutad utbildning.

Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.

Hantering av data;

Intervjuerna kommer att spelas in. Forskningsmaterialet kommer att raderas efter godkänt examensarbete. Ingen enskild individ kommer att kunna identifieras.

Frågor till intervju

Hur uppfattade du att din utbildning till operationssjuksköterska belyste dialogen med patienten?

Hur uppfattar du som operationssjuksköterska dialogen med patienten fungerar i din yrkesroll?

Är det något i dialogen med patienten som du som operationssjuksköterska skulle vilja ändra?