

# Sedd, Hörd, Trodd, Bekräftad

En litteraturstudie i perioperativ omvårdnadsteori.

Författare	Renée Hellström Lisbeth Sjöstedt
Kurs	Omvårdnad- Självständigt arbete VOM 080 HT 2007
Omfattning	10 poäng
Handledare	Monica Kolvered
Examinator	Joakim Öhlén

Titel: Sedd, hörd, trodd, bekräftad.

	En litteraturstudie i perioperativ omvårdnadsteori.
Titel (engelsk):	Seen, heard, believed, confirmed. A study of literature in perioperative nursing theory.
Arbetets art:	Självständigt arbete, fördjupningsnivå 1
Kurskod:	Omvårdnad - självständigt arbete 1 – VOM080
Arbetets omfattning:	10 poäng
Sidantal:	29
Författare:	Renée Hellström, Lisbeth Sjöstedt
Handledare:	Monica Kolvered
Examinator:	Joakim Öhlén

---

## SAMMANFATTNING

**Introduktion:** Forskning kring omvårdnadsteori har ända sedan Florence Nightingales tid varit aktuell. Utvecklingen har resulterat i många olika riktningar.

**Syfte:** I denna uppsats var vi intresserade av att belysa aktuell forskning av omvårdnadsteoretiska strukturer och vilka tillämpningsmöjligheter samt vilka effekter/konsekvenser dessa kan ha för omvårdnadsinnehållet inom perioperativ omvårdnad.

**Metod:** Genomgång gjordes av vetenskapliga artiklar vilka söktes fram i databaserna PubMed och Cinahl tillika relative links samt genom manuell sökning. Metoden för artikelanalys har präglats av den hermeneutiska spiralen.

**Resultat:** Fyra olika kategorier av perioperativ omvårdnadsteoretisk struktur ur tre olika perspektiv utkristalliserades. Kategorierna är perioperativ dokumentation, perioperativa omvårdnadsmodeller, perioperativ vårdkvalitet/utvärdering och perioperativ dialog. Artiklarna speglar dessa kategorier ur sjuksköterskans, patientens och samspelet mellan de bådas perspektiv.

**Diskussion:** I de olika omvårdnadsteoretiska strukturer som granskats framkom både positiva och negativa sidor. I många avseenden är en teori/modell till stor hjälp men för att kunna bedriva en individuell omvårdnad även i en akut situation krävs ett stort mått av improvisation och fingertoppskänsla samt ett enkelt förhållningssätt där patienten sätts i fokus. Avslutningsvis kom vi fram till att ”sedd, hörd, trodd och bekräftad” är en god arbetsmodell att alltid ha i åtanke vid arbetet i den perioperativa vården.

Genom att fokusera på människan bakom sjukdomen anser vi att vården dessutom blir betydligt mer personlig och innebär större trygghet för patienten och mer tillfredsställelse för den perioperativa sjuksköterskan.

**Keywords:** nursing theory, perioperative nursing, patient focused model.

## FÖRORD

Vi som skrivit denna uppsats är utbildade narkos- respektive operationssjuksköterskor som grundutbildade oss under första hälften av 1970-talet. Vår vidareutbildning ägde rum under andra delen av samma decennium. Under 2000-talet har vi dessutom kompletterat vår kompetens med studier i omvårdnad och operationssjukvård. Våra utbildningar har alltså ägt rum i olika regimer av det svenska utbildningssystemet för sjuksköterskor. Vi har under våra yrkesverksamma år haft funderingar och frågeställningar kring utvecklingen av våra arbetsuppgifter som perioperativa sjuksköterskor. Under årens lopp har det funnits anledning att ställa frågan hur vi som sjuksköterskor kan utveckla den perioperativa omvårdnaden, dvs tiden före under och efter det kirurgiska ingreppet, och våra egna kunskaper i detta ämne.

Vi vill tacka vår handledare Monica Kolvered för att hon stöttat oss under de år som detta arbete pågått. Inte genom påstridighet till forcering utan mer som en moder som puffar sitt barn framåt, då hon sett att barnet varit moget för att ta ytterligare ett steg till utveckling. Genom tålamod och enträgenhet samt många goda råd har denna C-uppsats äntligen blivit verklighet.

Tack Monica

Lisbeth och Renée

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INTRODUKTION</b>	<b>1</b>
<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>TIDSRESAN</b>	<b>1</b>
<b>PERIOPERATIV OMVÅRDNAD</b>	<b>3</b>
<b>OMVÅRDNADSTEORETISKA STRUKTURER</b>	<b>6</b>
<b>SYFTE</b>	<b>7</b>
<b>METOD</b>	<b>7</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>9</b>
<b>PERIOPERATIV DOKUMENTATION</b>	<b>9</b>
<b>PERIOPERATIVA OMVÅRDNADSMODELLER</b>	<b>11</b>
<b>PERIOPERATIV VÅRKVALITET/UTVÄRDERING</b>	<b>13</b>
<b>PERIOPERATIV DIALOG</b>	<b>17</b>
<b>DISKUSSION</b>	<b>20</b>
<b>RESULTATDISKUSSION</b>	<b>20</b>
<b>METODDISKUSSION</b>	<b>26</b>
<b>KONKLUSION</b>	<b>27</b>
<b>REFERENSLISTA</b>	<b>28</b>
<b>BILAGA</b>	

## 1. Artikelpresentation.

# INTRODUKTION

## INLEDNING

Omvårdnadsämnet har vid universitetet fått en egen fakultet och sjuksköterskor runt om i världen har systematiskt forskat och tillskansat sig nya kunskaper och teoretiska arbetsmodeller. Detta har resulterat i en mängd omvårdnadsteorier/modeller som bidragit till att lyfta sjuksköterskeyrket från ett praktiskt till ett teoretiskt plan.

Högskolereformen 1977 innebar att omvårdnadsforskningen fick ökade ekonomiska resurser. I konsekvens med detta blev omvårdnadsforskningen officiellt erkänd (1).

Vi upplever att den teoretiska/akademiska utvecklingen av vårt yrke inte har fått fotfäste i praktiken och att dialogen mellan universitetet och arbetsplatserna har divergerat. Vår uppfattning är att man som handledare och mentorer för studenter och nya kollegor måste vara lyhörd och öppen för nya kunskaper och forskningsrön för att stimulera en gynnsam utveckling av den perioperativa vårdens olika omvårdnadsdimensioner. Omvårdnadsdimensioner såsom patientens läge på operationsbordet för att förhindra uppkomsten av till exempel nervskador, strävan efter normotempererade patienter och aseptik är förvisso viktiga men vi har valt att inte fokusera på dessa i denna uppsats. Den största utmaningen inom perioperativ vård anser vi är att lyckas bibehålla en god kvalitet då det gäller omsorgen om människan bakom sjukdomen.

## TIDSRESAN

Redan på Hippokrates tid och senare i de hippokratiska skrifterna från 410-300 före Kristus spelar kirurgin en viktig roll. Arkeologiska belägg finns för att man t.ex. behandlade bölder, kastrerade, gjorde åderlåtning och andra mindre ingrepp (2).

Den tidigaste referensen till behovet av kirurgisk assistans härrör också från Hippokrates tid. I slutet av 1800-talet hade sjuksköterskeyrket på en operationsavdelning blivit så ansett att det ansågs som en av sjuksköterskornas första specialiteter (3).

Den kirurgiska utvecklingen har ofta gjorts under krig då kirurgin från början utfördes av en fältskär. Under medeltiden och långt in på 1700-talet, var det barberaren som stod för de kirurgiska ingreppen. Utvecklingen av metoder för narkos och lokalbedövning samt antiseptik har varit förutsättningar för den moderna kirurgin. Det var först på 1840-talet som man lyckades lära sig att söva med eter och några år senare även med kloroform. För klinisk användning av curare krävdes det att man först lyckades med att utveckla tekniken för respiratorer, vilka kom på 1900-talet (2).

Under 1840-talet offentliggjordes en mängd nya rön om narkos. Etern började användas och man gjorde även försök att ge analgesi med kväveoxid (lustgas). Ett problem med etern var att den gav upphov till luftrörskatarr som uppkom av kylan då etern förångades. Då det gäller lustgasen så stannade dess användning till nöjesfälten, där man kunde få andas in och förhoppningsvis känna en stunds roligt rus. Forskningen kring kloroform resulterade i att självaste drottning Victoria lät sig bedövas med detta år 1853 vid prins Leopolds födelse. Vid denna tid började man också experimentera med kokainets välkända lokalbedövande effekt och ledningsanestesi blev i slutet av 1800-talet ett begrepp. Det innebar att man injicerade bedövningsmedlet runt den nerv som

innerverade operationsområdet. Pilgiftet curare fördes hem till England av en lantjunkare vid namn Charles Waterton. Han gjorde försök på åsnor och konstaterade att om de fick curare och man gav dem konstgjord andning så överlevde de. Fysiologerna lärde sig under 1930-talet att pilgiftet curare verkade lika på andningsmuskulaturen som övrig muskulatur även hos människor. 1939 började curare användas kliniskt och då främst inom psykiatrin för att dämpa de riskabla muskelkontraktionerna vid el-chockbehandling (2).

Den 21 november 1862 utförs den första kejsarsnittoperationen i Sverige. Det är pigan Anna som erbjuds detta då man konstaterat att hennes bäcken är för trångt för en vaginal förlossning. Hon upplyses om att det föreligger en risk för både henne och barnet. Anna går utan tvekan med på operationsförslaget. Hon förbereds för operation med lavemang och man tömmer urinblåsan med en kateter. Anna sövs ned med kloroform. Barnet visar sig vara friskt och starkt och hämtar sig efter ett par minuter. För Annas del tillstöter komplikationer i form av blödning. Man kämpar för att få livmodern att dra ihop sig. Med hjälp av is lyckas man få stopp på blödningen. Anna har under blodstillningsfasen väckts ur narkosen med öppen buk. Hon får en blandning av buljong och vin att dricka. Efter ungefär en timma kan man suturera buken. Anna får ett morfinpulver mot smärtorna. Dagen efter ammar hon sitt barn. Hon får under dagen tilltagande smärtor och avlider morgonen därpå av enorma väderspänningar. Det är först år 1885 som både moder och barn överlever efter ett utfört kejsarsnitt i Sverige (4).

Enligt Haeger (2) som i sin tur hänvisar till Semmelweis började antiseptiken röna framgångar under mitten av 1800-talet. Semmelweis blev 1846 underläkare på en barnbördsavdelning i Wien. Han noterade att på den avdelning där barnmorskeeleverna skötte förlossningarna var barnsängsfeber betydligt mindre vanlig än på den avdelning där medicinstudenterna verkade. Det kunde vissa månader vara så stor skillnad som 3 % på den ena och 29 % på den andra avdelningen. Han kom till slut på att det berodde på att medicinstudenterna förde bakterier med sig från obduktionssalen till barnbördsavdelningen genom att inte tvätta händerna mellan arbetsuppgifterna på de båda avdelningarna. Dock förblev denna kunskap skeptiskt bemött ända till 30 år senare då Pasteur på ett möte i medicinska akademien i Paris 1879 visade på smittämnet streptokocken.

Florence Nightingale (5) har blivit utgångspunkt för omvårdnadsforskningen i modern tid. Nightingales egen sjukvårdsutbildning bestod av tre månaders vistelse vid en diakonissanstalt i Tyskland. Hennes övriga bildning var gedigen och bestod av klassiska och moderna språk, filosofi, matematik och statistik. Sjuksköterskans utbildning och utveckling påskyndades av Krimkriget. Genom sitt arbete med att vårda soldater under Krim-kriget fick Nightingale tillfälle att praktisera sina idéer om vilken betydelse noggrann hygien och en effektiv organisation hade på soldaternas hälsa och tillfrisknande. Mortaliteten bland de sjuka soldaterna sjönk från 42 % till 2 % under hennes arbete på Krim. Efter hemkomsten från Krim startade Nightingale 1860 en sjuksköterskeskola vid Saint Thomas Hospital i London och grundade där den moderna sjuksköterskeutbildningen med betoning på sjuksköterskans betydelse som omvårdare och undervisare. Nightingale levde under en tid då England industrialiserades. Urbaniseringen ledde till en ökad trångboddhet med dåliga bostäder och bristande sanitära förhållanden. Detta var en bra grogrund för sjukdomar och epidemier. Nightingale verkade under den tid då sjukvårdens möjligheter att medicinskt bota patienterna inte var så stora. Människor led stora umbäranden vad gäller hygien och nutrition. Hon kunde dock göra mycket för att lindra lidande och förhindra död. Systematisk kartläggning av sjukdomsförlopp och idog undervisning av kollegorna gjorde att

sjukdoms- och dödstaten radikalt sjönk. Med enkla åtgärder såsom vädring, noggrann hygien, och adekvat näringsintag bidrog hon till att rädda liv.

Wendt (6) anger följande citat hämtat från Nightingale och hennes syn på sjuksköterskans utbildning:

*”..nursing proper can only be taught by patient’s bedside, and in the sick-room or ward. Neither can it be taught by lectures or by books, though these are valuable accessoires, if used as such; otherwise, what is in the book stays in the book”* (6, sid. 9).

Sjuksköterskan måste även förstå vad hon gör, detta sker genom iakttagelse och reflektion.

*”Observation tells us the fact, reflection the meaning of the fact. Reflection needs training as much as observation”* (6, sid. 10)

Nightingale (5) betonar i sin omvårdnadsteori framför allt patientens fysiska miljö. Rumsventilation, värme, lukt, ljud och ljus är nyckelord i teorin. När den fysiska miljön är så bra som möjligt kan man ägna sin uppmärksamhet åt patientens känslomässiga behov. Samtal med patienten är viktiga. De skall ske i patientens miljö och vara fria från avbrott och utan brådska.

Världskrigen mellan åren 1914-1918 och 1939-1945 hade stor betydelse för utvecklingen av sjuksköterskans yrkesroll, i synnerhet gällde detta operationssjuksköterskans. Sjuksköterskornas rädsla för att denna specialitet skulle försvinna i fredstid och yrket börja ifrågasättas, drev i USA i slutet på 1940-talet fram bildandet av AORN, Association of periOperative Registered Nurses. Motsvarande utveckling skedde i Storbritannien med bildandet av NATN 1964 och 1980 bildades EORNA, European Operating Room Nurses Association (3).

Under 1950- och 60-talet blev behovet av sterilisationsutrustning så stort att sterilcentraler byggdes och dessa hade till uppgift att tillhandahålla sterila instrument, operationskläder och övrig steril utrustning (3).

Under 1930-talet fick operationssköterskorna administrera narkos och vid de större sjukhusen i USA anordnades kortare utbildningar i anestesi. I Sverige kom utbildningar i anesthesiologi först igång på 1950-talet. Fram till 1969 hade en operationssjuksköterska dubbelkompetens, dels i operationssjukvård och dels i anestesivård. Efter 1969 delades utbildningen upp i två olika specialiteter med var sin inriktning (7).

## **PERIOPERATIV OMVÅRDNAD**

Sjuksköterskan har en kvalificerad utbildning i specifik omvårdnad. I hennes/hans ansvarsområde ingår bland annat att ansvara för att de omvårdnadsteoretiska och etiska grunderna för omvårdnadsåtgärder tydliggörs så att de kan ligga till grund för det dagliga arbetet. Häri ingår även att utvärdera den egna verksamheten samt att följa utvecklingen och forskningen inom verksamhetsområdet för att möjliggöra förtrogenhet med och förmedling av nya rön (8). Enligt Socialstyrelsen syftar omvårdnad till att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov, minska lidande

samt ge möjlighet till en värdig död. Liksom all annan vård ges omvårdnad till patienterna på lika villkor utifrån vars och ens behov, oberoende av ålder, kön, utbildning, ekonomi, etnisk bakgrund och religion. Patienten ges möjlighet att delta i beslut om och genomförande av sin omvårdnad. Varje situation är unik och omvårdnaden utformas därför individuellt. Det är viktigt att all personal ser människan i ett helhetsperspektiv och inte enbart inriktar sina insatser på sjukdomstillståndet. Detta innebär att patienten och i förekommande fall de närstående ges möjlighet till samverkan med personalen samt att ta tillvara de egna resurserna. Omvårdnad planeras och genomförs så att patientens självständighet och integritet tillgodoses. Grundläggande för omvårdnaden är ett respektfullt bemötande (8).

Den perioperativa processen är indelad i tre faser, pre-, intra- och postoperativa. Den preoperativa fasen innebär en rad stressfaktorer för patienten. Sjuksköterskans ansvar att förbereda patienten inför operationen omfattar såväl den fysiska som den psykiska delen. Den psykiska förberedelsen kan bestå i att försäkra sig om patientens förståelse av vad som kommer att ske och klargöra eventuella missförstånd. Det är oerhört viktigt att förklara avsikten med olika prover och undersökningar. Patienten skall ges utrymme att uttrycka sina känslor och eventuell osäkerhet. Fysisk förberedelse innebär att assistera patient och läkare under provtagning och undersökning. Insamling av data preoperativt ger information om eventuella komplikationer som kräver omvårdningsinsatser till exempel allergier, eller problem i samband med tidigare ingrepp. Dessa uppgifter och utrymme för dialog mellan patient och vårdare kan ske i den preoperativa dialogen. För akuta patienter finns mindre tid till insamling av information och personalen måste väga vikten av datainsamling mot livsviktiga funktioner som andning och cirkulation.

Den intraoperativa fasen börjar när patienten flyttas över till operationsbordet och avslutas i och med att anesthesi- och operationssjuksköterskorna har lämnat skriftlig och muntlig rapport till den sjuksköterska som tar emot patienten på uppvakningsavdelningen.

Den postoperativa fasen innebär att sjuksköterskan på den postoperativa avdelningen gör en bedömning av patientens tillstånd. Sjuksköterskan frågar patienten om han/hon har smärtor, mår illa eller liknande för att snabbt kunna åtgärda detta lidande (9).

Perioperativ dokumentation kan ske på olika sätt. För operationssjuksköterskan har Periop-VIPS utvecklats med VIPS-modellen (Välbefinnande, Integritet, Prevention Säkerhet) som grund. Fördelen med dokumentation enligt Periop-VIPS är att informationsöverföring underlättas vilket ökar patientsäkerheten och risken för dubbeldokumentation minskar. Aktuella journaluppgifter kan återanvändas och patienten behöver därmed inte ännu en gång besvara frågor som tidigare ställts vid samma vårdtillfälle. En elektronisk journalföring medför också att tiden för patientnära arbete ökar. I dag dokumenterar anesthesisjuksköterskan manuellt i en pappersjournal efter VIPS-sökord, men den medicinsk-tekniska utrustningen är förberedd för en övergång till elektronisk journalföring (10).

PNDIS diagnoser (Perioperative Nursing Data Set) är ett hjälpmedel för perioperativ dokumentation som utvecklats av AORN. PNDIS erbjuder den perioperativa sjuksköterskan ett ramverk för standardiserad dokumentation och förser henne/honom med ett instrument vilket kan användas både i direkt patientvård och för forskning och utvärdering (11).



von Post (12) definierar perioperativ vård som:

*”de vårdhandlingar och vårdaktiviteter som utförs av en anestesi- eller operationssjuksköterska under de pre-, intra- och postoperativa faserna i samband med en patients operation. ”Peri” hänvisar till tiden och vårdaktiviteterna närmast runt omkring patientens operation. Den preoperativa fasen motsvarar patientanalysen och planering av vården, intraoperativa fasen genomförandet av den planerade vården och den postoperativa fasen motsvarar utvärdering i vårdprocessen” (12, sid.73).*

Vårdprocessen grundar sig på mänskliga värden såsom godhet, omtanke, välbefinnande, kärlek och är en samverkan mellan konst, teknologi och vetenskap. En perioperativ sjuksköterska skall i sitt vårdande skydda patientens värdighet, lindra lidande och hjälpa patienten att uppnå en högre grad av hälsa och välbefinnande. *Yrkesparadigmet* innefattar hennes vilja, intresse och kompetens att möta människor som pendlar mellan hopp och förtvivlan, liv och död, längtan och saknad. Yrkesfunktionen styrs av lagar, kompetensbeskrivning och den etiska koden (7).

Den perioperativa dialogen är en anestesi- eller operationssjuksköterskas pre-, intra- och postoperativa samtal med den patient hon/han skall vårda i samband med ett kirurgiskt ingrepp. Syftet med dialogen är att skapa kontinuitet för patienten i den perioperativa omvårdnaden och ge sjuksköterskan möjlighet att arbeta säkrare då hon/han redan känner till patienten och dennes behov. Dialogen ger dessutom sjuksköterskan tillfälle att utvärdera den vård hon/han givit patienten i samband med operationen.

I det preoperativa samtalet möter patienten anestesi- eller operationssjuksköterskan dagen eller dagarna innan operationen. Patienten ges möjlighet att berätta med egna ord om sig själv och sina tankar inför operationen och ställa eventuella frågor hon/han vill ha svar på. Genom detta möte kan sjuksköterskan bygga upp en god relation som är av värde för det fortsatta omhändertagandet och planera den intraoperativa vården.

Det intraoperativa samtalet startar när sjuksköterskan tar emot sin patient på operationsavdelningen för att finnas hos patienten under hela operationen. Patienten känner igen sjuksköterskan som vet hur patienten vill ha det.

I det postoperativa samtalet besöker sjuksköterskan patienten efter operationen. I detta samtal kan patienten få svar på vad som hänt i de fall då denne varit påverkad av läkemedel som gett partiell amnesi. I det postoperativa samtalet utvärderar patienten och sjuksköterskan den perioperativa vårdprocessen och patienten får möjlighet att tacka sjuksköterskan (7).

Rudolfsson (13) framför i sin artikel en modell som beskriver den perioperativa vårdens värdegrund. Begreppen som modellen innehåller är hämtade från teoretiker som Katie Eriksson, Virginia Henderson, Martin Buber och Iréne von Post. Rudolfsson menar att det är viktigt att liksom Eriksson, se hela människan, innefattande kropp, själ och ande. Om vi uppfattar människan som en kropp utan själ och ande, så möter vi människan som en kropp eller delar av en kropp. Människans värdighet berövas om hon fråntas ansvar, frihet att få göra egna val i livet samt rätten att skydda sig mot intrång. En central punkt i Rudolfssons modell är relationen mellan vårdare och patient. Hon baserar sina tankar på Bubers dialogiska princip som poängterar äktheten i den mellanmänskliga relationen. Rudolfsson hänvisar till Buber och menar att förutsättningen för en äkta och närvarande relation med en annan människa är att man har förståelse för varandra. Med utgångspunkt ifrån detta menar Rudolfsson att det i det här

avseendet nog är lika svårt att vara vårdare som att vara patient.

## OMVÅRDNADSTEORETISKA STRUKTURER

Exempel på generella omvårdnadsteoretiska strukturer tillämpbara inom perioperativ omvårdnad är modeller utarbetade av Virginia Henderson, Jean Orlando och AORN.

Virginia Henderson var en av de första sjuksköterskorna som formulerade en definition av omvårdnadens innehåll. Hennes definition av omvårdnadens grundprinciper anger att sjuksköterskans uppgift är att hjälpa patienten med de åtgärder som behövs för att främja hälsa eller tillfrisknande, åtgärder som personen själv skulle ha utfört om han/hon hade kunnat. Allt för att individen skall kunna återfå sitt oberoende. Vad beträffar prioriteringen av vilket behov som är viktigast menar hon att man måste ta hänsyn till patientens egen upplevelse och hur dessa behov bäst kan tillgodoses. Teorierna var ett försök att ge omvårdnaden en ny identitet som stod på egen grund såsom arvet efter Nightingale tolkades. Därmed skulle man frigöra sig från den styrning som den medicinska disciplinen utövade på sjuksköterskornas funktioner och självförståelse. År 1967 hölls i USA ett symposium om omvårdnadsteori som kom att få stort inflytande på den fortsatta utvecklingen. Två olika uppfattningar framkom. Den ena innebar att omvårdnadsteoriens främsta uppgift skulle vara att vägleda och därmed förbättra den praktiska omvårdnaden, vilket skulle kunna uppnås med kvalitativa forskningsmetoder. Den andra uppfattningen förespråkade ett mer naturvetenskapligt synsätt och betonade vikten av att teoriutvecklingen inom omvårdnadsområdet skulle följa samma vetenskapliga kriterier som användes inom andra discipliner såsom psykologi och medicin. Här låg det professionella intresset i att omvårdnad skulle erkännas som en självständig disciplin och därmed få akademisk status (14).

Jean Orlando beskriver omvårdnad som en process som uppstår genom interaktion och ett nära samspel mellan patient och sjuksköterska vid en given tidpunkt, dvs här och nu. Långsiktig planering för att uppnå framtida mål ingår inte i Orlandos omvårdnadsmodell. Orlandos människosyn är humanistisk och dynamisk. Patienten är en aktiv och medansvarig människa och det är viktigt att sjuksköterskan informerar och försäkras sig om att hon förstår patientens situation på ett korrekt sätt. Detta för att kunna vidta rätt åtgärder för att tillgodose patientens behov. Orlandos interaktionsprocess inleds med att sjuksköterskan uppmärksammar patientens beteende som kan vara verbalt eller icke-verbalt och reagerar på detta med en vårdhandling. Hon/han delar sin upplevelse av situationen med patienten innan hon/han handlar. Orlando understryker att valet och genomförandet av en handling skall ske i samarbete med patienten. Sjuksköterskan bör också utvärdera tillsammans med patienten om vårdhandlingen verkligen var effektiv och ändamålsenlig (15).

AORN:s perioperativa patientfokuserade omvårdnadsmodell består av fyra domäner. Tre av dessa domäner är centrala i den perioperativa sjuksköterskans omvårdnadsarbete. De utgörs av perioperativ säkerhet, patientens fysiologiska reaktioner och patientens mentala och känslomässiga reaktioner. Den fjärde domänen omfattar omgivande faktorer såsom utrustning, övrig personal och annat som sjuksköterskan behöver för att ge patienten en god omvårdnad. Erfarna perioperativa sjuksköterskor besitter unika kunskaper att kunna identifiera perioperativa risker och potentiella problem och hon/han har genom dessa kunskaper möjligheter att kunna förebygga riskerna genom omvårdnadsdiagnoser och omvårdnadsåtgärder. Denna

omvårdnadsmodell är, liksom den perioperativa omvårdnaden, resultatfokuserad. Via samarbete med vårdteamet och patienten grundläggs önskvärda omvårdnadsresultat, omvårdnadsdiagnoser identifieras och omvårdnaden genomförs på ett sätt som i första hand strävar efter att tillgodose patientens behov (16).

## **SYFTE**

Syftet med denna litteraturstudie är att belysa aktuell forskning av omvårdnadsteoretiska strukturer och vilka tillämpningsmöjligheter samt vilka effekter/konsekvenser dessa kan ha för omvårdnadsinnehållet inom perioperativ omvårdnad.

## **METOD**

Våra första sökord, *nursing theory* respektive *perioperative care* gav för många träffar och vi bestämde därför att slå ihop dessa i nästa sökning. Eftersom vi försökte hitta artiklar med ett omsorgsperspektiv använde vi också sökordet *caring* i kombination med *operating room nurse* och *anesthesia nurse*. Antalet träffar blev nu hanterbart och vi sållade ut de artiklar som utifrån abstract tycktes motsvara vårt syfte. Ytterligare en begränsande faktor var att de skulle vara publicerade mellan 1996 och 2006 för att spegla aktuell forskning. De utvalda artiklarna studerades i fulltext varvid 13 vetenskapliga artiklar återstod och de fick utgöra vårt resultat. Faktorer som påverkade att det inte blev fler än de 13 utvalda artiklarna var att några av de artiklar vi läste var för svåra att förstå, inte gick att omsätta i praktiken, inte passade in i vårt syfte eller inte var vetenskapligt granskade. De vetenskapliga artiklarna i resultatredovisningen har sökts via databaserna PubMed och Cinahl. En artikel (30) återkom i båda databaserna även med olika sökord. Dessutom fann vi artiklarna med referensnummer 28 och 30 i PubMed under olika sökordskombinationer. I tabell 1 redovisas resultatet av våra sökningar i databaserna. Dessutom har relative links från de utvalda artiklarna använts och manuell sökning har också utförts. Under granskningsprocessen framkom att artiklarna speglade olika perspektiv och vi startade analysen med att dela in texterna utifrån dessa perspektiv. Efter ytterligare granskning såg vi att artiklarnas innehåll också bestod av fyra olika omvårdnadsteoretiska strukturer som mycket väl skulle kunna berika den perioperativa omvårdnaden i praktiken. Artiklarnas perspektiv och innehåll åskådliggörs i tabell 2 som presenteras i resultatet

**Tabell 1. Resultat av sökning i databaser.**

<b>Databas</b>	<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar artiklar</b>	<b>Antal utvalda artiklar</b>	<b>Artiklarnas referensnummer</b>
PubMed	nursing theory	3874		
PubMed	perioperative care	2597		
PubMed	nursing theory and perioperative care	33	5	17, 19, 20, 21, 27
PubMed	caring and operating room	139	2	28, 30
PubMed	caring and operating room nurse	54	2	28, 30
PubMed	caring and anesthesia nurse	25	1	22
Cinahl	nursing theory and perioperative care	6	0	
Cinahl	caring and anesthesia nurse	35	0	
Cinahl	caring and operating room	31	1	30
Cinahl	caring and operating room nurse	12	1	30
Manuell sökning Referenslistor Rel. links			5	18, 24, 25, 26, 29

## RESULTAT

Resultatet grundas på de 13 artiklar som presenteras i bilaga 1. Alla artiklarna sätter patientens välbefinnande och säkerhet i fokus. Fyra kategorier valdes för indelning av artiklarna beroende på omvårdnadsteoretisk struktur. Dessutom visar artiklarna infallsvinklar ur tre perspektiv, sjuksköterskans, patientens och samspelet mellan sjuksköterskans och patientens synsätt. Den första kategorin påvisar vikten av en standardiserad terminologi för en förbättrad och förenklad omvårdnadsdokumentation. Andra kategorin belyser olika perioperativa omvårdnadsmodeller där patienten sätts i centrum. I den tredje kategorin utvärderas den perioperativa vårdkvaliteten. Den fjärde kategorin åskådliggör den perioperativa dialogen och dess betydelse i vården. I tabell 2 visas fördelningen av artiklarnas innehåll och perspektiv.

Tabell 2

	Sjuksköterskans perspektiv	Patientens perspektiv	Sjuksköterskans och patientens perspektiv
	Artikelnummer	Artikelnummer	Artikelnummer
<b>Perioperativ dokumentation</b>	17, 18		
<b>Perioperativa omvårdnadsmodeller</b>	19, 20		21
<b>Perioperativ vårdkvalitet/ utvärdering</b>	22	24, 25, 26	27
<b>Perioperativ dialog</b>	28	29	30

## PERIOPERATIV DOKUMENTATION

Kleinbeck (17) har i sin kvantitativa studie sökt efter terminologi, användbar inom den perioperativa vården och som har till syfte att åskådliggöra sjuksköterskans arbete. Kleinbeck använde sjuksköterskediagnoser som utgångspunkt, hämtade från North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) 1995-1996. Med hjälp av dessa diagnoser sammanställde hon ett frågeformulär ämnat att besvaras av erfarna sjuksköterskor i den perioperativa vården. Detta resulterade i fyra huvudteman utifrån vilka sjuksköterskan kan bedriva sin omvårdnad. De olika teman var: - *patientens och familjens reaktioner på operationen* såsom hopplöshet, själslig stress, beslutsångest och sömnstörningar, - *perioperativ säkerhet* t.ex. förändrad kroppstemperatur, infektionsrisk, risk för kroppsskada på grund av läge under operationen och risk för perifera kärl och nervskador, - *fysiologiska reaktioner* på det kirurgiska ingreppet vilka kan utgöras av försämrad cardiac output, försämrad andning, urinretention och störd vätskebalans, - *patientens mentala och känslomässiga reaktioner* i form av ångest, rädsla, smärtreaktioner och dålig kunskapsnivå om vad som skall hända. Kleinbeck anger att de fyra temana kan användas som

ramverk för sjuksköterskans intention i omvårdnaden och möjliggöra ett strukturerat arbetssätt. Sjuksköterskan ska under det korta mötet med patienten, vilket kan ske vid ett preoperativt samtal innan operationsdagen eller direkt då patienten anländer till operationsavdelningen, överväga flera olika omvårdnadsalternativ beroende på patientens fysiska och psykiska status. Arbetsuppgifterna omfattar ombesörjande av patientsäkerheten samtidigt som hon/han ska ha förmåga att avläsa patientens och anhörigas reaktioner på det ovana och skrämmande som en operation innebär. De fyra temana som författaren utkristalliserade fyller ytterligare funktion inom utbildning och forskning för sjuksköterskor samt kan även utvecklas till ett instrument att mäta vårdkvalitet och kostnadseffektivitet.

Junttila et al (18) har i sin kvantitativa studie granskat perioperativa sjuksköterskors attityder till användandet av omvårdnadsdiagnoser och vilka faktorer som påverkar dessa attityder. För att synliggöra och dokumentera den perioperativa sjuksköterskans arbete behövs ett språk/terminologi som enkelt kan definiera hennes/hans professionella betydelse i patientarbetet. Junttila anger att sjuksköterskestudenter i Finland under sin utbildning får lära sig att dokumentera i enlighet med omvårdnadsprocessen och en bakomliggande omvårdnadsteori. För att kunna genomföra denna arbetsmodell i klinisk verksamhet ville Junttila et al ta reda på sjuksköterskornas inställning till ett liknande arbetssätt. Författarna anger att sjuksköterskediagnoserna hade sitt ursprung i Nordamerika på 1970-talet. Vidare anges att i Sverige är VIPS-modellen (Välbefinnande, Integritet, Prevention, Säkerhet) den mest använda och den har även spridit sig till Danmark och Norge. På Island har man valt att använda NANDA:s nomenklatur. Junttila hänvisar också till att i Sverige har PeriopVIPS (Gustafsson och Kolvered 2003) utarbetats som är en anpassad modell för perioperativ vård i vilken VIPS-modellen är grunden. Junttila et al (18) anger också att tidigare studier har påvisat flera anledningar till att inte använda sjuksköterskediagnoser, t.ex. bristande motivation, otillräcklig kunskap om ämnet, tidsbrist, äldre sjuksköterskors motstånd och oförmåga till förändringar, motstånd från andra yrkesgrupper och oklarheter om diagnosernas användbarhet. Junttila et al använde sig av ett frågeformulär hämtat från Frisch och Kelleys studie (2002) och lät 146 perioperativa sjuksköterskor ta ställning till tjugo påståenden om dessa fem begränsande faktorer. I resultatet framkom att sjuksköterskor som var äldre än 40 år, vars kliniska erfarenhet varierade mellan 10 och 19 år och som både hade påbyggnadsutbildning och tidigare kunskaper om omvårdnadsdiagnoser visade sig ha mest positiv inställning till att använda omvårdnadsdiagnoser. Till skillnad från Frisch och Kelleys resultat visade det sig i Junttila et als studie (18) att omvårdnadsdiagnoserna inte stod i strid med respekten för patienten som unik individ eller interaktionen mellan sjuksköterska och patient. Däremot tyckte sjuksköterskorna i Junttila et als resultat att omvårdnadsdiagnoserna i den perioperativa omvårdnaden inte behövde leda till att man tog avstånd från omvårdnadsprocessen, snarare ansåg man att identifieringen av patientens problem var ett första steg i den processen. Dock menade man att omvårdnadsdiagnoser inte nödvändigtvis behövde användas i det perioperativa arbetet. Det ansågs också svårt att dokumentera den perioperativa sjuksköterskans arbete. Omvårdnadsdokumentationen ansågs generellt sett vara tidskrävande och frustrerande. Dessutom menade man att terminologin inte speglade det man ville uttrycka för att beskriva risker och därmed det skadeförebyggande arbetet som sjuksköterskan utförde, vilket har stor betydelse för omvårdnadsresultatet. Därför menar författarna att PNDIS diagnoser (Perioperative Nursing Data Set) (Beyea 2000, 2002) vidare behöver utvecklas för att passa i det kliniska arbetet. Som riktlinje för detta arbete föreslår Junttila et al att ISO:s (International Organization for Standardization) terminologi för omvårdnadsdiagnoser används.

Dessa två studier utgår ifrån sjuksköterskans perspektiv. Författarna till studierna (17, 18) förefaller eniga i användandet av en standardiserad terminologi för omvårdnadsdokumentation. Dock skiljer sig uppfattningen om huruvida denna terminologi blir tillräcklig för att beskriva sjuksköterskans omvårdnadsarbete.

## PERIOPERATIVA OMVÅRDNADSMODELLER

Rothrock och Smith (19) har i sin artikel beskrivit hur en grupp forskare, utsedd av AORN:s styrelse (Association of periOperative Registered Nurses), inventerat och granskat existerande teorier och modeller för att hitta den bästa teori/modell som kan användas i den perioperativa vården. Utgångspunkten var att den skulle vara logisk, relativt enkel och generaliserbar i olika perioperativa miljöer och bland olika patientgrupper samt användbar i sjuksköterskans praktiska yrkesutövning. Syftet är att underlätta och förbättra vården och att använda teorin/modellen i vetenskapliga sammanhang och som instrument för att öka kunskapsnivån genom möjligheten att testa detta sätt att arbeta. Då dessa fyra kriterier utarbetats analyserades de femton modellerna i Rothrocks artikel enligt Barnums analys av omvårdnadsteorier. I denna analys studerar man kritiskt modellens innehåll utifrån om den är lätt att förstå, konsekvent, tillämpbar både i praktiken och i forskningssammanhang samt om den väl beskriver sjuksköterskans arbetsuppgifter. Forskargruppen kom överens om att AORNs modell utarbetad av Data Elements Coordinating Committee, den perioperativa patientfokuserade modellen, var den som bäst uppfyllde de förbestämda kriterierna. Denna modell sätter patienten i centrum och sjuksköterskan arbetar utifrån fyra domäner. Tre av dem har direkt anknytning till patienten såsom *säkerhet, fysiologiska aspekter och beteendemönster*. Den fjärde domänen innefattar *omgivande faktorer* till exempel all utrustning, övrig personal och annat som sjuksköterskan behöver för att ge patienten god omvårdnad. Trots att man använder sig av sjuksköterskediagnoser för att uppnå gott resultat betonas i denna teori att dessa diagnoser inte får komma i första hand utan viktigare är att först noggrant göra bedömningen av patientens behov i stunden och därefter agera med sina interventioner.

Gillette (20) relaterar i sin artikel till tre omvårdnadsteoretiker, Nightingale, Henderson och Montgomery vars idéer går att översätta till den perioperativa vården med betoning på ordet *caring*. Gillette menar att den perioperativa sjuksköterskans profession har utvecklats från att ha varit uppgiftscentrerad och som doktors hjälpredda till en självständigt vårdande person med patienten i centrum och med en holistisk människosyn. Gillette anger att Nightingales teori baseras på att möta patientens behov av en säker och god fysisk miljö. Exempel på säker miljö är att ha rätt rumstemperatur och luftfuktighet samt utökad rumsventilation på en operationssal vilket bidrar till att minimera riskerna för patienten i form av hypotermi och postoperativa infektioner.

Gillette (20) anger att de fjorton omvårdnadsaktiviteterna i Hendersons teori äger sitt berättigande i den perioperativa miljön. Det handlar först och främst om att tillgodose patientens behov av normal andning, kroppstemperatur och elimination. Patienterna kan ha svårt att uttrycka sin rädsla, oro och sina tankar inför operationen. Därför är det sjuksköterskans uppgift att skapa en vårdande atmosfär för att möta dessa outtalade behov.

Gillette (20) hänvisar i artikeln också till Montgomery som definierar vård/caring som ett tillstånd av naturligt deltagande gentemot medmänniskorna och den kräver personligt engagemang som kontrast till främlingskap, likgiltighet eller ointresse. Denna typ av deltagande

och viljan att sätta sig in i patientens situation i samband med en operation gör att den perioperativa sjuksköterskan lättare kan tillgodose patientens behov genom att hon/han får bättre förståelse för patientens reaktioner och förväntningar. Ett sätt att förmedla denna känsla av deltagande kan vara att utstråla en lugn attityd och hålla patienten i handen vid insomnandet. Gillette (20) menar att man bör göra uppföljningar av patientens erfarenheter av den perioperativa vården som ett led i målet att få patienten snabbt rehabiliterad. Hennes slutledning är att dagens perioperativa sjuksköterskor inte drar sig för att bli känslomässigt involverade i patienterna och därmed få större framgångar än om man bara hade fokuserat på den tekniska delen av yrkesrollen.

Rosenthal (21) testar i sin artikel Orlandos teori i den perioperativa miljön. Eftersom det perioperativa mötet med patienten är kort och intensivt krävs det att sjuksköterskan har en fingertoppskänsla för att läsa av patientens behov. Orlandos teori är tillräckligt allsidig för att användas till denna typ av omvårdnad. Denna teori omfattar enligt Rosenthal fem sammanlänkade begrepp som förser sjuksköterskan med praktiska riktlinjer i vårdsituationen. Den första är den professionella omvårdnadens verksamhet i vilken sjuksköterskan tar reda på patientens omedelbara behov och samtidigt visar att hennes/hans avsikt är att hjälpa patienten. Den andra är patientens beteende, verbalt eller icke-verbalt. Därefter följer sjuksköterskans omedelbara reaktion på patientens beteende. Reaktionerna grundar sig på hennes/hans iakttagelser av patienten, de tankar och känslor som dessa iakttagelser medför. Reaktionerna kan vara av automatisk karaktär och baserar sig då på förhastade slutsatser vilket kan innebära att de inte blir korrekt underbyggda. Medan den något mer reflekterande reaktionen innebär att sjuksköterskan söker mer information för att utforma en omvårdnadsplan. Fjärde begreppet innefattar patientens bekräftande av sjuksköterskans reaktioner. Hon/han delger sina iakttagelser, tankar och känslor med patienten som då får möjlighet att bekräfta eller förkasta dessa reaktioner. Slutligen utvärderas omvårdnadsåtgärderna och sjuksköterskan summerar patientens reaktioner på omvårdnadshandlingen. Med tanke på den snabba tekniska utvecklingen inom den perioperativa vården och dess avhumaniserande effekter behövs omvårdnadsteorier som stimulerar sjuksköterskan att tänka i andra banor. Därför har Rosenthal presenterat följande fallstudie för att illustrera Orlandos interaktionsteori i perioperativt omvårdnadsarbete: En man i 35-årsåldern ska genomgå ett by-pass-kirurgiskt ingrepp på aorta. Två gånger stryks patienten från det planerade operationsprogrammet på grund av att han reagerar våldsamt, både i ord och handling, i samband med överflyttning till operationsbordet. Den perioperativa sjuksköterskan iakttar inför det tredje operationsförsöket att patientens beteende var inkonsekvent. Samtidigt som han betygar att han är lugn inför ingreppet och inte kan förklara sina tidigare reaktioner, trummar han frenetiskt med fingrarna. Sjuksköterskan delar då sin observation med patienten och efter ett tag framkommer det att han är paniskt förskräckt för att bli nedsövd. Sjuksköterskan vidarebefordrar denna information till anestesibarnen, varvid patienten blir opererad i epiduralanestesi och samtidigt tung sedering. Detta fall illustrerar väl Orlandos interaktionsprocess och dess användbarhet i det korta mötet på en operationsavdelning. Rosenthal skriver avslutningsvis att med hjälp av Orlandos teori får sjuksköterskan möjlighet att hjälpa patienterna att sätta ord på sitt beteende och ökar därmed deras förmåga att uttrycka sina behov. Genom att sjuksköterskan kan vidta rätt omvårdnadsåtgärd utifrån patientens behov minskar patientens fysiska och känslomässiga stress och deras välbefinnande ökar.

Dessa tre artiklar utgår framförallt från sjuksköterskans perspektiv men även patientens syn på omvårdnaden speglas. Rothrock och Smith (19) finner i sin studie, efter en omfattande



inventering av befintliga omvårdnadsteorier och modeller som kan användas i den perioperativa vården, en modern omvårdnadsmodell som de anser vara den bästa. Gillette (20) däremot knyter an till tre omvårdnadsteoretiker som inte i första hand associeras med perioperativ vård. Gillette menar att dessa tre teoretiker med sina omsorgsperspektiv ger den perioperativa sjuksköterskan insikt om kärnan i perioperativ omvårdnad och som ger sjuksköterskan en förståelse för patientens behov av trygghet och lugn, samt miljös inverkan på de fysiska parametrarna. Rosenthal (21) prövar i praktiken Orlandos dynamiska relationsteori och beskriver hur den ledde fram till ett positivt omvårdnadsresultat för patienten.

## PERIOPERATIV VÅRDKVALITET/UTVÄRDERING

Larsson och Ekman (22) har i sin fenomenografiska studie undersökt hur nytexaminerade anestesijuksköterskor erfar sin nya profession. Nio av elva tillfrågade deltagare skrev berättelser utifrån fyra öppna frågor. Efter sammanställning och analys av berättelserna framkom tre kategorier, som för dessa anestesijuksköterskor kännetecknade god perioperativ vård och vad de som sjuksköterskor ville leva upp till i sin yrkesroll. Den första kategorin var att bibehålla patientens fysiska välbefinnande. Uppgifterna fokuserades i huvudsak på medicinska och tekniska delar. Sjuksköterskorna menade att denna typ av vård blev mer basal eftersom patienterna till största delen var medvetlösa och inte hade förmåga att kunna förmedla fenomen som kyla, tryck och smärta. De var dock måna om att utstråla lugn och beskrev för patienten vad som skulle ske och tog sig tid att förklara de olika momenten. De nytbildade anestesijuksköterskorna saknade professionellt självförtroende att använda teknisk apparatur som ett hjälpmedel. Istället upplevde de att tekniken styrde dem i sin yrkesutövning. Den andra kategorin var att vara patientens beskyddare och advokat. Sjuksköterskorna var medvetna om patienternas utsatthet och sårbara situation vilket manade fram ansvarskänsla samt etiskt tänkande. En viktig uppgift var att bibehålla patientens integritet och skapa en säker, trygg och lugn atmosfär. Genom dialog mellan patient och sjuksköterska uppnåddes en relation emellan byggd på förtroende. Detta förtroende är viktigt eftersom sjuksköterskan i sin roll har ett stort övertag och patienten har inte annat än att finna sig i att överlämna sin kropp i hennes/hans händer till skillnad från rollsituationen på en vårdavdelning.

*”In fact, they don’t have much to say about their situation in this environment. In contrast, patients in a hospital ward have a great deal of say and are more autonomous, and it is more obvious that they must be shown consideration.”*  
(22, sid. 284).

Tredje kategorin som framkom av studien (22) var att svara upp mot arbetsgivarens krav på effektivitet och vårdproduktion. Sjuksköterskorna tyckte att vårdsituationen var svår och krävande. Hon/han ses i arbetsledningens ögon som extra duktig om produktiviteten ligger på en hög nivå och man tyckte att patienternas behov fick komma i andra hand. De hade gärna sett att de fick mer tid för patienterna för att kunna utföra arbetsuppgifterna på ett mer tillfredsställande sätt. Goda egenskaper hos en anestesijuksköterska menade de nytbildade innefattar teknisk kompetens, snabbhet, vara bestämd, ha goda medicinska kunskaper, vara ledare, ha tålamod, förmåga att förutse situationer (vara ett steg före), vara självständig, ha självförtroende och vara lyhörd. Även om deltagarna i studien ansåg sig ha svårt att leva upp till idealen var de väl medvetna om att alla dessa kategorier är av stor betydelse för att tillgodose patienternas behov. Liksom Benner (23) menar Larsson och Ekman (22) att den nytexaminerade

anestesi/operationssjuksköterskan ser vården ur ett mer sysslöcentrerat och tekniskt perspektiv medan hon/han med mer erfarenhet har förmåga att utgå ifrån patientens behov i högre utsträckning. Larsson och Ekman reflekterar över att ingen berättelse tog upp frågor om sjuksköterskans ansvar med hänvisning till Socialstyrelsens definitioner trots att man i utbildningen diskuterat detta. Inte heller nämndes några tankar kring omvårdnadsteoretiska aspekter och författarna hänvisar i detta sammanhang till Fagerberg et al (1999) och deras studieresultat som visar att nyutbildade har svårt att knyta an till den teoretiska omvårdnadsbakgrund som lagts under studietiden.

Leinonen och Kilpi (24) utförde en granskning av 97 artiklar som handlar om perioperativ vårdkvalitet utifrån patientens perspektiv. 50 artiklar återfanns i Journal of Advanced Nursing, 21 från Nursing Research och de sista 26 hittades i AORN Journal. Artiklarna söktes fram i mars 1997 och sträcker sig tio år tillbaka i tiden. Författarna använde sig av fem frågor som utgångspunkt i sin granskning: Vad innehåller studierna? Vilken typ av teoretisk ansats har använts? Vilket urval har använts? Vilken metod har använts? Vilka är de huvudsakliga resultaten/fynden? Leinonen och Kilpi presenterade resultatet genom att dela in artiklarna i den perioperativa vårdens tre faser, preoperativt, intraoperativt och postoperativt.

Den preoperativa fasen handlar om undervisning och information till patienterna. Genom ökad kunskap fick patienterna lättare att hantera situationen vid operationstillfället och upplevde ökad känsla av kontroll samt minskad oro. Dock visade några av studierna att vissa patienter inte var betjänta av undervisning. Författarna diskuterar också sjuksköterskornas förmåga att identifiera oro och stress hos patienterna. Resultatet visade att dessa kan lindras genom humor, musik och undervisning. En av de granskade artiklarna (Biley 1989) visade att sjuksköterskorna tycktes överdriva patienternas oro - och stressnivå jämfört med vad de i själva verket kände. En av de genomgångna studierna visar att patienterna på det hela taget var nöjda med omvårdnaden. En annan av de granskade artiklarna av Leinonen och Kilpi var Lundgren et al (1993) som i sin studie funnit att 52 % av patienterna var missnöjda eller fick komplikationer av sin PVK (Perifer venkateter). Problemen kunde i vissa fall vara i upptill fem månader efter det att PVK:n tagits bort. Den intraoperativa fasen var den minst studerade i litteraturen. En förklaring till detta menar Leinonen och Kilpi är att patienterna är begränsade att delta i forskningen på grund av premedicinering, anestesi, brist på kunskap, sjukdom och oro. Artiklarna som författarna relaterar till är studier där patienter på ett adekvat sätt utvärderat sjuksköterskans omvårdnad. En av de av författarna granskade studierna (24) och som handlar om den intraoperativa fasen omfattar i huvudsak konkreta omvårdnadsaktiviteter och dess betydelse för patienternas fysiska och psykiska välbefinnande. En parameter som ofta blivit studerad är kroppstemperaturen och man har funnit att tympanisk mätning är den mest känsliga och pålitliga metoden. Graden av hypotermi påverkas av rumstemperatur, ålder, kroppsfett, tillförsel av intravenös vätskevolym, blodförlust och operationens längd. Det bästa sättet att hålla patienterna varma var genom aktiv uppvärmning med Bair-Hugger (ett slags täcke som är lagt ovanpå patienten i vilket varmluft cirkulerar i avsikt att värma patienten under operationen).

En av studierna som Leinonen och Kilpi granskade visade att patienterna på det hela taget var nöjda med den intraoperativa omvårdnaden. I den postoperativa fasen studerades mest återhämtning och anpassning till den nya livssituationen samt postoperativ smärta. I denna fas innehöll flera av artiklarna ett omvårdnadsteoretiskt ramverk i form av Orems egenvårdsteori men för det mesta baserades litteraturen i studierna på tidigare forskning. Målet med omvårdnaden är i denna fas att så snabbt som möjligt få patienterna att uppnå normalt fysiskt och psykiskt status efter operationen. Ett sätt att nå detta mål är att hålla patienterna smärtfria. Smärta

är en individuell och unik upplevelse. Det visade sig också i flera studier att den patientkontrollerade analgesin i form av PCA-pump (Patient Controlled Analgesi-pump) var den mest framgångsrika metoden att få patienten smärtlindrad. Andra metoder att behandla postoperativ smärta var avslappningsteknik, TENS (Transcutan Elektrisk NervStimulering) samt musik. En uppfattning i många studier om postoperativ smärta var att smärtlindringen var otillräcklig. Dock hade man i dessa studier inte beskrivit vilken typ av anestesi eller analgesi som använts under operationen.

Leinonen et al (25) har med sin studie tagit reda på hur kirurgiska patienter uppfattade den perioperativa omvårdnaden de erhöll på operations- och uppvakningsavdelningen. Författarna menar att det inte finns något bra mätverktyg som kan användas för ändamålet. I studien ingick 874 patienter från fem olika operationsavdelningar och de svarade på en enkät som modifierats utifrån klassifikationen "Good Nursing Care Scale" utvecklad av Leino-Kilpi (Leino-Kilpi 1990, 1996, Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1994). Denna skala är indelad i fem kategorier. Den första kategorin var personalens karakteristika. Resultatet av studien (25) visade att patienterna enhälligt bedömde personalen som vänlig, grundlig och trovärdig. De flesta av patienterna tyckte också att personalen hade sinne för humor och gav ett intelligent intryck. Sjuksköterskeaktiviteter, indelade i uppgiftscentrerade och humanistiskt centrerade, utgjorde den andra kategorin. Studien visade ingen större skillnad i resultatet av patienternas bedömning när det gäller uppgiftscentrerade och humanistiska aktiviteter, båda beskrevs som lika goda. Däremot framförde patienterna kritik vad gällde patientutbildning och stöd för patienternas egna initiativ i vården. Tio procent kände att de inte fick tillräcklig information om vad som pågick eller att den var oklar. Tjugo procent upplevde att de inte blivit uppmuntrade att ifrågasätta oklarheter och följa sina egna känslor och symptom och ta upp detta med den perioperativa sjuksköterskan. Som tredje kategori studerades rådande omständigheters påverkan på patienterna. Under denna kategori visade det sig att patienterna var nöjda med hur personalen förklarade sina vårdhandlingar och tyckte att personalen hade tid med patienterna. I den fjärde kategorin utvärderas omvårdningsprocessen. Här angav 85 % av patienterna att de inte hade behövt vänta för länge på vårdavdelningen innan de fick komma till operationsavdelningen. Endast 1 % av patienterna tyckte att de hade flyttats för tidigt från uppvakningsrummet till vårdavdelningen. I den femte och sista kategorin fick patienterna värdera miljön och omgivningen. Alla patienter gav mycket högt betyg till den sociala och fysiska omgivningen. De beskrev atmosfären som lugn och avslappnad och de upplevde inte att personalens konversation sinsemellan var störande. Leinonen et al (25) fick också fram att patienter som blivit opererade under regional anestesi var mer nöjda än de patienter som fått generell anestesi. Det framkom också att yngre patienter, särskilt de mellan 16 och 30 år var mer kritiska i sina bedömningar än de äldre patienterna. Ju högre utbildning patienterna hade desto mer kritiska var de i sin bedömning. Författarna poängterar i sin diskussion att särskild uppmärksamhet ska riktas mot information till de akuta patienterna då denna patientgrupp var mindre nöjda med patientutbildningen än den elektiva gruppen.

Lagerström och Bergbom (26) undersökte vad patienter, i samband med sin operation, lägger i begreppet omhändertagande, "taking care of". Lagerström intervjuade sex patienter, pre- och postoperativt. Det preoperativa samtalet speglade patienternas förutfattade meningar och förväntningar på den perioperativa omvårdnaden och det postoperativa samtalet gav svar på hur dessa hade införlivats. Sex teman som beskrev vad patienterna lade i begreppet "taking care of" utkristalliserades. Ett viktigt tema var att patienterna inte ville bli lämnade ensamma. Författarna

menar att om patienterna lämnas ensamman, kan de uppleva detta som personligt och de känner att de blir betraktade som ovärdiga. Dessutom signalerar detta att sjuksköterskan inte bryr sig om patienten. Det andra temat belyser att patienterna inte alltid har behov av att lägga sig i omvårdnaden utan litar på sjuksköterskans kompetens. Patienten överlämnar sig i sjuksköterskans händer men vill ändå ha möjlighet att korrigera hennes/hans omvårdnad. I det tredje temat berättar patienterna att de nödvändigtvis inte behöver få information om allt som skall hända på operationsavdelningen. Det kan räcka med att sjuksköterskan talar om vad som skall ske i direkt anslutning till vårdhandlingen. Det fjärde temat tar upp betydelsen av att sjuksköterskan är professionell. Med professionell menar patienterna att personalen ska vara lyhörd, ha tid att svara på frågor, informera om vad som händer och att de är skickliga i sin yrkesutövning. Patienterna anser också att en professionell sjuksköterska behandlar dem med respekt och vänlighet och ser dem som unika individer. I det femte temat tar författarna upp vikten av en positiv atmosfär. Personalen skall inte visa stress och patienterna önskar att en person bär huvudansvaret för deras omvårdnad. Teamet på operationssalen inger lugn och förtroende om de ger intryck av att vara sammansvetsade. Humor och beröring bidrar också till att patienten känner sig lugn och väl omhändertagen. Det sjätte och sista temat handlar om att patienterna inte ska behöva be om hjälp, utan sjuksköterskan skall helst se patientens behov innan patienten påtalat dessa. Sammanfattningsvis visar dessa teman att relationen mellan sjuksköterska och patient är avgörande för hur patienten upplever omhändertagandet. En professionell perioperativ sjuksköterska ska enligt patienterna vara kompetent och ha färdigheter beträffande användandet av utrustningen, rutiner och praktiska sysslor. Hon/han skall även kunna utveckla och bibehålla en vårdande relation med kvaliteter som vänlighet, uppmuntran, respekt och att se på patienten som en unik individ.

Leinonen et al (27) har i sin kvantitativa studie jämfört patienters och sjuksköterskors uppfattning om perioperativ vårdkvalitet. Författarna betonar att ingen annan liknande studie har gjorts. Däremot har jämförande studier gjorts inom andra specialiteter och utifrån begrepp såsom oro och stress. Man har i dessa studier sett olikheter bland annat beroende på olika patientgrupper, personalgrupper och länder. De huvudkategorier som Leinonen et al lät patienter och sjuksköterskor värdera och gradera var personalkarakteristika, sjuksköterskeaktiviteter, förhandsvillkor, flödet i sjuksköterskearbetet och miljön. Tre av dessa kategorier delades sedan in i underkategorier. Sammantaget fick man då tolv kategorier på vilket resultatet presenteras. Författarna anger att personalkarakteristika såsom vänlighet, artighet, grundlighet, intelligens, sinne för humor och förmåga att trösta värderades högt av både patienter och sjuksköterskor fastän patienterna hade svårigheter att betygsätta personalens intelligens och sinne för humor. Vidare anges att sjuksköterskeaktiviteterna bestod av uppgiftscentrerade och människocentrerade uppgifter. De uppgiftscentrerade aktiviteterna utgjordes av fysiskt omhändertagande, patientinformation och utbildning samt stöd till patienterna. Här kunde författarna se en viss skillnad, dock ej statistiskt signifikant, mellan patientens och sjuksköterskans uppfattning vad beträffar stöd till patienterna. De saknade stöd att ta sina känslor och symtom på allvar och uppmunring från sjuksköterskan att fråga om det var något de inte förstod. Sjuksköterskans upplevelse var att hon inte åsidosatte detta. De människocentrerade aktiviteterna delades in i respekt, omvårdnad, sjuksköterskan som patientens försvarare samt uppmuntran. Leinonen et al kom fram till att patienterna var betydligt mer nöjda med detta än sjuksköterskorna fast de hade velat ha mer uppmuntran och hjälp att se ljusare på tillvaron. Båda grupperna var dock överens om att patienterna blev behandlade med respekt, som individer och inte bara som medicinska fall. I kategorin förhandsvillkor studerade författarna hur mycket tid sjuksköterskan hade möjlighet att

ägna åt patienterna. Här ansåg sjuksköterskorna att de hade alldeles för lite tid men att möjligheterna att förklara vad som skulle ske inte påverkades. Patienterna var överlag mycket nöjda och tyckte att sjuksköterskan hade tid för dem. Vidare framkom i studien att flödet i sjuksköterskearbetet inte uppfattades negativt av patienterna. De hade inte uppfattningen av att få vänta för länge på att få komma till operationsavdelningen medan få sjuksköterskor delade denna uppfattning. I stort sett tyckte alla patienter att de inte skrivits ut för tidigt från eftervården. Författarna delade in miljön i en fysisk och en social kategori. Patienterna upplevde den fysiska miljön både på operationsavdelningen och eftervården som tyst och lugn. Sjuksköterskorna däremot hade en annan uppfattning. Patienterna tyckte dessutom att den sociala miljön, atmosfären på operationsavdelningen, var lugn och avkopplande. Sjuksköterskorna var också här oense om detta. Som exempel anges att patienterna inte stördes av om sjuksköterskorna konverserade med andra i personalen på operationssalen. Sammanfattningsvis menar författarna att både patienter och sjuksköterskor är nöjda med den omvårdnad som ges. Sjuksköterskorna är dock överlag något mer kritiska till vårdkvaliteten. Ett undantag där sjuksköterskorna inte förstått betydelsen av sin omvårdnad är vikten av att ge patienterna stöd att ta sina känslor och symtom på allvar och bli uppmuntrade att fråga om det var något de inte förstod.

Artiklarna i denna kategori lägger tonvikten vid patientens perspektiv men berör även sjuksköterskans infallsvinkel. I flera av artiklarna (25,26,27) framkommer det att patienterna saknade stöd och uppmuntran från sjuksköterskan att ta sina egna känslor på allvar och bli stimulerade att ställa frågor om något var oklart. Genomgående visade artiklarna att patienterna på det hela taget var nöjda med omvårdnaden. Sjuksköterskorna däremot upplevde inte miljön på operationsavdelningen lika lugn som patienterna. Lagerström och Bergbom (26) får i sin studie fram att patienterna förväntar sig att den perioperativa sjuksköterskan skall utstråla lugn och yrkesskicklighet. Larsson och Ekman (22) beskriver i sin studie hur nyutexaminerade anestesissjuksköterskor upplever sig otillräckliga i sin profession.

## **PERIOPERATIV DIALOG**

Rudolfsson et al (28) beskrev i sin artikel narkossjuksköterskors och operationssjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med den perioperativa dialogen. De tjugo informanterna, alla kvinnor, erbjöds en heltidskurs i användandet av perioperativ dialog som omfattade tio veckors teori och praktik. Resultatet av studien visade att kontinuiteten i vården som den perioperativa dialogen innebär, är en källa till styrka för sjuksköterskorna. De upplevde sitt arbete mer meningsfullt dels genom att de lärde känna patienterna och blev synliggjorda för dem, dels att de fick en uppföljning och utvärdering av den omvårdnad de utfört. Genom möjligheten att följa patienten genom hela den perioperativa vårdprocessen kände sjuksköterskorna ett större ansvar då patienten inte längre var anonym för dem. Genom den perioperativa dialogen kunde sjuksköterskorna utforma den perioperativa omvårdnaden på ett optimalt sätt för patienten. Sjuksköterskorna ansåg sig ha blivit duktigare på att lyssna och att avläsa patienternas kroppsspråk och att deras kompetens i omvårdnad därmed ökade. De kände sig också mer professionella i sitt arbete och tyckte att de växte som människor. Några av informanterna medgav dock att i de fall de inte kunnat utveckla en så god relation till patienten som de förväntat sig, började tvivla på sina professionella färdigheter. Författarna menar att studien visar att arbetssättet med perioperativ dialog är svårt att genomföra utan organisatoriska förändringar.

Rudolfsson et al (29) har utfört en kvalitativ studie med Grounded Theory som ansats i vilken patienters erfarenheter av den perioperativa dialogen studerades. I denna studie intervjuades arton patienter postoperativt. De hade fått erfara den perioperativa dialogen i samband med sin operation. Det var en heterogen grupp bestående av sju män och elva kvinnor mellan tjugo och sjuttiosex år. Författarna identifierade en central kategori *’avsätter tid för mig’* vilket sjuksköterskan gör genom att besöka patienten på avdelningen både före och efter operationen. Kontinuiteten i att se samma ansikte gör att patienterna känner sig sedda och mer avslappnade i samband med operationen. Patienterna hävdade också i intervjuerna att den perioperativa dialogen hade betydelse för deras postoperativa läkning och återhämtning. Två huvudkategorier *’tröstar mig’* och *’blir inblandad’* med tre underkategorier utkristalliserades. Första underkategorin utifrån *’tröstar mig’* var *’lättare till sinnet genom att tala med sjuksköterskan’*. Här tyckte patienterna att sjuksköterskans lugna attityd smittade av sig under samtalet och åskådliggörs med följande citat:

*”She had promised me that she would take care of me, that she’d be with me the hole time. I stopped being so frightened...when she gave me that comfort then I wasn’t afraid”*. (29, sid.80)

Rudolfsson et al (29) beskriver att under den andra underkategorin *’ingjuter hopp i mig’* skapade sjuksköterskan en känsla av välbefinnande hos patienten genom att förklara vad som skulle hända eller hade hänt under operationen. Detta förklaras genom följande uttalande:

*”I felt calmer when she talked. For them, this was routine work, there were no problems, everything was going to be fine...It’s easier when you can talk about things”*. (29, sid.80)

I den tredje underkategorin, *’har förtroende för sjuksköterskan’* skriver Rudolfsson et al (29) att sjuksköterskan berättar för patienten i det preoperativa samtalet att hon kommer att ansvara och sköta om dem under hela operationen. En patient uttrycker:

*“The fact that the nurse was there in the background gave me a strong feeling of being safe. I didn’t have to be anxious. I felt perfectly calm.”* (29, sid.80)

Vidare anger Rudolfsson et al (29) att nästa huvudkategori *’blir inblandad’* heter första underkategorin *’blir betraktad som en resurs’*. Sjuksköterskan bekräftade här patientens tankar och reflektioner kring operationen och patienterna kände att sjuksköterskan såg på dem som en resurs och därmed mer än bara *’som en patient’*:

*”I didn’t know it was like this. I was very surprised when she came and, like, told me who she was and about the operation and asked what I thought and what I wanted.”* (29, sid.81)

I den andra underkategorin *’etablerar en känsla av samhörighet’* menar Rudolfsson et al (29) att patienterna gavs tid och möjlighet att prata om sin operation och patienterna fick intrycket att detta var något som sjuksköterskan och patienten skulle gå igenom tillsammans:

*"I was happy I wasn't alone –that was my true emotion. It felt different and I thought, let them cut wherever they want, I'm not alone."* (29, sid.81)

Rudolfsson et al (29) beskriver i den tredje underkategorin *'får mig att känna mig som en människa'* hur den perioperativa dialogen fick patienterna att känna sig i centrum för sjuksköterskans uppmärksamhet och de upplevde att hon/han gjorde mer för dem än bara sitt jobb. Enligt patienterna räcker det inte med bara teknisk kunskap utan det är även viktigt hur man blir bemött:

*"It's more human; there is another kind of contact. I felt like a human, not like a parcel. Even though I wasn't anxious, I felt safer knowing what she looked like. There are things I never would have talked about if I hadn't met her beforehand."* (29, sid.81)

Målet med den perioperativa dialogen är att bevara den mänskliga värdigheten, lindra lidande och skapa välbefinnande för patienterna. Författarna menar att genom att sjuksköterskan ger patienterna tid och förvisar sig om att informationen som ges förstås på rätt sätt kan värdigheten bibehållas. Patienterna känner sig också värdefulla och unika då de involveras och räknas som en resurs (29).

Lindwall et al (30) har i sin hermeneutiska studie intervjuat tio patienter och tio perioperativa sjuksköterskor om betydelsen av det perioperativa samtalet. När en patient ska genomgå anestesi och kirurgi utlämnar de sig till den professionella vårdaren. Vårdaren i sin tur måste ta ansvar för patientens kropp och liv. I denna situation är det viktigt att patienten kan känna sig trygg. Författarna menar att möjligheten till att kunna lita på en annan människa förutsätter att man fått lära känna denne. Detta kan ske genom den perioperativa dialogen. Tidigare studier menar författarna visar att oro och stress kan reduceras preoperativt genom patient- information och undervisning. Dock finns det lite beskrivet i litteraturen hur patienter och sjuksköterskor upplever detta möte. Lindwall et al delar in den perioperativa dialogen i tre områden. Det första området är att den preoperativa dialogen utgör mötet mellan patient och sjuksköterska före operationen. Vid detta tillfälle får patienten och sjuksköterskan möjlighet att lära känna varandra och patienten kan delge henne/honom sina tankar inför anestesi och operation. Sjuksköterskan i sin tur kan då svara på frågor och förklara vad som händer när patienten kommer till operationsavdelningen. Sjuksköterskan kan också lägga upp en omvårdnadsplan för att skraddarsy omvårdnaden utifrån patientens behov och önskemål. Det andra området är den intraoperativa dialogen som startar när patienten träffar samma sjuksköterska på operationssalen. Återigen förklarar sjuksköterskan vad som händer och införlivar omvårdnadsplanen. Det tredje området är att den postoperativa dialogen sker vid ett lämpligt tillfälle efter operationen. Vid detta möte får sjuksköterskan ta del av patientens upplevelser och gemensamt utvärdera den perioperativa omvårdnaden. Konklusionen av studien utifrån patientens erfarenheter är att det perioperativa mötet med samma sjuksköterska ger kontinuitet. Därmed känner patienten en delaktighet med sjuksköterskan.

*"We share a story", "The body is in safe hands"* (30, sid.248 ).

Lindwall et al (30) anger att utifrån sjuksköterskans perspektiv kan slutledningen bli att den professionella omvårdnaden synliggörs genom kontinuiteten som den perioperativa dialogen ger. Kontinuiteten i sig utvecklas genom att sjuksköterskan kan bygga upp en relation till patienten

och ärligt visa sina avsikter att göra gott. Författarna menar också att kontinuiteten gör sjuksköterskans arbete mer meningsfullt och förstärker det etiska tänkandet i omvårdnaden. Som en av respondenterna uttryckte det.

*”I felt relieved and happy after the postoperative meeting. It is more fun to work with a patient you are engaged with. You perform in a more human and dignified way.”* (30, sid.251)

Lindwall et al (30) efterlyser mer forskning med både kvalitativ och kvantitativ ansats för att spegla den perioperativa dialogens betydelse för vårdkvalitet och kontinuitet.

Dessa tre artiklar (28, 29, 30) utgår både ifrån patientens och sjuksköterskans perspektiv. Det gemensamma är att båda parter upplever perioperativ dialog som positiv. Patienterna känner sig sedda och upplever trygghet i att känna igen ett ansikte då de kommer till operationsavdelningen. Sjuksköterskorna menar att dialogen ger dem möjlighet att ge patienterna en bättre och säkrare vård vilket i sin tur leder till en större tillfredsställelse och glädje i arbetet.

I de fall då en god relation i den perioperativa dialogen inte uppstår kan sjuksköterskan dock börja tvivla på sina professionella färdigheter (28).

## **DISKUSSION**

### **RESULTATDISKUSSION**

Dagens perioperativa omvårdnad präglas av effektivitet både ur kostnadssynpunkt och vårdproduktion. Vi som har arbetat länge med perioperativ omvårdnad förstår vikten av ett professionellt bemötande för att patienten ska känna trygghet och respekt. Det korta mötet preoperativt mellan patient och den perioperativa sjuksköterskan på operationsavdelningen, kräver att personalen är välutbildad både tekniskt och i omvårdnad för att patienten ska känna förtroende och kunna överlämna sig åt vårdaren. Alla som arbetar på en operationsavdelning vet hur snabbt ett förlopp hos en patient kan förändras. Det är därför viktigt att personalen är både lyhörd, flexibel och har en god teamanda för att rätt kunna hantera situationen. Vi kan konstatera att den medicintekniska säkerheten med åren har förbättrats avsevärt med tanke på utrustning och utbildning på densamma. Socialstyrelsens författningssamling och riktlinjer (8, 39) sätter press på både arbetsgivare och arbetstagare. Eftersom det sjukhus vi arbetar vid är ett universitetssjukhus så ställs stora krav på utbildning och handledning av studenter av olika kategorier. Detta har fått till följd att personalen måste arbeta på ett pedagogiskt och genomtänkt sätt.

Vår avsikt med denna litteraturstudie var att belysa aktuell forskning av omvårdnadsteoretiska strukturer i den perioperativa vården och vilka tillämpningsmöjligheter samt vilka effekter/konsekvenser dessa kan ha för omvårdnadsinnehållet. Dunlap (31) menar att utan omvårdnadsteorier och forskning blir sjuksköterskans praktiska arbete i huvudsak styrt av ”heliga kor” som vi tolkar som gamla rutiner och medicinska modeller. Författaren skriver att omvårdnadsteorier främjar forskning och forskning främjar utvecklingen av ytterligare teorier. Vi var i grunden negativa till omvårdnadsteorier och ansåg det som ”kejsarens nya kläder”. Men därvidlag har vi reviderat denna uppfattning, även om vi fortfarande har svårt att komma tillrätta



med vissa texter som för oss kvarstår som obegripliga och därmed blir omöjliga att applicera i vårdarbetet. Vi är väl medvetna om att problemet med att förstå en text också kan bero på bristande kunskaper i engelska hos vårdpersonal. Vår egen inställning till omvårdnadsteorier har alltså blivit mer positiv under arbetet med denna litteraturstudie. Genom att studera andras tankar och värderingar inspireras vi att reflektera över vårt eget arbetssätt.

Som det är idag på många operationsavdelningar finns inte evidens för att den omvårdnad vi ger är den optimala för patienten eftersom vi inte ägnar oss åt någon form av strukturerat uppföljningsarbete. Detta överensstämmer med vad som framkom i Gillettes studie (20) där hon efterlyser uppföljning av patienternas erfarenheter av den perioperativa vården.

Artiklar (17-20, 22, 28) som presenteras i resultatet behandlar sjuksköterskans tankar kring att åskådliggöra sitt arbete genom en adekvat dokumentation och arbetsmodell. Betydelsen av iakttagelseförmåga och förmåga till dokumentation ansåg Nightingale (5) på sin tid vara det viktigaste för att kunna ge en god omvårdnad.

På senare tid har sjuksköterskor i sin utbildning fått kunskaper om vårdprocessen för att arbeta på ett strukturerat sätt (7, 16, 32).

Kleinbeck (17) samt Rothrock och Smith (19) utgår i sina artiklar från omvårdnadsdiagnoser för att uppnå detta. De vill med sina arbetsmodeller sätta patienten i fokus och utifrån detta perspektiv rör de sig med begrepp som säkerhet, fysiologiska såväl som själsliga aspekter och inte minst miljön. Junttila et al (18) anser i sin artikel att omvårdnadsdiagnoser och omvårdnadsprocessen inte står i strid med varandra, medan Frisch och Kelley (2002) anser att omvårdnadsdiagnoser kan utgöra en begränsande faktor eftersom användandet av en standardiserad terminologi kan vara otillräcklig för att beskriva omvårdnaden och förlora respekten för patienten som individ. Junttila et al (18) visade att sjuksköterskor med längre yrkeserfarenhet och högre utbildningsnivå visade sig ha mest positiv inställning till att använda omvårdnadsdiagnoser.

Själva anser vi att t ex en standardvårdplan kan vara till hjälp att förenkla dokumentationen och förbättra den perioperativa omvårdnaden. Genom färdiga dokumentationsmallar för olika typer av kirurgiska ingrepp blir sjuksköterskan påmind om viktiga moment i omvårdnadsprocessen. En enkel och snabb dokumentation som synliggör sjuksköterskans arbete innebär samtidigt att sjuksköterskan fullt ut kan rikta sin uppmärksamhet mot patienten och sätta denne i fokus. En bra och väl beprövad perioperativ omvårdnadsmodell är PeriOP-VIPS (10). Ett alternativ till PeriOP-VIPS-modellen skulle kunna vara en dokumentationsmodell utarbetad efter Rothrock och Smiths (19) fyra domäner, säkerhet, fysiologiska aspekter, beteendemönster och omgivande faktorer t ex utrustning, vilka i sin tur bygger på Kleinbecks (17) arbete. Det kan tyckas märkligt att Rothrocks och Smiths (19) forskargrupp väljer sin egen (AORN:s) teori som har patienten i fokus, framför 14 andra granskade teorier. Vi tycker att de i sin artikel kunde ha förklarat sitt val av denna teori på ett mer konstruktivt sätt och bättre övertygat läsaren om att detta var den bästa. Övriga artiklar (20, 22, 28) sätter också patienten i fokus. Vi anser att det är nödvändigt att arbeta utifrån detta synsätt, men problemet i praktiken är att få alla personalgruppers uppmärksamhet riktad mot patienten.

Den tekniska utvecklingen i dagens operationssjukvård bidrar till att arbetet med den medicinsktekniska apparaturen lätt tar över och man kan förlora fokus från patienten, man fastnar i ”teknikdiket”. Liksom Gillette (20) menar vi att det känslomässiga engagemanget i omvårdnaden av patienten leder till större framgångar än om man bara ser till den tekniska delen

av yrkesrollen. Detta påstående delas också av Gabrielsson (33) som i sin artikel skriver att det är viktigt att arbeta efter en humanistisk omvårdnadsmodell i en högteknologisk miljö. Gabrielsson betonar att det inte är hur lång tid man tillbringar hos patienten som är avgörande, utan det är snarare kvaliteten på omvårdnaden som betyder något för patientens välbefinnande. Gillette (20) visade med ett historiskt perspektiv i sin artikel att redan Florence Nightingale (5) var medveten om patienternas behov av en säker och god fysisk miljö och arbetade utifrån en holistisk människosyn. En god omvårdnad präglas av enkelhet. Även en god och användbar omvårdnadsteori som präglas av enkelhet håller måttet genom åren. Vi anser att teorier och arbetsmodeller har spelat ut sin roll om de är så komplicerade att de inte går att omsätta i det praktiska arbetet. Ett illustrativt exempel på en omvårdnadsteori med svårbegripligt språk är Parses teori, hämtad från Markovic (34). Vi citerar följande mening ur Markovics artikel:

*”Principle 2: Cocreating rhythmic patterns of relating is living the paradoxical unity of revealing- concealing and enabling- limiting while connecting – separating” (34, sid.15).*

Det är möjligt att någon finner denna artikel intressant men faktum kvarstår, att för oss framstår den som obegriplig. Hjälte (35) skriver om detta fenomen i sin artikel. Informanterna tyckte att det vetenskapliga språket var svårt och dessutom försvårades förståelsen av att artiklar och forskningsrapporter var skrivna på engelska. De upplevde vårdvetenskaplig forskning som något som inte tillhörde deras värld.

Carl-Magnus Stolt tar i sin bok ”Medicinen och det Mänskliga” (36) upp problemet med teoretiserandet kring det mellanmänskliga mötet och vårdandets konst. En stor risk är att man fjärrar sig den vårdande verkligheten genom för mycket teoretiserande. Att vetenskapliggöra vårdandets konst kan ha som syfte att försöka lära ut vissa grundläggande moment och starta ett reflekterande förhållningssätt

Rosenthal (21) beskrev i sin artikel möjligheterna att använda Orlandos omvårdnadsteori (15) i den perioperativa verkligheten. Författaren har i omvårdnadssituationen inga problem att språkligt kommunicera med patienten, vilket kan vara en orsak till att hon så framgångsrikt kunde hjälpa patienten. Men i vårt mångkulturella samhälle måste vi beakta att det är viktigt med professionell tolkhjälp för att ringa in patientens behov. Det som händer i det korta mötet är av stor vikt för omhändertagandet. Om den perioperativa sjuksköterskan kan utstråla lugn och trygghet i sitt kroppsspråk borde hon/han kunna vinna patientens förtroende i högre utsträckning. I de fall då tolkhjälp inte är möjlig, t ex i en akutsituation, skulle man kunna använda sig av pektavlor på hemlandsspråken med bild och textutor för basal information.

Larsson och Ekman (22) belyste den nyutexaminerade anestesijuksköterskans dilemma i balansgången mellan arbetsgivarens krav på effektivitet och ansvarskänslan att tillgodose patienternas behov av trygghet, säkerhet, integritet och en lugn miljö. I dagens läge socialiserar de nyutexaminerade sjuksköterskorna snabbt till operationsavdelningens rutiner och den teoretiska omvårdnadsbakgrund som lagts under studietiden faller snabbt bort för ett mer sysslacentrerat och tekniskt perspektiv på omvårdnaden. Som nyutexaminerad perioperativ sjuksköterska med höga prestationskrav kan det vara svårt att lyfta blicken och se helheten i sitt arbete. Handledarens/mentorns arbetssätt kan avgöra den nya kollegans möjligheter att få gehör för sina i skolan förvärvade kunskaper. Detta kan vara en förklaring till att den perioperativa omvårdnadsforskningen inte får fotfäste i praktiken. Ett sätt att undvika dessa fällor är att se till

att alla sjuksköterskor på arbetsplatsen får genomföra en handledarutbildning, gärna på universitetsnivå och med 7,5 högskolepoäng. Det är också viktigt att sjuksköterskorna är lyhörda och tillsammans med nya kollegor reflekterar och utbyter kunskaper och synpunkter. Tyvärr öronmärks inte de pengar kliniken erhåller från universitetet för handledning av studenter och kan därför inte användas till kurser som skulle vidareutveckla handledarnas kunskaper. Ytterligare ett sätt att överbrygga avståndet mellan universitet och vården, teori och praktik, beskrivs av Allen (37) som i sin artikel berättar om en lärares erfarenheter av att varva läraryrket på skolan med en deltidstjänst som sjuksköterska på en "sårklinik" i England. Läraren bemöttes till en början med skepsis av personalen men allteftersom de lärde känna varandra började de att använda/utbyta kunskaper och erfarenheter på ett konstruktivt sätt.

Leinonens och Kilpis (24) granskning av 97 artiklar, men det finns bara 96 med i referenslistan, handlar om perioperativ vårdkvalitet utifrån patientens perspektiv uppfattar vi som rörig att läsa. Författarna har delat upp sina fynd i en pre-, intra- och postoperativ fas och dessa delas därefter in i undergrupper. Allt detta indelning gör att resultatet är svårgripbart och svåröverskådligt framförallt då titlarna på undergrupperna varierar mellan de olika faserna. Det hade varit bättre om författarna strukturerat materialet enklare och använt undergrupperna som rubriker istället, till exempel oro, temperatur och vårdkvalitet eftersom dessa företeelser går i vartannat i den perioperativa omvårdnaden. Patienterna skall ju till exempel inte frysa varken före, under eller efter operationen. Författarna anger att några av studierna visar att vissa patienter inte är betjänta av information och undervisning, men de ger tyvärr inget svar på vilka patientgrupper detta är. Vi anser att det är av stor betydelse att ringa in dessa patienter. Det optimala för både patient och sjuksköterska skulle vara om man kunde skraddarsy omvårdnaden eftersom olika patienter kräver olika omvårdnadsåtgärder. Den studerade artikeln ger inte något svar på denna fråga. Vi tror att en kontinuerlig uppföljning och utvärdering av omvårdnaden är en väg att gå och som kan ge oss svar på hur vi ska kunna öka våra möjligheter att utveckla och individualisera omvårdnaden.

Lagerströms och Bergboms (26) artikel handlar om vad patienterna lägger i begreppet omhändertagande och vilka förväntningar de har på den perioperativa omvårdnaden. Trots att informanterna endast är sex stycken ligger resultatet helt i linje med våra egna erfarenheter efter trettio år som verksamma sjuksköterskor. Artikeln sammanfattar på ett enkelt sätt omvårdnaden utifrån sex teman där samtliga temana betonar att relationen mellan sjuksköterska och patient är avgörande för hur patienten upplever omhändertagandet och hur viktigt patienten tycker det är att bli behandlad som en unik individ. Denna artikel visar även behovet av en kontinuerlig utvärdering av den perioperativa omvårdnaden eftersom det som sjuksköterskan tycker är viktigt inte alltid överensstämmer med vad patienten upplever som betydelsefullt. Även Kristoffersen (15) och Gustafsson och Kolvered (10) betonar vikten av utvärdering av omvårdnaden för att höja vårdkvaliteten och utvecklingen av densamma. Detta fenomen belyses även i Leinonen et al (27) artikel där författarna har jämfört patienters och sjuksköterskors uppfattning om perioperativ vårdkvalitet. Den största diskrepansen mellan sjuksköterskans och patientens uppfattning om vården hittades under kategorin som handlade om stöd till patienterna. Patienterna saknade stöd att ta sina känslor och symtom på allvar samt uppmaningar från sjuksköterskan att fråga om det var något de inte förstod. Sjuksköterskans upplevelse var dock att hon inte åsidosatte detta. Resultatet från två av de granskade artiklarna (25, 27) visar att patienterna är nöjda med den omvårdnad de fick. Då det är samma författare till artiklarna (25, 27) och lika stort antal patienter som ingår i studierna, reflekterar vi över om det är samma grundmaterial som förekommer i de båda artiklarna. Leinonen et al (27) tar även upp miljöns betydelse för patientens och personalens

välbefinnande. Författarna har delat upp begreppet miljö i en fysisk och social miljö, men inte preciserat den estetiska aspekten i sammanhanget. Därför kan vi inte av resultatet utläsa om operationsavdelningarna var färgsatta i lugna och rogivande nyanser och om de i så fall bidrog till patienternas positiva omdömen.

I Leinonen et als studie (25) prövades ett verktyg för att mäta den perioperativa vårdens kvalitet som baserades på "Good Nursing Care Scale". Verktyget består av en klassifikation utvecklad av Leino-Kilpi och som utgörs av en enkät där patienterna kan svara på vad de tycker om omvårdnaden. Frågeformuläret tar också upp demografiska variabler vilket är viktigt för att identifiera vilka patientgrupper som är mest missnöjda.

Även om dessa studier (25, 27) visade att patienterna överlag var nöjda med den perioperativa omvårdnaden anser vi, precis som författarna, att det är viktigt med en kontinuerlig uppföljning och utvärdering av den perioperativa omvårdnaden för att bibehålla och utveckla vårdkvaliteten och därmed öka säkerheten för patienten. Wilson och Kolcaba (38) presenterade en möjlighet att visa hur nöjd en patient är. Genom VAS-skalan (Visuell Analog Scale) där 0 står för inget välbefinnande och 10 för bästa tänkbara välbefinnande, får patienten redovisa sitt totala välbefinnande.

Några av de granskade artiklarna (28-30) tar upp den perioperativa dialogen som ett sätt att mildra patienternas lidande och bevara deras värdighet i den perioperativa vårdssituationen. Dessa tre artiklar betonar att fördelen med den perioperativa dialogen är att den ger kontinuitet i vården och gör att patienterna känner sig värdefulla och unika.

Kontinuiteten bidrog också till att patienterna kände sig sedda och upplevde att sjuksköterskan hade tid för dem. Dessutom hävdade en del patienter att dialogen hade betydelse för den postoperativa läkningen och återhämtningen (29).

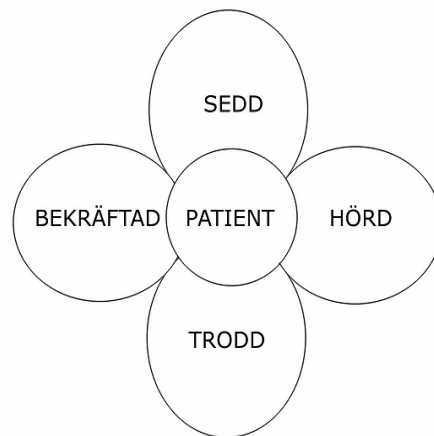
Den perioperativa sjuksköterskan upplever att hon/han blir duktigare på att lyssna och att avläsa patienternas kroppsspråk och att deras kompetens i omvårdnad därmed ökar. Dessutom känner de sig mer professionella och arbetet upplevs som mer meningsfullt (28, 30). Vi tycker att denna aspekt är väldigt viktig eftersom det kan vara svårt att ständigt upprätthålla en positiv attityd gentemot patienterna.

En risk med den perioperativa dialogen kan vara om den preoperativa relationen mellan patienten och sjuksköterskan inte faller väl ut och patienten därmed upplever ett sämre omhändertagande. Sjuksköterskan i sin tur kan börja tvivla på sin kompetens och sina färdigheter och känner sig mindre professionell (28). För att undvika detta fenomen tror vi att det är av avgörande betydelse att sjuksköterskorna får utbildning i perioperativ dialog innan denna arbetsmodell genomförs och att diskussionen hålls levande på operationsavdelningen. Möjligheterna att använda den perioperativa dialogen som ett instrument för utvärdering och uppföljning av omvårdnaden är unika men begränsade om inte organisatoriska förändringar genomförs för att anpassas till denna arbetsmodell (28). Idag befinner sig den perioperativa sjuksköterskan till största delen av sitt arbetspass inne på en operationssal och blir endast avlöst vid raster. Personaltätheten ebbar också ut fram mot eftermiddagen och detta minskar möjligheterna att gå ifrån operationsavdelningen för att inleda en perioperativ dialog. Vi menar att den perioperativa dialogen skulle kunna förbättra samarbetet mellan personal på vårdavdelning och operationsavdelning, då vi får gemensamt och kontinuerligt fokus på patienternas omvårdnad. Detta skulle också innebära att operationspersonalen blir mer synliggjord för övriga verksamheter på sjukhuset och inte bara benämndes som "stickhjälpen". I den mån den perioperativa sjuksköterskan inte har möjlighet att besöka patienten skulle den patientansvariga sjuksköterskan på vårdavdelningen kunna skriva i journalen om patienten har särskilda önskemål vid operationstillfället.

Vi anser att modellen äger sitt berättigande men samtidigt ser vi svårigheterna att kunna nå patientgrupper som har en kort vårdtid. Även det mångkulturella patientpanoramat innebär en begränsning. Dessutom anar vi svårigheter med modellen när det gäller genomförandet av samtalen med svårt sjuka patienter som vi tror skulle ha mycket att vinna på känslan av kontinuitet, trygghet och individuell planering av omvårdnaden. Exempel på denna patientgrupp kan vara den äldre eller unga patienten med nedsatt allmäntillstånd som inte har tagit till sig ett cancerbesked och befinner sig i en chock- eller förnekelsefas.

Den preoperativa dialogen innebär förutom samtalet och utbyte av information att patienten känner igen ett ansikte vid ankomsten till operationsavdelningen vilket kan betyda trygghet för en orolig patient.

Själva anser vi att patienten alltid måste sättas i fokus. Vi ser det som anestesi- och operationssjuksköterskor, att vår viktigaste uppgift är, så långt som det är möjligt, att tillgodose patientens behov och önskningar. För att uppnå en god relation och vinna patientens förtroende behöver sjuksköterskan ha en holistisk människosyn. Vi tror att detta är grunden i perioperativ omvårdnad. Utifrån vårt resultat av studien anser vi att målet med att arbeta med perioperativ omvårdnad vid en operationsavdelning är att få patienten att känna sig sedd, hörd, trodd och bekräftad. Vi åskådliggör detta i figur 1.



Figur 1.

I modellen (fig.1) har vi lagt in att patienten är i fokus. Fyra hörnstenar utgör sedan resten av modellen. Dessa är sedd, hörd, trodd och bekräftad.

Med "*Sedd*" menar vi att sjuksköterskan i den perioperativa vården riktar hela sin uppmärksamhet mot patienten. Med "*Hörd*" menar vi att sjuksköterskan i den perioperativa vården visar att hon bibehåller patienten i fokus genom att uppfylla patientens önskningar. Med "*Trodd*" menar vi att sjuksköterskan i den perioperativa vården visar att hon/han tar det patienten säger på allvar. Med "*Bekräftad*" menar vi att sjuksköterskan i den perioperativa vården förvissas sig om att patientens önskningar och eventuellt uttalade behov har blivit tillgodosedda. Det kan tyckas att denna modell är för spartansk, men perioperativ omvårdnad tillsammans med

ett högt uppdrivet arbetstempo, av både planerad och akut verksamhet, kräver en enkel och lättförståelig arbetsmodell. Dessutom är den funktionell för hela operationsteamet vilket omfattar flera yrkeskategorier.

Tillvägagångssättet att arbeta utefter modellen är individuellt för varje sjuksköterska och patient. Resultatet präglas av individernas förmåga att knyta kontakter och bygga upp en god mellanmänsklig relation. Vi har i tanken prövat denna modell och funnit att den kan vara användbar i alla situationer och för alla patientkategorier oavsett deras ålder, enkel att komma ihåg och lätt att bära med sig.

Den största inspirationen vid utformandet av vår omvårdnadsmodell (sedd, hörd, trodd och bekräftad) har vi funnit hos Florence Nightingale (5). Det enkla språket och den basala omvårdnadens betydelse i Nightingales teori har gjort att den är lätt att använda inom alla områden och att den därför har fått en internationell spridning och fortfarande är användbar. Det är dock viktigt för den perioperativa sjuksköterskan att ha patientens totala välbefinnande i fokus eftersom denna typ av högteknologisk sjukvård lätt resulterar i att sjuksköterskans koncentration riktas mest på de fysiska parametrarna och att medicintekniska apparaternas larmgränser tar överhanden. Den största utmaningen inom perioperativ omvårdnad anser vi är utveckling av personalens kunskaper i konsten att träna sitt öga och öra för att kunna uppfylla patientens önskningar och behov utan att patienten har behövt be om detta. Då har vi nått ett viktigt mål, nämligen att patienten har blivit sedd, hörd, trodd och bekräftad.

## **METODDISKUSSION**

Av de 13 artiklar som utgör resultatet i vår litteraturstudie kommer fyra artiklar från USA (17, 19, 20, 21), fyra från Finland (18, 24, 25, 27) och fem från Sverige (22, 26, 28, 29, 30). Vi har medvetet en skandinavisk dominans i materialet eftersom vi anser att arbetsuppgifterna för den perioperativa sjuksköterskan skiljer sig markant mellan Skandinavien och anglosaxiska länder. Resultaten av studierna blir därmed lättare att förstå och översätta i praktiken. Artiklarna är publicerade mellan åren 1996-2006. Vi har dessutom valt artiklar som fått fram sina resultat med olika typer av forskningsmetoder. Följande metoder finns representerade i de studerade artiklarna: kvantitativ, fenomenografisk, grounded theory och hermeneutisk. Vi tycker att det är viktigt att flera metoder är representerade i materialet då detta speglar olika infallsvinklar på samma frågeställning. Under arbetets gång har vi utökat vår referensram och kunskap i ämnet, men vi bestämde oss för att sätta punkt även om detta inneburit att litteraturstudien därmed begränsats i resultatet.

Artiklarna vi valt speglar den perioperativa omvårdnaden ur tre perspektiv, sjuksköterskans, patientens och deras gemensamma sätt att se på vården. Dessutom framkom fyra kategorier, perioperativ dokumentation, perioperativa omvårdnadsmodeller, perioperativ vårdkvalitet/utvärdering och perioperativ dialog.

Vi vill också påpeka att vi fann att Leinonens och Kilpis (24) granskning av 97 artiklar endast har 96 artiklar i referenslistan. Dessutom har Rothrock och Smith (19) endast sex referenser i sitt material varav två är identiska.

Vi är medvetna om att artiklarna har stor spridning i sitt innehåll och utgår ifrån flera olika perspektiv. Detta har försvårat analysen men förhoppningsvis inte påverkat resultatet.

## KONKLUSION

I dagens högteknologiska perioperativa miljö är det lätt att man som vårdpersonal tappar fokus på patientens humanistiska behov. Flera olika personalkategorier samlas kring patienten i samband med operationen. En god teamanda där även patienten involveras leder till att patienten känner sig som en unik individ. Flera av de granskade artiklarna för fram hur viktigt det är med en god relation mellan vårdare och patient. Vår litteraturstudie har visat på olika vägar att arbeta för att upprätthålla en omvårdnad som präglas av mänsklig värdighet, säkerhet, trygghet och bevarande av patientens integritet. Omvårdnadssituationen på en operationsavdelning karakteriseras av det korta mötet mellan patient och sjuksköterska. För att detta ska bli så bra som möjligt visar oss litteraturstudien olika modeller som är möjliga att omsätta i praktiken såsom den patientfokuserade modellen (19), perioperativ dialog (28-30) och Orlandos dynamiska relationsteori (21).

Tre omvårdnadsteoretiker med omsorgsperspektiv, Nightingale, Henderson och Montgomery ger den perioperativa sjuksköterskan insikt om kärnan i perioperativ omvårdnad och som ger sjuksköterskan en förståelse för patientens behov av trygghet och lugn, samt miljöns inverkan på de fysiska parametrarna (20).

Det framgår av flera studier (25-27) att patienterna på det hela taget är nöjda med den perioperativa omvårdnaden. De förväntar sig att den perioperativa sjuksköterskan skall utstråla lugn och yrkesskicklighet. Patienterna saknar dock stöd och uppmuntran från sjuksköterskan att ta sina egna känslor på allvar och bli stimulerade att ställa frågor om något är oklart. Genom humor, musik och undervisning kan man lindra oro och stress hos patienterna (24).

Nyutexaminerade perioperativa sjuksköterskor beskriver i litteraturstudien att det är svårt att räkna till, både då det gäller tekniska färdigheter och möjligheter att tillgodose patientens behov (22). Arbetstempot på operationsavdelningarna är högt uppdrivet och det är lätt att påverkas av attityden att om arbetsuppgifterna utförs snabbt klassas man som en duktig sjuksköterska. Som handledare till nya kollegor är det viktigt att uppmuntra dem att använda sig av sina nya teorier och kunskaper istället för att socialisera in dem i rutiner som är gamla och förlegade "heliga kor". Med tiden lär sig den nyutexaminerade sjuksköterskan att behärska de tekniska momenten och får då lättare för att se patienten ur ett holistiskt perspektiv.

De olika omvårdnadsteorier/modeller som vi granskat i resultatet har alla positiva och negativa sidor. Naturligtvis är de i många avseenden till stor hjälp men för att kunna bedriva en individuell omvårdnad även i en akutsituation krävs ett stort mått av improvisation och fingertoppskänsla. Viktigt är dock, oavsett vilken modell man väljer, att den är enkel och användbar i alla sammanhang.

Kontinuerlig utvärdering av omvårdnaden behövs för att kartlägga om den valda modellen uppfyller patienternas behov (8, 39).

Dokumentationen av sjuksköterskans arbete regleras av lagar och förordningar och med hjälp av standardvårdplaner och dokumentationsmallar blir den både säker och effektiv. PeriOP-VIPS (10) är skraddarsydd för att kunna användas på en operationsavdelning. Hjälpmedel för dokumentation (17,18) ger tid över att fokusera på patienten och ökar möjligheten att ge en säker vård samt synliggör dessutom sjuksköterskans arbete.

## REFERENSLISTA

1. Rooke L. Omvårdnad - teoretiska ansatser i praktisk verksamhet. Stockholm: Liber AB; 1995, 2:a upplagan.
2. Haeger K. Kirurgins historia. Göteborg: AB Nordbok; 1988.
3. McGarvey H, Chambers M, Boore J. Development and definition of the role of the operating department nurse: a review. *J Adv Nurs.* 2000; 32(5):1092-1100.
4. Holmdahl B. Sjuksköterskans historia: från siukwakterska till omvårdnadsdoktor. Stockholm: Liber; 1997, 2:a upplagan.
5. Nightingale F. Anteckningar om sjukvård... ur vårt tidsperspektiv. FoU rapport 31, Vårdförbundet SHSTF Skellefteå: Artemis bokförlag; tredje tryckningen 1996.
6. Wendt R. Florence Nightingale och hennes tid. I: Nightingale F. Anteckningar om sjukvård... ur vårt tidsperspektiv. FoU rapport 31, Vårdförbundet SHSTF Skellefteå: Artemis bokförlag; tredje tryckningen 1996.
7. Lindvall L, von Post I. Perioperativ vård – den perioperativa vårdprocessen. Lund: Studentlitteratur; 2000.
8. Socialstyrelsens Författningssamling. SOSFS 1993:17. [http://www.sos.se/sosfs/1993\\_17](http://www.sos.se/sosfs/1993_17). Tillgänglig 2007-08-08.
9. Holm S, Hansen E. Pre- och postoperativ omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2000.
10. Gustafsson B, Kelvered M. PeriOP-VIPS. Lund: Studentlitteratur; 2003.
11. [www.aorn.org/PracticeResources/PNDS](http://www.aorn.org/PracticeResources/PNDS) Tillgänglig 2007-09-18
12. von Post I. Professionell naturlig vård ur anesthesi- och operationssjuksköterskors perspektiv. Avhandling för doktorsexamen. Åbo: Åbo Akademis förlag; 1999.
13. Rudolfsson G. Den perioperativa vårdens värdegrund. Uppdukat 2002; 4.
14. Kirkevold M. Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering. Lund: Studentlitteratur; 2000, 2:a upplagan.
15. Jahren Kristoffersen N. Allmän omvårdnad 1. Stockholm: Liber AB; 1998, 1:a upplagan.
16. Rothrock J. Alexanders Care of the Patient in Surgery. St. Louis USA: Elsevier Health Science; 2003, Twelfth edition.
17. Kleinbeck S. Dimensions of perioperative nursing for a national specialty nomenclature. *J Adv Nurs.* 2000; 31(3): 529-535.
18. Junttila K, Salanterä S, Hupli M. Perioperative nurses' attitudes toward the use of nursing diagnoses in documentation. *J Adv Nurs.* 2005; 52(3): 271-280.
19. Rothrock J, Smith D. Selecting the perioperative patient focused model. *AORN Journal* 2000; 71(5): 1030-1037.
20. Gillette V. Applying nursing theory to perioperative nursing practice. *AORN Journal* 1996; 64(2): 261-270.
21. Rosenthal B. An interacionist's approach to perioperative nursing. *AORN Journal* 1996; 64(2): 254-260.
22. Larsson Mauleon A, Ekman S-L. Newly graduated nurse anesthetists' experiences and views on anesthesia nursing – a phenomenographic study. *AANA Journal* 2002; 70(4): 281- 287.
23. Benner P. Från novis till expert – mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet. Lund: Studentlitteratur; 1993.



24. Leinonen T, Leino-Kilpi H. Research in peri-operative nursing care, a review. *J Clin Nurs*. 1999; 8: 123-138.
25. Leinonen t, Leino-Kilpi H, Ståhlberg M-R, Lertola K. The quality of perioperative care: development of a tool for the perceptions of patients. *J Adv Nurs*. 2001; 35(2): 294-306.
26. Lagerström E, Bergbom I. The care given when undergoing operations and anesthesia – the patients perspective. *Journal of Advanced Perioperative Care* 2006; 2(4): 183-193.
27. Leinonen T, Leino-Kilpi H, Ståhlberg M-R, Lertola K. Comparing patient and nurse perceptions of perioperative care quality. *Appl Nurs Res*. 2003; 16(1): 29-37.
28. Rudolfsson G, Ringsberg K, von Post I. A source of strength – nurses perspectives of the perioperative dialogue. *J Nurs Manag*. 2003;11: 250-257.
29. Rudolfsson G, Hallberg L, Ringsberg K, von Post I. The nurse has time for me: the perioperative dialogue from the perspective of patients. *Journal of Advanced Perioperative Care* 2003; 1(3): 77-84.
30. Lindwall L, von Post I, Bergbom I. Patients' and nurses' experiences of perioperative dialogues. *J Adv Nurs*. 2003; 43(3): 246-253.
31. Dunlap K. The practice of nursing theory in the operating room. *Today's Surg Nurse*. 1998; september/october: 18-22.
32. Eriksson K. *Vårdprocessen*. Stockholm: Almqvist & Wiksell; 1988, 4:e upplagan.
33. Gabrielsson A. Patient – Centered Care in the OR: Is this possible? *Can Oper Room Nurs J*. 1997; march/april: 8-10.
34. Markovic M. From theory to perioperative practice with Parse. *Can Oper Room Nurs J*. 1997; march/april: 13-19.
35. Hjalte L. Det är inte min värld. *Vård i Norden* 4/2000; 58(20): 32-37.
36. Stolt C-M. *Medicinen och det mänskliga*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur; 2003.
37. Allen D. Faculty practice: a model to bridge the theory – practice divide. *Br J Community Nurs*. 2000; 5(10): 504-510.
38. Wilson L, Kolcaba K. Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 2004; 19(3): 164-173.
39. Socialstyrelsens Författningssamling. SOSFS 2005:12. [http://www.sos.se/sosfs/2005\\_12](http://www.sos.se/sosfs/2005_12). Tillgänglig 2007-08-08

## ARTIKELPRESENTATION

**Ref nr:** 17

**Författare:** Kleinbeck S.V.M.

**Titel:** Dimensions of perioperative nursing for a national specialty nomenclature.

**Tidskrift:** Journal of Advanced Nursing 2000; 31(3), 529-535

**Land:** USA

**Syfte:** Att hitta en terminologi för dokumentation inom perioperativ vård baserad på de vanligast förekommande sjuksköterskediagnoserna.

**Urval:** 239 erfarna perioperativa sjuksköterskor

**Metod:** En kvantitativ studie i vilken erfarna perioperativa sjuksköterskor fick fylla i ett frågeformulär med en femgradig skala där de fick ange vilka patientspecifika diagnoser som förekom i deras dagliga omvårdnadsarbete. Fyra områden framkom i analysen och de fick tjäna som mall för en ny perioperativ omvårdnadsterminologi.

**Referenser:** 25

**Ref nr:** 18

**Författare:** Junttila K, Salanterä S, Hupli M

**Titel:** Perioperative nurses' attitudes toward the use of nursing diagnoses in documentation

**Tidskrift:** Journal of Advanced Nursing 2005; 52(3), 271-280

**Land:** Finland

**Syfte:** Att studera sjuksköterskors attityder till att använda sjuksköterskediagnoser i perioperativ omvårdnadsdokumentation och faktorer som påverkar dessa attityder.

**Urval:** Samtliga 146 perioperativa sjuksköterskor från fyra olika operationsavdelningar vid ett universitetssjukhus i Finland. Alla 146 sjuksköterskor hade deltagit i försöket att använda sjuksköterskediagnoser i perioperativ omvårdnadsdokumentation.

**Metod:** En kvantitativ studie. Ett frågeformulär, som utarbetats av Frisch och Kelley (2002), skickades ut till samtliga 146 perioperativa sjuksköterskor som arbetade på fyra olika operationsavdelningar vid ett universitetssjukhus i Finland. Frågeformuläret bestod av 20 påståenden om perioperativ omvårdnad och dess dokumentation, som skulle besvaras med hjälp av en 5-gradig Likert-skala.

**Referenser:** 48

**Ref nr:** 19

**Författare:** Rothrock J, Smith D

**Titel:** Selecting the Perioperative Patient Focused Model

**Tidskrift:** AORN Journal 2000; 71(5), 1030-1037

**Land:** USA

**Syfte:** Att hitta en omvårdnadsteori som är användbar inom den perioperativa vården.

**Urval:** 15 existerande omvårdnadsteorier.

**Metod:** En litteraturstudie i vilken 15 existerande omvårdnadsteorier utvärderades. Den perioperativa patientfokuserade modellen, utvecklad av AORN:s Data Elements Coordinating Committee, utvaldes eftersom den passade bäst för perioperativ omvårdnad och kunde också användas i forskningssyfte.

**Referenser:** 6

**Ref nr:** 20

**Författare:** Gillette V

**Titel:** Applying Nursing Theory to Perioperative Nursing Practice

**Tidskrift:** AORN Journal 1996; 64(2), 261-270

**Land:** USA

**Syfte:** Att relatera den perioperativa omvårdnaden till de tre omvårdnadsteoretikerna Nightingale, Henderson och Montgomery.

**Urval:** 39 artiklar

**Metod:** En litteraturstudie.

**Referenser:** 39

**Ref nr:** 21

**Författare:** Rosenthal B C

**Titel:** An Interactionist's Approach to Perioperative Nursing

**Tidskrift:** AORN Journal 1996; 64(2) 254-260

**Land:** USA

**Syfte:** Att pröva Ida J Orlandos omvårdnadsteori "The Dynamic Nurse- Patient Relationship" i ett patientfall.

**Urval:** 1 patient

**Metod:** Att i kliniskt arbete pröva Orlandos omvårdnadsteori "The Dynamic Nurse – Patient Relationship"

**Referenser:** 24

**Ref nr:** 22

**Författare:** Larsson Mauleon A, Ekman S-L

**Titel:** Newly Graduated Nurse Anesthetists' Experiences and Views on Anesthesia Nursing – a Phenomenographic Study

**Tidskrift:** AANA Journal 2002; 70(4), 281-287

**Land:** Sverige

**Syfte:** Att identifiera och beskriva olika sätt på vilka nya nyutexaminerade narkossjuksköterskor erfar och uppfattar anesthesiologisk omvårdnad.

**Urval:** 9 stycken nyutexaminerade narkossjuksköterskor. Alla var kvinnor mellan 25-46 års ålder och med tidigare yrkeserfarenhet som sjuksköterskor mellan 2 och mer än 10 år.

**Metod:** En fenomenografisk studie där informanterna fick berätta vad de tyckte kring fyra öppna frågor som handlade om vad som kännetecknar en bra anestesijuksköterska samt vad god perioperativ omvårdnad innebär. De fick också sätta detta i relation till sina tidigare erfarenheter som sjuksköterskor verksamma på en vårdavdelning.

**Referenser:** 33

**Ref nr:** 24

**Författare:** Leinonen T, Leino-Kilpi H

**Titel:** Research in peri-operative nursing care

**Tidskrift:** Journal of Clinical Nursing 1999; 8: 123-138

**Land:** Finland

**Syfte:** Att lägga basen för ett utvecklingsprojekt i avsikt att mäta kvaliteten på intraoperativ omvårdnad ur patientens perspektiv.

**Urval:** 97 vetenskapliga artiklar som handlar om peroperativ omvårdnad ur patientens

perspektiv.

**Metod:** Review. Artiklarna söktes fram i databasen Medline från 3 olika tidskrifter, AORN journal, Journal of Advanced Nursing och Nursing Research. Författarna delade in artiklarna i 4 olika grupper, pre-, intra-, post- och perioperativa studier. I analysen av artiklarna beaktades såväl teoretiskt ramverk, metod och huvudresultat som typ av anestesi och kirurgi, samt studiernas validitet och reliabilitet.

**Referenser:** 96 (sic!)

**Ref nr:** 25

**Författare:** Leinonen T, Leino-Kilpi H, Ståhlberg M-R, Lertola K

**Titel:** The quality of perioperative care: development of a tool for the perceptions of patients

**Tidskrift:** Journal of Advanced Nursing 2001; 35(2), 294-306

**Land:** Finland

**Syfte:** Att studera hur patienterna uppfattade den perioperativa vårdkvalitén som de fick på operations- och eftervårdsavdelningen.

**Urval:** 874 patienter. Vuxna patienter som var kapabla att besvara en enkät utan hjälp och som blev utskrivna från eftervårdsavdelningen till sin ordinarie vårdavdelning. De patienter som blev behandlade på intensivvårdsavdelningen, blev konfusionella eller mycket trötta fick inte delta i studien.

**Metod.** Kvantitativ studie. Totalt 1200 enkäter delades ut. Frågorna hade ”Good Nursing Care Scale” som utgångspunkt och som besvarades utifrån en 5-gradig Likert-skala.

**Referenser:** 45

**Ref nr:** 26

**Författare:** Lagerström E, Bergbom I

**Titel:** The care given when undergoing operations and anesthesia – the patients’ perspective

**Tidskrift:** Journal of Advanced perioperative Care 2006; 2(4) 183-193

**Land:** Sverige

**Syfte:** Att beskriva och undersöka betydelsen av ”taking care of” ur patientens perspektiv

**Urval:** Strategiskt urval. 6 patienter som var bokade för elektiv kirurgi.

**Metod:** Hermeneutisk metod. Patienterna blev intervjuade två gånger, dels dagen innan de skulle opereras och dels dagen efter operationen. Vid det första samtalet fokuserades intervjuerna på vilka förutfattade meningar, förväntningar och önsknings patienterna hade kring vården av sin operation. Det andra samtalet fokuserade på patientens erfarenheter av hur de blev omhändertagna jämfört med sina förutfattade meningar och förväntningar.

**Referenser:** 27

**Ref nr:** 27

**Författare:** Leinonen T, Leino-Kilpi H, Ståhlberg M-R, Lertola K

**Titel:** Comparing Patient and Nurse Perceptions of Perioperative Care Quality

**Tidskrift:** Applied Nursing Research 2003; 16(1), 29-37

**Land:** Finland

**Syfte:** Att jämföra patienters och sjuksköterskors uppfattning om vårdkvalité

**Urval:** Av 1200 patienter som genomgått antingen allmän kirurgi, tarmkirurgi, ortopedi eller traumakirurgi, gynekologiskt ingrepp, urologi, ingrepp av hjärt-kärlsjukdomar, neurokirurgi, plastikkirurgi eller öron, näs och halskirurgi besvarade 874 patienter (56 % kvinnor och 44 % män) den enkät som delades ut på vårdavdelningen efter operationen. Urvalskriteriet var att det

skulle vara vuxna patienter i relativt gott tillstånd och kapabla att besvara frågeformuläret utan hjälp. Av 189 tillfrågade perioperativa sjuksköterskor besvarade 143 enkäten.

**Metod:** Kvantitativ metod. Frågeformuläret baserades på "Good Perioperative Nursing Care Scale" utarbetad av Leino-Kilpi. Studien hade förgåtts av ett pilotprojekt.

**Referenser:** 20

**Ref nr:** 28

**Författare:** Rudolfsson G, Ringsberg K, von Post I

**Titel:** A source of strength – nurses' perspectives of the perioperative dialogue

**Tidskrift:** Journal of Nursing Management 2003; 11, 250-257

**Land:** Sverige

**Syfte:** Att beskriva narkossjuksköterskors och operationssjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med den perioperativa dialogen.

**Urval:** 10 narkossjuksköterskor och 10 operationssjuksköterskor

**Metod:** Grounded theory. Sjuksköterskorna som deltog i studien fick gå en 10 veckor lång heltidsutbildning om den perioperativa dialogen och därefter använda den i praktiken. Efter att de perioperativa sjuksköterskorna arbetat med den perioperativa dialogen en tid genomfördes semi-strukturerade intervjuer där sjuksköterskorna fick berätta om sina erfarenheter av att arbeta utifrån denna arbetsmodell.

**Referenser:** 28

**Ref nr:** 29

**Författare:** Rudolfsson G, Hallberg L, Ringsberg K, von Post I

**Titel:** The nurse has time for me: the perioperative dialogue from the perspective of patients

**Tidskrift:** Journal of Advanced Perioperative Care 2003; 1(3) 77-83

**Land:** Sverige

**Syfte:** Att beskriva patientens erfarenheter av den perioperativa dialogen.

**Urval:** Strategiskt urval av 18 patienter, 7 män och 11 kvinnor mellan 20 och 76 år gamla. Patienterna valdes ut av 11 sjuksköterskor med tanke på ålder, typ av kirurgi och kön för att få en så heterogen grupp som möjligt.

**Metod:** Grounded theory. Studien genomfördes i tre steg. 17 sjuksköterskor utbildades i att använda den perioperativa dialogen. 11 sjuksköterskor valde strategiskt ut patienter för att få en så heterogen grupp som möjligt. Patienterna informerades, både skriftligt och muntligt, i samband med det preoperativa samtalet om att delta i denna studie. Postoperativt, efter att patienterna blivit utskrivna genomfördes semistrukturerade intervjuer hemma hos informanterna.

**Referenser:** 38

**Ref nr:** 30

**Författare:** Lindwall L, von Post I, Bergbom I

**Titel:** Patients' and nurses' experiences of perioperative dialogues

**Tidskrift:** Journal of Advanced Nursing 2003; 43(3), 246-253

**Land:** Sverige

**Syfte:** Att beskriva och tolka meningen med omvårdnad som den upplevs av patienter och narkos- och operationssjuksköterskor genom att använda den perioperativa dialogen.

**Urval:** Det gjordes ett strategiskt urval av patienter med tanke på kön, ålder, typ av kirurgi och anestesi. Det blev 10 patienter (3 män och 7 kvinnor) i åldern 31-76 år. Dessutom 10 perioperativa sjuksköterskor, alla kvinnor med mellan 5 till 25 års yrkeserfarenhet.

**Metod:** Hermeneutisk metod. Patienterna intervjuades postoperativt och sjuksköterskorna fick skriva ner sina erfarenheter efter att ha genomfört pre-, intra- och postoperativa samtal med sina patienter.

**Referenser:** 28