



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Intraoperativt möte

Anestesisjuksköterskans upplevelser av den
intraoperativa omvårdnaden
-en intervjustudie

Författare: Johan Blinkowski och Per Ekdahl

Handledare: Sigrid Stjernswärd

Magisteruppsats

Maj 2012

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för omvårdnad
Box 157, 221 00 LUND

Intraoperativt möte

Anestesisjuksköterskans upplevelser av den intraoperativa omvårdnaden -en intervjustudie

Författare: Johan Blinkowski och Per Ekdahl

Handledare: Sigrid Stjernswärd

Magisteruppsats

Maj 2012

Abstrakt

Bakgrund: För att möta effektivitets- och omvårdnadskrav är det viktigt att kartlägga vilka möjligheter och svårigheter det finns i mötet mellan anestesisjuksköterska och patient. *Syfte:* Var att belysa anestesisjuksköterskors upplevelse av förutsättningar att utföra optimal intraoperativ omvårdnad. *Metod:* För att få undersöka anestesisjuksköterskornas upplevelser gjordes en intervjustudie med 11 anestesisjuksköterskor på 2 kliniker i Skåne. *Resultat:* Resultatet i studien analyserades med innehållsanalys och utmynnade i 3 teman; Förtroendebyggande möte, En känsla av kontroll samt Effektivitetskultur. Studien visar att det intraoperativa arbetet är beroende av många faktorer såsom produktion, stress, bemötande och det är många krav som ska tillgodoses för att nå optimal intraoperativ omvårdnad. *Konklusion:* Individanpassad informationen, avledning med fysisk kontakt, avdramatisering, naturligt samtal gav en kontakt och tillit kunde byggas. Brist på kommunikation gav ett ökat dubbelarbete.

Nyckelord

Intraoperativ, Omvårdnad, Anestesi, Bemötande

Avdelningen för omvårdnad
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Problembeskrivning.....	2
Bakgrund	3
Organisatoriska krav	3
Pre- intra- post- och perioperativ	3
Intraoperativt möte	4
Anestesins förlopp.....	5
Perioperativ stress	6
Bemötandets och tidigare erfarenheters vikt	6
Anestesisjuksköterskans ansvar.....	7
Syfte.....	8
Specifika frågeställningar	8
Metod.....	8
Urval av undersökningsgrupp	8
Förförståelse	9
Forskningstradition och valt undersökningsinstrument	10
Genomförande av datainsamling.....	11
Genomförande av databearbetning	12
Etisk avvägning	12
Resultat	13
Förtroendebyggande möte.....	13
Skapa en uppfattning	13
Bygga förtroende.....	14
Att skapa en känsla av kontroll	16
En inre trygghet.....	16
Interpersonell interaktion.....	17
Effektivitetskultur	19
Intraoperativa svårigheter	19
Organisatoriska förutsättningar och möjligheter	20
Diskussion	22
Diskussion av vald metod	22
Instrument.....	22
Trovärdighet	23
Förförståelse	24
Diskussion av framtaget resultat.....	26
Mötet med patienten	26
Effektivitet vs Säkerhet.....	27
Yrkesrollen.....	29
Konklusion	30
Referenser.....	31
Bilaga 1 (5) Intervjuguide	36
Bilaga 2 (5) Journal	37
Bilaga 3 (5) Till undersökningsperson	38
Bilaga 4 (5) Till verksamhetschef.....	40
Bilaga 5 (5) Matris	43

Problembeskrivning

Med ökade produktionskrav på operationsavdelningarna ställs det högre krav på anestesijuksköterskan (Kingdon & Halvorsen, 2006). Patientens anesthesi ska vara optimal och tiden för mötet mellan patient och anestesijuksköterska blir mer effektivitetsinriktad (Nortvedt, 2005). För att samtidigt kunna upprätthålla en god omvårdnad ställer detta höga krav på anestesijuksköterskan (Larsson, 2005). Blir mötet inför operation bra, blir i regel resten av det operativa förloppet bra. Blir mötet dåligt kan anestesiförloppet påverkas negativt. Enligt Lindwall & Von Post (2008a) finns det en tendens perioperativt, att prestera mer på kortare tid. Detta skapar stress för personal som inte trivs vilket resulterar i en sämre omvårdnad.

För att kunna möta effektivitets- och omvårdnadskrav är det viktigt att kartlägga vilka möjligheter och svårigheter det finns i perioden från möte mellan anestesijuksköterska och patient, till den postoperativa vården som anestesijuksköterskan tvingas ta hänsyn till, den intraoperativa fasen. Med detta kan det finnas en möjlighet till förändring för att förbättra arbetsmiljön för anestesijuksköterskan, samt att öka patientens välbefinnande och säkerhet. Mer forskning behövs enligt Lindwall, Von Post & Bergbom (2003) kring området perioperativ dialog, att utforska sammanhang och kvalitet samt utvärdera upplevelsen av deltagande i den perioperativa dialogen (a.a.). Även upplevelsen av stress i den perioperativa omvårdnadssituationen är något som behöver undersökas närmare menar Kingdon & Halvorsen (2006). Detta för att kunna bedöma om stress bidrar till ineffektivitet och sämre kvalitet och i så fall kunna ta fram verktyg för att minska stress hos vårdgivare (a.a.). Författarna har därför valt att undersöka vilka förutsättningar anestesijuksköterskan har att ge omvårdnad under den perioperativa perioden samt belysa vad som upplevs vara hinder och respektive möjligheter. Detta kan ge ytterligare kunskap eller bekräfta anestesijuksköterskans arbetssituation i den intraoperativa perioden.

Bakgrund

Organisatoriska krav

Det utförs ett stort antal operationer varje år. Antalet genomförda operationer i Sverige 2006 var enligt Socialstyrelsen (2007) 929000 stycken (a.a.). Flera studier visar att arbete inom vården som sker så effektivt som möjligt främjas, både nationellt som internationellt. Det finns en risk att effektivisering och organisatoriska krav påverkar och försämrar patientsäkerheten på operationssalarna där tiden blir det centrala. (Espin, Lingard, Baker & Regehr, 2006; Lindwall & Von Post, 2008b; Riley & Manias, 2006; Waring, McDonald & Harrison, 2006). Organisatoriska krav påverkar sjuksköterskans omvårdnad enligt Kingdon & Halvorsen (2006). Det finns en svårighet att tillfredsställa de organisatoriska faktorerna och samtidigt ge den bästa omvårdnaden för patienten. Detta kan påverka sjuksköterskan negativt, emotionellt och fysiskt. Stressen sjuksköterskan upplever kan äventyra patientsäkerheten (a.a.). Lindwall och von Post (2008a) menar också att stressen för personal ger en sämre omvårdnad till patienten (a.a.). Anestesipersonal är i sin profession utsatt för en påtaglig stress, menar Halldin (2005). Stressen personalen känner kan lätt överföras till patienten och skapa oro och en otrygghet. Tidspress ger stress och stress kan vara en säkerhetsrisk då det kan skapa en otrygghet för patienten (a.a.).

Reason (2000) beskriver modellen "The swiss cheese model of system accident" (s.769). Den beskriver att varje organisation/system har skyddssystem för att misstag inte skall hända, exempelvis alarm och eller personal som skydd mot att olyckor inträffar. Oftast fungerar detta men när något skadar systemet blir det svagare. Reason (2000) beskriver detta som ett hål i en ost, där hålen öppnas och stängs. När flera hål öppnas intill varandra kan en olycka ske. I den bästa av världar finns inga hål, det vill säga att systemet inte har några svagheter. Tidspress, underbemanning, utmattning, dålig utrustning och oerfarenhet är exempel som negativt skadar ett system inifrån och skapar långverkande hål i säkerheten (a.a.).

Pre- intra- post- och perioperativ

Preoperativt kan betyda olika saker beroende på vem det innefattar. Patientens preoperativa fas kan starta månader innan operationen, till minuter innan vid ett akut läge. Preoperativt kan

börja med att personen känner att något är fel i kroppen och patienten beslutar sig för att söka till en vårdinrättning, beslut tas i anslutning till sjukhus om att en operation kommer att ske. Alla undersökningar innan operationen innefattas i den preoperativa fasen för patienten. För anestesijukssköterskan är den preoperativa fasen mycket kortare. Anestesijukssköterskan och operationssjukssköterskan delar den perioperativa vården som innefattar den pre-, intra-, postoperativa vården. Detta ska inte förväxlas med avdelningssjukssköterskans och intensivvårdssjukssköterskans pre- respektive postoperativa vård. Peri, intra, pre och post är prefix där peri står för närmast och runtomkring, pre för tiden före, intra betyder tiden under och post står för tiden efter (Lindwall & von Post, 2008a).

Författarna i denna studie har valt att definiera den tidsenhet som ska undersökas enligt definitionen som Larsson (2005) beskriver. Intraoperativ omvårdnad sker från att patienten kommer till operationsavdelning fram tills patienten kommer till en postoperativ avdelning. Anestesijukssköterskan ska i sin omvårdnad förena ett naturvetenskapligt och ett humanistiskt förhållningssätt. På en kort tid innan operation ska anestesijukssköterskan försöka förmedla trygghet, inbringa lugn och kompetens till patienten (a.a.).

Intraoperativt möte

Enligt Hellmuth (2005) är patientkontakten för anestesijukssköterskan oftast ett kort möte med patienten inför en operation, där det centrala för anestesijukssköterskan är att ge god omvårdnad och förbereda inför en operation. Lundberg (2005) beskriver att många patienter känner en oro kring operation och anestesi. Oron kan grunda sig på många olika faktorer och är individuell. Orosmomenten kan vara kontrollbehov, att överlämna sig till en okänd person, smärta och illamående efter operationen. Men även vad kirurgen eventuellt kommer att hitta under operationen, samt egna och andras tidigare upplevelse av en operation (a.a.). Valeberg (2005) menar att patienter är vanligtvis osäkra och spända inför vad som kommer till att ske under operation. Det är en oförutsägbar situation och en stressreaktion kan lätt ske, då patienterna inte vet hur de skall anpassa sig (a.a.).

Ett möte mellan patienten och sjukssköterskan kan ske på många olika sätt. Travelbees teori presenterades 1971 och gör ett försök att analysera mötet mellan patient och sjukssköterska. Teorin är uppdelad i 5 olika faser som är mötet, anknytningsfasen, empatifasen, sympatifasen

samt samförstånd. Vid den första fasen, mötet sker en observation mellan sjuksköterskan och patienten. Kort efter mötet startar processen om medvetenhet, kring hur den andra personen uppfattas vara. Det ger möjlighet till att knyta an till varandra. Denna fas kallas för anknytningsfasen. Travelbee menar att processen kan stanna av här om inte anknytningen lyckas. Empatifasen som är den tredje fasen innebär att sjuksköterskan respektive patienten tar del av varandras psykologiska tillstånd, vilket leder till en större förståelse av den andres tankar. I sympatifasen känner sjuksköterskan en önskan att hjälpa den andra i dennes obehag. Här visar sjuksköterskan att patienten är viktig, att det finns ett intresse från sjuksköterskans sida. Omvårdnaden sker genom att sjuksköterskan använder sig av ett intellektuellt och disciplinerat synsätt. Samförstånd är den sista fasen som inträffar efter de 4 första. Det är en mellanmänsklig kontakt, där ett samförstånd finns i tanke och i handling (Götling, 2008).

Anestesins förlopp

Anestesins förlopp beror på många faktorer. Patientens förutsättningar, operationens art samt typ av anestesi är alla faktorer som spelar in (Bodelsson, 2011). Larsson (2005) menar att anestesiförloppet kan påverkas av hur patientmötet förlöper. Vid ett bra möte brukar i regel resten av anestesin fungera besvärsfritt medan vid ett dåligt möte tycks anestesiförloppet kunna påverkas till det sämre, med ökade risker för laryngospasm, kräkning vid induktion och uppvaknande, blodtrycks- och pulssvängningar samt behov av mer anestesimedel (a.a.). Uppvaknandet brukar i regel ske på samma sätt som patientens insomnade dvs en orolig sövning ger en orolig väckning (Hestnes & Espe, 2005).

Under den perioperativa del anesthesisjuksköterskan är ansvarig för finns en skyldighet att föra journal i de delar anesthesisjuksköterskan ansvarar för. Journalen kan se olika ut beroende på var i Sverige anestesin görs (Hellmuth & Valeberg, 2005). Under bilaga 2 finns Region Skånes anestesijournal med rutor markerade i rött av författarna, kontroll av identitet, eventuell kontroll av operationsområdet, när patienten åt och drack senast. Vidare om patienten har någon form av allergi, tidpunkt för när patienten senast kissade, anmärkning kring tänder, storlek på gap och nacke som kan ha betydelse inför en intubation. Att intubera är enligt Bodelsson (2011) att föra ner en trakealtub i trakea. Trakealtuben är en slang som kan leda ner luft ner i trakea och används för att upprätthålla en fri luftväg (a.a.).

Den perioperativa perioden avslutas vanligtvis med att anestesijuksköterskan transporterar patienten till en postoperativ avdelning där patienten överlämnas till mottagande personal på den postoperativa avdelningen (Hellmuth & Valeberg, 2005).

Perioperativ stress

Valeberg (2005) samt Selimen & Andsoy (2011) beskriver att stress kan påverka olika faktorer i kroppen och är beroende av tankemässiga, fysiologiska och känslomässiga signaler. Stress hämmar mag-, tarmkanalen och kan ge illamående och kräkning. Även sår läkningsfasen försämras postoperativt, koagulationsförmågan ökar vilket leder till ökad trombosrisk. Stress ger även ett sämre immunförsvar vilket ökar risken för infektioner (a.a.). Selimen & Andsoy (2011) skriver även att rädsla är en stor anledning till psykologisk stress. Tankar kring smärta och döden är de mest förekommande orsakerna till rädsla i samband med kirurgiska ingrepp (a.a.). Även Gallagher & McKinley (2007) beskriver förekomsten av hög grad av fysisk och psykisk stress inför operativa ingrepp. Oftast ses detta i kombination med osäkerhet och dålig information inför kommande ingrepp (a.a.). Andrew, Baker, Kneebone, & Knight (2000) beskriver vidare att stress, oro och rädsla kan förstärka symptom från ett känt sjukdomstillstånd, kraftigt påverka fysiologiska parametrar före och under anestesi samt förlänga det postoperativa återhämtningsförloppet (a.a.). Ett onödigt lidande uppstår då patienten inte är välinformerad inför operationen samt saknar kunskap om det postoperativa förloppet. Det ses genom oväntat smärtgenombrott, utmattning och oförmågan att självständigt medverka i det postoperativa återhämtningsarbetet (Kruzik, 2009).

Bemötandets och tidigare erfarenheters vikt

Rosén, Svensson & Nilsson (2008) menar att som sjuksköterska har man en stor roll i att tillfredsställa patientens informationsbehov. En välinformerad patient har lättare för att hantera stress och obehag som eventuellt kan uppstå inför en anestesi. Vidare har författarna i ovanstående studie undersökt känslor kring lugn, oro och ångest hos den perioperativa patienten. Deras resultat visar att kvinnor i högre grad än män samt de som inte genomgått en tidigare operation kände signifikant mer oro. Tidigare erfarenheter av hur en operation gått spelade stor roll för hur patienten senare oroade sig för den. De som haft en dålig erfarenhet,

var mindre lugna och vice versa. Rosén, Svensson & Nilsson (2008) menar att det är viktigt att patienten får en så god erfarenhet som möjligt för att minska oron inför en eventuell kommande operation. Enligt Arvidsson (2005) har 80 % av de vuxna i Sverige som opereras, opererats vid ett tidigare tillfälle. Rosén Svensson & Nilsson (2008) hävdar att sjuksköterskan bör ta upp tidigare erfarenheter av operation och anestesi, då de menar att detta borde lindra ångest och oro. De erfarenheter som gjorde patienterna lugna var tidigare positiva erfarenheter från operation, upplevelse av säkerhet och ett bra omhändertagande. Att patienten kände sig välinformerad samt en positiv förväntan inför operationens förlopp (a.a.).

Anestesisjuksköterskans ansvar

I Sverige, Norge, Danmark, USA och Kanada har anestesisjuksköterskan ett stort ansvar och kallas nurse anesthetist. Sjuksköterskan har en specialistexamen och genomför anestesi självständigt, från induktion till uppvaknande, med ett visst stöd från en anestesiläkare. I exempelvis Tyskland och England arbetar sjuksköterskor som kallas anaesthetic nurse. De har inte samma befogenheter som nurse anesthetist utan assisterar anestesiläkaren. (Riksföreningen för anestesi och intensivvård, 2008). I patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 fjärde paragraf står det att hälso- och sjukvårdspersonal har en skyldighet att ge en hög patientsäkerhet. SOSFS 2011:9 säger att kvaliteten inom hälso- och sjukvårdens verksamhets metoder och rutiner ska utvärderas och följas upp och eventuellt revideras.

I Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesisjukvård, står det beskrivet att anestesisjuksköterskan bör ha ett perioperativt arbetssätt där det ges möjlighet att prata med patienten inför en kirurgisk operation preoperativt, intraoperativt och postoperativt, i samband med den ”perioperativa dialogen” (Riksföreningen för anestesi och intensivvård, 2008). Perioperativ dialog studerades av Lindvall & Rooslien (2010). Studien kom fram till att chefsjuksköterskorna som hade blivit intervjuade hade svårt att se hur den ”perioperativa dialogen” skulle kunna införas på deras verksamhet. Orsaker var bristen på personal, tid, produktionskrav och ekonomi (a.a.).

Genom att undersöka upplevelser hos anestesijuksköterskor som jobbar med detta dagligen, kan mer kunskap inhämtas gällande det intraoperativa mötet. Att belysa svårigheter och möjligheter för att ge så god omvårdnad som möjligt under kort tid kan bidra till en ökad förståelse för dess komplexitet.

Syfte

Studiens syfte är att belysa anestesijuksköterskors upplevelse av förutsättningar att utföra optimal intraoperativ omvårdnad.

Specifika frågeställningar

Hur beskriver anestesijuksköterskorna sin upplevelse av möjligheter och svårigheter att ge optimal intraoperativ omvårdnad?

Metod

En kvalitativ intervjumetod har använts för att besvara syfte och frågeställning i denna empiriska studie.

Urval av undersökningsgrupp

De sjukhus som valdes ut är 2 av de 4 akutsjukhusen i Skåne. De bedriver verksamhet dygnet runt och fokuserar framför allt på akut verksamhet, trauma och specialiserad vård (Region Skåne, 2010).

Våra inklusionskriterier för studien var att intervjua anestesijuksköterskor på berörda anestesikliniker. De har erfarenhet av det författarna önskade undersöka, av omvårdnad inom den perioperativa perioden. Exklusionskriterierna var nyutexaminerad mindre än 6 månader sedan. Författarnas ansats var att intervjua 10-15 respondenter från 2 kliniker i Skåne. Författarna valde 2 kliniker, för att på ett rimligt sätt säkerställa antalet respondenter som behövdes till studien.

11 anestesijuksköterskor önskade delta i studien, samtliga uppfyllde inklusionskriterierna. Ingen blev exkluderad från studien, då samtliga jobbat längre än 6 månader på kliniken. Medelåldern för anestesijuksköterskorna var 48 år. 2 män och 9 kvinnor deltog och förhållandet mellan de 2 olika sjukhusen var 7 respektive 4 deltagare. Medelvärdet för antal arbetade år som anestesijuksköterska var 18 år. Olsson & Sörensen (2007) beskriver att en person som intervjuas, där intervjun speglar en persons känslor, uppfattningar och åsikter, kallas respondent. De intervjuade anestesijuksköterskorna kommer i resultat och diskussion att kallas för respondenter.

Förförståelse

Graneheim och Lundman (2004) menar att det är viktigt att visa öppenhet kring studien och att det är bra om författarna beskriver sin bakgrund i studien. En av författarna har haft sin verksamhetsförlagda utbildning på en av de undersökta klinikerna. Båda författarna har varit i den intraoperativa miljön under 10 veckor innan intervjuerna gjordes. Författarna kan ha skapat sig en viss förförståelse genom att ha varit på liknande kliniker tidigare innan intervjuerna gjorts, samt den ena av författarna genom att praktiserat 5 veckor på undersökt klinik. Vår bakgrund i övrigt är att vi arbetat som sjuksköterskor i 2 år, den ena inom psykiatri och den andra inom akutsjukvården. Vår erfarenhet kring vårdförloppet är att patienten har ett preoperativt samtal med anestesiologyn, därefter träffar anestesijuksköterskan patienten första gången på operationsavdelningen. I undantagsfall har patienten träffat anestesijuksköterskan som ska söva på sal, på en preoperativ mottagning.

Forskningstradition och valt undersökningsinstrument

Enligt Olsson & Sörensson (2007) är det syftet i studien som bestämmer valet av kvalitativ eller kvantitativ metod. Den kvalitativa metoden systematiserar och ger en beskrivande data kring ett fenomen som undersöks, för att få fram helheten av ett visst förhållande (a.a.).

Patel och Davidsson (2003) menar att frågornas utformning i den kvalitativa intervjun bör vara öppna. Tratteknik kan användas vilket innebär att forskaren börjar med stora öppna frågor för att avsluta med mer specifika (a.a.). De stora öppna frågorna i början kan enligt Kvale & Brinkmann (2009) vara av typen introduktionsfrågor. Dessa frågor är ofta beskrivande t.ex; "Kan du berätta om..." och ger en utökad insikt i något respondenten upplevt. Denna fråga kan efterföljas av en uppföljningsfråga som bygger på tidigare givna svar (a.a.). Inledningen bör vara med neutrala frågor som bakgrundsparametrar (Patel & Davidsson 2003). Efter öppningsfrågor kan intervjun övergå i mer specifika frågor som ger specifika svar (Kvale & Brinkmann, 2009). Vid skapandet av en intervjuguide är det lämpligt att utgå ifrån 2 typer av frågor, tematiska och dynamiska. De tematiska frågorna är de frågor som ger kunskapsvar relaterade till frågeställningen. De dynamiska frågorna stimulerar till en bra konversation och för intervjun framåt. Bra intervjufrågor innehåller både en tematisk del och en dynamisk del. För att få fram en bra intervjuguide bör författarna först göra 2 guider, en med tematiska frågor och en med de frågor som ska ställas under intervjun som även beaktar dynamiska aspekter. En forskningsfråga kan besvaras med flera olika frågor, från olika synvinklar för att få fram en rik information kring ämnet (Kvale, 1997).

Under slutet av en intervju bör respondenten få möjlighet att göra möjliga tillägg och kommentera frågor. Syftet med en intervju kan vara att ta del av respondentens inre tankar kring ett fenomen (Patel & Davidsson 2003). Även små pauser med tystnad kan bidra till intervjuens fortskridning då respondenten får möjlighet att uttrycka och kommentera något som inte kommit fram tidigare (Kvale & Brinkmann 2009). Dahlberg (1997) menar att transkribering görs för att underlätta analysarbetet, då överförs en inspelad intervju till text. Överföringen gör så noggrant som möjligt, med all text samt pauser skratt etc. För att minska felkällor kring transkriberingen gjorde författarna själva sin transkribering.

Transkriberingarna gjordes så snabbt som möjligt efter intervjun (a.a.). Enligt Kvale (1997)

ökar förmågan hos intervjuaren att skapa en trygg miljö och ett bra samspel om en pilotintervju har genomförts.

Genomförande av datainsamling

Författarna skickade under våren 2012 ut en förfrågan till 2 anestesikliniker med målsättningen att intervjua 10-15 stycken anestesijuksköterskor. Efter att ha fått ett godkännande från verksamhetschefen på gällande kliniker togs kontakt med anestesijuksköterskorna på de berörda klinikerna om studien. Författarna informerade om studien, studiens betydelse och genomförande samt lämnade ett informationsblad se bilaga 3. Anestesijuksköterskorna fick möjlighet att svara direkt om de önskade delta, men de hade även möjlighet att ringa författarna om eventuellt deltagande. Namn och telefonnummer samlades in för att möjliggöra en senare träff. Respondenterna från de 2 anestesiklinikerna gav själva sitt medgivande efter att ha läst ett informationsblad, till att delta i studien på en samtyckesblankett (bilaga 3).

Intervjuguiden som användes var konstruerat specifikt för denna studie och konturerades med semistrukturerade frågor, se bilaga 1. Intervjuguiden var utformad för att få beskrivningar av respondenternas tankar kopplat till gällande frågeställning. Detta gav möjlighet för respondenten att utveckla sina tankar och idéer gällande ett fenomen. Under framtagandet av intervjuguiden delade författarna upp syftet i 2 tematiska frågor: Hur beskriver anestesijuksköterskorna sina upplevelser av möjligheter att ge optimal omvårdnad? Hur beskriver anestesijuksköterskorna sina upplevelser av svårigheter att ge optimal omvårdnad? Även dynamiska frågor diskuterades och inkluderades för att stimulera konversationen.

Intervjuerna följde efter pilotintervjun, som hade som syfte att fastställa en definitiv intervjuguide. Eftersom inga ändringar gjordes efter pilotintervjun beslöt författarna att ta med pilotintervjun i resultatet. Intervjuerna planerades att ske under lugna former, på ett ställe där intervjun inte skulle bli avbruten. Några av intervjuerna blev ändå störda av telefonsamtal eller knackningar på rummets dörr. I de fallen pausades intervjun tillfälligt, för att sedan återupptas kring samma fråga som ställdes innan avbrottet. Båda författarna deltog under de totalt 11 intervjuerna. Dessa spelades in och transkriberades fortlöpande efter att intervjun

gjordes. Längden på intervjuerna varierade mellan 29- 50 minuter. Den transkriberade data har sedan varit materialet som analyserats.

Genomförande av databearbetning

Den insamlade data analyseras med hjälp av innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman (2004). Databearbetning med innehållsanalys beskrivs genom att det insamlade materialet sorteras i meningsbärande enheter. Med en meningsbärande enhet menar Graneheim & Lundman (2004) ett uttryck eller mening som kan kopplas till syftet. Dessa meningsbärande enheter kondenseras till kortare uttryck för att sedan kondenseras till koder. Koderna jämförs och kategorier skapas utifrån koderna. Kategorierna är det manifesta innehållet d.v.s. resultat utan tolkning. Teman skapas utifrån kategorierna och speglar det latent innehåll i texten, som innebär den bakomliggande meningen (Graneheim & Lundman 2004).

Författarna läste igenom den transkriberade texten var för sig för att få en känsla för materialet. Därefter markerade författarna varför sig de meningsbärande enheter de tyckte svarade mot syftet. Författarna jämförde sina resultat och de slutgiltiga meningsbärande enheterna fastställdes. Författarna kondenserade ner de meningsbärande enheterna och tog ut koder. Dessa koder grupperades till subkategorier och kategorier. Från dessa kunde författarna skapa teman se matris (bilaga 5). Under analysens förfarande har handledaren rådfrågats löpande för vägledning och stöd.

Etisk avvägning

Kvale & Brinkmann (2009) beskriver att etiska frågeställningar är något som bör beaktas under hela forskningsprocessen. Personen som tillfrågas om att delta i en studie bör ge ett informerat samtycke till att delta i studien. Vilket innebär att personen i fråga förstår själva syftet med studien och önskar att delta i studien samt har möjlighet att avbryta samarbetet med forskaren när så önskas. Vidare beskrivs att konfidentialitet vilket innebär att data som kan identifiera den intervjuade inte blir redovisat. Även en etisk granskning av studien kan göras av en etisk kommitté (a.a.). SFS 2003:460 lagen om etikprövning av forskning som avser människor, reglerar forskningsetik.

Intervjuerna i denna studie byggde på frivillighet, respondenterna kunde avbryta samarbetet när de önskade och var införstådda med syftet med studien. Materialet spelades in och transkriberades till ett dokument där respondenterna döptes om till en kodnyckel i bokstavsform. En kodlista skapades med respondentens namn samt vilken kodbokstav denne fått, detta för att upprätthålla respondentens konfidentialitet. Det inspelade materialet samt kodlistan kommer att raderas direkt efter examinationen. De som har läst den transkriberade texten är författarna. Författarnas handledare har haft möjlighet att också läsa vilket respondenterna informerats om.

Ett rådgivande yttrande gavs av vårdvetenskapliga etiknämnden gällande studien med diarienummer 28-12. Efter att kompletteringar skickats in med underskrift från verksamhetschef (bilaga 4) startade intervjuerna.

Resultat

Under analysen framkom 3 teman som svarade mot syftet. Dessa teman var Förtroendebyggande möte, Att skapa en känsla av kontroll och Effektivitetskultur. Kategorier till varje tema finns presenterade under de olika temana. 6 kategorier identifierades och dessa var; skapa en uppfattning, bygga förtroende, en inre trygghet, interpersonell interaktion, intraoperativa svårigheter och organisatoriska förutsättningar och möjligheter (se bilaga 5).

Förtroendebyggande möte

Skapa en uppfattning

Första mötet med patienten skedde i regel första gången på operationscentralen. Syftet med det första mötet mellan patient och respondent var för flertalet ganska klart. Många ville förutom de praktiskt nödvändiga förberedelserna, etablera en kontakt med patienten.

Kontakten kan ske på olika sätt beroende på situation och patient. För att kunna möjliggöra att en bra kontakt, menar respondenterna att de försöker få en uppfattning av situationen och patienten, och på så sätt anpassa sig efter detta.

Och det är ju svårt, för det här första mötet är ju liksom ibland bara någon minut och det är svårt att läsa av en patient var den befinner sig. (I, s.1.)

Har man då unga tjejer som ska göra abort och är jätteledsna, då får man kanske gå in i en annan roll än om man har Agda 85 som ska göra en inkontinensoperation. Det är ju lite olika vad det är för typer av operationer, ålder och kön på patienten. (H, s.2)

Att få en uppfattning av situationen och därmed om hur patienten mår och vilka behov den uppfattas ha, och därefter kunna individanpassa från patient till patient pratade många respondenter om. Individanpassningen kunde vara att man gav patienten utrymme att prata och fråga, men också att låta patienten vara. Beroende på situation, hur patienten upplevs att vilja bli bemött. Informationen patienten får inför den förestående anestesi menade flertalet av respondenterna också var individanpassat och en avvägning. Men det var sällan på detaljnivå utan mer övergripande.

Sen skall man inte prata för mycket med patienten, man behöver inte tala om att man skall stoppa ner en slang i halsen och det kommer och se si och så utan man får va. Väga och se hur mycket information patienten behöver. (K, s.1)

Att skapa sig en uppfattning och individanpassa var de verktyg som respondenterna beskrev att de använde i sitt möte med patienten. Att bemötandet blev på rätt nivå var viktigt för att få en kontakt med patienten. Detta menade en del respondenter att det grundade sig i empati och respekt.

Sen så försöker jag vara empatisk och lyhörd för patientens behov om det är något speciellt. (K, s.4)

Bygga förtroende

Mötet på kliniken är oftast den första kontakten med patienten och det sker under speciella förhållanden. Patienterna är i en ovan miljö och att patienterna är rädda, nervösa och oroliga är vanligt förekommande menade flertalet av respondenterna. Några menade att arbetsmiljön

kring förberedelserna kan påverka patienten negativt, samt att oron och rädslan kan visa sig på olika sätt.

Så att inte dörren öppnas jämt och ständigt från, från båda hållen. För det skapar en väldig oro för patienten. (B, s.8)

Flertalet av respondenterna försökte i samtal prata kring och fråga varför patienterna är oroliga och försöker hjälpa patienterna att mildra deras oro och rädsla.

Vad är det som gör att de är nervösa, ja alltså. Jag konfronterar dem. Jag tar upp det, liksom vill inte släta över det utan tar upp det /.../ Varför? berätta gärna. Berättar hur det funkar hos oss, hur vi funkar och vad jag kan hjälpa den patienten. (A, s.3)

Patienternas uppvaknande påverkades av hur patienterna mått innan nedsövning menade flera av respondenterna, att patienterna vaknade upp i samma sinnesstämning som de insomnat i. De var mer tydligt när patienterna var barn. De flesta av respondenterna tyckte inte att oron och rädslan före operationen påverkade tiden mellan insomnande och uppvaknande under anestesi, åt något direkt håll, utan det var först när patienten vaknade.

Framför allt barn ju, de har kanske inte /.../ så då är det svårt att informera barn också ju. Är dom ledsna då när de somnar så, kan de vakna upp ledsna också. (D, s.4)

Så kan man se att somnar någon orolig och rädd och sedan går allting som tåget under operationen så kan de faktiskt vakna i samma tillstånd. (E, s.7)

Möjligheterna att upptäcka oro och nervositet kan göras på flera sätt menade några av respondenterna. Sammanställning av information från flera olika parametrar möjliggjorde att de lättare kunde få en uppfattning av patienten och se genom en eventuell fasad. Dels genom vad patienten säger och hur rösten låter, men också genom frågor, handslag och blodtryck och puls.

Respondenterna tyckte det var viktigt att patienten kände sig trygg och sa att de försökte förmedla en trygghet till patienten för att mildra eventuellt obehag. Flertalet av respondenterna talade om en avledning i kontakten med patienten. En typ av avledning var fysisk kontakt, att beröra patienten, känna och hålla i handen. En annan typ av avledning var

att avdramatisera situationen och få samtalet att kännas naturligt. Avledningen kunde få patienterna att tänka på något annat och göra situationen mindre skrämmande. Att skapa ett lugn kring patienten och vara lugn i sitt bemötande. Några av respondenterna berättade även om möjlighet att ge lugnande medicin.

Då stod han så och tog på patienten hela tiden så efteråt sa patienten att: så det var så tryggt när jag kände armen, jag var inte nervös längre, jag kände att någon tog på mig. (F, s.5)

Att man frågar om vad patienten jobbar med om de har något husdjur och så. Det är ett bra sätt att avleda patienten på. (F, s.1)

Ett av målen menade respondenterna var att bygga upp ett förtroende för sin person, detta skapar en kontakt i samtalet med patienten. Genom erfarenhet och kunskap skapades en uppfattning om patienten och dennes behov identifieras. Respondenterna försökte att förmedla trygghet, lugn och kompetens, som förhoppningsvis genererade tillit och ett förtroende. En del menade sedan att de kan använda sig av det förtroende som de byggt upp för att på bästa sätt guida patienten genom anestesi.

Att skapa en känsla av kontroll

En inre trygghet

Att förbereda sig inför mötet med patienten och inför den planerade operationen är något som de flesta respondenter talade om. I förberedelsen ansågs att en bild av patienten kunde skapas, patientens behov uppmärksammas, samt vilka möjligheter och svårigheter som kunde komma att inträffa under den intraoperativa perioden definieras. Förberedelsen skedde främst via journalläsning men också via erfarenhet och rutin. Med förberedelsen inför patienten skapade respondenterna en plan för hur de skall gå tillväga kring olika tänkbara problem som kan uppstå före, under och efter anestesi.

Alltså har jag inte gjort mina förberedelser och saker och ting inträffar så är jag efter redan där. (A, s.1)

Klart att man har en plan alltså. För med denna patient kommer säkert detta och detta att hända för då har man sett det så många gånger så då har man ju klart en plan i huvudet. (H, s.6)

Respondenterna uttryckte att det var viktigt med professionalitet. De hade en klar uppfattning om hur man ska uppträda inför en patient, att det som visades utåt var viktigt. Även om det var stressigt så betonades det att inför patienten ska det vara ett lugn. Att förmedla och visa en kompetens och ett kunnande i sin framtoning var viktigt enligt respondenterna. Patienten ska se och få uppfattningen om att det bedrivs en säker och professionell vård betonade respondenterna. Respondenterna talade även om hur de själva skulle vilja bli behandlade och använde sig av detta för att göra omvårdnaden bättre.

Proffsigheten i förberedelserummet, dom känner att jag tvekar inte. Att jag har allting klart för mig. Vad som ska opereras, vad dom har för sjukdomar, liksom vad det är för något dom ska gå igenom va och visa dom tryggheten där. (C, s.4)

Interpersonell interaktion

Respondenterna ansåg att en bra kommunikation med andra delar av teamet som tar hand om patienten kan ge stora fördelar. Arbetet blev mer effektivt, mer säkert och gav patienten en känsla av att vara väl omhändertagen.

Har en kommunikation med operatören, var vi befinner oss i förloppet och... så att jag vet när det börjar bli dags och väcka patienten eller släppa upp patienten lite. (F, s.2)

På motsvarande sätt upplevde respondenterna att en dålig kommunikation kan leda till brister i säkerhet samt ge ett oprofessionellt intryck.

Narkosläkaren börjar spruta Propofol där i förberedelserummet och man är inte färdig med allt. Det känns inte bra (C, s.9)

Flera av respondenterna talade om dubbelarbete i kontakten med patienten, obligatoriska frågor inför anestesi kunde redan vara besvarade i journalen, men ställdes ändå. Detta kan vidare upprepas av andra yrkeskategorier som ställer samma frågor. Detta upplevde en del av respondenterna som ett dåligt patientbemötande.

Gärna frågar jag först och sen kommer narkosläkaren så har han inte hört att jag frågat och då frågar han igen, trots att hans kollega kanske har skrivit i narkosbedömningen. (I, s.2)

Respondenterna uttryckte en önskan om att få mer återkoppling på sitt arbete. En möjlighet att få en återkoppling på det jobb man utfört under dagen upplevdes som svårt att få.

För där skulle jag vilja gå dit dagen efter och prata med honom, och prata med honom om varför det blev så här stökigt och vad som hände men det, det finns inte tid till det. (I, s.2)

Att få en bra återkoppling, ansåg en del av respondenterna gav en möjlighet att utvecklas i sin yrkesroll. Det gav en möjlighet till att uppdatera sig på de saker som man känner sig mindre säker på. Men det var inte bara återkoppling från patienter som respondenterna var intresserade av, utan även från andra kollegor samt att med kollegor kunna dela erfarenheter.

Att jag hela tiden måste hålla mig litegrann uppdaterad. Vad jag kan göra bättre, vad jag kan göra bättre, kan vi liksom försöka ha någon slags dialog med arbetskamrater. (G, s.1)

Att ha kontroll är något som betonades, men vägen till kontroll beskrevs lite olika. Vissa ansåg att kontroll uppnåddes genom god förberedelse. Andra ansåg att med arbetslaget bakom sig kunde man ha en känsla av god kontroll. Vidare var en del av respondenterna så trygga i sin yrkesroll att de därmed uppnådde en känsla av kontroll. Kontroll innebar även möjlighet till god handlingsberedskap. Att ha bra handlingsberedskap var något som menades minska stress, samt ökade den upplevda säkerheten.

Och är man då inte stressad så har man ju mer, ja mer tid att kolla över allting, har jag koll på det, har jag koll på det. (I, s.9)

Effektivitetskultur

Intraoperativa svårigheter

På de operationsenheter som undersöktes talade flera av respondenterna om ett utpräglat effektivitetstänkande. Att kunna optimera tiden för patienten och personalen, så att ingen tid går till spillo. De upplevde att de blev störda i sitt arbete när de blev tvungna att vänta på olika saker som exempelvis operatör, operationssjuksköterska eller att patienten inte var preoperativt förberedd, detta skapade negativa känslor kring arbetet.

En icke förberedd patient som kommer ner och vi ska göra preoperativa åtgärder i förberedelserummet, det kan jag ju känna är stressande och också irriterande. (C, s.9)

Flertalet av respondenterna talade om en tidsfaktor i arbetet och kring arbetet med patienten. Det var en central del i hela den perioperativa processen. Mötet, att skapa en uppfattning och tilliten mellan patient och sjuksköterska ska gå så tidseffektivt som möjligt. Möjligheter att få återkoppling med patienten och få någon slags bekräftelse på att de gjort ett bra arbete och möjlighet till förbättring var påverkat av tiden enligt respondenterna. Det är ett moment som flertalet upplevde att de saknade i sitt arbete.

Men det är mer som att det en avdelning har en förmiddag på sig att skapa förtroende det har man 5 minuter på sig. (L, s.1)

Att jag försöker hela tiden förfina det om det är mitt eget arbete som det gäller. Jag försöker förfina det. Jag försöker snabba på inledningen. Jag försöker snabba på uppvaknandet. (G, s.1)

Det som jag tycker är en brist som man inte hinner, man hinner ju sällan titta till de patienterna sedan /.../ Jag tycker det är dåligt med tid just. (E, s2)

Enligt respondenterna fanns det i arbetet många moment som kunde leda till stress. Stressen uppstod ofta inte i ett akut kritiskt läge med en patient utan utav faktorer som respondenterna inte kunde påverka. Vidare uttryckte respondenterna att det fanns en oförutsägbarhet i arbetet som gjorde att det kunde vara svårt att planera tiden, samt en viss oförståelse från kollegor som försökte skynda på, vilket respondenterna upplevde ledde till stress.

Vi kan ju aldrig bestämma att vi skall hinna så och så mycket /.../ För du, du vet ju inte när operationen /.../ slutar som du hade tänkt dig från början.(F, s.9)

Det är ju en ökad stress, det är ju litegrann det va, vi ska ut så fort som möjligt och dom ska in med kvasten så fort som möjligt. (C, s.3)

Att inte hinna förbereda sig på ett bra sätt inför ett patientmöte samt olika former av distraktioner i det omedelbara patientarbetet skapade enligt respondenterna också en stressfull arbetsmiljö. Att inte visa och överföra stressen vidare till patienten var det flera av respondenterna som talade om. Det som skapade tidspressen och i många fall stress var operationsprogrammet. Ett fåtal menade att det kunde fungera som en morot, att försöka hinna med alla patienterna, så att även den sista patienten på programmet skulle bli opererad.

Och hinder är väl att man har för många patienter /.../ ibland kan man ju se redan på morgonen att detta kommer inte att gå ihop. Detta kommer vi inte att hinna.
(H, s.8)

Organisatoriska förutsättningar och möjligheter

Att få ett flyt i sitt arbete och få hjälp under vissa moment för att skapa en effektivitet var viktigt för flera respondenter. Att kunna arbeta fort och effektivt upplevdes som en produkt av erfarenhet och rutin. Men patientsäkerheten var alla medvetna om och det betonades att inte jobba för fort och för effektivt sett till produktionsmål, för då kunde patientsäkerheten försämrans.

Det innebär att jag på ett avslappnat sätt gör saker och ting snabbt. Det är väl alldeles utmärkt, det är det ju. Men jag menar det får aldrig vara något som blir lidande. Det är ju så jävla många moment som kan gå fel överhuvudtaget liksom. (L, s.9)

Säkerhet är en stor del i den intraoperativa omvårdnaden enligt respondenterna. Att ha koll på sin utrustning att testa dess funktion var en viktig del i att kunna utföra en så riskminimerad vård som möjligt menade respondenterna. De menade vidare att det var viktigt att ha rätt prioriteringar kring säkerheten och att kunna stå på sig i olika situationer där produktionsmål kommer i konflikt med säkerheten.

Nu sägerde att nu har vi tagit för lång tid på oss. Nu måste vi, nu, nu hinner jag inte kolla. Men det skall man inte lägga ner alltså, det skall man göra. Jag måste göra mitt jobb, för att jag, det är god patientsäkerhet. Så även om någon kommer och sägertill dig att nu får du fan i mig skynda dig alltså. Men jag måste göra det här /.../ jag måste göra den här systemkontrollen och gör jag inte det, så har jag ju tullat på patientsäkerheten. (F, s.13-14)

Några av respondenterna menade att bemanningen på operation inte alltid var optimal på operationssalen och att det då kunde påverka säkerheten. Att kollegor var sjuka, att personal hade minskats samtidigt som operationsprogrammet kvarstod och skulle genomföras enligt en förutbestämd plan var inte säkert.

Avvikelseberapportering, checklistor och PM upplevde flera av respondenterna som ett bra verktyg för att säkerställa en patientsäker vård. En checklista säkerställde att det som behövde bli sagt blev sagt och att det blev en kontinuitet mellan olika personer. Även om det ibland kunde upplevas som svårt att hitta rätt, var olika PM fanns.

En del av respondenterna trodde att patientsäkerheten skulle kunna bli bättre med utbildning. Utbildning inom olika områden inom den intraoperativa omvårdnaden. Detta skulle kunna motverka stagnation och slentrian som en del respondenter upplevde i sitt jobb.

Man skulle kunna ha lite mer utbildning i vårt hanterande, för allt ting blir väldigt slentrianmässigt och allting skall gå så himla fort. (B, s.9)

En del ansvar och arbetsuppgifter låg delvis utanför det perioperativa omvårdnadsarbetet. Respondenterna upplevde att arbetet var mer inriktat på kringarbete för att kliniken skall fungera och att detta tog mycket tid i anspråk som de istället kunde lägga på patientens omvårdnad. Detta ledde till missnöje och ökad stress.

Vi skall städa, vi skall fylla på och vi skall göra allt sånt runtomkring. jag har liksom svårt och kunna få koncentrera mig på det som man faktiskt är utbildad för. (B, s.10)

Organisationen i sig påverkade det dagliga arbetet ansåg respondenter. När samordningen fallerade var det en brist i organisationen. Att stå och vänta på en yrkeskategori, en avdelning eller en patient var något som inte fick inträffa.

Det är framför allt väntan på olika instanser. Väntan på operatör, väntan på patient alltså man väntar timmavis. (L, s.12)

Flera av respondenterna uttryckte önskemål om att få knyta en kontakt med patienten innan operationsdagen och sedan vara med samma patient genom operationen. Detta hade gett en ökad trygghet för både patient och respondent inför anestesi. Men de flesta trodde inte att detta var möjligt på grund av hur organisationen ser ut idag.

Att man träffar sin patient preoperativt också att patienten sen har ett igenkännande ansikte och vet liksom att, vi har träffats och vi har pratat igenom allt. Men frågan är om det fungerar rent praktiskt. (H, s.3)

Diskussion

Diskussion av vald metod

Författarna har valt en intervjumetod med kvalitativ ansats. Intervjuer har gjorts för att ta del av upplevelser, tankar och ideér hos respondenterna för att svara på syftet.

Kvalitativ metod ger beskrivande data av skrivna eller talade ord. Genom att välja kvalitativa data kan kunskap om något som kännetecknar ett fenomen systematiseras (Olsson & Sörensen, 2007). Författarna anser att det skulle vara möjligt att göra studien som en observationsstudie, men trodde att det skulle vara svårare att få fram hela bilden kring de olika förutsättningarna i omvårdnadssituationen, samt få ett resultat som svarade adekvat på gällande frågeställning. Författarna valde att analysera materialet med hjälp av innehållsanalys som Graneheim & Lundman (2004) menar på ett vetenskapligt sätt kan analysera en transkriberad text av vad respondenterna har sagt.

Instrument

Kvale & Brinkmann (2009) menar att det viktigaste forskningsverktyget i en intervjustudie är forskaren själv. Det kan vara en fördel om intervjuaren är expert inom ämnet, har goda kunskaper inom ämnet intervjuteknik samt har en god förmåga i mellanmänskligt samspel. Intervjuaren skall snabbt kunna ta beslut om hur och vilka frågor som ska ställa. Ett annat exempel kan vara att ha ett gott minne och minnas vad som tidigare sagts (a.a.).

Författarna är inga experter inom perioperativ omvårdnad, men har en viss insikt teoretiskt och praktiskt via vår praktiktjänstgöring inom ämnet. Någon direkt erfarenhet har författarna inte inom intervjuteknik mer än att vi läst på kring ämnet. Författarna tror att det underlättat att vi varit 2 personer som intervjuat. Där den ena av författarna höll i själva intervjun och den andra författaren mer koncentrerade sig på att lyssna och ställde följdfrågor som eventuellt missades. Trost (2010) menar att det kan vara en fördel att vara 2 utifall de som intervjuar är samspelta men att det finns också en risk att den som blir intervjuad känner sig i underläge (a.a.). Detta upplevde inte författarna men det är möjligt att det skulle kunnat påverka intervjuerna.

En pilotintervju genomfördes för att kunna fastställa en definitiv intervjuguide. Eftersom inga ändringar gjordes i intervjuguiden lät författarna pilotintervjun ingå i resultatet. Trost (2010) menar att det mycket väl går att använda sig av en pilotintervju i sitt resultat. Han menar att om materialet finns samt en respondent har tagit sig tiden att utföra intervjun samt håller materialet en god kvalitet så kan det användas (a.a.).

Intervjuguiden tyckte författarna fungerade bra, den gav en klar struktur att följa. Vissa frågor var enligt vissa respondenter lite för svåra och krävde förtydliganden av författarna. Vid utförande av intervjuguiden framkom det att inledningsfrågorna som beskriv i metod delen bör vara stora och öppna. Vår uppfattning var att en del av respondenterna upplevde vår inledningsfråga som för stor och vid, se fråga 2, bilaga 1.

Trovärdighet

För att öka trovärdigheten i studien menar Graneheim och Lundman (2004) att det är viktigt att beskriva hur forskarna har gått till väga för att få fram sina resultat. Beskriva respondenternas kön, ålder samt välja personer från olika bakgrund och erfarenheter kan ge

ett rikare material. Att använda sig av citat från den transkriberade texten är ett sätt att öka trovärdigheten (a.a.).

Författarna har på bästa sätt försökt beskriva hur forskningsprocessen gått till i studien genom att visa hur intervjuguiden ser ut samt hur analysen gjorts genom att visa en matris (se bilaga 5). Författarna har undvikit att i detalj beskriva respondenterna för att på bästa sätt behålla konfidentialiteten. Men flera av respondenterna hade jobbat länge som anestesijuksköterskor. Några hade jobbat kortare tid och ett fåtal hade jobbat medellång tid (10-15 år).

En svaghet i studien är att författarna inte har haft någon möjlighet att välja ut personer från olika bakgrund, utan författarna har godtagit alla som önskade delta, förutsatt att inklusions- och exklusionskriterier var uppfyllda. Positivt var att det blev en större variation av människor genom att respondenterna kom från 2 olika kliniker.

Hur en person svarar på en fråga kan diskuteras, vad är det "rätta svaret". Är det som professionell sjuksköterska eller som en kännande människa eller är båda delar förenade. Vårt resultat visar på båda delarna. En aspekt att ta hänsyn till kring resultatet kan vara att en respondent svarar utifrån en förutfattad mening om vad som den uppfattar som det rätta svaret och inte hur de egentligen känner och tycker. Små avbrott och störningar i form av telefoner och buller skedde under vissa intervjuer, detta kan ha påverkat resultatet. Dels att respondenten blev avbruten i ett resonemang som sedan var svårt att ta upp igen, när intervjun fortskred.

Förförståelse

Författarnas förförståelse kan spela roll i tolkningen av den analyserade texten. En text kan betyda olika saker och att forskaren kan påverkas av sina tidigare erfarenheter menar Graneheim och Lundman (2004). Vidare beskriver att det är omöjligt och oönskat om forskaren inte har ett visst personligt perspektiv på de fenomen som studeras, samtidigt som forskaren skall låta texten tala. Att redovisa för forskningsområdet relevant förförståelse menar Olsson & Sörensen (2011) är viktigt för att säkerställa kvalitén i studien.

Intention för författarna var att under analysen vara så objektiva som möjligt. Vi har valt att i bakgrunden beskriva vår förståelse.

Diskussion av framtaget resultat

I intervjuerna framkom det 3 teman. Dessa teman är utifrån syftet essensen av vad som sades i intervjuerna. Det framkom under intervjuerna vid flertalet tillfällen att arbetet på en operationsavdelning är komplext och i många fall komplicerat. För att kunna göra ett gott arbete måste man som anestesijusköterska kunna anpassa sig till olika situationer och inkorporera många faktorer i det dagliga arbetet.

Mötet med patienten

Resultatet visade att mycket fokus från respondenterna läggs på mötet med människor och hur viktigt det är att skapa en kontakt med patienten. Att skapa förhållanden och tillit på kort tid är både ett problem och en utmaning. I resultatet framkom det att ett sätt att skapa denna kontakt var genom att möta patienten på rätt nivå. Att under det första mötet kunna skapa sig en uppfattning om patientens behov och möta dem på ett korrekt sätt. Att skapa sig en uppfattning om var en patient befinner sig och vad patienten har för behov är något som är ytterst subjektivt men som framkom i resultatet som en av huvudprinciperna för att skapa en god kontakt. Enligt Götlind (2008) beskriver Travelbees modell för mötet att första steget i kontaktskapandet är en ömsesidig observation som sedan övergår i en medvetenhetsprocess, då båda parter får en uppfattning om hur den andra personen uppfattas vara. Detta är en förutsättning för att en god kontakt ska kunna skapas och ett förhållande bildas (a.a.). Även om Travelbees modell inte är direkt applicerbar kan vissa gemensamma faktorer ses. Författarna tolkar det som att något som liknar den ömsesidiga observation som Travelbee beskriver sker mellan sjuksköterska och patient har i denna studie framkommit och benämns som att skapa en uppfattning. Många respondenter beskrev att de krävdes en möjlighet att skapa sig en uppfattning av patienten för att kunna skapa en bra kontakt, likt det som Travelbee beskriver i anknytningsfasen. Rosén, Svensson & Nilsson (2008) menar att sjuksköterskan har en stor roll i att tillfredsställa patientens informationsbehov. En välinformerad patient har lättare för att hantera stress och obehag som eventuellt kan uppstå inför en anestesi (a.a.). Vårt resultat visar en annan nyans av samma ämne. Respondenterna menar att informationsbehovet individanpassas från situation till situation istället för att ge mycket information till alla.

Det framkom även i resultatet att fler parametrar än innehållet i samtalet bedöms för att skapa sig en uppfattning om patienten. Resultatet visade att fysiologiska parametrar har stor betydelse vid mötet och bedömning av patientens tillstånd. Många beskrev att en patients psykiska tillstånd vid nedsövning är det samma vid uppvaknande. Hestnes & Espe (2005) har beskrivit just detta, att en patients oro kvarstår genom anestesi (a.a.). Däremot upplevde respondenterna inte att patientens tillstånd under anestesi påverkades av dennes preoperativa tillstånd. Detta är tvärt emot de fenomen som beskrivits i en studie av Andrew, Baker, Kneebone, & Knight (2000). Det beskrevs i resultatet hur respondenterna försöker se igenom ett eventuellt yttre lugn som patienten satt upp, med direkta frågor. Detta för att kunna bemöta oro och rädsla. Oro och rädsla bemöttes ofta med avledning. Med avledning såsom fysisk kontakt, avdramatisering av situationen och att starta ett naturligt samtal kunde en kontakt bildas och en tillit byggas. Detta resultat kan, om än inte direkt överförbart på alla patientkategorier, stärkas av Goymour, Stephenson, Goodenough & Boulton (2000) som i sin studie visade att avledning signifikant sänker oron hos barn i den pediatrika akutsjukvården. Detta kan appliceras på pediatrika patienter i första hand.

Effektivitet vs Säkerhet

Kontakten med patienten vägs mot de produktionskrav som ställs av kliniken. Att klinikerna är mer pressade idag med effektivitetstänkande, tidspress och att detta påverkar den dagliga verksamheten var något som dök upp i resultatet. Något som överensstämmer med vad Lindwall & Von Post (2008a) beskriver. I resultatet framkom det att ett effektivitetstänkande återfanns i alla steg i verksamheten. Detta överensstämmer med flera studier som har beskrivit det som en risk att patientsäkerheten försämras och att tiden istället blir det essentiella (Espin, Lingard, Baker & Regehr, 2006; Lindwall & Von Post, 2008b; Riley & Manias, 2006; Waring, McDonald & Harrison, 2006).

Att få ett flyt i arbetet beskrevs som ett mål och en morot. På samma sätt kunde många störningsmoment som ledde till förseningar upplevas irriterande och stressande. Kontinuerliga avbrott i arbetet upplevdes som bidragande till stress. Detta tolkade författarna som att stressen var ökad då arbetet hindrades eller på annat sätt förändrat då respondenten inte hade någon möjlighet att påverka. Att inte ha kontroll på situationen upplevdes av respondenterna som ytterst otillfredsställande. Det finns även en oförutsägbarhet i arbetet som kan leda till

stress. Thorell (2003) beskriver att när vi riskerar att förlora kontrollen över en situation ökar stressen. Han beskriver även att stressen kan modifieras genom stöd från omgivningen, ökat beslutsutrymme hos individen samt ändrade krav på individen.

Författarna med stöd utifrån resultatet samt Reason (2000) uppfattar att den upplevda stressen kring allt annat än det omedelbara patientarbetet är en av orsakerna till att misstag kan ske. Reason (2000) beskriver i bakgrunden hur tidspress är en säkerhetsrisk (a.a.). Det fanns också tendenser att personal försöker att skynda på varandra vilket riskerar bli kontraproduktivt. Det ger en signal om att man är för långsam och det naturliga sättet att korrigera detta blir då att jobba snabbare. Det svåra blir då att veta i förväg när man bara jobbar snabbt och när man går över gränsen och jobbar för snabbt och riskerar att patienten tar skada.

Att förhindra att flödet störs på en operationssal är en svår, för att inte säga en omöjlig uppgift. Men genom att ha tänkt igenom innan och vara påläst och väl förberedd beskrev respondenterna att eventuella stressmoment blev mer sekundärt. Många respondenter uttryckte att en kontinuitet då man får möjlighet att träffa patienten både före och efter anestesi hade varit önskvärt, inte bara för patientens skull utan även för att återkoppling till arbetet som genomförts. Kingdon & Halvorsen (2006) anser att det behöver undersökas mer hur stress leder till ineffektivitet och påverkar kvalitet. Att inte få återkoppling till genomfört arbete med patienten kan tolkas som att kvaliteten inte säkerställs på bästa möjliga sätt.

I resultatet framgick det att säkerhetstänkandet hos respondenterna var något som alltid var närvarande och som prioriterades över allt annat. Kontroll av utrustning, rätt bemanning, utbildning samt checklistor var några av de metoder som användes för att säkerställa säkerheten. Författarna tolkade resultatet som att rutin och erfarenhet bidrog till ökad patientsäkerhet. Detta resultat stämmer till viss del överens med den modell beskriven av Reason (2000) då punkter som oerfarenhet, dålig bemanning, tidspress samt utrustningsbrister var viktiga för säkerhetstänkandet samt för att skapa en säker organisation. Genom att ha ett standardförfarande byggs ett instinktivt beteende upp som möjliggör patientsäkert arbete under ibland höga stressnivåer.

Yrkesrollen

Yrkesstolthet och professionalitet är något som återkommer i resultatet. Många av respondenterna talade om hur de vill uppfattas av patienterna och om hur viktigt det var att göra ett bra intryck. Resultatet visade även att det var viktigt att hålla en yttre professionell fasad. Även om en situation var otroligt stressande var det viktigt att mot patienten vara strukturerad och professionell. Även att kunna förmedla information och kunskap på ett adekvat sätt ökade det professionella intrycket. Larsson (2005) beskriver också att anestesijuksköterskan på kort tid ska försöka förmedla trygghet, inbringa lugn och kompetens till patienten.

Resultatet visade även att det var viktigt för respondenterna att utvecklas i sin yrkesroll. Att få återkoppling till sitt arbete och kommentarer från kollegor var något som kunde bidra till att arbetet utvecklades och blev mer säkert och effektivt, men samtidigt utvecklade individen. Något annat som utvecklade omvårdnaden var när respondenterna utgick från sig själva om hur de hade velat bli behandlade. Även egna erfarenheter spelade in i hur man gjorde.

På samma sätt som en utveckling i yrkesrollen är positivt för individen kan ett stagnerande vara negativt. I resultatet beskrevs det hur respondenter tar över arbetsuppgifter som inte tillhör yrkesrollen för att organisationen kräver det. Detta leder till missnöje hos de flesta, och även ökad stress då arbetsbelastningen ökar. Detta resultat stärks då Kingdon & Halvorsen (2006) beskrev i sin studie att det fanns en svårighet att tillfredsställa de organisatoriska faktorerna och samtidigt ge den bästa omvårdnaden för patienten och att detta ofta kunde påverka sjuksköterskan negativt, emotionellt och fysiskt (a.a.).

Kommunikation framkom som en central del i resultatet. Kommunikation främjade samarbete och bidrog till ökad effektivitet. På samma sätt ansågs bristen på kommunikation leda till ett ökat dubbelarbete. Det framkommer även att dubbelarbete genomförs medvetet gällande vissa säkerhetskontroller. Författarna har tolkat detta som ett krav på kontroll hos individen i sin yrkesroll, att det som genomförs är korrekt och säkert. Detta dubbelarbete skulle kunna vara en enskild sak som skulle kunna förbättras. Kingdon & Halvorsen, (2006) uttrycker att det vill se mer forskning kring hur stress påverkar ineffektivitet och ur man kan ta fram verktyg för att för att minska stress hos vårdgivare. Vårt resultat beskriver inte tydligt en koppling mellan stress och ineffektivitet. Vidare menar författarna att skapa en känsla av kontroll skapar

säkerhet men det främjar också dubbelarbete. Att för säkerhetsskull fråga patienten en extra gång kring, Har du några lösa tänder? Har du några allergier? passar inte in med dagens krav på effektivitet. Efter författarnas sökning gällande relevant forskning inom området kring hur en patient uppfattar att få samma frågor upprepade för sig har inte mycket relevant litteratur funnits. En annan aspekt vore att ta reda på hur mycket som faktiskt kommer fram och ändras genom att fråga en extra gång till patienten. En klinisk implikation av detta resultat kan vara att i en situation då anestesisyterskan eller andra delar av teamet undrar kring dessa frågor kontrollera först i journalen som följer med patienten innan en eventuell fråga ställs. Författarna har valt att scanna in en journal som finns på bilaga 2, för att tydliggöra var och hur olika viktiga punkter ser ut och kan signeras.

Konklusion

Vårt resultat visar att informationen till patienten individanpassas efter behov. Det är inte alltid mängden information som ger den bästa tillfredsställelse hos patienten. Genom att avleda med fysisk kontakt, avdramatisering av situationen och att ha ett naturligt samtal med kunde en kontakt bildas och en tillit byggas. En tillit som sedan kunde användas för att få en optimal situation. Att inte ha kontroll på situationen upplevdes av respondenterna som ytterst otillfredsställande i sitt arbete. Det fanns även en oförutsägbarhet i arbetet som kan leda till stress. Stress som upplevdes olika beroende på var den kom ifrån. Brist på kommunikation gav ett ökat dubbelarbete i form av att flera personer ställer samma frågor till patienten. Något som inte är strategiskt då arbetet på en operationsavdelning har ett effektivitetskrav. En klinisk implementering efter denna studie skulle kunna vara att se över rutinerna kring detta.

Referenser

- Andrew, M.J., Baker, R.A., Kneebone, A.C., & Knight, J.L. (2000). Mood state as a predictor of neuropsychological deficits following cardiac surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(6), 537–546.
- Arvidsson, S.B. (2005). Preoperativ bedömning. M. Halldin & S. Lindahl. (Red), *Anestesi* (2:a uppl.). (ss.175-181). Stockholm: Liber.
- Bodelsson, M. (Red.). (2011). *Anestesiologi* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Espin, S., Lingard, L., Baker, G.R., & Regehr, G. (2006). Persistence of unsafe practice in everyday work: an exploration of organizational and psychological factors constraining safety in the operating room. *Quality and safety in health care*. 15(3), 165-170.
- Gallagher, R., & McKinley, S. (2007). Stressors and anxiety in patients undergoing coronary artery bypass surgery. *American Journal of Critical Care*. 16(3), 248–257.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24(2), 105-112.
- Goymour, K-L., Stephenson, C., Goodenough, B., Boulton, C. (2000). Evaluating the role of play therapy in the paediatric emergency department. *AENJ*, 3(2), 10-12.
- Götlind, B. (2008). Det genuina mötet. R. Stål (Red.), *Vårdkommunikation i teori och praktik* (ss. 43-66). Lund: Studentlitteratur.
- Halldin, M. (2005). S-Märkning . M. Halldin & S. Lindahl. (Red), *Anestesi* (2:a uppl.). (ss.185-188). Stockholm: Liber.

- Hellmuth, L. (2005). Anestesisjuksköteskans historia, yrkesområde och funktioner. I L. Hovind (Red.), *Anesthesiologisk omvårdnad* (ss. 13-15). Lund: Studentlitteratur.
- Hellmuth, L., & Valeberg, B (2005). Dokumentation , rapportering och övervakning efter anestesi. I L. Hovind (Red.), *Anesthesiologisk omvårdnad* (ss. 61-63). Lund: Studentlitteratur.
- Hestnes, M., & Espe, K. (2005). Luftvägar och ventilation. I L. Hovind (Red.), *Anesthesiologisk omvårdnad* (ss. 127-148). Lund: Studentlitteratur.
- Kingdon, B., & Halvorsen, F.(2006). Perioperative Nurses' Perceptions of Stress in the Workplace. *AORN Journal*. 84(4), 607-614.
- Kruzik, N. (2009). Benefits of preoperative education for adult elective surgery patients. *AORN Journal*. 90(3), 381-387.
- Kvale, S (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (2:a uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, S. (2005). Omvårdnad: Ansvar och behörighet. M. Halldin & S. Lindahl. (Red), *Anestesi* (2:a uppl.). (ss.200-206). Stockholm: Liber.
- Lindvall, R., & Rooslien, P (2010). *Perioperativ dialog- Utopi eller verklighet?: en pilotstudie*. Hämtad 27 december, 2011, från <http://www.uppsatser.se/uppsats/248d24b328/>
- Lindwall, L., Von Post, I., & Bergbom, I. (2003). Patients' and nurses' experiences of perioperative dialogues. *Journal of Advanced Nursing*. 43(3), 246–253.

- Lindwall, L., & Von Post, I. (2008a). *Perioperativ vård- att förena teori och praxis* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Lindwall, L., & Von Post, I. (2008b). Habits in Perioperative Nursing Culture. *Nursing Ethics*, 15(5), 670-681.
- Lundberg, D. (2005). Psykologiska och etiska aspekter. M. Halldin & S. Lindahl. (Red), *Anestesi* (2:a uppl.). (ss.196-199). Stockholm: Liber.
- Nortvedt, P. (2005). Etik och anestesijuksvård. I L. Hovind (Red.), *Anesthesiologisk omvårdnad* (ss. 469-478). Lund: Studentlitteratur.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv* (2:a uppl.). Liber: Stockholm.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv* (3:e uppl.). Liber: Stockholm.
- Patel, R., & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder: Att planera, genomföra och rapportera en undersökning* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Reason, J (2000). Human error: models and management. *BMJ*, 320(18), 768-770.
- Riksföreningen för anestesi och intensivvård. (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesijuksvård*. Hämtad 26 december, 2011, från http://www.aniva.se/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid =70&Itemid=57
- Riley, R., & Manias, E. (2006). Governing time in operating rooms. *Journal of Clinical Nursing*. 15(5), 546-553.
- Rosén, S., Svensson, M., Nilsson, U. (2008). Calm or Not Calm: The Question of Anxiety in the Perianesthesia Patient. *Journal of perianesthesia nursing*. 23(4), 237-246.

Region skåne. (2010). *Längre resa kan ge snabbare vård*. Hämtad 3 januari, 2012, från <http://www.skane.se/sv/Nyheter/Halso---sjukvard/Arkiv/Res-en-timme---spara-ett-ar/>

SFS 2003:460 lag om etikprovning av forskning som avser människor. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtad 6 maj, 2012, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/

SFS 2010:659 Patientsäkerhetslag. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtat 27 december, 2011, från <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2010:659>

SOSFS 2011:9. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad den 8 januari, 2012, från http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/20119/Documents/SOSFS_2011_9.pdf

Selimen, D., & Ansoy, I.I. (2011). The importance of a holistic approach during the perioperative period. *AORN Journal*. 93, 488-490.

Socialstyrelsen. (2007). *Hälso- och sjukvårdens verksamhet. Statistik om verksamhet inom sjukhusvården (operationer, vårdtillfällen och vårdtid) samt om läkarbesök 2006*. Hämtad 22 december, 2011, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9352/2007-46-5_2007_46_5.pdf

Theorell, T. (2003). Psykosociala faktorer - vad är det? Theorell, T (Red.), *Psykosocial miljö och stress* (ss. 11-73). Lund: studentlitteratur.

Trost, J (2010). *Kvalitativa intervjuer* (4:e uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Valeberg, B. (2005). Operationspatienten. I.L. Hovind (Red.), *Anestesiologisk omvårdnad* (ss.19-24). Lund: Studentlitteratur.

Waring, J., McDonald, R., & Harrison, S. (2006). Safety and complexity: Inter-departmental relationships as a threat to patient safety in the operating department. *Journal of Health Organization and Management*. 20(3), 227-242.

Bilaga 1 (5) Intervjuguide

1. Hur länge har du jobbat som anestesijuksköterska?

-på kliniken? Ålder?

2. Berätta om din syn av ett anestesiförlopp?

Från mötet till avslut.

3. Berätta om dina tankar kring det första mötet och samtalet med patienten?

Vad tycker du är viktigt? Görs något onödigt? Vad prioriteras? Bör något förändras?

4. Ge ett exempel på en erfarenhet då mötet med en patient gått bra respektive dåligt?

Gjordes något speciellt? Upplever du att ett bra/dåligt möte påverkar resten av anestesin?

5. Upplever du att din arbetsinsats försämras respektive förbättras av något?

Exempelvis: Miljö? Klinik? Organisation? Patient? Vad skulle kunna göras bättre?

6. Berätta vad du uppfattar patientsäkerheten påverkas av?

Hur skulle det kunna bli bättre? Vad ser du för möjligheter och hinder för att ge god vård?

7. Har du något mer att tillägga, något du vill tydliggöra?

Nr 0368015 - 1/6

Nr 0368015 - 2/6

ANESTESI JOURNAL SKÅNE		Opdatum		Personnr		Höj		Glc		An-sock (ansvang)	
Varning <input type="checkbox"/> Ingen		Värdevid	AI senast till	Ejektiv	Personnr	Höj	Glc	Na	K	An-sock/Usk	
Information till avd/möte		Op klin	Dracht senast till	Längd	Namn	Kron	PRG(INFR)			Anestesilog	sock
Premed		Op avd	Tömde blåsa till							Huvudoperatör	sock
Ochlinerat av		Op sal	Slidomärkning	ASA		Höj	KH	USIL	Tbq	Regional anestesi Typ <input type="checkbox"/> Med <input type="checkbox"/> Lat Intersitium Närl <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Tshv <input type="checkbox"/> PP Hud - ED-rem <input type="checkbox"/> cm Hud - kattspejs <input type="checkbox"/> cm	
Anmärkning		Oxygen, flödes/Flöde		l/min/%						Anslag Typ <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Tshv <input type="checkbox"/> PP Hud - ED-rem <input type="checkbox"/> cm Hud - kattspejs <input type="checkbox"/> cm	
Anmärkning		FEIchal		%						Lufsväg O ₂ granna/mask <input type="checkbox"/> Svalgtub Mask nr..... Näsut LM nr..... Typ <input type="checkbox"/> Svågpack <input type="checkbox"/> Ut <input type="checkbox"/> Ut	
Anmärkning		LA								Intubation Tub nr..... Typ <input type="checkbox"/> Vå <input type="checkbox"/> Hå Oral <input type="checkbox"/> Nasal Kluffad <input type="checkbox"/> Vå <input type="checkbox"/> Hå Ledars. typ..... Fibertubation Videolaryngoskopi	
Anmärkning		Klecken								Lage Cormach-Lehane, grad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Intubation ua Tubläge mungipa/näsa <input type="checkbox"/> cm Hudstatus/Övrigt	
Anmärkning		<input type="radio"/> Op start/slut <input type="radio"/> An start/slut	200							Temp/Wärms Temp <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> F	
Anmärkning			180							Timdukens Durera <input type="checkbox"/> ml/h	
Anmärkning			160							Diures tot ml	
Anmärkning			140							Blödnig ml	
Anmärkning			120							Infusion/Transfusion g/ml	
Anmärkning			100							Komplikationer Kod Kod Kod <input type="checkbox"/> Inga	
Anmärkning			80							Beh-ir Avapp Moitag	
Anmärkning			60							Avapp Moitag	
Anmärkning			40							Avapp Moitag	

Viktiga punkter för anesthesi-sjuksköterskan under första mötet.



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Bilaga 3 (5)

INFORMATIONSBREV

2012-06-06

Information till undersökningsperson

Intraoperativt möte: Anestesisjuksköterskans upplevelser av den intraoperativa omvårdnaden -en intervjustudie

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie. Syftet med studien är att undersöka anestesisjuksköterskors upplevelse av möjligheter och svårigheter att ge optimal omvårdnad intraoperativt. Genom att undersöka anestesisjuksköterskors åsikter om vilka möjligheter samt svårigheter att ge god omvårdnad intraoperativt det finns, kan åsikter och tankar som annars inte kommit fram hämtas upp. Vårt syfte med studien är att belysa anestesisjuksköterskans upplevelse av den intraoperativa omvårdnaden, att omvårdnaden för patienter i en ganska utsatt situation om möjligt blir bättre, att finna eventuella brister i verksamheten samt sätta fokus på ämnet som berör närmare en miljon operationer i Sverige.

Intervjun beräknas ta cirka 30 minuter och genomförs av Johan Blinkowski och Per Ekdahl. Vi erbjuder plats för intervju alternativt att du själv föreslår plats.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun på band. Inspelningen kommer att förvaras inlåst så att ingen obehörig kan ta del av den. Efter att arbetet har slutförts förvaras materialet i ett år och förstörs därefter. Konfidentialitet för studiens deltagare garanteras.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för Din kontakt med oss. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras.

Studien ingår som ett examensarbete i Anestesisjuksköterskeprogrammet.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss, vår handledare.

Med vänlig hälsning

Per Ekdahl	Johan Blinkowski	Sigrid Stjernswärd
Sjuksköterska	Sjuksköterska	Biträdande lektor
070-2024293	070-9471499	Tfn 046-2221904
Per.Ekdahl.633	Johan.Blinkowski.415	Sigrid.Stjernsward

@student.lu.se

@student.lu.se

@med.lu.se

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om "Intraoperativt möte: Anestesisjuksköterskans upplevelser av den intraoperativa omvårdnaden -en intervjustudie"

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak.

Härmed ger jag mitt samtycke till att bli intervjuad och att intervjun spelas in på band.

Underskrift av undersökningsperson

Underskrift av student

Ort, datum

Ort, datum

Underskrift

Underskrift

Telefonnummer

Telefonnummer



2012-06-06

LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Till verksamhetschefer

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien ”Intraoperativt möte: Anestesisjuksköterskans upplevelser av den intraoperativa omvårdnaden -en intervjustudie”

Genom att undersöka anestesisjuksköterskors åsikter om vilka möjligheter samt svårigheter att ge god omvårdnad intraoperativt det finns, kan åsikter och tankar som annars inte kommit fram hämtas upp. Vårt syfte med studien är att belysa anestesisjuksköterskans upplevelse av den intraoperativa omvårdnaden, vår förhoppning kring studien är att med ytterligare forskning inom området bidra till en bättre arbetsmiljö, en mer patientsäker vardag för anestesisjuksköterskor och patienter samt belysa och eventuellt förbättra och utveckla omvårdnaden inom den intraoperativa vården.

En kvalitativ intervjuetod kommer att användas. Intervjuerna kommer att ske under lugna former, på ett ställe där intervjun inte blir avbruten. Det kommer att ske på antingen en förbokad lokal, sal eller något annat lämpligt ställe deltagaren önskar. Intervjun kommer att genomföras med båda författarna närvarande. Önskade deltagare till studien är anestesisjuksköterskor med erfarenhet av både elektiva och akuta anestasier. Vi ser gärna att deltagaren varit anställd på kliniken i mer än 6 månader. Studien kräver 10-15 respondenter för att kunna genomföras. Deltagare kommer att sökas på 2 anestesi-kliniker i Skåne.

En förfrågan om att medverka kommer att skickas ut till anestesisjuksköterskor på gällande anestesi-kliniker. Även en muntlig information om studien kommer att ges. Intervjuerna bygger på frivillighet och deltagaren kan avbryta samarbetet när som helst under förloppet. Samtycke hämtas in i samband med varje intervju. Efter att materialet har spelats in kommer det att transkriberas till ett dokument där respondenten kommer att döptes om till en kodnyckel i bokstavsform. Det inspelade materialet kommer att bevaras 1 år efter examinationen på ett USB-minne i ett bankfack, därefter raderas. De som kommer att läsa den transkriberade texten är författarna samt vår handledare.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden [VEN] för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs.

Studien ingår som ett examensarbete i Anestesisjuksköterskeprogrammet. Om du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning

Per Ekdahl
Sjuksköterska
070-2024293
Per.ekdahl.633
@student.lu.se

Johan Blinkowski
Sjuksköterska
070-9471499
Johan.blinkowski.415
@student.lu.se

Sigrid Stjernswärd
Biträdande lektor
046-2221904
Sigrid.stjernsward
@med.lu.se

Bilagor

1. Samtyckesblankett

2. Projektplan

Blankett för medgivande av verksamhetschef eller motsvarande

Titel på studien.....

Er anhållan

- Medgives
- Medgives ej

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande och titel

Verksamhetsområde

Bilaga 5 (5)

Matris

<i>Tema</i>	<i>Kategori</i>	<i>Subkategori</i>	<i>Kod</i>	<i>Kondensering</i>	<i>Meningsbärande enhet</i>
Förtroendebyggande möte	Skapa en uppfattning	Kontakt	Etablera kontakt	Etablera kontakt ger tillit.	Det är jätteviktigt att etablera den här fina kontakten mellan varandra för att patienten skall lita på dig.
		Avläsning	Läsa av	Första mötet, läsa av en patient	Och det är ju svårt, för det här första mötet är ju liksom ibland bara någon minut och det är svårt att läsa av en patient var den befinner sig.
	Bygga förtroende	Bemötande	Avledning	Fråga patienten, avleda	Att man frågar om vad patienten jobbar med om de har något husdjur och så. Det är ett bra sätt att avleda patienten på
		Trygghet	Oro	Dörren öppnas jämt, oro för patienten	Så att inte dörren öppnas jämt och ständigt från, från båda hållen. För det skapar en väldig oro för patienten
En känsla av kontroll	En inre trygghet	Förberedelse	Plan	Läsa på så jag vet	Man läser på noga så vad jag vet vad jag har framför mig och vet vad jag kan vänta mig under anestesi.
		Professionalitet	Professionalitet	Inte påverka, arbeta noggrant	Viktigt att inte, inte påverkas av stressen och viktigt att utföra sitt arbete med noggrannhet
	Interpersonell interaktion	Kommunikation & Samarbete	Dubbelarbete	Jag frågar först, narkosläkaren frågar igen	Gärna frågar jag först och sen kommer narkosläkaren så har han inte hört att jag frågar och då frågar han igen.
		Återkoppling	Feedback	Dialog, vad kan jag göra bättre	Att jag hela tiden måste hålla mig litegrann uppdaterad. Vad jag kan göra bättre, kan vi liksom ha någon slags dialog.
Effektivitetsskultur	Intraoperativa svårigheter	Stress	Stress	Ökad stress, ut så fort som möjligt	Det är ju en ökad stress, det är ju litegrann det va, vi ska ut så fort som möjligt och dom ska in med kvasten så fort som möjligt.
		Tidsfaktor	Patienttid	Tid mellan patienter	Vi har inte så mycket tid mellan patienterna. Men här hade vi lite tid och det var riktigt bra.
	Organisatoriska förutsättningar & möjligheter	Säkerhet	Prioritering	En sak i taget	Jag kan ju bara göra en sak i taget, jag kan bara ha en patient i taget och sen får det bli som det blir.
		Effektivitet	Väntan	Olika instanser, väntan timmavis	Den är framför allt väntan på olika instanser. Väntan på operatör, väntan på patient alltså man väntar timmavis.