

BEMÖTANDE INFÖR ETT KIRURGISKT INGREPP

–UR ETT PATIENTPERSPEKTIV

FÖRFATTARE	Jenny Bråndal Ann-Christin Pedersen
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng Omvårdnad – Eget arbete HT 2006
OMFATTNING	10 poäng
HANDLEDARE	Kristina Andersson
EXAMINATOR	Catharina Welin

–ur ett patientperspektiv

Titel (engelsk): Presurgical interaction –from the patients perspective

Arbetets art: Eget arbete, fördjupningsnivå I

Program/kurs/kurskod/
kursbeteckning: Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng/
Omvårdnad – Eget arbete/VOM200/SPN6

Arbetets omfattning: 10 poäng

Sidantal: 20

Författare: Jenny Bråndal och Ann-Christin Pedersen

Handledare: Kristina Andersson

Examinator: Catharina Welin

SAMMANFATTNING

En del patienter upplever att de kommer bort i hanteringen. Att de behandlas som objekt istället för subjekt. Självklara saker som vanlig mänsklighet, medkänsla, omtanke och hänsyn tenderar att komma bort i den allt mer växande vårdapparaten som styrs av administrativa rutiner och rationalitet. *Hur* vi blir bemötta är av stor vikt för oss i livets alla situationer och påverkar vårt beteende på olika sätt. Självbestämmande, integritet, trygghet, inlevelseförmåga, förtroende och glädjen att finnas med är alla viktiga komponenter vid ett möte. Orlandos omvårdnadsteori behandlar interaktionen i det direkta mötet, det vill säga kommunikationen och samspelet mellan sjuksköterskan och patienten. Teorin understryker vikten av att se hela patienten på ett sådant sätt att patienten upplever sig sedd. Syftet med litteraturstudien var att beskriva vad patienten ger uttryck för och menar vara ett gott bemötande inför ett kirurgiskt ingrepp. Litteraturstudien baserades på vetenskapliga artiklar. Artiklarna söktes dels via CINAHL och PubMed men även genom sekundära sökningar i artiklar, avhandlingar och annan litteraturs referenslistor. Sökorden var preoperative care, patient-nurse relations och encounter- preoperative. I resultatredovisningen framkom fyra kategorier som bäst beskrev vad patienten såg i ett gott bemötande. Dessa var tid, delaktighet, förtroende och trygghet. Vi ville också ta reda på hur ett gott bemötande kan uppnås och fick svaren på detta i de ”krav” patienternas upplevelser, direkt och/eller indirekt, ställer på sjuksköterskans bemötande. Avgörande för patienterna var känslan av att det fanns tillräckligt med tid att bemöta frågor och funderingar och upplevelsen av att sjuksköterskan ger varje unik patient tillräckligt med tid för just deras samtal inför operationen. Det visade sig också att då man ökar en patients kunskap om vad som skall ske och förklarar varför vissa saker måste ske, så ökar känslan av delaktighet hos patienten vilket minskar dennes oro och ångest. Det framkom att de patienter som gavs möjlighet till ett preoperativt ankomstsamtal med en sjuksköterska, där de fick tillfälle att ge uttryck för sin livssituation, upplevde att det i detta samtal skapades en förtroendefull relation mellan patient och sjuksköterska som fick patienten att känna sig vägled.

INNEHÅLL		Sid
INLEDNING	1	
BAKGRUND	1	
Bemötande – definition av begreppet, dess innebörd och olika nivåer		1
Bemötande – verbal kommunikation	2	
Bemötande – icke verbal kommunikation, signaler och miljö	3	
Bemötande – patientens välbefinnande och sjuksköterskans lyhörda empati	3	
Bemötande – etik och värdegrund		4
Bemötande – integritet		5
Bemötande – det preoperativa mötet	6	
Omvårdnadsteoretisk anknytning		6
SYFTE	7	
METOD	7	
RESULTAT	9	
Bemötande – känsla av att få tid	9	
Bemötande – att känna delaktighet		11
Bemötande - att känna förtroende		12
Bemötande – att känna trygghet	13	
DISKUSSION	14	
Metoddiskussion	14	
Resultatdiskussion	15	
SLUTSATS	17	
REFERENSER	18	
BILAGA		
Presentation av artiklar		

INLEDNING

Kulturkrockar mellan den hierarkiska sjukvården, det mångkulturella och moderna informations-samhället leder till stora problem och svårigheter i bemötandet mellan patient och sjuksköterska (1). En del patienter upplever att de kommer bort i hanteringen. Att de behandlas som objekt istället för subjekt. Självklara saker som vanlig mänsklighet, medkänsla, omtanke och hänsyn tenderar att komma bort i den allt mer växande vårdapparaten som styrs av administrativa rutiner och rationalitet (2). Farhågor som ges empiriskt stöd i en SIFO-undersökning som publicerades i Göteborgsposten lördagen den 19 september 2006 där en av fem säger sig vara missnöjd med bemötandet inom vården. Mest missnöjda var kvinnor i åldersgruppen 18-29 år (3).

Vi lever i en tekniskt explosionsartad värld. En värld som ibland är svår att hänga med i. Dagligen bombarderas samhället av nya superprodukter. Lyckligtvis görs även framsteg inom sjukvården och läkemedelsindustrin. Sjukvården specialiseras och effektiviseras allteftersom och antalet patienter som genomgår en planerad eller akut operation ökar rent kvantitativt (4). Bara i Västra Götalandsregionen utförs ca 80 000 operationer varje år (statistik för år 2004) (5). Dagligen tas det upp i tidningar och media att dagens kirurgi i Sverige är av världsklass och dessutom oftast komplikationsfri. Dock finns det i denna supereffektivisering risk för ”löpande band operationer” (4). För patienter som ska genomgå en operation är det mycket viktigt med en god dialog så att relevant information ges och förstås. De högre effektivitetskraven gör det svårare för sjuksköterskan att frigöra tid för informativa samtal och man riskerar dels missförstånd mellan patient och sjuksköterska och dels att den information som borde ges inte förmedlas (1). En bra kontakt sparar givetvis tid, då bakomliggande faktorer blir tydligare, men ser även till så att undersökningar inte utförs på patienten i onödan. Detta gagnar båda parter (6).

Vi tror att bra vård och gott bemötande är två sidor av samma mynt, att det ena förutsätter och kräver det andra, och vi vill därför här försöka belysa frågan: Vad är ett gott bemötande och hur uppnår man det? Vi tror nämligen att sjuksköterskans bemötande är avgörande för hur patienten upplever vården och vi vill med denna litteraturstudie försöka hitta de uttryck som i litteraturen bäst beskriver patientens upplevelse av ett gott bemötande.

BAKGRUND

Bemötande - definition av begreppet, dess innebörd och olika nivåer

Negativt bemötande kan förklaras utifrån förolämpning i ord och handling som visar brist på respekt för någons värdighet. Positivt bemötande kan förklaras utifrån ett älskvärdt eller vänligt bemötande (7, 8, 9).

Bemötande kan delas in i olika nivåer: Den kollektiva, den organisatoriska och den individuella nivån, där den kollektiva uttrycks i politiska riktlinjer och lagar som i sin tur sprids till den offentliga verksamheten. Den organisatoriska nivån handlar om hur politik och lagstiftning tolkas och omsätts inom de olika verksamheterna. Tolkningen är grunden till organisationens arbetssätt och attityder. Den individuella nivån handlar om det individuella mötet. I mötet mellan patient och sjuksköterska är den enskilde sjuksköterskans attityder och tolkningar av stor betydelse då dessa

tolkningar får direkta konsekvenser för patienten och vårdsituationen som sådan (10). Hur vi blir bemötta är av stor vikt för oss i livets alla situationer och påverkar vårt beteende på olika sätt (2). Men mötet mellan patient och sjuksköterska är inte jämlikt. Sjuksköterskan befinner sig i egenskap av sin profession och auktoritet automatiskt i en maktposition över patienten. Patienten är i beroendeställning till sjuksköterskan vilket medför att det är sjuksköterskans ansvar att kvalitén på mötet blir tillfredsställande (11, 12).

”Alla relationer mellan patient och sjuksköterska bygger på en asymmetrisk relation då parternas olikheter i situation och kompetens skiljer dem åt då patienten är den hjälpsökande och sjuksköterskan är den som hjälper”
(12 sid. 24).

Självbestämmande, integritet, trygghet, inlevelseförmåga, förtroende och glädjen att finnas med är alla viktiga komponenter vid ett möte men vad gäller sjuksköterskans bemötande så kräver det just på grund av den ojämlikhet som råder i relationen en visad respekt, en medvetenhet om och en förmåga till inlevelse i patientens behov och reaktioner (2, 7). Ändå finns det ingen given mall utan varje möte är unikt. Ett bemötande kan vara rätt i förhållande till en patient och fel i förhållande till en annan. Det gäller att försöka mötas på samma nivå. Ur ett patientperspektiv är det viktigt att tänka på att alla är olika, att alla har varierande förmågor och förutsättningar att kunna tillgodogöra sig den information som ges. Deras förutsättningar och upplevelser vid ett preoperativt vårdtillfälle är därför olika (10, 13).

Bemötande kan alltså beskrivas som ett komplicerat socialt samspel med många dimensioner, ett samspel som till stor del handlar om verbal och ickeverbal kommunikation mellan två eller flera individer. Ett samspel som kommer till uttryck i tal, handlingar och gester där människor påverkar och påverkas av den andre (10). Enligt Friis Aagard menar Virginia Satir i boken, Om å skabe kontakt, att mötet mellan två människor kan beskrivas på följande sätt:

”Å skabe kontakt forudsætter to mennesker og tre parter: Hver person i kontakt med sig selv og hver person i kontakt med den andre” (4 sid. 10).

Bemötande - verbal kommunikation

Vår verbala kommunikation, våra samtal, är grunden till all kontakt och mänsklig utveckling. Ett samtal präglad av lyhördhet och förståelse är en förutsättning för att mötet mellan personal och patient ska fungera. Ett flertal studier visar att ett samtal där vårdpersonalen inte bara ser sjukdomen hos en patient utan även lyssnar in dennes känslor inför vårdsituationen är avgörande både för patientens tillfrisknande och för patientens upplevelse av vården. Det visar sig att patienter som upplever att de haft bra samtal med vårdpersonalen tillfrisknar fortare än patienter som inte anser att det fått det (13). Grunden till en bra omvårdnad läggs redan vid första bemötandet och speciellt då första samtalet. Upplevs det som bra läggs grunden till en fruktbar relation mellan patient och sjuksköterska vilket är viktigt eftersom det är i denna kommunikativa relation som patienten kan få utrymme för att uttrycka sina aktuella begär, behov och problem (14). En mellanmänsklig process som när den fungerar präglas av hoppfylldhet, motivation och kvalitet. Många sjuksköterskor menar på att

det inte finns tillräckligt med tid men det behövs oftast bara några få minuter för att en patient skall känna sig sedd, hörd och förstådd något som för patienten innebär att dennes hälsotillstånd stärks vilket för den enskilde är viktigare än en dyr behandling (1, 4, 6).

Bemötande - ickeverbal kommunikation, signaler och miljö

Allt vi gör i möten med andra människor, alla våra medvetna eller omedvetna beteenden har ett kommunikativt värde (12). Av all kommunikation anses 90 % av ett budskap vara icke-verbalt (6). Våra gester och vår tystnad, vårt nonsensprat och vår tillbakadragenhet är lika mycket en del av kommunikationen mellan två i ett möte som det som faktiskt uttrycks verbalt. I direkta möten, ansikte mot ansikte, utbyts alltid flera och olika uttryck samtidigt (12). Hur påverkan ser ut kan skilja sig åt men den styrs av personens inre, dess erfarenheter, förväntningar och tolkningar av just det tillfälle som personen befinner sig i (15). En person kan säga en sak men signalera något helt annat. När någon, t.ex. en sjuksköterska, signalerar något via mimiken ”smittar” det och samma typ av känsla väcks hos patienten och vice versa. Om då denna känsla förnekas verbalt skapas osäkerhet och förvirring hos den andre (6).

Den speciella miljö som råder på ett sjukhus gör att det är extra viktigt att vårdpersonalen är medveten om de signaler de sänder ut och tänker på att den miljö de själva finner självklar och trygg för många upplevs som ett hot. Då sjuksköterskan är trygg i sin arbetsmiljö är det för patienten främmande i dubbel bemärkelse då denne oroar sig för sin sjukdom samtidigt som sjukhusmiljön kan upplevas som skrämmande (11). Känslan av utelämnande kan upplevas väldigt stark av patienten om det är första gången han/hon ligger på sjukhus men det kan även finnas en känsla av utelämnande i relation till vårdpersonalen. Möjligheten för patienten att skydda sin personliga och normala sfär begränsas i sjukhusvärlden av den fysiska miljön samt de traditionella rutiner som finns på en avdelning. Trots att patienten kanske är van att säga ifrån och ta ansvar är det i sjukhusvärlden inte lätt att behålla den förmågan. Detta på grund av sjukhusets underförstådda men även uttryckliga traditionella värderingar om att patienten bör rätta sig efter och överlåta beslut om vården till den utbildade personalen. För patienten kan det upplevas frustrerande att inte veta hur det fungerar och vad som är tillåtet på en avdelning. Bemötandet av patienten måste därför göras med hänsyn till hans/hennes situation (16).

Bemötande – patientens välbefinnande och sjuksköterskans lyhörda empati

Utifrån den socialpsykologiska teorin innebär empati att inse och ta hänsyn till vad ens egna handlingar för med sig i förhållandet till andra människor (17). Förmågan att lyssna, att låta den man möter bli sedd och få uppmärksamhet är avgörande för kvaliteten i all mänsklig kommunikation. En sjuksköterska väljer inte sina patienter men har alltid möjlighet att välja sitt sätt att kommunicera och bemöta (15).

Det goda mötet uppstår i en tillåtande miljö där patienten är accepterad för den han/hon är, vilket förutsätter lyhördhet, flexibilitet och empati från alla inblandade, men det kan ändå innehålla krav (2). Naturligtvis kan en sjuksköterska aldrig helt och fullt sätta sig in i en patientens känslor på så vis att de känner samma sak. Men för att patienten ska få en chans att bli förstådd är det viktigt att sjuksköterskan lyssnar uppmärksamt på vad patienten säger och även försöker tyda vad som sägs

utan ord. Detta kräver att sjuksköterskan ”är där” med uppmärksamheten riktad mot patienten, samtidigt som sjuksköterskan lyssnar till sitt eget inre (6). Genom att empatiskt försöka tyda patientens känsloläge och samtidigt anpassa sitt uppträdande efter patientens behov och krav ges en möjlighet för att mötet kan utvecklas och förändras i positiv riktning (6, 17).

Bemötande – etik och värdegrund

Att bemötande handlar om ett samspel mellan människor och deras fördomar, kunskaper och inställningar har vi sett. Vårt bemötande kommer till uttryck i våra handlingar, vårt tal och våra gester. Här visar sig våra etiska ståndpunkter i praktiken. Den människosyn vi bär på är avgörande för bemötandets och därmed omsorgens kvalitet. Lyhördhet och empati, samtal och bemötande är alltså mycket en fråga om etik (18).

Ordet *etik* härstammar från grekiskan och betyder *seder och bruk*. Ibland likställs etik med sedelära, alltså läran om vad som enligt gammal sed anses vara rätt och fel, men i mer teoretiska sammanhang skiljer man på normativ etik, metaetik och moralvetenskap. Den normativa etiken handlar om sådant som vi oftast menar när vi pratar om ”etik och moral”. Alltså om vilka normer vi ska följa, till exempel Tio Guds Bud och/eller FN-deklarationen om de mänskliga rättigheterna, och varför vi ska följa just dessa regler. Metaetiken diskuterar förutsättningarna för etiken, vad som överhuvudtaget ska beläggas med etiska aspekter och vad som inte hör moralen till, medan moralvetenskapen undersöker de moraliska fenomenens biologiska, psykologiska och historiska grund (19).

Etiska aspekter genomsyrar de politiska riktlinjer som ges för vården. Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen ska enligt lagstiftarna vila på en humanistisk människosyn, där varje individ tillmäts samma värde utan hänsyn till förtjänst eller funktion (18).

”Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet” (20 sid. 607).

”Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet” (20 sid. 106).

Etiska frågeställningar handlar alltså ofta om vad som är rätt eller fel i våra mellanmänskliga relationer - hur vi ska bemöta varandra (2). De etiska principer som ligger till grund för ett bra bemötande inom vården handlar om att inte skada andra, visa respekt för andra människors rätt till integritet och självbestämmande men även om rättvisa och att människor har olika behov (21). Att man som patient blir sedd och bemött som den man faktiskt är och att vårdpersonalen tar hänsyn till dennes behov och förutsättningar (2). Principer som tyvärr inte alltid fungerar i verkligheten. En statlig utredning visar till exempel att bemötandet av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården skiljer sig åt då kvinnor och män ofta uttrycker olika krav på bemötanden i vården. Generellt har kvinnor högre krav på att bli bemötta ur ett helhetsperspektiv. Kvinnor upplever även i större utsträckning än män att de känner sig missförstådda och eller misstänkliggjorda i de vårdrelaterade mötena (1).

Vi har alltid ett ansvar för våra medmänniskor - en etisk plikt vi upptäcker ”i den andres ansikte”. Om vi verkligen *ser* en annan person när vi tittar på honom eller henne förstår vi att vi framför oss har en människa som kräver saker av oss och att vi ska bemöta människor med respekt, ansvar och medmänsklighet. Den andres blick kräver så att säga vår moraliska godhet (22).

Bemötande - integritet

Enligt Thorséns (11) bok visar en empirisk studie att ett stort antal människor anser att integritet markerar en gräns för det personliga jaget (11). Ordet integritet kommer från latinet och betyder oberoende och/eller okränkbarhet (16) men begreppet kan också förklaras som en fysisk eller psykisk helhet hos en individ (23).

Att värna om en människas integritet innebär inom vården bland annat att personalen ska kunna vara flexibel när det gäller rutiner. Det är inte patienten som ska tvingas till att anpassa sig efter rutinerna utan, i den mån det är möjligt, tvärt om. Att respektera patientens integritet innebär också att personalen tar hänsyn till patientens personliga livshistoria vilket underlättar för att kunna bemöta patienten som en individ med egna inre hälsoresurser. Målet är att se hela patientens situation vilket i sig kräver att den enskilde patientens önskemål och värderingar från upplevelsen av sjukdomen och dess följder alltid uppmärksammas (16).

Genom lagstiftning poängteras vissa värden inom sjukvården där integritet är ett av de viktigaste (11). Hälso- och sjukvårdslagen säger att verksamheten ska bedrivas så den uppfyller en god vård byggd ”*på respekt för patientens självbestämmande och integritet*” (20 sid. 106). För att kontakten med patienten skall djupna och bli betydelsefull skall respekt visas för den andres integritet samt för personens förutsättningar att själv bestämma. Ett krav för att en person skall sägas ha integritet som en god egenskap är att den personen präglas av stor självkänedom och har en förmåga till reflektion över hur de egna valen och de egna handlingarna påverkar andra. Den egna yrkes- och livserfarenheten måste integreras till en helhet i omvårdnadssituationen och det måste finnas en vilja till reflektion över meningen av det egna förhållningssättet i relation till patienten som individ och dess sårbarhet, beroende och självbestämmanderätt. En integrerad helhet leder till att det skapas ett förtroende mellan personal och patient. Nu kan det i vården många gånger vara lätt att kränka en människas integritet utan att tänka på det (16). Om till exempel en persons kropp undersöks utan medgivande, eller om individens åsikter förlöjligas eller inte tas på allvar är det en kränkning som också upplevs som övergrepp på den personliga integriteten (23). Som sjuksköterska är det naturligtvis viktigt att skydda patienten från all eventuell social skam och det står helt klart att samarbetet mellan sjuksköterskan och patienten inte främjas av brist på respekt. Att vara patient innebär en beroendeställning vilket gör det extra viktigt att personalen inte förminskar patienterna genom att till exempel prata över huvudet på dem (24). I Anderssons (16) avhandling uttrycker en patient sina tankar kring integritet på följande sätt:

”Respekt för integritet, det är när man inte talar över huvudet på patienten och att man inte blir annorlunda bemött för att man inte ställer upp på vissa invanda regler i sjukvården. Även om man är väldigt speciell, så har man rätt att vara det” (16 sid. 129).

Integritet är alltså ett mycket viktigt ledord inom vården men på samma sätt som ett okänsligt och allt för auktoritativt sätt leder till en förmyndarattityd och ett maktmissbruk så kan en allt för stor eftergivenhet ge upphov till likgiltighet. Professionell omvårdnad kräver en balans mellan anpassning och dominans, mellan sårbarhet och okänslighet. En patients rätt till integritet kan med andra ord inte sträcka sig hur långt som helst (11).

Ett kirurgiskt ingrepp är både en fysisk och psykisk stressfylld upplevelse för patienten på grund av att kroppens integritet hotas. Patienten kan uppleva en känsla av kontrollförlust över sin situation och det resultat som följer. Upplevelsen medför otrygghet, ångest och maktlöshetskänslor. Med god preoperativ omvårdnad kan dessa upplevelser minskas hos patienten (25).

Bemötande - det preoperativa mötet

Med det preoperativa mötet menas det som inträffar eller görs före en operation (26, 27). Patientens preoperativa fas börjar redan när denne känner att något inte står helt rätt till i kroppen. För patienten avslutas den preoperativa fasen först i operationssalen. Denna fas kan sträcka sig från någon minut till flera månader. För patienten innefattas fasen av tankar och beslut kring situationen samt undersökningar och förberedelser inför operationen (25, 28). Det är viktigt att vårdpersonalen tillsammans ser och identifierar patientens rädsla och att de gemensamt funderar över hur de kan stödja honom eller henne. Det krävs ett stort mod av sjuksköterskan att ta sig tid och tillsammans med patienten prata om det som är viktigt att ta upp kring den kommande operationen (29). Tyvärr så är många gånger sjuksköterskan duktigare på att hantera apparater, datajournaler och administrera läkemedel än på att lindra patientens oro och rädsla i dessa situationer samtidigt som patienten kan känna en stor motvilja att blotta sin oro och ångslan (6, 30). Det faktum att ett av sjukvårdens främsta prioriteringar är att effektivisera och förkorta vårdtiderna kan spela in i hur sjuksköterskan identifierar och hanterar patientens oro och rädsla inför en operation (31). Både patienten och sjuksköterskan måste få en rimlig chans, rent tidsmässigt, att hinna identifiera patientens oro och rädsla för att det överhuvudtaget skall vara möjligt att lindra den innan operationen startar (6).

Den information som ges preoperativt är av stor betydelse för patientens upplevelse av trygghet och hopp inför operationen och framtiden. Det ultimata för patienten är att få svar på tre centrala frågor inför en operation:

1. Hur ser mitt hälsotillstånd och mina framtidsutsikter ut?
2. Hur skall jag förhålla mig till det jag skall genomgå?
3. Är jag i trygga händer här på sjukhuset?

Genom att patienten får kunskap om sin situation skapas en upplevelse av att patienten har kontroll över händelseförloppet och känner sig trygg och hoppfylld. Sjuksköterskans information till patienten upplevs här som att personalen har god kunskap och hög kompetens i ämnet, vilket bidrar till att patienten känner sig trygg (31).

Omvårdnadsteoretisk anknytning

Ida Jean Orlandos (32) omvårdnadsteori behandlar interaktionen i det direkta mötet, alltså kommunikationen och samspelet mellan sjuksköterskan och patienten. Hon

understryker vikten av att se hela patienten på ett sådant sätt att patienten även upplever sig sedd, och att utifrån sina egna erfarenheter tolka patientens reaktioner och sedan handla därefter. Sjuksköterskan ska enligt Orlando (32) ta stor hänsyn till allt patienten säger och gör. Ord, beteende, gester, lukter, ansiktsuttryck är alla delar i den interaktiva processen. Det gäller att tolka helheten mot den egna erfarenheten och så att säga få sina egna reaktioner bekräftade i patientens beteende (32).

Ett beteende hos en patient behöver inte alltid ha den innebörd som sjuksköterskan först tror, vilket ställer krav på en god förmåga till att utforska beteendets mening. Interaktionen ska vara en process som syftar till att fastställa patientens omedelbara hjälpbehov och att utifrån dessa behov handla medvetet och ändamålsenligt, det vill säga professionellt. Genom analys av det egna handlandet, genom självreflektion, ska sjuksköterskan undvika att reagera automatiskt det vill säga handla utan hänsyn till patientens perspektiv (32, 33, 34). I första mötet mellan en sjuksköterska och en patient vet inte sjuksköterskan vad för slags hjälp patienten behöver. Men vid en god omvårdnad, en lyckad interaktion, kan sjuksköterskan tillsammans med patienten både identifiera och fastställa patientens hjälpbehov. Det är sedan sjuksköterskans huvudsakliga funktion att tillfredsställa dessa hjälpbehov för att på så vis förbättra patientens fysiska eller psykiska nedsättning, vilket i sig leder till att omvårdnadens huvudsyfte uppfylls (32, 34).

Orlando (32) menar alltså att omvårdnaden bygger på täta interaktioner mellan sjuksköterska och patient, ett samspel. Det är sjuksköterskans uppgift att uppfatta alla patientens signaler och önskningar, även sådant som inte direkt har med patientens sjukdom att göra, och att få patienten medveten om vad sjuksköterskan kan hjälpa honom/henne med (32, 33, 34).

SYFTE

Syftet med litteraturstudien är att beskriva vad patienten ger uttryck för och menar är ett gott bemötande inför ett kirurgiskt ingrepp.

METOD

Genom handledning via Biomedicinska biblioteket fick vi hjälp och instruktioner för att söka artiklar i CINAHL och PubMed. Tillsammans med bibliotekarien diskuterade vi fram lämpliga sökord och begränsningar till denna litteraturstudie. Litteraturstudien är baserad på vetenskapliga artiklar. Artiklarna söktes dels via CINAHL och PubMed men även genom sekundära sökningar i artiklar, avhandlingar och annan litteraturs referenslistor. Vid det första söktillfället använde vi oss av sökordet preoperative care och fick 586 träffar vilka vi titelgranskade. Vid det andra söktillfället i CINAHL användes sökordet patient- nurse relations vilket gav 28 träffar som också titelgranskades. Vid det sista söktillfället som gjordes i PubMed med sökordet encounter-preoperative erhöles 78 träffar. För att begränsa träffarna valdes, vid de två första söktillfällena, research, peer-reviewed och artiklar från år 2000 och framåt, dock gjordes inga begränsningar i PubMed. Fanns det något i artikelns titelnamn som antydde på att artikeln skulle handla om preoperativt bemötande, interaktion och/eller dialog mellan patient och vårdpersonal gick vi vidare och läste artiklarnas syfte och sammanfattning. Resultatet av denna genomgång ledde till ytterligare en gallring där vi behöll de artiklar som riktade sig

till sjuksköterskor. Den slutgiltiga gallringen bestod i att vi läste samtliga utvalda artiklar och behöll de som vi ansåg bäst beskrev preoperativt bemötande ur ett patientperspektiv. Samma kriterier ställdes på de artiklar som hämtats ur sekundärsökningar, bortsett från året. Artiklarna skulle i dessa fall vara publicerade efter år 1990 för att de enligt vår mening skulle kännas aktuella.

Vi valde ut tio stycken artiklar där sju var kvalitativa, en kvantitativ och slutligen två litteraturstudier. De tio vetenskapliga artiklarna granskades med hjälp av checklistor. Studiernas resultat analyserades dels utifrån Orlandos omvårdnadsteori samt utifrån vårt syfte.

Tabell 1. Sammanställning av artikelsökning

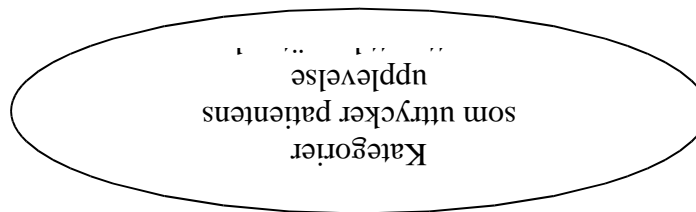
Datum	Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal valda artiklar	Artikel ref.
060830	CINAHL	Preoperative care	Research, peer- reviewed, fr. år 2000 och framåt	586	4st.	37, 39, 40, 44
060915	CINAHL	Patient-nurse relations	Research, peer- reviewed, fr. år 2000 och framåt	28	1st.	43
060920	PubMed	Encounter-preoperative		78	1st.	41
Datum	Sökning		Källa		Antal valda artiklar	Artikel ref.
060825	Manuell sökning		Uppdukat 1/2006		1st.	42
060831	Manuell sökning		Vård i norden 25(4) 2005		1st.	36
060915	Manuell sökning		Rapport- Patienten utvärderar dagkirurgisk vård på Lundby sjukhus. Andersson K.		1st.	38
060920	Manuell sökning		Licentiatuppsats,		1st.	35

RESULTAT

När en människa drabbas av sjukdom som kräver ett kirurgiskt ingrepp känner de allra flesta en rädsla inför vad som ska hända, oavsett om det är fråga om en mycket stor och omfattande operation eller ett litet ingrepp som går fort. De allra flesta av patienterna upplever operationen som något skrämmande och främmande vilket i sig för med sig många funderingar och känslor. Det kan handla om en rädsla för det okända, för narkosen eller för själva ingreppet, om förhoppningar och förväntningar som kanske inte kommer att infrias efter operationen. Men det kan även vara en rädsla för att läkaren kommer att hitta nya "fel" vid ingreppet, kanske en cancerdiagnos som till och med leder till döden. Som det är idag måste patientens preoperativa förberedelse vara effektiv. Patienten skall snabbt vara väl förbered, både mentalt och fysiskt, och sedan skickas direkt till operationsbordet. Det är här viktigt att det goda preoperativa mötet äger rum för att patientens utsatthet, sårbarhet och osäkerhet skall bli identifierad och sedd av sjuksköterskan (35). Vi har i studierna identifierat fyra uttryck som beskriver patienters upplevelser av vad ett gott bemötande är inför ett kirurgiskt ingrepp. Dessa är tid, delaktighet, förtroende och trygghet.

Tid

Delaktighet



Trygghet

Förtroende

Figur 1. Kategorier som uttrycker patientens upplevelse av ett gott bemötande

Bemötande – känsla av att få tid

Rudolfsson (36) har i en svensk studie undersökt hur patienter upplever bemötandet inför en operation. Patienterna gavs en möjlighet (som inte är bruklig i Sverige) att få träffa en operationssköterska och anestesijuksköterska i ett preoperativt samtal. Resultatet visar tydligt att det som patienterna tyckte betydde mest vid en god kontakt med sjuksköterskan var tid. Patienterna ville känna att det fanns tillräckligt med tid att bemöta deras frågor och funderingar, att sjuksköterskan ger varje unik patient tillräckligt med tid för just deras samtal inför operationen. Något som sjuksköterskan visar genom att besöka patienten före operationen och genom att finnas tillgänglig under hela tiden innan operationen. Viktigast var att patienten skulle känna att sjuksköterskan lämnade tillräckligt med tid för att hinna förklara vad som skulle hända innan, under och efter operationen.

Patienterna i studien var mycket nöjda med att få träffa en sjuksköterska som just tog sig tid för dem och som inte var stressad. Dialogen och mötet i sig verkade försäkra

patienten om att sjuksköterskan verkligen hade tid för dem vilket gjorde att de kände sig mer avslappnade och lugna (36).

I ett stressfritt bemötande överförs sjuksköterskans lugn till patienten så att denne känner sig lugnad. En patient i studien uttrycker det så här:

“I understand that they [the nurses on the ward] are under a lot of stress, but it was very nice that someone [the nurse anaesthetist] took the time to talk. I felt like she wasn't as stressed as the others [the nurses on the ward] so I thought it was actually better to talk with her, because she was so calm and explained everything I wanted know” (36 sid. 80)

Den stressfria dialogen mellan sjuksköterska och patient skapade en känsla av välbefinnande vilket även visade sig ha en positiv effekt för patientens läkning och tillfrisknande. Patienten upplevde att sjuksköterskan berikade deras liv i dialogen och genom att sjuksköterskan gav tydliga detaljer inför operationen minskade också patientens känsla av osäkerhet och tvivel. Patienten blev hjälpt och kände sig hoppfull inför en lyckad operation (36).

Som en del av den preoperativa dialogen informerades patienten om att det var en viss sjuksköterska som skulle vara ansvarig under hela processen, innan och under operationen. En sjuksköterska som patienten gavs tid att lära känna vilket skapade ett förtroende, en trygghet och en känsla av gemenskap. Patienten visste att han eller hon kunde vända sig direkt till just ”sin” sjuksköterska för att få stöd och det var denna upplevelse av kontinuitet och gemenskap som gjorde att patientens oro och ångest släppte. Även om patienten inte såg sjuksköterskan upprätthölls känslan av gemenskap genom att patienten när som helst kunde söka sjuksköterskan som alltid var i närheten. Patienten fick därmed en känsla av att inte känna sig ensam. En känsla som stannade kvar som en fin bild i patientens inre och verkade som en röd tråd under hela vårdtiden (36).

Sjuksköterskan i studien (36) gav också patienten tid och möjlighet till delaktighet genom att patienten sågs som en resurs i sin egen vård. Något som patienterna i studien mötte med en positiv förvåning. Känslan av att den egna informationen om sig själv sågs av sjuksköterskan som värdefull fick patienten att känna sig som någon man tog hänsyn till och inte bara som ett objekt. För patienterna var det inte sjuksköterskans tekniska färdigheter som ansågs som det viktigaste utan kunskapen om att bli bemött på rätt sätt. När patienterna kände att de var i fokus och att sjuksköterskan var ärligt intresserad av dem, väcktes en känsla av att sjuksköterskan gjorde mer än sitt jobb vilket fick patienterna att känna sig väl omhändertagna och respekterade som individer (36).

I studien (36) identifieras två huvudkategorier av upplevelser hos patienterna:

1. Patientens känsla av att bli lugnad.
2. Patientens känsla av att bli delaktig i vården.

Dessa två huvudkategorier delas sedan upp i subkategorier enligt följande: Patientens känsla av att bli lugnad utgör för det första en känsla av att sinnet blev lättat genom att prata med sjuksköterskan, och för det andra att sjuksköterskan hade

en förmåga att kunna inge hopp. För det tredje att patienterna kände ett förtroende för sjuksköterskan (36). Den andra huvudkategorin, patientens känsla av att bli delaktig i vården, delas först in i en subkategori som rör upplevelsen av att bli sedd som en resurs, och för det andra i förmågan att skapa en känsla av gemenskap, och till slut i upplevelsen av värdighet, att få känna sig som en människa (36).

Bemötande - att känna delaktighet

Det finns bevis för att patienter som haft preoperativa möten med en sjuksköterska lider mindre av oro, smärta och illamående (37). Ger man som sjuksköterska en patient kunskap om vad som skall ske och förklarar varför vissa saker måste ske så ökar känslan av delaktighet och kontroll hos patienten vilket minskar oro och ångest (38, 39). Rehabiliteringen kommer igång snabbare efter operationen och sjukhusvistelsen blir kortare än för de patienter som inte fått ett preoperativt samtal (37).

För att göra det preoperativa mötet så bra som möjligt och till nytta för både patienten och sjuksköterskan är tanken att informationen skall vara en tvåvägsprocess, en dialog där båda parter delar med sig av sina kunskaper, istället för att sjuksköterskan bara ger och patienten bara tar emot (37). Ska detta fungera måste man som Mordiffi, Tan och Wongs (40) påpekar utarbeta den preoperativa informationen i samstämmighet med patientens behov. Deras studie (40) visar att mer än hälften av de patienter som fick preoperativ information inte fick den information som de ansåg sig behöva. Den information som tog upp de rent preoperativa förberedelserna var bra men i övrigt gavs mycket information som inte minskade patienternas oro och ångest. Ett problem här var att de flesta av sjuksköterskorna tyckte sig ha gett just den information som de ansåg att patienterna behövde, medan patienterna hade en annan bild. Patienterna förväntade sig att få höra andra saker men vågade inte ifrågasätta det som sagts på grund av det underläge de kände att de befann sig i gentemot "experterna", vårdpersonalen. Patienterna trodde att sjuksköterskan spontant skulle ge dem den information som de ville veta medan sjuksköterskan trodde att patienterna skulle fråga om sådant de vill veta. Samtidigt föredrog en majoritet av patienterna i undersökningen muntlig information före skriftlig vilket pekar på vikten av en personlig kontakt i det kommunikativa mötet mellan patient och sjuksköterska där information ges. Barriärer i form av förutfattade meningar, rutin och antaganden, påverkar vilken preoperativ information som ges till patienterna, vilket i sin tur påverkar interaktionen mellan sjuksköterska och patient negativt. Kommunikativa hinder av denna typ kan leda till att patienterna inte känner sig bekväma i mötet med sjuksköterskan och att de förväntningar som patienterna har inte uppfylls (40).

Scotts (37) studie visar att många patienter önskar en mer individuellt anpassad preoperativ information som tillfredställer just deras enskilda informationsbehov. Sjuksköterskan har ofta en klar bild av vad patienten bör få för information inför ett kirurgiskt ingrepp men om informationen ska få önskad effekt måste man ta stor hänsyn till vad patienten själv vill veta. En patient vill till exempel ofta veta hur lång tid just de skall vara där, hur ont kommer det att göra för just dem, om de kommer att må illa och så vidare. Informationen som ges skall vara baserad på vetenskapliga resultat och vara anpassad för den enskilde patientens förmåga att ta till sig den på ett bra sätt. En studie visar att de patienter som fått en allt för detaljerad information

om smärta pre- och post-operativt inte hanterade smärtan lika effektivt som de patienter som fick lagom med information (37).

Bemötande - att känna förtroende

En grundförutsättning för att patienten ska känna förtroende är att det utvecklas ett förtroligt möte mellan patient och sjuksköterska. Patienten måste uppleva sig ha en god relation till vårdpersonalen vilket främjas av att ansvarig personal visar medkänsla. Vad patienterna i Moene, Bergbom och Skotts (41) studie särskilt uppskattade i relationen var karaktärsdrag hos personalen som till exempel hjärtligt tilltal, vänskaplighet och bra humör. I Moenes (35) studie som genomfördes på patienter som gavs möjlighet till ett preoperativt ankomstsamtal med en sjuksköterska framkom att det viktigaste i dessa samtal hade varit att det där skapats en förtroendefull relation mellan patient och sjuksköterska. Att patienten vid detta samtal fått tillfälle att ge uttryck för sin livssituation och att patienten kände sig vägledad (35). En fungerande interaktion mellan patient och sjuksköterska måste innehålla allt ifrån en god miljö där korrekt information ges på ett sätt som förstås av patienten, till ett lyssnande, igenkännande och empatiskt förhållningssätt från sjuksköterskan (40, 42). En sådan tillsynes enkel sak som att bli vänligt bemött och att få känna sig delaktig, visar sig när patienterna själva berättar, vara helt avgörande för hur de anser sig bli bemötta. Redan vid första mötet måste sjuksköterskan få patienten att känna sig som en unik individ och inte som en patient bland andra (39). Här kan en sådan sak som att bli tilltalad med sitt förnamn vara en viktig pusselbit. Patienterna i Moene, Bergbom och Skotts (41) studie uppskattade när sjuksköterskan tilltalade dem med förnamn eftersom det fick dem att känna sig mindre anonyma och mer som betydelsefulla individer som vårdpersonalen ville hjälpa.

Det visar sig att patienter som upplevt att sjuksköterskan visat respekt för deras fruktan vid den preoperativa dialogen och som menar att personalen tagit sig tid att förbereda dem inför operationen säger sig känna tillit och förtroende inför vården. I den goda preoperativa dialogen måste patienten få en chans att berätta för sjuksköterskan om situationer som han eller hon inte vill hamna i före, under eller efter operationen. Sjuksköterskan kan då genom att lyssna och ge information, och genom att uppfylla patientens önsknings se till att patienten känner sig respekterad och förvissad om att få sin integritet skyddad (35, 43).

Lindwall, von Post, Bergboms (44) studie visar att de patienter som anser sig ha fått en bra preoperativ dialog tillsammans med sin sjuksköterska känner sig bekräftade och mer förberedda inför operationen. Deras välbefinnande ökar och de känner sig trygga i väntan på operationen. För att lyckas i att skapa ett förtroende och för att lyckas bekräfta patienten krävs att patienten får träffa samma sjuksköterska vid alla sina möten. Många patienter menar att det just är kontinuiteten som är avgörande för deras känsla av förtroende. Det att de faktiskt känner igen vårdpersonalen gör att miljön och situationen inte känns fullt så skrämmande och främmande när det väl är dags för operation (44). Ett faktum som ges ytterligare stöd i Spaldings (42) studie som beskriver en preoperativ avdelning där patienter som skall genomgå ett höftutbyte får möjlighet till att delta i ett utbildningsprogram som förbereder dem och ger dem en kunskap och förståelse för vad som kommer att ske under sjukhusvistelsen. Programmet hölls på samma avdelning som de senare skulle läggas in på vilket medförde att patienterna kände igen sig när de väl skulle skrivas in.

Personalen var då välbekanta ansikten och miljön var känd. Det i sig hade en lugnande effekt på patienterna och det skapades ett förtroende för vårdpersonalen (42).

I de fall då ett förtroende inte skapas, då patienten istället upplever en splittrad och negativ relation med sjuksköterskan så bidrar den dåliga relationen till förargelse och missnöje med sjukhusmiljön. Som exempel på negativa beteenden hos sjuksköterskan angavs i en studie (43) ovänlighet, nonchalans och "klumpighet". En känsla hos patienterna att sjuksköterskan tror att hon/han är så himla bra utan behov av att förankra handlingar och beslut hos patienten dvs. ett auktoritärt förhållningssätt, att de inte bryr sig eller inte har tid. Upplevelsen av att sjuksköterskan är för upptagen för att hjälpa beskrivs i artikeln av en patient som att sjuksköterskan inte möter de sociala och mentala behoven då de är så upptagna av sitt pappersarbete eller att det tar långt tid innan någon ur personalen uppmärksammar en klockringning. Som andra exempel på negativt bemötande nämns oförskämd personal som föraktar och ifrågasätter varför en patient skall genomgå en viss operation, som till exempel när en ung manlig homosexuell patient som skall genomgå en hemorrojdooperation blir ifrågasatt (43).

Bemötande - att känna trygghet

Inför en operation vill patienten känna sig säker på att "personalen vet vad de gör" (39). Redan från första mötet är det viktigt att patienten får ett gott intryck och känner sig vara i "trygga händer". Vad sjuksköterskan säger, den information som ges muntligt och skriftligt är viktigt, men avgörande för hur patienten upplever bemötandet är också personalens gester, humör och empatiska förmåga (44). Enligt Malkin (39) kan trygghet hos patienten bara skapas om vårdpersonalen tar sig tid och lyssnar på vad patienten har att säga. Tar sig tid att svara på "stora och små" frågor och funderingar på ett sätt som når just den unika patienten. Patienterna påpekar vidare i Malkins studie att de vill bli hörda och att det inte alltid är det som sjuksköterskan säger som är det viktigaste utan hur det sägs. Allt det som ligger bakom orden hjälper till att bygga upp ett förtroende mellan patient och sjuksköterska, och de patienter som upplevde att de blivit sedda och hörda av sjuksköterskan kände sig mer lugna och trygga än de patienter som inte ansåg sig ha blivit det (39). Att lämna över sin kropp i någon annans vård är en situation som ofta upplevs som otrygg. Men om patient och sjuksköterska har en etablerat god preoperativ kontakt så känner sig patienten trygg med att den egna kroppen inte kommer att "skändas" eller förlöjligas under narkosen då patienten "inte är med" (35).

I Shattell, Hogan och Thomas (43) studie beskriver patienter olika aspekter på relationen till vårdpersonalen som var positiva. Det patienterna tyckte om var vänliga, uppmärksamma och uppmuntrande sjuksköterskor. Egenskaper som förbättrade omvårdnaden och känslan av att bli omhändertagen. Många positiva kontakter gjordes av sjuksköterskan genom icke- verbala handlingar. Ett begrepp som vänlighet upprepades många gånger och bestod i små saker som att bara titta till patienten, försäkra sig om att patienten fått sin mat och fråga hur han/hon mådde. Vidare tyckte patienterna att sjuksköterskans humör smittade av sig. Om sjuksköterskan var glad och positiv kände patienterna detsamma. Sociala samtal mellan sjuksköterska och patient om saker som kanske inte var direkt kopplade till sjukdomen eller vården, och som ofta bara varade i några få minuter, gav mycket

positiva resultat. De ökade patienternas känsla av trygghet och säkerhet. Patienterna uppskattade att sjuksköterskor bara "hung-out with them" och att sjuksköterskorna inte ständigt fokuserade på orsaken till varför patienterna egentligen var där. För att få kontakt med sjuksköterskan använde patienterna sig av gemensamma intressen och ibland användes relationerna som ett försök till att jämställa makten och minska patientens känsla av sårbarhet och underläge. Sjuksköterskans fysiska närvaro var inte den enda aspekt som ökade trygghetskänslan och lugnade patienterna i studien utan även sådant som att uppmärksamma patienternas upplevda okänslighet hos läkarna. Sjuksköterskan lyckades i exemplet förhindra missförstånd mellan läkare och patient genom att fånga in patientens frågor och funderingar och förmedla dem till läkarna (43).

En annan trygghetsskapande och viktig del av ett gott bemötande är att tillgodose patientens behov av information, vilket också pekar på vikten av en fungerande kommunikation mellan patient och sjuksköterska. Det måste preoperativt ges tillfälle att svara på alla patientens frågor och funderingar om sådant som till exempel sövning och vad som egentligen kommer att ske med kroppen. Ska patienten känna att "kroppen är i trygga händer" krävs en fungerande dialog där sjuksköterskan lyssnar in patientens oro och visar empati och respekt för det patienten säger. Den informationen som kommer fram i dialogen med patienten gör det möjligt för sjuksköterskan att förstå de små detaljer som ur ett patientperspektiv är de mest väsentliga. När patient och sjuksköterska har "lärt känna varandra" har de chans att få en djupare och mer genuin dialog. Eftersom den verbala kommunikationen inte alltid är tillräcklig är det sjuksköterskans ansvar att även lyssna på, och tolka patientens kroppsspråk. Den ickeverbala kommunikationen utgör en slags "tyst dialog" som till och med kan vara starkare och föra samman patient och sjuksköterska mer än den verbala. Det kan handla om att de tyder ett tecken gemensamt som båda förstår, till exempel att en patient håller tummarna och sjuksköterskan visar att hon eller han gör det samma (44).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med litteraturstudien var att försöka hitta de uttryck som beskriver patientens upplevelse av ett gott bemötande inför ett kirurgiskt ingrepp. De sökord vi valde att använda gav oss en mängd relevanta artiklar som belyste bemötande ur olika perspektiv. Då vår litteraturstudie skulle belysa bemötande ur ett patientperspektiv fick en del i och för sig upplysande artiklar väljas bort eftersom de inte behandlade bemötande ur detta perspektiv. För att få ett aktuellt men samtidigt hanterbart material begränsades urvalet av artiklar till åren 1990-2006. Denna begränsning kan ha inneburit att intressanta studier, gjorda före 1990, gått förlorade. Dock anser vi att de tio artiklar vi valde var tillräckliga för att uppfylla syftet och besvara våra frågor. De artiklar som behandlade samma problemområde ur samma perspektiv, men som ändå inte kom med i litteraturstudien, valdes bort eftersom vi ansåg att de inte skulle ha tillfört något nytt för resultatet.

Vi valde att använda oss av sju kvalitativa, en kvantitativ och två litteraturstudier. En av de sju kvalitativa studier som ingår är en licentiatuppsats från Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs Universitet. I stort sett alla artiklar vi fick fram innehöll kvalitativa studier vilket förklarar övervikten av dessa. Ämnets

karaktär gör att kvantitativa studier kanske inte lämpar sig lika bra som kvalitativa om man vill nå på djupet i vårt valda ämne. Att tex. enbart mäta hur många av en grupp patienter som upplevt ett visst bemötande säger inget om orsakerna. En sådan studie blir mer som den SIFO-undersökning vi nämner i inledningen där en av fem anser sig blivit dåligt bemötta i vården. Ett resultat som i och för sig pekar på vikten av fördjupade kvalitativa studier i ämnet.

I alla artiklar presenterades urvalsförfarandet och populationen klart och tydligt. Studierna var gjorda i fem skilda länder, Sverige, Finland, England, USA och Singapore. Vi anser att tillförlitligheten på studierna är av god kvalitet. Det grundar vi på att antalet referenser i de valda artiklarna genomgående var stort, att trovärdigheten i artiklarnas resultat diskuterades och att antalet informanter i den kvantitativa studien var högt. Dessutom var urvalskriterierna i de kvalitativa studierna relevanta för deras syften.

Resultatdiskussion

Risken med att ställa en så omfattande fråga som ”vad är ett gott bemötande och hur uppnår man det” är att svaren lätt kan bli för många och peka åt olika håll. I denna uppsats valde vi ändå att göra det. Redan i litteraturen som ingår i bakgrunden såg vi ett mönster som sedan de redovisade resultaten bekräftade och vi anser oss i denna uppsats ha besvarat frågan genom att infria vårt syfte. Tid, delaktighet, förtroende och trygghet är enligt denna litteraturstudies resultatredovisning de uttryck som bäst beskriver patienters upplevelse av vad ett gott bemötande är inför ett kirurgiskt ingrepp. Hur man uppnår ett sådant bemötande framgår av de ”krav” patienternas upplevelser, direkt och/eller indirekt, ställer på sjuksköterskornas bemötande. Kategorierna tid, delaktighet, förtroende och trygghet överlappar till viss del varandra och hänger ihop på ett komplext sätt vilket gör att en viss upprepning blir naturlig. Att som patient känna sig delaktig ökar till exempel trygghetskänslan hos patienten vilket kräver tid av sjuksköterskan. På samma sätt ökar upplevelsen av ”att få tid” känslan av att delaktighet. Rudolfssons (36) artikel som i huvudsak fokuserar på tid handlar även om de andra uttrycken, delaktighet, trygghet och förtroende, men ur ett tidsperspektiv. Studien bygger på ett underlag som skiljer sig från de övriga då den är gjord i Sverige där det inte är praxis med preoperativa samtal av den typ som sker i andra länder. Vi har därför valt att behandla denna artikel under den egna rubriken tid. Vi anser dock att innehållet i Rudolfssons (36) studie väl stöder resultaten i de övriga och vice versa.

Trots att artiklarna som ingår här bygger på studier gjorda i olika länder, och alltså till viss del berör patienter med olika kulturell bakgrund, så visar ändå den samlade bilden hur viktigt det är med ett gott bemötande preoperativt och att de uttryck som patienterna anser ingå i ett gott bemötande i stort sett är de samma oavsett land. Det finns alltså stora likheter i artiklarnas resultat.

Det goda bemötandet måste ta hänsyn till vikten av att ge patienten relevant information på rätt sätt, men också till alla de signaler som sjukhusmiljön ger patienten (35). Det som för sjuksköterskan är en trygg arbetsplats upplevs ofta av patienten som en hotfull miljö. För patienten handlar det dels om att sjukhusmiljön är främmande men det handlar även om oron inför själva operationen (11). Därför är det viktigt att sjuksköterskan är väl medveten om vilka signaler som sänds ut i den

verbala och icke-verbala kommunikation då alla signaler ”smittar” av sig på patienten. De utsända och upplevda signalerna från sjuksköterskan får därför konsekvenser för hur patienten upplever trygghet i omvårdnaden och sjukhusmiljön (6).

Många av resultaten i redovisningen stöder Orlandos (32) omvårdnadsteori. Till exempel talas det om att den goda preoperativa dialogen måste lämna utrymme för patienten att berätta för sjuksköterskan om situationer som han eller hon inte vill hamna i före, under och efter operationen (35, 43). Ett krav om delaktighet som även Orlando (32) tar upp i sin teori när hon visar på vikten av att sjuksköterskan identifierar och fastställer patientens hjälpbehov tillsammans med patienten (32, 34). Genom att lyssna och ge information samt uppfylla patientens önskningar kan sjuksköterskan visa sin respekt och förvissa patienten om att integriteten skyddas (35, 43). När sjuksköterskan tillsammans med patienten har identifierat hjälpbehoven kan man utifrån det handla mer medvetet och ändamålsenligt (32, 33, 34). I ett gott preoperativt möte måste sjuksköterskan acceptera patienten för den han/hon är, vilket kräver lyhördhet och empati (2). I Orlandos (32) omvårdnadsteori understryks vikten av att se hela patienten på ett sätt som gör att patienten känner sig sedd (32). Ett krav som stöds av resultaten i Malkins (39) studie där patienten just pekar på hur viktigt det är att uppleva sig hörd och sedd av sjuksköterskan för att ett förtroende ska kunna skapas. Det gäller för sjuksköterskan att utifrån sina egna erfarenheter tolka patientens reaktioner samt att få dessa bekräftade eller korrigerade av patienten för att sedan handla därefter (32). Om sjuksköterskan är medveten om sina handlingar och tar sig tid samt visar respekt för patientens oro inför operationen känner patienten större förtroende inför omvårdnaden (35, 43). Likaså anser Orlando att ord, beteenden, gester, lukter och ansiktsuttryck är viktiga delar i den interaktiva processen (32). Det är därför inte alltid det som sägs som är det viktigaste för patienten, utan vad som ligger bakom sjuksköterskans ord (39). I resultatet beskrivs vikten av att sjuksköterskan har en förmåga till att lyssna och tolka patientens kroppsspråk för att försöka förstå de små detaljerna som ur ett patientperspektiv är av betydelse för ett gott bemötande (44). Sjuksköterskan har därmed ett ansvar att vara lyhörd på flera plan och genom att ta det ansvaret fördjupas kontakten och patientens förtroende för sjuksköterskan blir starkare (32).

Hälso- och sjukvårdslagen säger att sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller en god vård som bygger på respekt för patientens självbestämmande och integritet (20). Moene (35) konstaterar i sin studie att patienter som måste lämna över sin kropp i någon annans vård, som under en operation, är alltid en situation som kan upplevs av patienten som ett hot mot den personliga integriteten. Även i bakgrunden beskrivs vikten av att patientens integritet skyddas och respekteras. Det tas upp hur en patients integritet kränkts då dennes kropp undersökts utan dennes medgivande (23). Det är sjuksköterskans ansvar att skydda patienten mot all form av utsatthet och förnedring. Patienter som upplever att deras integritet respekteras känner sig tryggare och får lättare ett förtroende för sjuksköterskan vilket ökar chanserna till ett gott samarbete dem emellan (23, 24). Resultatredovisning visar att en god preoperativ kontakt mellan patient och sjuksköterska är en förutsättning för att patienten ska känna sig trygg med att den egna kroppen inte kommer att ”skändas” eller förlöjligas under vårdtiden (35). Ett gott bemötande är således beroende av respekt för patientens integritet (16).

En viktig faktor för att ett gott bemötande skall kunna infrias hos patienten är att sjuksköterskan har ett etiskt förhållningssätt som innefattas av att sjuksköterskan kan tänka och handla rätt. Därför är den människosyn som sjuksköterskan har avgörande för bemötandets och därmed omsorgens kvalitet (18). I Shattell, Hogan och Thomas (43) studie beskriver en homosexuell patient hur han blev ifrågasatt och bemött med oförskämdhet och förakt av vårdpersonalen (43). Detta är ett tydligt fall där vårdpersonalen inte har ett etiskt förhållningssätt i sitt arbete (18). Som förslag på framtida forskning kan man i detta sammanhang föreslå en studie som undersöker sambandet mellan etik och människosyn hos sjuksköterskor och deras sätt att bemöta patienter. Finns det en moral som är rådande bland sjuksköterskor, skiljer den sig från övrig vårdpersonal, och hur är den i så fall kopplad till deras bemötande av patienter? Innebär till exempel en kristen människosyn per automatik ett visst förhållningssätt? Finns det en moral och en människosyn som garanterar ett gott bemötande? Intressant hade också varit att titta närmare på de skillnader som finns i upplevelsen av bemötande mellan kvinnor och män. Fakta visar att kvinnor generellt sett ställer högre krav på att bli bemötta ur ett helhetsperspektiv och oftare än män känner sig missförstådda inom vården (1). Den SIFO undersökning som tidigare berörts pekade på att unga kvinnor var den grupp som var mest missnöjd med bemötandet inom vården (3). Att ta reda på varför det förhåller sig så och hitta sätt att komma till rätta med denna skevhet borde vara ett viktigt område för forskning.

Ett faktum som denna litteraturstudies resultatredovisning också pekar på, och som så att säga går ut över svaret på vår fråga, är att om patienterna upplever sig väl bemötta, när tid, delaktighet, förtroende och trygghet uppfylls, så medför det kortare vårdtid och bättre rehabilitering. Däremot om sjuksköterskan inte lyckas förmedla dessa positiva känslor hos patienten förlängs vårdtiden (31). Ett gott bemötande är alltså inte bara en mänsklig utan även en ekonomisk vinst.

SLUTSATS

Vår slutsats är att det preoperativa mötet skall ses som ett hjälpmedel som får patienten och sjuksköterskan att känna en sammanhängande helhet och kontinuitet i omvårdnaden. Som vi tidigare tagit upp i resultatdiskussionen så är det i Sverige inte praxis att anesthesi- och operationssjuksköterskan kommer till vårdavdelningen och möter den patient som väntar på operation. Oftast är det en allmänsjuksköterska som får ansvaret för att patienten ges den omvårdnad som behövs inför en operation. I vår litteraturstudie har det framkommit att det inte alla gånger är möjligt för allmänsjuksköterskan att hinna med och klara av att ge patienten ett bra preoperativt bemötande. Som det är idag har sjuksköterskan fullt upp med de dagliga rutinerna, att hinna administrera läkemedel, runda och dokumentera. Det är här patienten kommer i kläm och ett gott bemötande går förlorat, åtminstone i patientens minne. Genom att skapa ett närmare samarbete mellan allmän-, anesthesi- och operations-sjuksköterskorna skulle förutsättningarna öka för patienten att känna sig väl bemött och därmed kunna blicka tillbaka på en bra vård. För att möjliggöra detta samarbete behövs det mer tid för patienten, vilket i sin tur kräver en ny syn på tid hos organisation och ledarskap. Ett djupare samarbete mellan sjuksköterskorna skulle leda till en bättre vård där sjuksköterskan ges möjlighet att reflektera över patientens situation och den vård som patienten får. Det skulle även ge sjuksköterskan en ökad förståelse för andra sjuksköterskors arbetsuppgifter på andra avdelningar kring en gemensam patient. Vården skulle bli mer genomtänkt och patientens vårdtid skulle

tillvaratas bättre. Det hela skulle leda till ett bättre bemötande, en bättre vård för patienten och minskade kostnader för landstinget.

REFERENSER

1. Croona G. Etik och utmaning – om lärande av bemötande i professionsutbildning. [dissertation]. Växjö: Växjö Universitet; 2003.
2. FoU-rapport. Du och jag och Lex Sarah-etik och bemötande i äldrevården. Jönköping: Luppen Kunskapscentrum, 2003. (Åo Arbetsrapport 1:2003).
3. Lövkvist C. En av fem anser sig illa bemött. Göteborg: Göteborgsposten. 2006 Sept 16; del 1 sid. 4.
4. Friis Aagard B. Patient-sygeplejerske – om den mellemmenkelige proces i sygeplejen. Köpenhamn: Munksgaard; 1994.
5. Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/Statistik/> (tillgänglig 2006-10-09).
6. Engqvist B, Bengtsson K. Orden som läker. Kommunikation och möten i vård och terapi. Lund: Studentlitteratur; 2005.
7. Bergh M. Medvetenhet om bemötande –en studie om sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i närstående undervisning. [dissertation]. Göteborg: Göteborgs Universitet; 2002.
8. Nationalencyklopedin. http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=O116142&i_word=bem%fc6tande (tillgänglig 2006-08-30).
9. Norstedts Svenska ordbok. Stockholm: Norstedts Förlag; 2004.
10. Udd L. Vi är alla unika och ändå mer lika än vi tror: En bok om funktionshinder, etnicitet och bemötande. Stockholm: Samarbetsorgan för organisationer i Sverige (SIOS); 2004.
11. Thorsén H. Omvårdnadsmodeller, människosyn, etik. Stockholm: Liber AB; 1997.
12. Thornquist E. Kommunikation i kliniken. Lund: Studentlitteratur; 2001.
13. Lund K. Etik i Landstinget Sörmland: Värdegrund, val och bemötande. Nyköping: Landstinget Sörmland; 2002.
14. Eriksson. K. Vårdprocessen. Stockholm: Norstedt; 1988.
15. Carlander J, Eriksson K, Hansson-Pourtaheri AS, Wikander B. Trygga och otrygga möten. Stockholm: Förlagshuset Gothia AB; 2001.

16. Andersson M. Integritet som begrepp och princip –en studie av ett etiskt ideal i utveckling. [dissertation]. Åbo Akademi förlag: Åbo Akademi; 1994.
17. Holm U. Empati –att förstå andra människors känslor. Stockholm: Natur och kultur; 2001.
18. Kompetensstegen. http://www.kompetensstegen.se/page_267.aspx. (tillgänglig 2006-10-10).
19. Filosofilexikonet – filosofer och filosofiska begrepp från a till ö. Stockholm: Forum AB; 1988.
20. Författningshandboken för personal inom hälso- och sjukvård. 37:e upplagan. Stockholm: Liber; 2006.
21. Rawls J. Idéer om rättvisa. Stockholm: Tidens Förlag; 1989.
22. Lévinas E. Etik och oändlighet. Stockholm: Brutus Östlings bokförlag; 1993.
23. Vårdalinstitutet institutet för Vård- och Omsorgsvetenskap. <http://www.vardalinstitutet.net/documentarchive/1168/1575/1577/3199/4016.pdf?objectId=7296#search=%22etik%3Ainneb%C3%B6rd%2C%20problem%20och%20metoder%20G%C3%B6ran%20Hermer%C3%A9n%22>. (tillgänglig 2006-10-10).
24. Carlander J, Eriksson K, Wikander B. Vardagsetik i psykiatrin. Stockholm: Författarna och Förlagshuset Gothia AB; 1996.
25. Holm S, Hansen E. Pre- och postoperativ omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2000.
26. Medicinsk Mini ordbok. Stockholm: Nordiska bokhandelns förlag; 1999.
27. Medicinska Ord- Det medicinska språket: begrepp, definitioner, termer. Lund: Studentlitteratur; 2001.
28. Lindwall L, Von Post I. Perioperativ vård –den perioperativa vårdprocessen. Lund: Studentlitteratur; 2000.
29. von Post I. Den perioperativa Dialogen –Kontinuitet i Vården. Vård i Norden. 1995; 15(4): 15-19.
30. Wahlberg D. Att minska ängslan och oro i samband med en operation. Uppdukat. 2006; (1): 4-5.
31. Kvalvaag Grønnestad B, Blystad A. Pasienters opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon. –En kvalitativ studie. Vård i Norden. 2004; 24(4): 4-8.
32. Orlando I-J. The dynamic nurse-patient relationship. New York: National League for Nursing; 1990.
33. Egidius H, Norberg A. Teorier i omvårdnadsarbete. Solna: Esselte Studium; 1985.

34. Selanders L-C, Schmieding N-J, Hartweg D-L. Anteckningar om Omvårdnadsteorier. Lund: Studentlitteratur;1995.
35. Moene M. Samtal inför ett kirurgiskt ingrepp. [licentiatuppsats]. Göteborg: Göteborgs Universitet; 2006.
36. Rudolfsson G, Hallberg L RM, Ringsberg K, von Post I. The nurse has time for me: the perioperative dialogue from the perspective of patients. JAPC. 2003; 1(3): 77-84.
37. Scott A. Managing anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. Nurs Crit Care. 2004; 9(2): 72-79.
38. Leinonen T, Leino-Kilpi H. Reserch in peri-operative nursing care. J Clin Nurs. 1999; 8(2): 123-138.
39. Malkin KF. Patients´perceptions of a pre-admission clinic. J Nurs Manag. 2000; (8): 107-113.
40. Mordiffi SZ, Tan SP, Wong MK. Information Provided to Surgical Patients Versus Information Needed. AORN J. 2003; 77(3): 546-562.
41. Moene M, Bergbom I, Skott C. Patients´existential situation prior to colorectal surgery. J Adv Nurs. 2006; 54(2): 199-207.
42. Spalding NJ. Reducing anxiety by pre-operative education: Make the future familiar. Occup Ther Int. 2003; 10(4): 278-293.
43. Shattell M Thomas SP. Its the people that Make the Environment Good or Bad. AACN Clin Issues. 2005; 16(2):159-169.
44. Lindwall L, von Post I, Bergbom I. Patients´and nurses´experiences of perioperative dialogues. J Adv Nurs. 2003; 43(3): 246-253.

Referensnummer: 35

Författare: Moene M.

Titel: Samtal inför ett kirurgiskt ingrepp

Tidskrift: Licentiauppsats, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs Universitet. Institutionen för vårdvetenskap och hälsa.

Tryckår: 2006

Syfte: Att belysa patientens existentiella situation och kommunikationens innehåll i samtalet inför ett planerat kirurgiskt ingrepp.

Metod: Kvalitativ

Urval/population: 30 patienter erbjöds att ha ett preoperativt ankomstsamtal med en sjuksköterska. I studien deltog 28 av de 30. Patienterna var fördelade mellan två kirurgiska enheter på ett sjukhus i västra Sverige. Lika många kvinnor som män deltog och åldern varierade mellan 20-86 år. Patienterna hade varierande diagnoser.

Antal referenser: 80 st.

Land: Sverige

Referensnummer: 36

Författare: Rudolfsson G, Hallberg L RM, Ringsberg KC, von Post I.

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

Tidskrift: Journal of Advanced Perioperative Care 1(3), 77-84

Tryckår: 2003

Syfte: Att beskriva patienters upplevelse av den perioperativa dialogen.

Metod: Kvalitativ

Urval/population: I studien deltog 7 män och 11 kvinnor i ålder 20-76 år. Genom ett strategiskt urval fick man en så heterogen informantgrupp som möjligt med hänsyn till kön, ålder och diagnos.

Antal referenser: 38 st.

Land: Sverige

Referensnummer: 37

Författare: Scott A.

Titel: Managing anxiety in ICU patients: The role of pre-operative information provision.

Tidskrift: Nursing in critical care 9 (2), 72-79

Tryckår: 2004

Syfte: Att ta reda på om den information IVA sjuksköterskan ger patienten är en bidragande orsak till att minska patientens oro inför en planerad operation.

Metod: Litteraturstudie.

Antal referenser: 72 st.

Land: England

Referensnummer: 38

Författare: Leinonen T, Leino-Kilpi H.

Titel: Research in peri-operative nursing care

Tidskrift: Journal of Clinical Nursing 8 (2), 123-138

Tryckår: 1999

Syfte: Att mäta kvalitén av den intraoperativa omvårdnaden ur ett patientperspektiv

Metod: Litteraturstudie

Antal referenser: 96 st.

Land: Finland

Referensnummer: 39

Författare: Malkin KF

Titel: Patients' perceptions of a pre-admission clinic

Tidskrift: Journal of Nursing Management 8, 107-113

Tryckår: 2000

Syfte: Undersöka patienters upplevelse av en preoperativ klinik inför en operation på ett ortopediskt sjukhus.

Metod: Kvalitativ

Urval/population: I studien deltog 11 frivilliga patienter. Kriteriet var att deltagarna skulle vara äldre än 18 år och genomgå en ortopedisk operation.

Antal referenser: 33 st.

Land: England

Referensnummer: 40

Författare: Mordiffi SZ, Tan SP, Wong MK.

Titel: Information Provided to Surgical Patients Versus Information Needed

Tidskrift: AORN Journal 77 (3), 546-562

Tryckår: 2003

Syfte: Analysera vilken slags preoperativ information patienter får, och om den givna informationen upplevs lika mellan patienter och sjuksköterskor.

Metod: Kvantitativ

Urval/population: I studien deltog 33 kvinnor och 34 män från allmänkirurgiska avdelningar samt från ortopedi, obstetrik och gynekologi.

Antal referenser: 23 st.

Land: Singapore

Referensnummer: 41

Författare: Moene M, Bergbom I, Skott C.

Titel: Patients' existential situation prior to colorectal surgery

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing 54(2), 199-207

Tryckår: 2006

Syfte: Att belysa patientens existentiella situation i den preoperativa fasen.

Metod: Kvalitativ

Urval/population: I studien deltog 14 kvinnor och 14 män i olika åldrar med varierande diagnoser, men i behov av kolorektaloperation. Patienterna var fördelade mellan två olika operationsavdelningar på ett universitetssjukhus i västra Sverige.

Antal referenser: 40 st.

Land: Sverige

Referensnummer: 42

Författare: Spalding JN.

Titel: Reducing anxiety by the preoperative education: Make the future familiar

Tidskrift: Occupational Therapy International 10 (4), 278-293

Tryckår: 2003

Syfte: Vilken roll preoperativa utbildningsprogram har för patienters oro och ångest inför en höftledsoperation.

Metod: Kvalitativ

Urval/population: I studien deltog 10 patienter som intervjuades, 26 skrivna patientutlåtanden och 7 informatörer som alla deltog vid fem olika preoperativa utbildningsprogram.

Antal referenser: 61 st.

Land: England

Referensnummer: 43

Författare: Shattell M, Hogan B, Thomas SP.

Titel: "It's the People that Make the Environment Good or Bad"

Tidskrift: AACN Clinical Issues 16 (2), 159-169

Tryckår: 2005

Syfte: Att beskriva patienters upplevelse av en akutvårdsmiljö.

Metod: Kvalitativ

Urval/population: I studien deltog 7 män och 13 kvinnor i åldrarna 24-90 år som vårdats på en akutvårdsavdelning. De fick vetskap om studien via en annons i en tidning. Kriterierna som ställdes var att de var medicinska kirurgipatienter.

Antal referenser: 21 st.

Land: USA

Referensnummer: 44

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

Titel: Patients' and nurses' experiences of perioperative dialogues

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

Tryckår: 2003

Syfte: Att beskriva och tolka patientens och sjuksköterskans upplevelse av omvårdnaden i den pre-, intra- och postoperativa dialogen.

Metod: Kvalitativ

Urval/population: I studien deltog 10 patienter som intervjuades och 10 sjuksköterskor som skrev ner sina erfarenheter av de preoperativa mötena. Målet var att få en så heterogen informantgrupp som möjligt.

Antal referenser: 30 st.

Land: Sverige
