



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
OCH HÄLSA

# PERIOPERATIV DIALOG UR DEN BLIVANDE OPERATIONSSJUKSKÖTERS PERSPEKTIV

- En intervjustudie

**Susann Ismael Mahmood**  
**Hanna Götberg**

---

Examensarbete:	15 hp
Program och kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot operationssjukvård 60 hp Examensarbete i omvårdnad på magisternivå
Termin/år:	VT/2018
Handledare:	Lars-Eric Olsson
Examinator:	Annette Erichsen Andersson

Titel svensk:	Den perioperativa dialogen ur den blivande operationssjuksköterskans perspektiv - en intervjustudie
Titel engelsk:	The perioperative dialogue from the point of view of the pre-graduate surgical nurse - an interview study
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot operationssjukvård 60 hp
Nivå:	Examensarbete i omvårdnad på magisternivå
Termin/år:	VT/2018
Handledare:	Lars-Eric Olsson
Examinator:	Annette Erichsen Andersson
Nyckelord:	perioperativ dialog, perioperativ, kommunikation, operationssjuksköterska, personcentrerad vård, dialog

---

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Inom operationsverksamheter kommunicerar anesthesi- och operationssjuksköterskan med en perioperativ dialog med patienten för att säkerställa personcentrerad vård. Den perioperativa dialogen är kommunikationen med patienten som är uppdelad i tre faser: före, under och efter operation och är en förutsättning för kontinuitet i patientens operationsförlopp. Forskning visar hur en perioperativ dialog skapar förutsättningar för en ökad kvalitet på omvårdnadsarbetet för patienten. En grundläggande faktor för en perioperativ dialog innebär att skapa relation mellan patient och sjuksköterska i syfte att öka patientens trygghet, välbefinnande och möjliggöra för patientens delaktighet. Relationen bidrar till en utveckling i operationssjuksköterskans profession med ökad kunskap och kompetens.

**Syfte:** Syftet med studien är att undersöka blivande operationssjuksköterskors erfarenheter och syn på den perioperativa dialogen med patienten under verksamhetsförlagd utbildning.

**Metod:** Detta arbete är en semistrukturerad intervjustudie. Sex informanter från Specialistsjuksköterskeprogrammet inom operationssjukvård på Göteborgs Universitet ingick i studien.

**Resultat:** Resultatet presenteras utifrån huvudkategorierna; *“Positiva erfarenheter och syn på perioperativ dialog och personcentrerad vård”*, *“Hinder för perioperativ dialog”* samt *“Utbildning och tillämpning i verksamheten”*. Resultatet visar att den blivande operationssjuksköterskan såg en potential i den perioperativa dialogen för en gynnsammare vård för patienten. Det har dock uppmärksamats en bristfällig användning av den i verksamheterna. Ett flertal hinder har identifierats som bidragande faktorer till detta; tidsbrist, en varierad attityd, arbetskultur och patientens kommunikativa begränsningar.

Informanterna framförde även en tydlig skillnad mellan utbildningens utformning och verkligheten.

**Slutsats:** De blivande operationssjuksköterskorna framförde positiva erfarenheter och syn på perioperativ dialog med möjlighet till en personcentrerad vård. Däremot framkom det hinder och en bristande användning av dialogen, vilket försvårar för operationssjuksköterskan att skapa en värdig och personcentrerad vård för patienten.

**Nyckelord:** perioperativ dialog, perioperativ, personcentrerad vård, operationssjuksköterska, operationssjukvård, blivande operationssjuksköterskor, erfarenheter, upplevelser

## Abstract

**Background:** Previous studies prove how the perioperative dialogue provides the patient with a care of higher standard through continuity in the perioperative process between the perioperative nurse and the patient. The perioperative dialogue comprises an establishment of a relationship between the nurse and the patient as a fundamental value in order to increase well-being, security and possibility for the patients involvement in its own care. The relationship contributes towards an increase in competence and knowledge for the surgical nurse.

**Purpose:** The purpose of this study is to examine pre-graduate surgical nurses' experiences and views on the perioperative dialogue during their internship.

**Method:** This study was based on semi-structured interviews from six pre-graduates studying the Specialist Nursing Programme in Perioperative Care at the University of Gothenburg.

**Results:** The result is presented according to the findings of three main categories; "*Positive views on and experiences with the perioperative dialogue*", "*Obstacles for perioperative dialogue*" and "*Education and implementation in the workplace*". Results show that the pre-graduates find potential in the perioperative dialogue for an improved and beneficial care for the patient. However, there has been an inadequate usage of the perioperative dialogue in the working environments. Several obstacles has been identified as reasons for the poor usage including lack of time, working culture, patients' communicative limitations and different attitudes towards the dialogue. The pre-graduates also stated that there was an obvious difference between the reality and the education's learning goals for the perioperative dialogue.

**Conclusion:** The pre-graduates mentioned advantages and had positive experiences with the perioperative dialogue for a better opportunity to work with patient-centred care. However a lack of quality in the perioperative dialogue has been identified as a result from multiple obstacles, which evidently prevents surgical nurses from providing a worthy and patient-centred care.

**Keywords:** perioperative dialogue, perioperative, patient-centred care, surgical nurse, theatre nurse, surgical care, experience, pre-graduate

# Innehållsförteckning

Inledning	7
Bakgrund	8
Operationssjuksköterskans ansvar	8
Den perioperativa dialogen	8
Personcentrerad vård genom perioperativ dialog	10
Problemformulering	11
Syfte	12
Metod	12
Studiedesign	12
Urval	12
Datainsamling	13
Dataanalys	14
Forskningsetiska överväganden	15
Resultat	16
Positiv syn och erfarenheter av perioperativ dialog och personcentrerad vård.	17
Potential med perioperativ dialog	17
Personcentrerad vård	17
Hinder för perioperativ dialog	18
Tidsbrist	18
Attityd	19
Arbetskultur	19
Kommunikativa begränsningar	20
Utbildningen och tillämpning i verksamheten	20
Verkligheten i förhållande till utbildningen	20
Möjlig utveckling av perioperativ dialog	21
Diskussion	21
Metoddiskussion	21
Studiedesign och urval	21
Datainsamling och dataanalys	22
Resultatdiskussion	23
Slutsats	26

Referenslista	27
Bilaga I Forskningspersonsinformation	31
Bilaga II Intervjuguide	34

## Inledning

Perioperativ dialog är idag ett kommunikationsverktyg som används inom operationsverksamheter och följer patienten genom hela den perioperativa processen före-, under- och efter operation. Den perioperativa dialogen har i syfte att delaktiggöra, informera och förbereda patienten i samband med en operation. Perioperativ dialog skapar förutsättningar för operationspersonalen att skapa en perioperativ process utifrån den enskilde individens behov och därigenom arbeta med personcentrerad vård. Idag bedrivs operationsverksamheter med kravet att effektivisera vården utifrån kvantitet snarare än ett personcentrerat förhållningssätt. Enligt Socialstyrelsens Statistikdatabas har antalet operationer inom slutenvården i Sverige ökat med ca 30 % på 18 år samtidigt som antalet operationspersonal minskat med strax under 15 % (Socialstyrelsen 2015; Socialstyrelsen, 2016). Dagens vård har inte sänkt kraven på vårdpersonalens arbetsrutiner utan snarare tvärtom, vilket har resulterat i en bristfällig vård och ett lidande för patienten (Pulkkinen, Junttila & Lindwall, 2016).

Utbildningen undervisar den blivande operationssjuksköterskan i att bedriva en personcentrerad vård, vilket verkligheten inte alltid uppvisar. Under verksamhetsförlagd utbildning har vi erfarenhet av en bristfällig användning av den perioperativa dialogen i operationssjuksköterskans profession. Verkligheten speglar inte utbildningens lärandemål vilket kan ha en påverkan på den blivande operationssjuksköterskans inställning till en kommunikation och användning av den perioperativa dialogen med patienter i framtiden. Därför har vi valt att fördjupa oss inom detta område och undersöka blivande operationssjuksköterskors erfarenheter och syn på den perioperativa dialogen under verksamhetsförlagd utbildning.

# Bakgrund

## Operationssjuksköterskans ansvar

Operationssjuksköterskans ansvar vilar på en etisk värdegrund med avsikt att göra gott och bidra till en hälsofrämjande vård men samtidigt ha förmågan att utöva den makt som medföljer ansvaret gynnsamt och inte för egen vinning (von Post, Frid, Kolvered & Madsen, 2005; Wallinvirta, 2017). Inom ramen för operationssjuksköterskans ansvar rymmer även bland annat att säkerställa patientens identitet och bevara patientsäkerheten, bemästra instrumenthantering, anpassa arbetet efter ingreppets art, korrekt hantering av medicintekniska produkter i en högteknologisk miljö m.m. (Riksföreningen för operationssjuksköterskor, 2011; Myklestul Dåvøy, Hansen & Hege Eide, 2012). Operationssjuksköterskans skall även medverka till att effektivisera vården genom ett personcentrerat omvårdnadsarbete anpassad för patienten (Rudolfsson, Hallberg, Ringsberg & von Post, 2003).

En väletablerad kontakt mellan patient och sjukvårdspersonal skall enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) främjas av personalen. Den kontakt som utvecklas tillsammans med patienten på operation sker inledningsvis genom en perioperativ dialog. Perioperativ innebär den pre-, intra- och postoperativa fasen inom operationssjukvård. Enligt lärandemålen på specialistsjuksköterskeutbildning inom operationssjukvård (Göteborgs Universitet, 2018) skall den unika individens behov tas hänsyn till. Den perioperativa dialogen skapar möjlighet för operationssjuksköterskan att utforma en vård anpassad efter den unika patientens behov och önskemål (Kolvered, Öhlén & Åkesdotter Gustafsson, 2012). Det finns även beskrivet att de blivande operationssjuksköterskorna skall kunna motivera kontinuitetens värde i den perioperativa vården. Kompetensbeskrivningen för operationssjuksköterskor (2011) påtalar att kommunikation med patienten skall bygga på respekt för att bevara patientens integritet och därigenom möjliggöra för delaktighet, men även stötta och vägleda patienten i att uppnå ett välbefinnande.

## Den perioperativa dialogen

Den perioperativa dialogen innebär kommunikationen som operations- och anestesistjuksköterskan för med patienten i samband med operationens tre faser pre-, intra- och postoperativt (Lindwall & von Post, 2008a). Kommunikation innebär budskap som förmedlas verbalt eller icke-verbalt med hjälp av tecken och signaler mellan minst två personer. Professionell kommunikation, den mellan patient och personal, syftar till att förstå patienten, hjälpa patienten och gemensamt fatta beslut (Eide & Eide, 2009). Kommunikation kan ges i uttryck med kroppsberöring i form av en stödjande hand på patienten. En stödjande hand förmedlar en förståelse för det obehag patienten kan uppleva vid exempelvis kateterinsättning. Det kommunikativa stödet kan även innefatta samtal, ögonkontakt, gester



och ansiktsuttryck. Genom dessa kommunikationsmetoder visar operationssjuksköterskan sitt stöd och bekräftar patientens känsla av otrygghet på operationsverksamheten (Kolvered, Öhlén & Åkesdotter Gustafsson, 2012).

Den perioperativa dialogen har som utgångspunkt att lindra lidande, skydda patientens värdighet, skapa välbefinnande och förbereda patienten inför operation. Dialogen ger patienten möjlighet att få förtroende och gemenskap med sjuksköterskan. När den perioperativa sjuksköterskan följer patienten genom operationens tre faser utvecklas ett sammanhang och en helhet för patientens vård (von Post, Frid, Kolvered & Madsen, 2005; Rudolfsson, von Post & Eriksson, 2007a; Rudolfsson, von Post & Eriksson, 2007b).

Vanligen sker det preoperativa mötet med patienten avskilt i en lugn miljö. Mötet möjliggör för patienten att dela sin berättelse samt förmedla tankar och känslor inför operationen med personalen med utrymme för att få sina frågor besvarade (Lindwall & von Post, 2008b; von Post, Frid, Kolvered och Madsen, 2005). En perioperativ dialog bör ej styras av utfrågningar och checklistor. Ett öppet samtal eftersträvas för att undvika objektifiering av patienten (Ekman & Norberg, 2013; Lindwall & von Post, 2008a). Patientberättelsen är en central del av den perioperativa dialogen som kommer forma den process patienten skall genomgå perioperativt (von Post, Frid, Kolvered & Madsen, 2005; Lindwall, von Post & Bergbom, 2003).

I den intraoperativa fasen befinner sig patienten på operationssalen. Patienten följs och möts av samma perioperativa sjuksköterskor för vidare samtal och genomförande av den planering som upprättades vid det första mötet (von Post, Frid, Kolvered & Madsen, 2005). I ett flertal studier framkommer det att patienten kände sig som en person och inte ett objekt till följd av den redan etablerade kontakten preoperativt (Lindwall & von Post, 2008a; Lindwall, von Post & Bergbom, 2003; Lindwall, Lindberg, Daleberg & von Post, 2010; Rudolfsson, Hallberg, Ringsberg & von Post, 2003). Det preoperativa mötet medför ur patientens synvinkel ett förtroende för de välkända ansiktena i den intraoperativa fasen, vilket underlättar och minskar obehag för patienten (von Post, Frid, Kolvered & Madsen, 2005)

Under den postoperativa fasen, då operationen är avklarad är det av vikt att operationssjuksköterskan kan avsluta dialogen med patienten. Med en postoperativ dialog kan operationssjuksköterskan förmedla, utvärdera och informera patienten om det som genomförts. En postoperativ dialog ger möjlighet för ett värdigt avslut (von Post, Frid, Kolvered & Madsen, 2005; Lindwall & von Post, 2008a; Pulkkinen, Junttila & Lindwall, 2016). Enligt Bäckström, Wynn & Sørli (2006) uppskattar patienten en dialog med operationssjuksköterskan i synnerhet postoperativt eftersom patienten saknar information av någon som varit aktiv i ingreppet. Det framkommer dessutom att operationssjuksköterskan har ett intresse av att vara delaktig i patientens kommunikativa omvårdnad men saknar

resurser för att vara det (Lindwall, Lindberg, Daleberg & von Post, 2010; Blomberg, Bisholt, Nilsson & Lindwall, 2015).

## Personcentrerad vård genom perioperativ dialog

Personcentrerad vård ligger till grund för omvårdnadsarbetet och i det arbetet skall en vård formars utifrån en helhetsbild av patienten i fokus. En omfattande del av personcentrerad vård involverar patientens delaktighet och att bevara dennes resurser och behov genom att bilda en relation mellan patient och vårdgivare (McCormack & McCance, 2006; GPCC - Centrum för personcentrerad vård, 2017). Enligt GPCC - Centrum för personcentrerad vård (2017) används tre nyckelbegrepp inom personcentrerad vård; *partnerskap*, *patientberättelse* och *dokumentation*. *Partnerskapet* betonar vikten av en ömsesidig respekt för varandras kunskap som skiljer sig mellan patient och vårdgivare men bildar tillsammans en helhet för att forma en personcentrerad vård. Vidare är patientberättelsen en förutsättning för att arbeta personcentrerat. *Patientberättelsen* skall bidra till och resultera i en vårdplan med målsättningar och strategier för att uppnå dessa mål (GPCC - Centrum för personcentrerad vård, 2017). Den perioperativa dialogen är en förutsättning för att kommunikativt skapa och avsluta en vårdplan eftersom den bidrar till att en relation bildas med patienten och tillåter patienten att förmedla sin berättelse som sedan följs under perioperativa dialogens tre faser. En bristfällig dialog innebär en bristfällig relation som resulterar i en bristfällig vård för patienten. McCormack & McCance (2006) beskriver hur en kommunikation mellan vårdgivare och patienter ökar patientens trygghet, värdighet och välbefinnande eftersom den skapar förutsättning för personcentrerad vård och en kontinuitet i omvårdnadsarbetet. För en fullgod kommunikation krävs av sjuksköterskan en förmåga att bevara sin profession men samtidigt ha en social kompetens för att involvera och skapa ett gemensamt förtroende med patienten. Viktigt för personcentrerad vård är dessutom att sjuksköterskan visar engagemang och självsäkerhet och är samtidigt lyhörd för patientens behov (McCormack & McCance, 2006). Vårdplanen som konstruerats utifrån patientberättelsen skall dokumenteras och därmed kunna följas mellan alla instanser då den personcentrerade vården inte skall vara personbunden till en specifik individ bland vårdpersonalen. Därav är det tredje nyckelbegreppet "*dokumentation*" en avgörande faktor för att bevara en personcentrerad vård för att bibehålla de målsättningarna som tidigare fastställts (McCormack & McCance 2006; GPCC - Centrum för personcentrerad vård, 2017).

Inom en operationsverksamhet använder anesthesi- och operationssjuksköterskan en perioperativ dialog med patienten för att tillsammans med patienten utforma en personcentrerad vård (McCormack & McCance, 2006; Kolvered, Öhlén & Åkesdotter Gustafsson, 2012). Studier visar att en väl utövad perioperativ dialog med en personcentrerad grund bidrar till ökat välbefinnande och tillfredsställelse för patienten (McCormack & McCance, 2006; Pulkkinen, Junttila & Lindwall, 2016; Bäckström, Wynn & Sørli, 2006). Patientens behov och resurser är en styrande faktor för personcentrerad vård i det perioperativa arbetet för det kan förstärka patientens självbestämmande och stödja

patienten i att hitta motivation till återhämtning och hantering av den vård som givits (Lindwall & von Post, 2008a; Wallinvirta, 2017; Ekman & Norberg, 2013). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) skall sjukvårdspersonal skapa förutsättningar för att patientens självbestämmande och integritet respekteras. Den professionella operationssjuksköterskan använder omvårdnadsprocessen för att involvera patienten i den perioperativa omvårdnaden (Bäckström, 2013). I omvårdnadsprocessen är den perioperativa dialogen ett viktigt instrument som underlättar för operationssjuksköterskan att arbeta personcentrerat och tillåter utrymme för patientens delaktighet. Patientens delaktighet i den perioperativa dialogen är en förutsättning för att bibehålla kontinuiteten (McCormack & McCance, 2006; Rudolfsson, von Post & Eriksson, 2007b; Pulkkinen, Junttila & Lindwall, 2016; Lindwall, Lindberg, Daleberg & von Post, 2010). Kontinuiteten medför att patienten känner sig respekterad som en unik individ med värdefull betydelse för behandlingen. Att kontinuiteten inte bryts grundar sig i operationssjuksköterskans vilja och intresse för att bevara den perioperativa dialogen. Kontinuiteten ger den perioperativa sjuksköterskan en ny dimension av arbetet, vilket bidrar till en mer engagerad och kompetent sjuksköterska (Rudolfsson, Ringberg & von Post, 2003; Pulkkinen, Junttila & Lindwall, 2016; Lindwall, von Post & Bergbom, 2003; Lindwall & von Post, 2008a). En engagerad, intresserad och professionell operationssjuksköterska har förmågan att driva kollegor till en positiv attityd till förändring och kan påverka hur operationsverksamhetens utformning skapar förutsättningar för att operationssjuksköterskan och medarbetarna bistås med tid och möjlighet för att utöva en personcentrerad vård genom att finna lösningar för att föra en perioperativ dialog. En förändring kräver nödvändigtvis inte ett utökat behov av tid utan snarare en justering av verksamhetens rutiner. Kravet för att uppnå detta ligger i händerna på de auktoritära rollerna som chefer och organisationer där tid och resurser skall spenderas för en värdig vård. Organisationernas finansiella restriktioner med en målsättning för en effektivare produktion av operationsfall anses idag överväga vårdkvaliteten (Kilvered, Öhlen & Åkesdotter Gustafsson, 2012; Sandelin & Gustafsson, 2016).

## Problemformulering

Specialistsjuksköterskeprogrammet inom operationssjukvård på Göteborgs Universitet har lärandemål som stödjer en kommunikation baserad på personcentrerad vård som exempelvis kan yttra sig i form av en perioperativ dialog. Under verksamhetsförlagd utbildning på olika operationsverksamheter har vi observerat huruvida relationen mellan operationssjuksköterskan och patienten framträder och det blir uppenbart att kommunikationen mellan patienten och operationssjuksköterskan är mycket begränsad. Vår upplevelse är att dialogen består av ett kort möte pre- eller intraoperativt där information relevant för operationen inhämtas. Utifrån våra erfarenheter i samband med verksamhetsförlagd utbildning upplevs det sällan att den perioperativa dialogen är ett arbetssätt som är i bruk för sitt ändamål. Utifrån denna observation finns ett intresse av att undersöka blivande operationssjuksköterskors syn på den perioperativa dialogen. De kommer trots allt vara involverade i att förändra och forma den framtida

operationssjukvården och operationssjuksköterskans roll. Frågan är huruvida den blivande operationssjuksköterskan upplever perioperativ dialog som ett arbetssätt för att uppnå personcentrerad vård.

## Syfte

Syftet med studien är att undersöka blivande operationssjuksköterskors erfarenheter och syn på den perioperativa dialogen med patienten under verksamhetsförlagd utbildning.

Följande frågeställningar inkluderas för att besvara och precisera syftet:

- Vad anser de att dialogen har för fördelar och nackdelar?
- Vilka uppfattningar har den blivande operationssjuksköterskan av perioperativ dialog?
- Vilka hinder och möjligheter finns det till dialog?
- Finns det ett intresse att använda sig av den perioperativa dialogen?
- Hur skall en optimal perioperativ dialog se ut?

## Metod

### Studiedesign

Forskningsmetoden för denna studie var en kvalitativ intervjustudie. Data analyserades baserad på en kvalitativ innehållsanalys (Elo & Kyngäs, 2008). En kvalitativ intervjustudie ger informanterna möjlighet att förmedla subjektiva erfarenheter på en djupare nivå. Dessa erfarenheter förmedlas verbalt samt icke-verbalt med ansiktsuttryck och gester vilket underlättar för intervjuaren att tolka och skapa en djupare förståelse för informanternas berättelse. En djupare förståelse och tolkning under intervjun medför att följdfrågor ställs anpassat efter vad som förmedlats under intervjun men också för att undvika en strukturerad intervjustudie där informanterna begränsas till att förmedla styrda och koncisa svar (Kvale, Brinkmann & Torhell, 2014). En utförlig redovisning av urval, datainsamling och analys eftersträvades för att en hög kvalitet av studien skulle upprätthållas (Elo & Kyngäs 2008).

### Urval

I urvalsförfarandet har det genomförts en sökning efter en grupp individer som kan svara på studiens syfte. Ett typiskt urval valdes, vilket innebär att individer som kan representera och är "typiska" för det fenomen som studeras eftersöks och inkluderas i studien (Kvale, Brinkmann & Torhell, 2014; Polit & Beck, 2016). Det typiska urvalet i denna studie involverade studenter på specialistsjuksköterskeprogrammet inom operationssjukvård, därav togs det kontakt med dem via en gemensam grupp på social media där en informationstext

publicerades för att framföra studiens syfte och dess behov av gruppmedlemmarna. Samtliga studenter fick möjligheten att medverka i studien, totalt visade sex informanter intresse för ett deltagande. Ytterligare informanter som visade intresse för denna studie uteslöts då möjligheten för att genomföra en dataanalys med fullgod kvalitet under denna tidsperiod inte hanns med. Dock visade inte ytterligare studenter ett intresse för ett deltagande i denna studie. Totalt sex informanter var fördelaktigt för denna studie framför allt på grund av tidsbegränsningen för magisteruppsatsen men vi ansåg även att datan kunde hanteras med kvalitet med endast sex informanter. Urvalet hade olika bakgrund i form av kön, ålder och erfarenheter från olika operationsverksamheter under verksamhetsförlagd utbildning för att bidra till en ökad variation bland informanterna. Vi har valt att utesluta informanternas bakgrundsinformation i studien för att bevara deras säkerhet och anonymitet (Polit & Beck, 2012). Kravet på informanterna var minst 4 veckors erfarenhet från verksamhetsförlagd utbildning på en operationsverksamhet med minst en operationssjuksköterska som handledare, detta med anledning av att skapa förutsättningar för tillåta ett bredare urval i studien då de flesta genomgått en period på minimum 4 veckor på verksamhetsförlagd utbildning. Efter att ett önskvärt antal informanter inkluderades i studien erhöll samtliga varsin forskningspersonsinformation (bilaga I) några dagar på förhand inför intervjun. Därefter anordnades ett intervjutillfälle varpå samtycke till studien insamlades innan intervjuerna påbörjades.

## Datainsamling

Datainsamlingsmetoden för detta arbete var en semistrukturerad intervjuemetod där informanterna under intervjun fick öppna frågor för att berätta fritt och med hjälp av följdfrågor utveckla det som berättades för att hålla fokus på studiens syfte. Den semistrukturerade intervjun följde en intervjuguide som innehöll frågor som ställdes till varje intervjuperson men inte nödvändigtvis i samma ordning (bilaga II) (Kvale, Brinkmann & Torhell, 2014). Intervjuerna utformades för att möjliggöra för intervjupersonen att öppna sig och delge en större bild av sin berättelse. Svaren skall vara tillräckligt omfattande för att nå ett djup och ge en trovärdig tolkning av det som intervjupersonen delar med sig. Av vikt är att tillåta intervjupersonen vara en central källa för datainsamlingen under intervjun och som intervjuare agera som ett vägledande verktyg för att hjälpa intervjupersonen fokusera på det som efterfrågas (Kvale, Brinkmann & Torhell, 2014). Intervjuerna spelades in som ljudfiler och markerades med siffror. Längden på intervjuerna varierade mellan 12 och 29 minuter.

Informanterna intervjuades enskilt av oss båda på en avskild plats på universitetet, de blev dock erbjudna att själva välja lokal för deras bekvämlighet men det uttrycktes det inget behov för. När intervjuerna avslutades erbjöds informanterna möjlighet att läsa sina intervjuer efter att de transkriberats. Detta med anledning av att ge informanterna möjlighet, om så önskades, undersöka huruvida de uttryckt sina svar och eventuellt överväga deltagandet i studien, vilket ingen informant uttryckte.

## Dataanalys

Den insamlade datan analyserades med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Vid en induktiv ansats utförs en opartisk analys av datan, vilket är lämpligt när området är relativt outforskat (Elo & Kyngäs, 2008). I enlighet med Elo & Kyngäs (2008) utförde vi vår studie i tre faser vilka var förberedelse-, organiserings- och rapporteringsfasen. I förberedelsefasen transkriberades intervjuerna ordagrant, vilket gjorde intervjumaterialet mer anpassat för närmare analys av textens innehåll. Efter att intervjuerna var utskrivna lästes de igenom flera gånger för att skapa en helhetsbild och en känsla för texten, vilket underlättades då vi medverkade under intervjun tillsammans. Meningsbärande enheter eftersöktes i intervjumaterialet som svarade till studiens frågeställningar och syfte. I organiseringsfasen fördes dessa meningsbärande enheter över till en tabell för att enklare få en översikt av datamaterialet. De meningsbärande enheterna koncentrerades ner till kondenseringar. Vid kondensering förkortades texten ned utan att förlora innehåll och innebörd, med syfte att göra text mer hanterbar. Därefter skapades koder av det som tedde sig vara kärnan i kondenseringen. Koder som framkom var exempelvis *verkligheten förhåller sig inte till utbildningen* och *tiden begränsar möjlighet till perioperativ dialog*. Dessa koder resulterade först i subkategorier utifrån likheter och olikheter och därefter i huvudkategorier utefter likvärdig innehåll i kategorierna. Att skapa kategorier och mönster är en central del i en kvalitativ innehållsanalys (Elo & Kyngäs, 2008). Denna process skedde i ett tätt samarbete mellan oss båda, då det var viktigt att vi hade samma förståelse för vad som skulle lyftas ut från intervjumaterialet. Kvale, Brinkmann & Torhell (2014) menar att resultatet med fördel kan bearbetas av minst två personer för att undvika personliga värderingar. Forskningsresultat särskiljer sig enligt Elo & Kyngäs (2008) utifrån författarnas analytiska förmågor, insikter och kompetens. Av vikt var att belysa våra egna erfarenheter och syn på detta område och ämne och samtidigt bibehålla personliga värderingar utanför informanternas framförande under intervjuerna.

I rapporteringsfasen utarbetades ett resultat utifrån kategorierna, vilket syftar till att ge en sammanfattad och bred beskrivning av det område som vi valde att studera. En förståelig och tillförlitlig beskrivning av innehåll utarbetades till vardera kategori. Genom citat från intervjuer, som presenteras i resultatet, ökar tillförlitligheten i den beskrivande texten. Elo & Kyngäs (2008) menar dock att om det finns fler citat än författande text, är analysprocessen vanligtvis ofullständig. Även tabeller och bilagor hjälper till som en länk mellan data och resultat (Elo & Kyngäs, 2008).

Följande tabell är ett exempel på dataanalysens utformning:

Tabell 1.

<b>Meningsbärande enhet</b>	<b>Kondensering</b>	<b>Kod</b>	<b>Subkategori</b>	<b>Huvudkategori</b>
Jag kan uppleva att skolan ger sken av att det finns mer luft i operations-schemat än vad jag upplevt att det varit när jag har varit ute på praktik. Att det är ganska pressat. Att det tillkommer oftare komplikationer eller andra saker som gör att det drar ut på tiden	Skolan har inte förberett oss för verklighetens svårigheter och tidspressen	Verkligheten förhåller sig inte till utbildningen	Verkligheten i förhållande till utbildningen	Utbildning och tillämpning i verksamheten
Utan tyvärr, så är det- är det en helt annan tidspress på eh liksom att man när man tittar på operations-schemat att man ska hinna med och det finns inte den tiden helt enkelt.	Upplevelse av tidsbrist som hinder för perioperativ dialog	Tiden begränsar möjlighet till dialog	Tidsbrist	Hinder för perioperativ dialog

## Forskningsetiska överväganden

Forskning bör bedrivas inom viktiga områden med fokus på väsentliga frågor (Vetenskapsrådet, 2002). Denna studie undersöker ett ämne inom Vårdvetenskap och Hälsa med inriktning mot operationssjukvård. Tidigare forskning visar att operationssjuksköterskor och patienter upplever fördelar med en perioperativ dialog. Däribland en trygg patient och en engagerad operationssjuksköterska. När vi uppmärksammade att detta arbetssätt användes begränsat ute i verksamheten önskade de att utforska detta område ytterligare. Att inte ta del av fördelar som perioperativ dialog bidrar till, kan medföra en risk. Det finns därmed en nytta med denna studie.

Enligt lagen om etikprövning (SFS 2003:460) finns inget krav på en forskningsetisk prövning vad gäller en magisteruppsats. Vi har dock genomgående under forskningsprojektets gång utgått från ett forskningsetiskt förhållningssätt utifrån Vetenskapsrådets (2002) forskningsetiska principer. De forskningsetiska principerna består av 4 grundläggande krav; informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjandekravet.

Det har utformades en forskningspersonsinformation utifrån en stödmall enligt Centrala Etikprövningsnämnden (u.å.) som sedan tilldelades informanterna några dagar på förhand för att ge informanterna möjligheten att överväga och fundera över deltagandet i studien. Informanterna var välinformerade om att deltagandet i studien var frivilligt och de kunde när som helst avbryta deltagandet utan krav eller vidare konsekvenser.

Innan intervjuerna inleddes hämtades samtycke in från informanterna. När samtycket hade skrivits på delgavs även muntlig information om studien med utrymme för informanterna att ställa frågor och begära förtydligande kring forskningsarbetet. Samtycket från informanterna dokumenterats i skrift och omhändertogs konfidentiellt. Enligt Personuppgiftslagen (SFS 1998:204) har endast data och personuppgifter som är relevant och adekvat i förhållande till syftet använts. Efter att intervjumaterialet uppnådde sitt syfte och examensarbetet blev godkänt kasserades samtliga datamaterial. Vi har inte uttryckt sig om personerna på något sätt som skulle äventyra informanternas identitet.

## Resultat

Resultatet redovisas utifrån tre huvudkategorier med tillhörande subkategorier enligt nedan:

Tabell 2.

Huvudkategorier	Subkategorier
Positiv syn och erfarenheter av perioperativ dialog och personcentrerad vård	Potential med perioperativ dialog Personcentrerad vård
Hinder för perioperativ dialog	Tidsbrist Attityd Arbetskultur Kommunikativa begränsningar



Utbildning och tillämpning i verksamheten	Verkligheten i förhållande till utbildningen Möjlig utveckling av perioperativ dialog
---	--

Positiv syn och erfarenheter av perioperativ dialog och personcentrerad vård.

### **Potential med perioperativ dialog**

Informanterna i studien uttryckte att en bättre bild kunde skapas av patienten genom en relation med en och samma operationssjuksköterska som följde patienten i den perioperativa processen genom en dialog. Genom att följa patienten menade de att de skulle kunna utforma omvårdnaden efter patientens behov. En informant uttryckte positiva känslor över att genom den postoperativa dialogen få möjlighet till feedback om hur patienten mådde och utvärdera given vård.

*”Jag kände.. när jag var på postop den dagen så träffade jag en farbror som låg kvar från dagen före, och det kändes superbra att få prata med honom dagen efter och se att han stod på benen och att det kommit igång och fungera och vi pratade o hans fru. Att få det.. då sydde man ju ihop säcken på nått sätt. Och det är ju otroligt sällan som man som operationssjuksköterska har den dialogen” (3)*

En större del av informanterna ansåg att en perioperativ dialog kunde vara betydelsefullt för patienten och anhöriga. Den perioperativa dialogen bidrog till en patient som fick vara delaktig i sin vård och kände en trygghet i den för patienten ovana operationsmiljön. Det framkom dock att informanterna hade en bild av att patienten inte uppfattade om det var en operationssjuksköterska som höll i den perioperativa dialogen eller om det var en anestesijüksköterska. De påpekade även att patienten troligen inte visste vad de hade att förvänta sig, och var i och med det ovetande och opåverkade.

*”Jag tror att det bara är en positiv effekt på patienten tack vare att det blir en kontinuitet, att träffa kanske en och samma människa som följer dig då före, under och efter operation” (6)*

### **Personcentrerad vård**

Informanterna beskrev att de i sina framtida roller som operationssjuksköterskor vill jobba med patienten i fokus. Majoriteten var övertygade om att den perioperativa dialogen skulle öka deras möjligheter till att arbeta personcentrerat.

*”Det är ju alltså. Det är ju viktigt med den perioperativa dialogen, då blir det ju personcentrerat. Då har du ju fullt fokus på patienten eller på patienten som är där. Och då kan du ju liksom rikta dina frågor till den personen. Ah eh inte utifrån någon mall utan du*

*kan verkligen ställa de frågorna eller besvara just de frågorna personen har. Så det är ju väldigt...otroligt viktigt” (2)*

Vid tillfällen då en begränsad tid fanns för dialog beskrev en informant det enligt följande:

*”Det blir ju inte personcentrerat alls för att om jag som operations- öh- syrra bara liksom ser till att titta på pappret och tycker att, ja men mina frågor är redan ställda och inte behöver ens prata med patienten förutom att säga “hej hej” - det är ju inte personcentrerat” (6)*

## Hinder för perioperativ dialog

Det framkom av informanterna att det fanns ett flertal hinder för operationssjuksköterskan att ha en perioperativ dialog med patienten. Bland dessa ingick tiden som en avgörande faktor i större delen av arbetet, men även patientens kommunikativa begränsningar, arbetskulturen på operationsverksamheten samt operationssjuksköterskans inställning, attityd och prioriteringsförmåga var andra bidragande faktorer som förhindrade en perioperativ dialog.

### **Tidsbrist**

Informanterna påpekade ett flertal gånger tidsbristen som ett hinder för att kunna genomföra det omvårdnadsarbete operationssjuksköterskan är ämnad till att göra. För att ha en perioperativ dialog krävs att tid och engagemang investeras i patienten. Tidsbristen som informanterna upplevde berodde på ett flertal faktorer men främst berodde det på täta byten i operationsschemat där det är avgörande för verksamheten att slutföra samtliga planerade operationer. Tidspressen var en upplevd erfarenhet från informanternas sida men det var även uppenbart att tiden hindrade operationssjuksköterskorna från att arbeta personcentrerat, istället var de tvungna till att arbeta hastigt för att snabbt påbörja nästa operation. Däremot framkom det enligt informanterna att det skedde felprioriteringar i arbetet. Felprioriteringar i operationssjuksköterskans arbetsuppgifter begränsade möjligheten till perioperativ dialog. En informant beskrev det som:

*“Det som nämndes var att man inte hann. Man prioriterade att städa efter föregående ingrepp eller, eller att man höll på att ställa iordning inför det ingrepp som skulle göras. Det var det som oftast användes som argument till att man inte gick ut tillsammans med anestesijuksköterskan till preop.. och gemensamt hälsa på patienten där.” (4)*

Den perioperativa dialogen mellan operationssjuksköterskan och patienten saknade kontinuitet och ansågs ibland vara obefintlig som resultat av tidsbristen. Snarare låg fokus på att intraoperativt inhämta viktig information från patienten för att säkerställa

patientsäkerheten. Informanterna har varit på flera olika operationsverksamheter och berättar dock att det finns en skillnad på tidspressen beroende på var man befann sig.

### **Attityd**

Operationssjuksköterskan arbetar i en högteknologisk miljö med begränsat utrymme för att arbeta med omvårdnad. Detta arbetssätt var önskvärt för ett flertal av operationssjuksköterskestudenter som också valt yrket av denna anledning.

*“[...] det finns ju folk som är väljer det och bli operationssjuksköterska för att ej ha så mycket patientkontakt. Så jag tror att lite grann ens grundinställning bidrar till hur viktigt man tycker att det är.” (2)*

Somliga av informanterna upplevde att operationssjuksköterskorna hade en negativ attityd till perioperativ dialog och valde därför att avstå från den. Dessutom upplevdes det som att den erfarna operationssjuksköterskan inte såg ett behov av perioperativ dialog, denna observation varierade dock beroende på individen. Därav prioriterades inte perioperativ dialog även om det skulle finnas tid för det. En informant beskriver det på följande sätt:

*“Men jättemånga säger, “nämen vi har inte tid, vi ska förbereda inför nästa operation” och så.. förbereder de inte riktigt inför nästa operation. Så frågan är om de kanske bara är ointresserade.” (5)*

*“Öhh där tycker väl vad jag har sett hitintills inte finns så stort intresse av dialog, [...] men det man ser att det verkar som att de flesta är rätt nöjda med att träffa patienten på sal och sen är det bra.” (6)*

### **Arbetskultur**

Vid ett flertal tillfällen påpekade informanterna en bristfällig arbetskultur som hinder för perioperativ dialog. Det upplevdes som att ansvarsfördelningen var otydlig mellan anesthesi- och operationssjuksköterskan. De nämnde att anesthesisjuksköterskor framtog operationssjuksköterskors ansvarsuppgifter i den perioperativa dialogen. Detta tolkade informanterna som okunskap för varandras roller men även som att anesthesisjuksköterskan försökte avlasta operationssjuksköterskan. Informanterna uppfattade att de övriga i operationsteamet inte ansåg operationssjuksköterskan ha en nödvändig roll i den perioperativa dialogen, utan snarare att den rollen var tekniskt inriktad och irrelevant för perioperativ dialog. Dessutom fanns det motstånd till förändring i verksamheten. Till följd av detta begränsades möjligheten för operationssjuksköterskan att ha en perioperativ dialog. Det påpekas även att det behöver nödvändigtvis inte vara operationssjuksköterskan som har en perioperativ dialog, så länge någon hade den;

*“Jag tycker inte att det spelar så stor roll vem som skapar relation med patienten..eller vem som pratar med den. Utan huvudsaken är att någon gör det. Och på de platser jag har varit är det mest anestesijuksköterskan” (1)*

Informanterna hade tankar om att anestesijuksköterskan förespråkade en gemensam perioperativ dialog för att förhindra upprepning men också för att inge trygghet och skapa mindre förvirring för patienten. Informanterna ansåg att operationssjuksköterskan har en unik roll med värdefull kunskap som inte går att tillgå från någon annan än möjligtvis läkaren. Rollen som operationssjuksköterska upplevs vara ej utbytbar av informanterna men de påtalar att medarbetarna inte delade denna syn.

### **Kommunikativa begränsningar**

Informanterna påpekade att vid nedsatt kommunikationsförmåga begränsades operationssjuksköterskans möjlighet till att ha en perioperativ dialog. Inom operationsverksamheter blir patienter utsatta för starka läkemedel som sederar och smärtlindrar. Patientens tillstånd kan då vara ett hinder för perioperativ dialog, informanterna framförde dock att det var viktigare för patienten att erhålla läkemedel inför operation än att behöva vara kommunikativ.

### Utbildningen och tillämpning i verksamheten

#### **Verkligheten i förhållande till utbildningen**

Flera informanter menade att utbildningen underströk vikten av att ha en perioperativ dialog. Dock fann de under sin verksamhetsförlagda utbildning att perioperativ dialog inte användes i dess fulla form. De fick sällan träffa patienten annat än inne på operationssal för dialog. Det framkom att de var medvetna om skillnaden som fanns mellan utbildning och verksamhet, men de önskade ingen ändring av utbildningen, trots den bristfälliga användningen av perioperativ dialog. De ansåg att det var bra att lära sig om perioperativ dialogen. Det fanns dock önskemål om att justera verksamheten för att bättre kunna använda en perioperativ dialog, då de flesta hade ett intresse och en önskan om att ha en mer betydelsefull roll i den perioperativa dialogen.

*”det förhåller väl sig inte riktigt som vi lär oss i skolan utan det är naturligtvis skolans intention att- de vill ju att vi ska ha med oss så mycket som möjligt- att det är viktigt att se till hela patienten. Det här med personcentrerad omvårdnad. Både att man- att man får en bild av hur det har sett ut innan, varför- varför det- varför är patienten hos mig idag och hur kommer det att gå sen [...]” (6)*

*”Ja jag är nöjd med en grunden jag har fått, men däremot finns det otroligt mycket att jobba på i verkligheten” (3)*

## Möjlig utveckling av perioperativ dialog

De fanns dem som inte kände ett behov av att använda den perioperativa dialogen, dock önskade flertalet ha en mer betydelsefull roll i den perioperativa dialogen. De hade ideer om ett ändrat arbetssätt för att få möjlighet till att prioritera en perioperativ dialog. Som tidigare nämnts framkom förslag om en gemensam perioperativ dialog som kunde hållas tillsammans med anestesijuksköterskan och övriga operationsteamet. Detta skulle hindra återupprepningar för patienten. Informanterna trodde att anestesijuksköterskor skulle ha en positiv inställning till att samarbeta kring den perioperativa dialogen. Förändringar i verksamhet som gav utrymme för perioperativ dialog gällande tid efterfrågades av informanterna.

*”Ja det skulle vara att det skulle finnas en rutin och en avsatt tid för mig att faktiskt tillsammans med narkos gå och prata med patienten innan. Kanske inte på vårdavdelning, det känns ju svårt att gå iväg, men kanske på operations-mottagningen eller där dom ligger och väntar i sänghallen eller så.. att man går tillsammans. Man har sitt samtal där patienten känner att den får känna sig trygg med vilka som är med under ingreppet och att den får lov att uttrycka sina tankar och förväntningar” (3)*

En av informanterna såg att nyexaminerade operationssjuksköterskor kunde vara en tillgång i verksamheterna, för att implementera och ifrågasätta rådande arbetssätt:

*”Eftersom jag är ung och oskriven, så det är nu jag tror att man kan implementera det. Att det är svårare om man väl hinner komma in i sin yrkesroll. Att ändra både sitt arbetssätt, arbetsmönster och tankesätt då” (4)*

## Diskussion

### Metoddiskussion

#### Studiedesign och urval

Fördelen med informanterna i denna studie är att det fanns skillnader i deras bakgrund gällande kön, ålder och erfarenhet, vilket kan vara betydelsefullt med aspekt på överförbarheten på en större population. En större population innefattar en grupp individer med varierande bakgrund, vilket informanterna i denna studie hade. Det är dock högst osannolikt att en grupp på sex individer kan representera samtliga studenter i landet som studerar till att bli operationssjuksköterskor. Däremot är det möjligtvis överförbart på studenter som studerar till operationssjuksköterska på Göteborgs Universitet under samma tidsperiod som studien genomfördes. En svaghet i urvalet är att den kortvariga tidsperioden för examensarbetet begränsade ett ökat utrymme för en mer omfattande studie där ett utökad antal informanter hade inkluderats, detta har påverkan på giltigheten. Däremot kan

trovärdigheten styrkas med det faktum att urvalet bestod av informanter med en variation i bakgrunden som fördelaktigen kan resultera i en rikare data (Elo & Kyngäs, 2008). Det skulle därmed vara intressant att genomföra en fullskalig studie i en större del av landet för att jämföra och undersöka resultatet med denna studie.

Vi genomgick samma utbildning som informanterna i urvalet. Informanternas relation till oss kan ha en viss påverkan på resultatet. En relation kan medföra en känslomässig skyldighet till att bidra. Det upplevdes dock som att deltagandet inte påverkades av emotionella värderingar. Ett avslappnat kroppsspråk tolkades som att informanterna inte upplevde ett krav eller behov av att vara oss till lags. Ett neutralt bemötande i tal och kroppsspråk ansågs förstärka vår önskan att få oreflekterade svar. Det tydliggjordes dock innan intervjuerna påbörjade vad syftet med studien var för att få informanterna att förstå vad som var relevant att förmedla, dock med deras personliga metoder i form av språkbruk och gester. Intentionen var vid inledningen av intervjun att framföra att deras syn och erfarenheter var accepterade hur de än valde att svara. Med hänseende till att vi hade en relation till informanterna upplevde vi att informanterna kunde öppna upp sig och berätta utförligt och fritt om sina upplevelser utan att påverkas av nervositet eller liknande. I enlighet med riktlinjer från Vetenskapsrådet (2002) informerades informanter om att den insamlade datan skulle behandlas konfidentiellt och de informerades även om att de kunde avbryta deltagandet när de ville. Detta bidrog troligen till att upplevde en trygghet och vågade öppna upp sig.

### **Datainsamling och dataanalys**

Datainsamlingen genomfördes med intervjuer, med en intervjuguide som grund. Enligt Kvale, Brinkmann & Torhell (2014) skall svaren vara tillräckligt omfattande för att nå ett djup och ge en trovärdig tolkning av det som intervjupersonen delar med sig. Provintervjuer hölls oss emellan för att identifiera att syftet besvarades med hjälp av de frågor som utformats till intervjuguiden. Vid intervjuerna var vi båda närvarande, för att hjälpas åt med struktur och för att fånga upp behov av passande följdfrågor. Det upplevdes som en tillgång för oss och informanterna tedde sig bekväma med detta upplägg. Under intervjuens gång var det av vikt att se till att informanterna tolkade frågorna rätt. När feltolkningar uppmärksammades, gjordes förtydningar av frågor. Eventuellt kunde en öppen fråga omformuleras och bli snävare. Dock upplevde vi att svaren trots det fick komma fritt. Vi hade genom vår pågående utbildning till operationssjuksköterskor och genom litteraturgenomgång inför studien en förförståelse för forskningsområdet. Våra tidigare och gemensamma erfarenheter av den perioperativa dialogen med informanterna kan bidra till en känsla av att berätta fritt och avslappande och inte känna behovet av att anpassa sig efter intervjuarens bristfälliga erfarenhet, vilket upplevdes av oss som positivt. Vår syn på den perioperativa dialogen kunde, om den förmedlades till informanterna, troligen påverka dem. Därför försökte en neutral ton hållas vid intervjuerna utan att uttrycka personliga erfarenheter och syn på den perioperativa dialogen. Även i analysarbetet arbetade vi för att

förförståelsen inte skulle ha inverkan på tolkningen av intervjumaterialet. För att undvika påverkan på intervjumaterialet med våra personliga värderingar, kompetens och insikt utfördes analysarbetet gemensamt och diskussioner oss emellan hölls kontinuerligt. När det finns en medvetenhet om personliga värderingar, kompetens och insikt bidrar det till att de kan separeras från dataanalysen. Detta är ett hot i alla kvalitativa analysmetoder menar Elo & Kyngäs (2008).

## Resultatdiskussion

Det framkom i resultatet flertalet fördelar vid användning av den perioperativa dialogen. Informanter beskrev att den perioperativa dialogen skulle öka deras möjligheter till att arbeta personcentrerat. Tidigare forskning visar beröra blivande operationssjuksköterskor och deras erfarenhet av personcentrerad vård i det perioperativa sammanhanget som nästintill obefintlig. Det finns dock studier där blivande sjuksköterskor i grundutbildningen betonar vikten av att ha en närmare kontakt och möjlighet till kommunikation för att arbeta personcentrerat (Fawcett & Rhynas, 2014; Currie et al., 2015). En intimare relation med patienten för att lära känna och förstå denne och dess anhöriga visar hur sjuksköterskan bildar en mer mänsklig syn och undviker objektifiering av patienten, vilket lätt förekommer på en operationsverksamhet där patienter befinner sig bland den perioperativa personalen under en kortvarig period och inte alltid i ett vaket tillstånd. I en perioperativ dialog bildas en nära kontakt med patienten och skapar förutsättningar för att nå ett djup i relationen med vårdgivaren. Det möjliggör för operationssjuksköterskan att forma omvårdnaden utifrån patientens behov. En perioperativ dialog kan bidra till en känsla av trygghet och lugn för patienten i en främmande operationsmiljö då en relation har skapats och den perioperativa sjuksköterskan blir ett igenkännande ansikte trots de kortvariga mötena i den perioperativa dialogen (Arakelian, Swenne, Lindberg, Rudolfsson & von Vogelsang, 2016).

Forskning framför att blivande sjuksköterskor i grundutbildningen upplevde personcentrerad vård som ett verktyg för en etisk och värdig vård för patienten där omvårdnadsarbetet sträcker sig utöver de medicinska och administrativa arbetsuppgifterna (Fawcett & Rhynas, 2014). Det innebär att initiera en relation och kommunicera med patienten för att se den unika individen utifrån dennes tankar och känslor för att utforma en vård anpassad efter den unika individen genom att vara lyhörd och bekanta sig vid denne. Det beskrivs dock att utmaningar i vården kan agera som hinder till en personcentrerad vård då arbetsuppgifterna som åligger sjuksköterskans ansvar prioriteras före patientens personliga behov och önskemål. Det visar hur trots den blivande sjuksköterskans intresse och förmåga till en värdig och personcentrerad omvårdnad möter barriärer och hinder för att genomföra den (Fawcett & Rhynas, 2014). Operationssjuksköterskans arbetsmiljö och arbetsuppgifter skiljer sig mellan den som finns på en vårdavdelning, däremot bistår deras skyldighet och ansvar för patienten likväl oavsett vårdverksamhet. Informanterna har uppmärksammat hinder för operationssjuksköterskorna att utöva en perioperativ dialog. Den perioperativa dialogen medför en nära patientkontakt och underlättar för att arbeta med personcentrerad

vård, vilket även begränsades på en operationsverksamhet då operationssjuksköterskan saknade resurser för att prioritera arbetsuppgifterna utifrån patientens personliga önskemål.

Informanterna uttryckte en önskan om att arbeta för en patient som var delaktig i sin vård. I vår studie framkom det även att informanter genom feedback och utvärdering av vården fick en chans att "knyta ihop säcken". Tidigare forskning har med intervjustudier studerat den perioperativa dialogens påverkan på patienter och styrker att en väl utförd perioperativ dialog med en personcentrerad grund bidrar till ett ökat välbefinnande och en ökad tillfredsställelse för patienten då denne är delaktig och får möjlighet till avsluta dialogen med den perioperativa sjuksköterskan (McCormack & McCance, 2006; Pulkkinen, Junttila & Lindwall, 2016; Bäckström, Wynn & Sørлие, 2006). När patienten har givits möjlighet att själva kunna påverka sin egen vård har detta medfört en känsla av trygghet och välbefinnande. Att operationssjuksköterskan, som en aktör i omvårdnadsarbetet och den personcentrerade vården, stödjer patienten i ett deltagande i den perioperativa dialogen bevarar även patientens integritet och autonomi. Patienterna känner sig därmed trygga och säkra i att överlämna ansvaret i den perioperativa sjuksköterskans händer (Arakelian, Swenne, Lindberg, Rudolfsson & von Vogelsang, 2016; McCormack & McCance, 2006). Därutöver visade resultatet från en tidigare studie att kontinuitet i patientkontakt även skapar en ny dimension av arbetet, vilket bidrar till en mer engagerad och kompetent sjuksköterska som skapar förutsättningar för en utveckling i operationssjuksköterskans profession (Rudolfsson, Ringberg & von Post, 2003).

Det fanns bland informanterna i denna studie en uppfattning om att patienten uppskattade en perioperativ dialog för dess fördelar, dock framkom det att informanterna hade delade meningar om huruvida patienten hade en uppfattning om vilken perioperativ sjuksköterska det var som stod ansvarig för dialogen och om det hade någon betydelse. Detta innebär nödvändigtvis inte att operationssjuksköterskans roll i dialogen är mindre viktig. I tidigare studier finns det beskrivet att patienter påtalar ett behov av en operationssjuksköterska i den perioperativa dialogen eftersom operationssjuksköterskan arbetar nära operatören och har ett aktivt deltagande på operationen (Bäckström, Wynn & Sørлие, 2006; Pulkkinen, Junttila & Lindwall, 2016). Detta konstaterar vilken betydelse tydligheten i den perioperativa sjuksköterskans roll har för operationssjuksköterskan i omvårdnadsarbetet.

Denna studie påvisar hur den perioperativa dialogen har sina fördelar för patientens vård men har trots detta ett motstånd från flera olika håll. Motståndet sker både medvetet och omedvetet på individ- och organisationsnivå. Dessutom framförde informanterna i vår studie en personlig upplevelse från deras sida och erfarenhet av bland operationssjuksköterskorna en varierad attityd till dialogen, vilket kan ha en avgörande betydelse för hur det perioperativa arbetet kommer att fortskrida i framtiden. Detta stämmer överens med tidigare studier som beskriver operationssjuksköterskans attityd och intresse till en närmare kommunikation med patienten som både positiv och negativ (Von Post, Frid, Kolvered & Madsen, 2005; Lindwall, Lindberg, Daleberg & von Post, 2010; Blomberg, Bisholt, Nilsson



& Lindwall, 2015). Perioperativa sjuksköterskor som saknar intresse för perioperativ dialog visar motstånd till förändring och strävar efter att bevara gamla rutiner. Det påtalas dock att perioperativa sjuksköterskor som besitter större kunskap om och är utbildade inom perioperativ vård visar en positivare inställning till dialogen i jämförelse med de som saknar utbildning. Att förändra en bristfällig kunskap och kompetens kräver inte mycket resurser, men det är sällan något organisationerna prioriterar oavsett om det fanns resurser för det eller inte (Von Post, Frid, Kolvered & Madsen, 2005).

Utöver intresset och inställningen som en hindrande faktor till perioperativ dialog påpekades även tidsbristen, arbetskulturen och patientens tillstånd som hinder för perioperativ dialog. Tidigare forskning överensstämmer med detta påpekande där personal på operation har intervjuats och besvarat enkäter angående den perioperativa dialogen och påpekar samma hinder som framkommer i vår studie (Von Post, Frid, Kolvered & Madsen, 2005; Rudolfsson, Hallberg, Ringsberg & von Post, 2003; Rudolfsson, Ringsberg & von Post, 2003). Som resultat av tidsbristen krävs av operationssjuksköterskorna en förmåga att prioritera det väsentliga som är avgörande för en patientsäker operation, vilket hämmar operationssjuksköterskan från att utföra en fullgod och personcentrerad vård. I resultatet framkommer dock att även om det fanns utrymme för en dialog prioriterades den nödvändigtvis inte.

En bristfällig arbetskultur visar att otydlighet i arbetsfördelningen resulterar i ett bristfälligt samarbete mellan perioperativa sjuksköterskor. Det upplevdes av informanterna som att anestesissjuksköterskans arbetsuppgifter inte korrelerade med operationssjuksköterskans vilket försvårade operationssjuksköterskans möjlighet till att prioritera en perioperativ dialog med patienten. Medan anestesissjuksköterskan extuberar och åker vidare med patienten står operationssjuksköterskan och kontrollerar och färdigställer instrument. Informanternas upplevelse av det bristfälliga samarbetet med anestesissjuksköterskan samstämmer med tidigare forskning (Sandelin & Gustafsson, 2016). Sandelin & Gustafsson (2016) genomförde en intervjustudie för att finna en förståelse för operationssjuksköterskors erfarenhet av teamarbete. Operationssjuksköterskorna påpekade en känsla av utanförskap, framför allt genom att anestesissjuksköterskan yrkade som ensamt ansvarig i patientens omvårdnad genomgående under de tre perioperativa faserna, varpå möjlighet till en perioperativ dialog mellan operationssjuksköterska och patient uteslöts. De upplevde att möjligheten för att arbeta personcentrerat och ha närmare kontakt med patienten fråntogs dem. Deras roll upplevdes av teamet vara oväsentlig i omvårdnaden och snarare tekniskt inriktad.

Flertalet informanter påpekar behovet av förändring i arbetsrutiner för möjliggöra för en perioperativ dialog mellan operationssjuksköterska och patient, vilket enligt ett flertal studier kräver omorganisering på organisationsnivå (Bäckström, Wynn & Sørli, 2006; Von Post, Frid, Kolvered & Madsen, 2005). En tidigare studie (Herd & Rieben, 2014) genomförd i Baltimore, USA hade implementerat en ny metod för att utöva perioperativ dialog.

Metoden innefattar ett införande av en ny yrkesroll i syfte att bibehålla kontinuiteten i den perioperativa dialogen. Yrkesrollen skulle utövas av en perioperativ sjuksköterska som aktivt förmedlar kommunikationen mellan patienter, anhöriga och operationsteamet. Studien visade ett framgångsrikt utfall varvid forskningspersonerna fick en positivare inställning till perioperativ dialog då den nya metoden underlättade för en bättre kommunikation mellan samtliga parter. Detta medförde ett ökat samarbete inom operationsteamet och en ökad tillfredsställelse av given vård ur patientens, anhöriga och personalens synvinkel.

Specialistsjuksköterskeprogrammet inom operationssjukvård på Göteborgs Universitet (2018) har lärandemål som stödjer den perioperativa dialogen som kommunikationsverktyg baserad på personcentrerad vård. Informanterna i studien förklarade att vikt lades på den perioperativa dialogen under utbildningen. Dock fann de under placeringen i verksamheterna att perioperativ dialog inte användes i dess fulla form. De fick sällan träffa patienten annat än inne på operationssal. Informanterna i denna studie påtalade ett intresse och en önskan om att ha en utökad och mer betydelsefull roll i den perioperativa dialogen med patienten. Vi tolkade att denna inställning kunde grunda sig i utbildningens utformning och informanternas bakgrund som allmänsjuksköterskor där patientkontakten och kommunikationen ansågs vara ett viktigt redskap för en patientnära kontakt och därigenom utforma en personcentrerad omvårdnad och en en delaktig patient.

## Slutsats

Informanterna i studien hade en samlad bild om att den perioperativa dialogen har en stor potential för att kunna arbeta med personcentrerad vård. Den perioperativa dialogen gynnar både patient och operationssjuksköterska, men de blivande operationssjuksköterskorna mötte samtidigt hinder till att utöva den under verksamhetsförlagd utbildning. Informanterna hade erfarenhet av att operationssjuksköterskorna hade en varierad inställning och attityd till perioperativ dialog, likväl som bland informanterna själva, vilket kan påverka användningen av dialogen. Det finns en skillnad mellan utbildningens utformning och verksamhetens arbets sätt. De blivande operationssjuksköterskorna är medvetna om denna skillnad men har ingen önskan om en förändring på utbildningen. Denna medvetenhet kan vara till fördel för deras profession och är en betydande faktor för den framtida operationsvårdens utveckling. Utbildningen förespråkar en ansvarsfull roll som operationssjuksköterska för att genomföra en värdig och personcentrerad omvårdnad för patienten. Då operationssjuksköterskans profession faller inom ramen för en personcentrerad omvårdnad bör det läggas en större vikt på att undersöka vilka möjligheter det finns för att utöva perioperativa omvårdnadshandlingar. Vi anser att det bör studeras vidare på utbildningens och verklighetens bristfälliga korrelation samt undersöka vilken betydelse detta har för operationssjuksköterskans framtida profession i omvårdnadsarbetet.

## Referenslista

Arakelian, E., Swenne, C. L., Lindberg, S., Rudolfsson, G. & von Vogelsang, A. C. (2016). The meaning of person-centred care in the perioperative nursing context from the patient's perspective - an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(17-18), 2527-2544. doi: 10.1111/jocn.13639

Blomberg, A. C., Bisholt, B., Nilsson J. & Lindwall L. (2015). Making the invisible visible--operating theatre nurses' perceptions of caring in perioperative practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 29(2), 361-368. doi: 10.1111/scs.12172

Bäckström, G. (2012). Operationssjuksköterskans profession. I G. Myklestul Dåvøy (Red.), I. Hansen (Red.) & P. Hege Eide (Red.), *Operationssjukvård: Operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad* (s. 29-45). Lund: Studentlitteratur.

Bäckström, S., Wynn, R. & Sørli, T. (2006). Coronary bypass surgery patients' experiences with treatment and perioperative care - a qualitative interview-based study. *Journal of Nursing Management*, 14(2), 140-147. doi: 10.1111/j.1365-2934.2006.00608.x

Centrala etikprövningsnämnden. (u.å.). *Stödmodell forskningspersonsinformation*. Hämtad 2018-04-19, från <https://www.epn.se/goeteborg/om-naemnden/>

Currie, K., Bannerman, S., Howatson, V., MacLeod, F., Mayne, W., Organ, C., ... Scott, J. (2015). 'Stepping in' or 'stepping back': How first year nursing students begin to learn about person-centred care. *Nurse Education Today*, 35(1), 239-244. doi: 10.1016/j.nedt.2014.06.008

Cöster, H. (2014). *Forskningsetik*. Stockholm: Liber.

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), ss. 107-115. <https://doi-org.lib.costello.pub.hb.se/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>

Ekman, I & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård - teori och tillämpning. I A-K. Edberg (Red.), I A. Ehrenberg (Red.), F. Friberg (Red.), L. Wallin (Red.), H. Wijk (Red.) & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå - teori och tillämpning* (s. 29-61). Lund: Studentlitteratur.

Fawcett, T. J. N. & Rhynas, S. J. (2014). Re-finding the 'human side' of human factors in nursing: Helping student nurses to combine person-centred care with the rigours of patient safety. *Nurse Education Today*, 34(9), 1238-1241. doi: 10.1016/j.nedt.2014.01.008

GPCC - Centrum för personcentrerad vård. (2017). *Personcentrerad vård*. Göteborg: Institutionen för vårdvetenskap och hälsa.

Göteborgs Universitet. (2018). *Studiehandledning. OM3860 Perioperativ omvårdnad inom operationssjukvård 18hp*. Göteborg: Göteborgs Universitet; Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Hämtad från: <https://gul.gu.se/node.do?id=40212219>

Hansen, I., Loraas, L-M. E. & Synnøve Brekken, R. (2012). Hygien och infektionspreventiva omvårdnadsåtgärder. I G. Dåvøy (Red.), P. Eide (Red.), I. Hansen (Red.), M. Midenstrand (Red.), & L. Törnqvist (Red.). *Operationssjukvård : Operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad* (s. 151-200). Lund: Studentlitteratur.

Herd, H. A. & Rieben, M. A. (2014). Establishing the Surgical Liaison Role to Improve Patient and Family Member Communication. *Journal of the Association of Perioperative Registered Nurses*, 99(5), 594-599. doi: 10.1016/j.aorn.2013.10.024

Kelvered, M., Öhlén, J. & Åkesdotter Gustafsson, B. (2012). Operating theatre nurses' experience of patient- related, intraoperative nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 449-457. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00947.x

Kvale, S., Brinkmann, S. & Torhell, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun (3. [rev.] uppl. ed.)*. Lund: Studentlitteratur.

Leinonen, T., Leino-Kilpi, H., Ståhlberg, M. R. & Lertola, K. (2003). Comparing Patient and Nurse Perceptions of Perioperative Care Quality. *Applied Nursing Research*, 16(1), 29-37. doi: 10.1053/apnr.2003.50005

Lindwall, L., Svedlund, A., Daleskog, I. & von Post, I. (2010). Older Patients and the Perioperative Dialogue - A hermeneutical study. *International Journal for Human caring*, 14(3), 28-34.

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

Lindwall, L. & von Post, I. (2008b). Habits in perioperative nursing culture. *Nursing Ethics*, 15(5), 670-680. doi: 10.1177/0969733008092875

Lindwall, L., von Post, I., Bergbom, I. (2003). Patients' and nurses' experiences of perioperative dialogues. *Journal of Advanced Nursing*, 43(3), 246-253. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02707.x

McCormack, B. & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x

Myklestul Dåvøy, G. (Red.), Hansen, I. (Red.) & Hege Eide, P. (Red.). (2012). *Operationssjukvård : Operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Polit, D., & Tatano Beck, C. (2016). *Nursing research : Generating and assessing evidence for nursing practice (10th ed.)*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Pulkkinen, M., Junttila, K. & Lindwall, L. (2016). The perioperative dialogue - a model of caring for the patient undergoing a hip or a knee replacement surgery under spinal anaesthesia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(1), 145-153. doi: 10.1111/scs.12233

Riksföreningen för operationssjukvård. (2011). *Kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterska i operationssjukvård*. Hämtad 12 april 2017, från <http://www.rfop.se/media/1254/kompbeskrivning.pdf>

Rudolfsson, G., Hallberg, L., Ringsberg, K. & von Post, I. (2003). The nurse has time for me: the perioperative dialogue from the perspective of patients. *Journal of Advanced Perioperative Care*, 1(3), 77-84.

Rudolfsson, G., Ringsberg, K. C. & von Post, I. (2003). A source of strength--nurses' perspectives of the perioperative dialogue. *Journal of Nursing Management*, 11(4), 250-257.

Rudolfsson, G., von Post, I. & Eriksson, K. (2007a). The expression of caring within the perioperative dialogue: a hermeneutic study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(6), 905-915. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.02.007

Rudolfsson, G., von Post, I. & Eriksson, K. (2007b). The Perioperative Dialogue - Holistic Nursing in Practice. *Journal of Holistic Nursing*, 21(6), 292-298. doi: 10.1097/01.HNP.0000298613.40469.6c

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

SFS 1998:204. *Personuppgiftslag*. Stockholm: Justitiedepartementet L6.

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

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen (2015). Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2018-05-23, från <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/halsoochsjukvardspersonal>

Socialstyrelsen (2016). Statistikdatabas för operationer i slutenvård. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2018-05-23, från <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/operationerislutenvard>

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

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. doi: 10.1177/010740830502500409

# Bilaga I Forskningspersonsinformation



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Examensarbete på avancerad nivå

*Blivande operationssjuksköterskors syn på den perioperativa dialogen*

## Information till forskningspersonerna

Vi vill fråga dig om du vill delta i ett forskningsprojekt. I det här dokumentet får du information om projektet och om vad det innebär att delta.

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

Operationssjuksköterskor arbetar med personcentrerad vård och i det arbetet skall patientens värdighet, integritet och delaktighet bevaras. Inom en operationsverksamhet kommunicerar anesthesi- och operationssjuksköterskan en perioperativ dialog med patienten för att säkerställa personcentrerad vård. Den perioperativa dialogen är kommunikationen med patienten som är uppdelad i tre faser: före, under och efter operation och är en förutsättning för kontinuitet i patientens operationsförlopp. Till skillnad från anesthesisjuksköterskan har dialogen mellan operationssjuksköterskan och patienter som ska genomgå ett kirurgiskt ingrepp till synes varit väldigt kort och har oftast varit i syfte att få väsentlig information som för operationssjuksköterskan har betydelse på operationen. Den korta dialogen försvårar för operationssjuksköterskan att arbeta utifrån personcentrerad vård. Därför har vi valt att undersöka vilken syn studenter som studerar till operationssjuksköterska har på den perioperativa dialogen med personcentrerad vård som utgångspunkt.

Du blir tillfrågad eftersom du är en student på specialistsjuksköterskeprogrammet inom operationssjukvård på institutionen där vi bedriver forskningen. Dina uppgifter har vi fått tillgång till genom tidigare kontakt via gemensamt utbildningsprogram.

### Hur går studien till?

Som deltagare i studien kommer du att bli intervjuad. Intervjun inriktar sig på dina synpunkter på den perioperativa dialogen utifrån personcentrerad vård. Intervjun beräknas pågå ca 30 min.

## **Möjliga följder och risker med att delta i studien**

Ditt deltagande i studien medför inga risker eller negativa konsekvenser.

## **Vad händer med mina uppgifter?**

Intervjun spelas in och kommer att skrivas ut ordagrant för att sedan analyseras. Det insamlade materialet kommer att bevaras så att obehöriga inte kan ta del av det, i enlighet med personuppgiftslagen. Materialet kommer att avidentifieras. Det kommer att ske med hjälp av en kodnyckel som endast ansvarig för studien har tillgång till. Ingen enskild individ kommer därmed kunna urskiljas ur studiens resultat.

## **Hur får jag information om resultatet av studien?**

Studien kommer att publiceras som en magisteruppsats på GUPEA (Gothenburg University Publications Electronic Archive) som finns på Göteborgs Universitets hemsida; <https://gupea.ub.gu.se/> och kommer att finnas tillgänglig att läsa om det så önskas.

## **Deltagandet är frivilligt**

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför, och det kommer inte heller att påverka dig eller din position som student.

## **Ansvariga för studien är:**

Hanna Götberg  
gusgotbha@student.gu.se  
0737 038710

Susann Ismael Mahmood  
[gusismsu@student.gu.se](mailto:gusismsu@student.gu.se)  
0737 880647

## **Handledare**

Lars-Eric Olsson docent leg. Sjuksköterska Tel: 031-7866038  
E-post: lars-eric.olsson@gu.se  
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa  
Göteborgs Universitet



**Samtycke till att delta i studien**

Jag har fått muntlig och skriftlig information om studien samt fått möjlighet att ställa ytterligare frågor. Jag är medveten om att deltagandet i studien är frivilligt och att det när som helst kan avbrytas utan förklaring samt att det inte kommer påverka den fortsatta vården. Jag lämnar mitt samtycke till deltagande i studien.

Ort och datum: .....

Underskrift: .....

Namnförtydligande:  
.....

# Bilaga II Intervjuguide

## Inledningsfrågor

Vad tycker du om den perioperativa dialogen?

- Vad har du för upplevelser och erfarenheter?
- Hur ser du på fördelar och nackdelar med perioperativ dialog?
- Hur ser du på hinder och möjligheter till perioperativ dialog?

Hur upplever du behovet av en perioperativ dialog?

Hur ser intresset ut för att använda den perioperativa dialogen?

Vad tror du operationssjuksköterskor har för inställning till perioperativ dialog?

Vilken syn tror du medarbetarnas har på din roll i den perioperativa dialogen?

Vad tycker du om tiden för perioperativ dialog?

- Vad fokuserar du på om tiden för kommunikation är begränsad?

Hur tror du att det påverkar patienten?

- Uppfylls patientens behov?
- Upplever du att en personcentrerad vård ges?

Hur tycker du att det förhåller sig till utbildningen?

Hur ser en optimal kommunikation ut perioperativt?

## Följdfrågor

Kan du utveckla?

Kan du berätta mer?

Kan du ge något exempel?

Hur tänker du då?