



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

En perioperativ dialog

-Operationssjuksköterskans erfarenhet av det perioperativa mötet med patienten

Författare: Linda Akhiemienmhonan
Sandra Vedebrand

Handledare: Helena Rosén

Magisteruppsats

Våren 2015

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

En perioperativ dialog

-Operationssjuksköterskans erfarenhet av det perioperativa mötet med patienten

Författare: Linda Akhiemienmhanon
Sandra Vedebrand

Handledare: Helena Rosén

Magisteruppsats

Våren 2015

Abstrakt

Bakgrund: Studier visar på många fördelar med perioperativa samtal ur både sjuksköterske- och patientperspektiv. Trots det används inte perioperativa möten inom operationssjukvård i Sverige i någon större utsträckning idag. **Syfte:** Syftet var att beskriva operationssjuksköterskors erfarenheter av perioperativa möten med patienten. **Metod:** En kvalitativ studie genomfördes på två svenska sjukhus där nio operationssjuksköterskor intervjuades. Data analyserades enligt fenomenografisk ansats. **Resultat:** Tre huvudkategorier identifierades: relation till patienten, omvårdnad samt befästa yrkesrollen. Underkategorierna identifierades som: igenkännande, kontakt, kontinuitet, individanpassning, omsorg och ansvar, att ta plats, samarbete och arbetsflöde samt professionalitet. **Konklusion och implikation:** Operationssjuksköterskor erfar perioperativa möten med patienten som en motiverande del i deras arbete, även vid svåra möten. Det kan skapa kontinuitet i omvårdnaden till patienten och därmed bidra till ett smidigare arbetssätt på operationsalen. Resultatet i denna studie skulle kunna bidra till att lyfta operationssjuksköterskans viktiga roll samt ge kontinuiteten en ökad betydelse.

Nyckelord

(Perioperativt möte, operationssjuksköterska, omvårdnad, fenomenografi)

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Problembeskrivning	3
Bakgrund	4
Perspektiv och utgångspunkter	4
Operationssjuksköterskans yrke	5
Perioperativ omvårdnad och mötet med patienten	6
Syfte	9
Metod	9
Urval	10
Datainsamling	11
Databearbetning	12
Etisk avvägning	13
Resultat	14
Relation till patienten	14
Igenkännande	14
Kontakt	15
Omvårdnaden	16
Omsorg och ansvar	16
Kontinuitet	17
Individanpassning	18
Befästa yrkesrollen	19
Att ta plats	19
Samarbete och arbetsflöde	20
Professionalitet	21
Diskussion	22
Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion	25
Konklusion och implikationer	28
Referenser	30
Bilaga 1 (2)	35
Bilaga 2 (2)	36

Problembeskrivning

Den perioperativa vården är idag fragmenterad eftersom operationssjuksköterskan oftast möter patienten först intraoperativt på operationsavdelningen, och operationssjuksköterskan kan sällan planera och ge pre- intra och postoperativ omvårdnad då mötet blir endast intraoperativt. Den bristande kontinuiteten kan därmed skapa ett hot mot omvårdnaden och operationssjuksköterskans möjlighet att värna om patienten och lindra lidandet riskerar att gå förlorad (Rudolfsson, 2007). Patienterna efterfrågar mer kontakt med operationssjuksköterskorna och önskar kontinuitet i sin perioperativa vård (Bäckström, Wynn & Sörlie, 2006). Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763) 2a § säger att hälso- och sjukvård ska tillgodose patientens behov av kontinuitet och främja kontakter med hälso- och sjukvårdspersonalen. Men operationssjuksköterskan får oftast inte tid att möta och planera vården tillsammans med patienten utan mötet blir kort och ibland helt obefintligt (Blomberg, 2014). Patienterna i den perioperativa miljön rapporteras betraktas som ett objekt och utan respekt för sin integritet på svenska operationsavdelningar (Willassen, Blomberg, von Post, Lindwall, 2014). Den tekniska färdigheten värderas också ofta högre än förmågan att interagera med patienterna bland operationssjuksköterskor, men den perioperativa vården grundas dock på omsorgen och omvårdnaden om patienterna vilket synliggörs av den tillfredsställelse som operationssjuksköterskor får i den personliga kontakten med patienterna (Bull & FitzGerald, 2006). I Sverige finns det en modell för perioperativ omvårdnad med syfte att skapa kontinuitet inom operationssjukvård (Lindwall & von Post, 2008b). Den används av olika anledningar i liten skala (Susan Lindberg, personlig kommunikation, 20 oktober 2014, Ulrika Nilsson, personlig kommunikation, 21 november 2014, Gudrun Rudolfsson, personlig kommunikation, 7 november 2014, Yvonne Törnqvist, personlig kommunikation, 8 december 2014). Studier visar att operationssjuksköterskor vill delta i större utsträckning i patientomvårdnaden och följa patienten genom hela den perioperativa vården (Blomberg, Bisholt, Nilsson & Lindwall, 2014). Föreliggande studie beskriver erfarenheter hos de operationssjuksköterskor som har perioperativa möten med patienter som en del i deras arbete.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Under denna studie har författarna utgått från ett vårdvetenskapligt perspektiv med inspiration från Katie Erikssons vårdprocess (1988). Vårdvetenskapens bild av människan bygger på en helhetssyn, vilket innebär att människan möts som kropp, själ och ande. Vårdprocessen värnar om att hela människan möts och ses och inte bara fokuserar på själva hälsotillståndet i sig. Det centrala i vårdprocessen är hälsa, något som inte kan ges till någon då människan är hälsad. Det som kan ges är stöd så människan kan vara hälsad (Eriksson, 1988). Eriksson (1994) menar att *... lidandet föder en känsla av hopplöshet och lidandet behöver hopp för att kunna lindras.* (s. 76). Det som operationssjuksköterskan alltid kan göra är trösta, lyssna och försöka lindra lidandet. Operationssjuksköterskan ska samtidigt ge utrymme för människan att bevara sin värdighet och därigenom bekräfta lidandet för att kunna vända det till något starkt och positivt. Att få dela med sig av sina tankar, upplevelser och rädsla är viktigt för att hitta styrka att våga förändra (ibid.).

I Erikssons (1988) vårdprocess genomsyras den professionella omvårdnaden av vårdandets innersta väsen och det är något som är naturligt mänskligt; kärlek och omtanke. Det innebär att bekräfta patienten och åstadkomma ett tillstånd av tillfredställelse, tillit, välbehag och utveckling av hälsoprocesserna genom att ansa, leka och lära oberoende om det är patientens grundläggande behov eller medicinsk-tekniska uppgifter som utförs. Syftet med vårdprocessen är att eliminera de rubbningar som kan vara tecken på ohälsa hos patienten. För att patienten ska kunna uttrycka sina begär, behov eller problem måste det finnas en relation till operationssjuksköterskan, det som Eriksson kallar vårdrelation. Denna relation som grundas på kunskap och etiska krav är professionell och kan variera i intensitet och djup. Begreppet professionell innebär att krav ställs på vårdverksamheten och den yrkesverksamma operationssjuksköterskan. Omvårdnaden ska grundas på vetenskaplig kunskap. Verksamheten ska ha kompetens grundad på sakkunskap och vetenskap. Den professionella operationssjuksköterskan har ett eget ansvar och arbetet styrs av en etisk kod. Den professionella omvårdnaden ska vara högklassig och ständigt utvecklas. Kontinuitet i

vårdrelationen är viktig, oberoende av hur lång tid vårdprocessen varar, och utgör kärnan i de olika faserna av vårdprocessen; patientanalys, prioritering och vårdhandling (Eriksson, 1988). Slentrian och rutin ska enligt Eriksson (1988) undvikas och varje möte med en patient ses som unikt och vården är dynamisk med ständiga förändringar hos patienten. Om operationssjuksköterskan ser var vårdrelation som unik och ny kan även små förändringar observeras. Det insamlas patientdata för att operationssjuksköterskan ska kunna ge effektivast möjliga vård. Genom att operationssjuksköterskan kontinuerligt analyserar denna data kan förbättringar och försämringar i patienten ge en utvärdering av själva vårdresultatet. Eriksson hävdar att patientens totala situation bör kartläggas för att utvärderingen ska lyckas. Operationssjuksköterskan är i sig själv ett centralt instrument i vårdprocessen och för att utvecklas bör vårdprocessen ses i sin helhet (ibid.).

Operationssjuksköterskans yrke

I operationssjuksköterskans yrke ingår både omvårdnad (nursing) och vårdande (caring). Begreppet ”nursing” beskrivs internationellt som genomförandet av olika medicinska handlingar och ordinationer, medan begreppet ”caring” menas vara kärnan i nursing och kopplas samman med det mänskliga vårdandet (Söderlund, 2012).

Operationssjuksköterskeutbildningen är den äldsta specialistutbildningen inom omvårdnad, i Sverige startade den 1919. Vid den tiden var det renligheten som kom att bli operationssjuksköterskans speciella ansvar (Lindvall & von Post, 2008b). En specialistsjuksköterskeutbildning idag ger rätt att arbeta inom vård men medför även skyldigheter, vilket innebär att vissa principer och krav måste följas. En längre utbildning medför större ansvar, ökade kunskaper och skicklighet för att kunna utöva mer avancerad vård (Riksföreningen för operationssjukvård, 2011). Eriksson kallar den vård utöver grundvården (som tillgodoser patientens grundläggande behov) och som istället riktas mot specifika hälsohinder och behov som innebär en mer komplicerad, kostsammare och intensiv vård för specialvård. Specialvården är ofta tillfällig och tidsmässigt kort men kan aldrig ersätta grundvården (Eriksson, 1988). En operationssjuksköterska har idag en specialistsjuksköterskeexamen i operationssjukvård, vilket omfattar bland annat ansvar för steriliteten på salen, över medicinska tekniska produkter, rätt positionering samt förhindra skador och komplikationer. Det innebär även omvårdnad för patientens välbefinnande och

skydda integriteten under hela den perioperativa durationen. I operationssjuksköterskans ansvar ingår kommunikation med patienten gällande information, att ge stöd och motivation till eftervård genom dialog (Riksföreningen för operationssjukvård, 2011).

Operationssjuksköterskan utför ett stort antal omvårdnadsåtgärder i samband med en patients operation, för att se till välbefinnande och säkerhet. Patienten överlämnar sig i operationssjuksköterskans händer och då har operationssjuksköterskan ansvaret för patientens kropp under operationen (Bäckström, 2012a). Det har skett en fortsatt medicinsk utveckling de senaste tio åren, till exempel robotkirurgi, och det ställer ökade krav på medicinskteknisk kompetens. Blomberg (2014) menar på att patientomvårdnaden behöver synliggöras mer i operationssjukvården i kombination med ett högteknologiskt vårdarbete.

Perioperativ omvårdnad och mötet med patienten

Perioperativ omvårdnad är den vård operationssjuksköterskan tillägnar patienten i och omkring operation. Begreppet definierades i *Standards of Nursing Practice* på 1970-talet av AORN (Lindwall & von Post, 2008b) för att tydliggöra professionen och arbetet med patienten med en evidensbaserad och säker omvårdnadsprocess uppdelad i de tre faserna pre-, intra- och postoperativ. Den innebar en förändring från den tekniska inriktningen yrket hade till en klar omvårdnadsinriktad perioperativ vård med patienten i fokus. Flödet i den perioperativa vården börjar vid beslutet att patienten ska genomgå ett kirurgiskt ingrepp tills att patienten inte längre har behov av omvårdnad efter det kirurgiska ingreppet. Däremellan ska operationssjuksköterskan bland annat ge psykosocialt stöd till patienten och eventuella anhöriga, informera och instruera patienten, räkna material som används vid ingreppet samt utvärdera och följa upp omvårdnadsåtgärderna. I den svenska kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskor i operationssjukvård delas också omvårdnadsprocessen in i pre-, intra- och postoperativ fas. I Sverige idag gör Riksföreningen för operationssjukvård klart att operationssjuksköterskan ska ge patienten en personcentrerad vård med etiskt förhållningssätt och helhetssyn samt göra prioriteringar utifrån patienten och närståendes behov. Vidare ska omvårdnaden ske i dialog med patienten, för att motivera och stödja till egenvård i samband med operation (Riksföreningen för operationssjukvård, 2011, Lindwall & von Post, 2008b).

Operationssjuksköterskor, som kallats för *fragmenterade sjuksköterskor* och *tränade apor*, kan uttrycka tydligt vad för omvårdnad som ges till patienten intraoperativt (Blegeberg, Blomberg & Hedelin, 2008, Bull & FitzGerald, 2006). Westerling och Bergbom (2008) menar att idén och förståelsen för kontinuitet borde framstå som en av de viktigaste faktorerna i den vårdande relationen.

För att ge patienten förtroende och trygghet har operationssjuksköterskans bemötande stor betydelse. Att komma in på en operationssal kan som patient upplevas som skrämmande. Operationssjuksköterskans bemötande och beteende är viktigt för hur patienten upplever stämningen. Att förflyttas från patientsäng till operationsbord eller att få en perifer venkateter insatt kan vara smärtsamt. Förbereder operationssjuksköterskan patienten för detta kan det lindra obehaget och skapa förtroende (Ellingsen, 2012). Att kommunicera med patienten verbal och icke-verbalt är en viktig förmåga som även ska kunna ske under tidspress. Det kan utläsas i patientens handslag, ansiktsuttryck och kroppsspråk. Operationssjuksköterskans egna kroppsspråk kan visa skicklighet för patienten och inge trygghet. Stressen för patienten kan lindras och egenvården stärkas om operationssjuksköterskan ger information och vägledning, det som sedan ger grunden för rehabilitering efter operation. (Ellingsen, 2012, Bäckström, 2012).

Kelvered, Öhlén och Åkesdotter Gustafsson (2008) poängterade att operationssjuksköterskans förmåga att ge omvårdnad förvärvats inte bara genom vetenskaplig kunskap, utan också genom professionell praktisk erfarenhet och personlig utveckling. Det har påvisats flera olika aspekter av den intraoperativa omvårdnad som är unik för operationssjuksköterskor. Att inge patienten förtroende genom användandet av ögonkontakt, närhet, rösten och ord var en aspekt av omvårdnaden. Lindra oro och bekräfta patientens känslor genom att visa empati och känna med sin patient var också beskrivet av dessa operationssjuksköterskor. En annan aspekt av omvårdnaden var att skapa en atmosfär på operationssalen och koordinera operationsteamet för att få bästa operationsresultat och en säker professionell omvårdnad (Kelvered et al., 2008, Lindwall & von Post, 2008a).

Varje enskild patient som opereras kräver... särskild omtanke och individualiserad omvårdnad, vilket är en utmaning i den högteknologiska och effektiva vårdmiljön på en operationsavdelning där varje möte måste skräddarsys för en upplevelse av att operationssjuksköterskan bryr sig om just honom som unik person. (Bäckström, 2012, s. 39-40)

Det finns en efterfrågan bland patienter att möta operationssjuksköterskan inte bara intraoperativt utan också postoperativt för att få en kontinuitet i sin vård (Bäckström et al. 2006). Trots att det verkar finnas ett behov av perioperativa möten mellan operationssjuksköterskan och patienten så används det inte i klinisk praxis i Sverige i någon större utsträckning (Susan Lindberg, personlig kommunikation, 20 oktober 2014, Ulrika Nilsson, personlig kommunikation, 21 november 2014, Gudrun Rudolfsson, personlig kommunikation, 7 november 2014, Yvonne Törnqvist, personlig kommunikation, 8 december 2014). Olika modeller för perioperativ vård finns i Sverige, den första presenterades redan för 30 år sedan av Tollerud med kollegor. Den är en vidareutveckling från den amerikanska operationssjuksköterskans perioperativa roll från 1978. Tolleruds modell har sen använts både i Sverige och utomlands som grund för individanpassad och professionell perioperativ omvårdnad. Denna omvårdnadsprocess ämnar att skapa en kontinuitet, tillit och välbefinnande hos patienten (Kneeler & Dodge, 1994, Bäckström, 2012, Rudolfsson, Ringsberg & von Post, 2003).

En annan modell för perioperativ vård är den perioperativa dialogen skapad av von Post och utgår från Erikssons vårdprocess och baseras på patientens berättelse och tankar som delas med operationssjuksköterskan (Lindwall & von Post, 2008b). Den utarbetades för 15 år sedan för att användas på operationsavdelningar för att skapa kontinuitet och ge en sammanhängande helhet av hela den perioperativa vården för operationssjuksköterskor samt för patienter (von Post, Frid, Kolvered & Madsen- Rihlert, 2005). Genom von Posts modell den perioperativa dialogen är det tänkt att operationssjuksköterskan, och även anestesijüksköterskor, ska få möjlighet till att utöka omvårdnaden från att kretsa inne på operationssalen i den intraoperativa fasen, till att röra hela den perioperativa omvårdnaden av patienten, se bilaga 1. Den delas in i tre faser; en preoperativ, en intraoperativ och en postoperativ dialog, naturligt indelad i enlighet med vårdprocessens faser. (Lindwall & von Post, 2008b).

Det är även lagstadgat att vården ska tillgodose patientens behov av kontinuitet (HSL, SFS 1982:763). Eriksson anser att en idealmodell synliggör vården så som den borde vara ur ett vårdvetenskapligt perspektiv (von Post, 1999, Rudolfsson, 2007, Rudolfsson et al., 2003). Forskning av Rudolfsson, von Post och Eriksson (2007) visar att operations- och anestesijuksköterskor som arbetar efter modellen blir stärkta både professionellt och personligt.

Syfte

Syftet med denna studie var att beskriva operationssjuksköterskors erfarenheter av perioperativa möten med patienter.

Metod

Författarna valde att genomföra en kvalitativ intervjustudie med en fenomenografisk forskningsansats då syftet var att beskriva operationssjuksköterskors erfarenheter och uppfattningar av det perioperativa mötet med patienten. Fenomenografi som forskningsansats har sina rötter i inlärningspedagogiken och utvecklades i Sverige av INOM-gruppen och beskrevs av Marton på 1970-talet. Fokus ligger i att beskriva hur människan uppfattar eller erfar ett fenomen (Marton, 1981). Att beskriva fenomen såsom andra erfar dem samt att beskriva variationer av fenomenet (Marton & Booth, 2000). Marton talar om första och andra ordningens perspektiv inom fenomenografin. Första ordningens perspektiv handlar om fakta, hur ett fenomen kan observeras utifrån. Andra ordningens perspektiv handlar om människans erfarenhet och hur ett fenomen uppfattas av människan. Fenomenografin utgår från andra ordningens perspektiv (Larsson, 1986). Det är de bakomliggande sätten att erfara och uppfatta fenomen som är föremålet för fenomenografin (Marton & Booth, 2000). Sjöström och Dahlgren (2002) presenterar hur fenomenografi kan appliceras inom omvårdnadsforskning. Fenomenografi lämpar sig väl för empiriska kvalitativa studier med syfte att beskriva, analysera och förstå erfarenheter (ibid.). Författarna ämnade att beskriva innebörder istället för frekvenser eller samband. Detta betyder att författarna har valt att beskriva hur

operationssjuksköterskan erfar perioperativa samtal och möten med patienten och inte hur något egentligen är (Larsson, 1986).

Urval

Två universitetssjukhus i stor och medelstor storlek i Sverige kontaktades med förfrågan om att delta i studien. På det stora sjukhuset används den perioperativa dialogen som ett implementerat arbetssätt av operation- och anesthesisjuksköterskor. På det medelstora sjukhuset har en kompromiss gjorts i verksamheten, den perioperativa dialogmodellen används av ett mindre antal av operation- och anesthesisjuksköterskorna enligt egen önskan men med fullt stöd från verksamhetschef. Studiens syfte presenterades och tillhörande projektplan skickades till respektive verksamhetschef. Informationsbrev till både verksamhetschef och deltagarna samt medgivandeblankett fanns med i projektplanen, där det framgick att deltagandet var frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att behöva ange någon orsak eller med några konsekvenser för deltagarna. Inklusionskriterier var operationssjuksköterskor med erfarenhet av att arbeta med den perioperativa dialogen som modell. Urvalet skedde med hjälp av verksamhetscheferna på de aktuella operationsavdelningarna, detta då inte alla operationssjuksköterskor arbetade med den perioperativa dialogen. De tillfrågade accepterade frågan om att delta i studien. Nio stycken totalt var aktuella att delta, sex stycken från det stora sjukhuset och tre från det medelstora. Inom fenomenografi är det mer intressant att identifiera kvalitativt olika variationer av uppfattningar som kan täcka stor del av variationer i uppfattningar, snarare än att skatta hur stor del av informanterna som har en viss uppfattning om något (Alexandersson, 1994). Därför kan det med fördel finnas variationer i ålder, kön och antal år av erfarenhet av att föra perioperativa samtal. Alla operationssjuksköterskor var kvinnor som hade arbetat mellan 5-43 år som operationssjuksköterskor. Deltagarna hade olika utbildningsbakgrund, två stycken hade läst direktutbildning till operationssjuksköterska medan sju stycken var legitimerade sjuksköterskor med specialistutbildning till operationssjuksköterska. Alla operationssjuksköterskor har arbetat med modellen för den perioperativa dialogen mellan 1-12 år och de flesta hade gått en kurs på 7.5 hp i den perioperativa dialogen. För deltagarna som inte gått den specifika kursen har den perioperativa dialogen ingått i specialistutbildningen till operationssjuksköterska. Dag och tid bestämdes tillsammans med

verksamhetscheferna på de två sjukhusen för att inte studien skulle gå ut över verksamheten, då intervjuerna förlades under arbetstid.

Datainsamling

Enligt fenomenografisk ansats är intervjuer lämpliga, när syftet är att få reda på hur någon erfar sin omvärld (Larsson, 1986). Då syftet med studien var att undersöka hur operationssjuksköterskor erfar och uppfattade perioperativa samtal och möten med patienten, ansågs semistrukturerade intervjuer vara lämpliga för att deltagarna skulle kunna berätta öppet om deras erfarenheter men ändå med struktur genom temafrågor under intervjun. Innan datainsamlingens början gjordes två stycken pilotintervjuer för att dels komma in i rollen som intervjuare. Intervjuerna utfördes på operationssjuksköterskor och testade om innehållet på frågorna avsåg studiens syfte samt om intervjutiden passade. Pilotintervjuerna inkluderades inte vidare i studiens analys.

Intervjuerna ägde rum under tre dagar i följd och intervjuerna tog plats på deltagarnas arbetsplats i ett avskilt rum. Båda författarna deltog aktivt vid alla intervjuerna och ställde frågor samt följdfrågor under intervjuns gång utan planerat upplägg eller ordning. Varje intervju startade med att författarna gav en kort presentation om studien och om dess syfte samt att deltagarna fick ta god tid på sig och fick tänka högt om så behövdes. Först fick deltagarna några bakgrundsfrågor som kunde beskriva variation i urvalet, till exempel hur länge de arbetat som operationssjuksköterskor och med den perioperativa dialogen samt om de fått någon specifik utbildning i den perioperativa dialogen. Därefter ställdes fyra stycken inledningsfrågor enligt intervjuguide, se bilaga 2, med efterföljande följdfrågor som till exempel kan du berätta mer? Kan du ge något exempel? Hur kändes det? Ledande frågor undveks för att ge deltagarna utrymme att beskriva sin erfarenhet. Frågorna valdes för att besvara studiens syfte. Larsson (1986) beskriver att ingångsfrågor ska leda in på fenomen och de ska ställas på samma sätt och ska vara exakta i alla intervjuer. Tanken med frågorna är att de som intervjuar ska fördjupa förståelsen hos informanternas uppfattning av fenomenet så långt det är möjligt. (Larsson, 1986). Intervjuerna varade mellan 27 minuter och 62 minuter med en mediantid på 35 minuter och alla spelades in digitalt.

Databearbetning

När alla intervjuer var genomförda transkriberades de så ordagrant som möjligt och därefter påbörjades dataanalys. Dahlgren och Fallsberg (1991, refererad i Sjöström & Dalhgren, 2002) beskriver sju olika steg i analysprocessen som författarna valde att följa:

1) Familiarization: Det utskrivna materialet lästes igenom flera gånger av båda författarna var och en för sig, detta för att bekanta sig med materialet och skapa sig en helhet av intervjuerna. Därefter diskuterade författarna det genömlästa materialet samt vilka fenomen som var intressanta.

2) Compilation: Författarna samlade tillsammans svaren från alla respondenterna för en specifik fråga i taget och tog ut det viktigaste i transkriberingen från var respondent. Detta gjordes genom att författarna försökte utläsa och spara de utsagor som var relevanta och svarade till studiens syfte. Dessa markerades sedan i intervjuerna.

3) Condensation: Kondensering gjordes för att hitta de centrala delarna i längre meningar och dialoger. Det resulterade i kortare tydligare beskrivningar och det gick att se ett mönster i dessa beskrivningar som skulle komma att grupperas. Dessa lyftes ut och fördes över i ett nytt dokument.

4) Grouping: Liknande svar grupperades till beskrivningskategorier och bildade erfarenheter. Dessa färgades med samma färg i texten för att tydligt se liknande beskrivningskategorier i dokumentet.

5) Comparasion: Beskrivningskategorierna jämfördes med varandra för att skapa klara gränser mellan dem. Det gick att se variationer och likheter av erfarenheter i de olika beskrivningarna.

6) Naming: Beskrivningskategorierna namngavs för att förstärka deras innebörd och därmed få en tydligare betoning som. Beskrivningskategorierna resulterade i huvud- och underkategorier, grupperna blev huvudkategorier och liknande svar resulterade i respektive underkategorier.

7) Contrastive comparasion: Underkategorierna jämfördes sedan för att se kontrasterna mellan dem. Likheter och skillnader i erfarenheter och uppfattningar jämfördes för att se om de besvarade studiens syfte. Citat från materialet användes i resultatet för att betona kategorisvaren. Författarna valde noga ut de citat som ansågs vara mest representativa.

Under hela analysens gång lästes intervjuerna igenom flertalet gånger för att försäkra sig om att ingen viktig erfarenhet missats. Det gjordes även för att inte missa det underförstådda i utslagorna. Beskrivningskategorier är det som studien resulterat i och namngavs med ett tydligare namn som förstärkning av betydelsen. Beskrivningskategorier ringar in sätt att erfara fenomen och är enligt fenomenografin utfallsrummet (Marton & Booth, 2002). I innevarande studie utgör fenomenet perioperativa möten och resultatet beskriver operationssjuksköterskors erfarenheter av perioperativa möten med patienten.

Etisk avvägning

Tillstånd hos verksamhetschefer på de aktuella operationsklinikerna söktes för godkännande innan studiens början, ett skriftligt samtycke inhämtades från vardera verksamhetschefen. Enligt personuppgiftslagen (PSL) ska samtycke lämnas (PSL, SFS 1998:204, 9§). Deltagarna gav informerat samtycke enligt Helsingforsdeklarationen (Helsingforsdeklarationen, 2013). Deltagarna gavs information i form av informationsbrev där det framgick att deltagandet är frivilligt och att det är möjligt att avbryta när som helst utan konsekvens för respondenten (Polit & Beck, 2010, Linus Broström, personlig kommunikation, 24 september 2014). Det bifogades även en samtyckesblankett till deltagarna för skriftligt medgivande för deltagande i studien, vilken författarna inhämtade signerad i samband med intervjun. En skriftlig ansökan skickades till vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande innan studiens början, vilken beviljades, diarienummer VEN 17-15. Datamaterialet har behandlats konfidentiellt för att inte identifiera någon av deltagarna och endast författarna har haft tillgång till materialet, vilket har förvarats inlåst utan åtkomst för obehöriga. Datamaterialet har vidare kodats med nummer och bokstav för att inga namn ska framkomma under studiens gång. Intervjuerna utfördes i ett avskilt rum på respektive operationsklinik för att få möjlighet att prata ostört. Allt datainsamlat material från intervjuerna kommer att destrueras efter att studien är godkänd av examinator.

Resultat

Resultatet i denna studie presenteras nedan som olika variationer av erfarenheter av att möta patienten i den perioperativa dialogen, utifrån operationssjuksköterskornas perspektiv. Alla kategorier har en relation till perioperativa patientmöten. Variationer av erfarenheterna beskrivs i de olika underkategorierna och citat används för att tydliggöra och stärka innebörden i det som har sagts.

Tabell 1. Beskrivningskategorier

Huvudkategori	Underkategori
Relation till patienten	Igenkännande
	Kontakt
Omvårdnaden	Kontinuitet
	Individanpassning
	Omsorg och ansvar
Befästa yrkesrollen	Att ta plats
	Samarbete och arbetsflöde
	Professionalitet

Relation till patienten

Igenkännande

Det uttrycktes som att igenkännande skapar trygghet för både operationssjuksköterskorna och patienterna. Operationssjuksköterskorna betar sig annorlunda när de och patienten känner igen varandra och får starkare känsla av att vilja vaka över patienten, uttryckt som att ingenting får gå fel. Känslan av igenkännande gav mycket glädje och uttrycktes som en wow-känsla eller att gå på små rosa moln. Det beskrevs som en lyckosam känsla att få möta patienten efter operationen igen, att bli mött med ett leende erfors nästan som att se en gammal vän.

Och just att man ser att de tittar på en... 'Åh där är ju du!' Bara den lilla biten ger en ganska mycket.

Att som operationssjuksköterska ha träffat patienten i ett preoperativt möte gav både en trygghet och stärkande känsla. Att som operationssjuksköterska bli igenkänd av patienten i det intraoperativa mötet kunde beskrivas som att känna sig upplyft.

Man blir som sagt lite helgonförklarad, att man var med patienten under en av deras största ögonblick i livet. För det är ju inte var dag man opereras.

Kontakt

Kontakten skapar möjligheter till en relation med patienten.

... du får en relation med patienten som du inte har om du inte haft samtalet.

Patientkontakten erfors som djupare och annorlunda jämfört med hur det annars känns med enbart intraoperativa patientmöten på operationssalen. Det beskrevs som lite mer speciellt, en annan medkänsla, att få hålla handen eller vara med patienten hela tiden under hela operationen. Kontakten gav också möjlighet att kunna ta ifrån ett orosmoment från patienten och lindra den, det beskrevs som att känna sig upplyft och nöjd.

... operationssjuksköterskorna brukar ju gå ut och passa på att dricka vatten och gå på toaletten och sånt. Men jag kände ändå att 'Nä men honom vill jag vara med på', så jag var med honom när han sövdes... 'Ja, jag är med dig hela tiden'.

Kontakten kunde av olika anledningar också vara svår att etablera. Patienterna kunde upplevas som introverta och inte mottagliga för en dialog. Det kunde då kännas som att operationssjuksköterskan inte räckte ända fram. En känsla av besvikelse infann sig när mötet inte levde upp till de förväntningar som operationssjuksköterskan byggt upp.

Nä men man kände ju sig lite besviken, så här: Vad dum jag var. Att man inte kunde liksom nå fram på ett bättre sätt.

En känsla att dumförklara sig själv kunde bero på egna förväntningar på sig själv och på mötet som sådant, då operationssjuksköterskan hört kollegor som haft fantastiska erfarenheter

av den perioperativa dialogen. Erfarenheter innebar att möten som var svåra i inledningen kunde ändå i det postoperativa mötet kännas annorlunda, då patienterna upplevdes vara avslappnade, glada och kanske lättade av att operationen var över.

Det är klart att man kan känna att det är jobbigt, för det är ju en annan mänska som mår jättedåligt. Men det är inget som jag skulle vilja vara utan... det blir ju en erfarenhet som man har med sig.

Omvårdnaden

Omsorg och ansvar

Operationssjuksköterskorna erfor att dialogen gör att de ser människan bakom patienten och att de inte bara blir en i mängden. De tyckte att *de gör det extra extra* för dessa patienter.

En erfarenhet kunde vara att bli ett bollplank eller en sophink för patienten som haft dåliga erfarenheter från tidigare vårdtillfällen. Detta hanterades genom att operationssjuksköterskan berättade för operatören om patientens reaktioner, och fick på så vis ventilera själv samt lämna den informationen vidare. Den perioperativa dialogen erfors trots svårigheter som givande eller en erfarenhet som kan komma till nytta i senare situationer.

Nu får man ju inte stoppa huvudet i sanden när det var otrevligt utan nu får man ju stå kvar där som den där sköterskan som etablerade kontakten... det är klart man blir trött... men det goda övervinner ju, för det ger så mycket positivt.

Mötet kunde också beskrivas som att även om de träffats preoperativt så kändes det inte att det gav något särskilt för varken operationssjuksköterskans eller patientens del när de sågs intraoperativt. Därför avbröts dialogen utan att ett postoperativt möte tog vid. En beskrivning av erfarenhet var att patienten uppskattade att någon från operationen kom och tittade till.

Det framkom erfarenheter av att känna lite mer omsorg eller omtanke om patienterna i den perioperativa dialogen och en chans att utveckla utförandet av omvårdnaden, utöver andra patienter som de inte hade en perioperativ dialog med.

Man kollar lite mer hur de ligger och kollar lite mer runt... på nåt vis känner man lite extra omsorg om den patienten. Det borde inte vara så, men så är det faktiskt.

Omvårdnaden blev mer påtaglig. Den beskrevs bli hundra procentig. Operationssjuksköterskan upplevdes bli mer lyhörd när hon träffat någon och att hon upplevde att hela teamet är lite mer på tå.

... omedvetet så känner jag att jag hade ett större omvårdnadsfokus på honom faktiskt. För vi hade den där halvtimmen bara... och det räckte för att skapa en relation.

Kontinuitet

De perioperativa mötena skapande kontinuitet eftersom operationssjuksköterskorna fått träffa samma patient både innan, under och efter operation. Kontinuiteten gav möjlighet till feedback, i och med att operationssjuksköterskan träffade patienten postoperativt. Det gav en möjlighet att utvärdera omvårdnaden. Operationssjuksköterskor och patienter fick i och med kontinuiteten en chans att skapa en relation och bli, som flera beskrev, ett känt ansikte för varandra.

Man ser ju på dem att de uppskattar den här kontinuiteten och känner igen en person, och det ger ju mig också någon form av förväntan... Det känns som att man träffar någon som man känner lite grann sedan innan.

Den perioperativa dialogen beskrevs ge möjlighet till utvärdering av omvårdnaden. Det blev som ett kvitto på omvårdnadsåtgärderna. Vinsterna blev tydliga för operationssjuksköterskan. Det upplevdes som att det även gav teamet som varit på den operationssalen ett kvitto på deras arbete.

... den postoperativa dialogen gör också att man har möjlighet att utvärdera den vård man givit.

De perioperativa mötena beskrevs också ge möjlighet att kunna förklara saker för patienten saker som skett intraoperativt, som patienten annars kanske inte skulle fått reda på eller förstått.

... men det visste ju jag för jag var ju med när de sövde... 'vad bra' sa hon, 'att jag fick veta, för då kan jag ju säga till min dotter varför jag har en fläskläpp när jag är opererad i buken' ... man kan ju förklara liksom för dem på ett annat sätt.

När inte kontinuiteten upprätthölls kändes det som att uppgiften inte var slutförd. Det kändes också jobbigt att inte kunna följa patienten genom hela den perioperativa vården.

Kontinuiteten höll inte alltid, vilket kunde bero på att patienten åkt hem innan de hunnit ha ett postoperativt möte. Ett telefonsamtal postoperativt uppfattades olika. Det kunde ge förutsättning för kontinuitet även om det inte ersatte ett personligt möte till fullo men gav ändå en uppföljning av vården.

... nyanser, symbolik och gester försvinner ju när man pratar i telefon.

Individanpassning

Planeringen av omvårdnaden blev tydligare för operationssjuksköterskan. I och med det preoperativa mötet kunde operationssjuksköterskan förbereda upplägg på operationsbordet med kuddar och stöd.

... det kan ju ha framkommit sån information under samtalet som man inte skulle få om en annan patient...

Det framkom också att operationssjuksköterskorna tycktes se människan bakom patienten, att det inte blir en i mängden och att mötet blir lite längre än vanligt och en positiv erfarenhet. Det erfors ge möjlighet att kunna personanpassa omvårdnaden efter att ha haft ett preoperativt möte, och kan delge patienten sina kunskaper i samband med det perioperativa mötet.

... det ger mig möjlighet att personanpassa som jag kanske inte får... ges tid till annars.

Känslan av att verkligen få se människan bakom diagnosen på ett annat sätt var också en form av erfarenhet som beskrevs, som en fördjupning.

Befästa yrkesrollen

Att ta plats

Det framkom att det måste finnas en vilja hos operationssjuksköterskan för att det ska bli ett bra möte med patienten. Att ta plats för perioperativa möten kunde vara både ett stressmoment och ett planeringsmoment. Det framkom att operationssjuksköterskan får peppa sig själv för att den perioperativa dialogen ska bli av för det går inte av sig själv.

... egentligen vill man jobba så här men, ja, det är svårt med den produktiviteten man har nere på operation ... man känner att man kanske inte riktigt hinner det, men när man väl får tiden så tar man den.

Att få stöd och uppbackning av ledningen i verksamheten var viktigt. Det krävdes en planering av resurser för att få möjlighet att gå ifrån och träffa patienter utanför operationsavdelningen. Operationssjuksköterskorna kände sig uppmuntrade av sektionsledare och chefer.

... det är uppbackat, absolut... har du en idé och vill driva igenom något så hjälper ledningen dig med det...

Operationssjuksköterskorna vågade ta mer plats inne på operationssalen, vilket förklarades bero på att de redan träffat och skapat en relation till patienten. De kände att de tog en ledande roll, ledde patienten och presenterade patienten för övriga teamet på salen. De kände att det hjälpte patienten att känna sig delaktiga i sin vård.

Vid implementeringen av perioperativa möten i verksamheterna kom det reaktioner från kirurger och anestesiläkare och övrig personal på operationsavdelningen. Nyttan med perioperativa möten ifrågasattes. Operationssjuksköterskorna fick hävda sig och förklara att de inte är ute efter att exempelvis ta över läkarnas jobb.

Men då kunde det vara så här lite att 'men gud, vad ska hon iväg och göra för någonting?'... 'är det verkligen nödvändigt?'... men nu är det så väl etablerat så det är inget konstigt med det överhuvudtaget.

Det har kommit att förändras med tiden och är numera ett känt arbetssätt och beskrevs numera reagera positivt av att den perioperativa möten används.

Samarbete och arbetsflöde

Relationen som skapats gav möjlighet för mental förberedelse på operationssalen då de redan träffat och lärt känna patienten preoperativt. Planeringen av omvårdnaden underlättades och det upplevdes bli ett bättre flyt på operationssalen. Det gick snabbare i och med att de redan kunnat förbereda en hel del tack vare det preoperativa mötet. En viktig del av det preoperativa mötet var att kunna förmedla patientens önskemål eller omvårdnadsbehov till teamet.

Samarbete och kontakten med personalen på vårdavdelningen har främjats i och med perioperativa möten. I början kunde det finnas motstånd och ifrågasättande från personalen på avdelningen, de kunde ifrågasätta vad för information operationssjuksköterskan skulle ge patienten som de inte redan hade gett.

... första gången sa jag så här: ja jag vet ju exakt hur operationen går till, vet du det? Jag kunde inte låta bli. Men sen på slutet nu så var det så här: Gud vad bra att du kommer!

Vidare beskrevs det att det har vänt efter att personalen informerats flera gånger och det berättats vad som görs i den perioperativa dialogen. Operationssjuksköterskorna hade kommit att lära känna personalen på vårdavdelningarna, de känner igen varandra och vågar höra av sig och fråga om andra saker också. Det framkom att det skapats ett nätverk mellan operations- och vårdavdelningarna där de träffas och pratar pre- och postoperativa rutiner.

... vi har blivit mer tjenis med de vårdavdelningarna där man gjorde de här dialogerna.

Professionalitet

Perioperativa samtal beskrevs ge en stärkande känsla, både professionellt och som person. Det beskrevs även erfarenheter av att ha en känsla av professionalitet när de använder sig av den perioperativa möten i sitt arbete. De djupare mötena byggde upp kunskapen om patienten hos operationssjuksköterskorna, vilket de uppfattade ge en ökad professionell utveckling.

Operationssjuksköterskan får känna sig som en viktig yrkesgrupp då de går ut och har samtal.

Du tycker att du känner patienten... jag tror att du beter dig annorlunda – du vet precis att den här personen är nervös... ja så man blir liksom säker i sin roll...

Det framkom att det kändes tillfredsställande att behärska ett område fullt och kunna ge den specifika kunskapen till patienten.

... jag får känna mig professionell i min specialitet.

En uppfattning var att professionaliteten även innebär att kunna hantera svåra samtal och inte behöva ta det för personligt. Även erfarenhet av att känna sig lite dum i sin profession uttrycktes när det inte går så bra i det preoperativa samtalet. Det framkom erfarenheter av möten där patienten haft väldigt mycket ångest och oro, kanske till och med gråtit. Men det tycktes samtidigt vara en erfarenhet som operationssjuksköterskorna hanterade genom att gå in i sin professionella yrkesroll genom att våga dröja sig kvar och stötta patienten genom att vara här och nu.

Svåra möten kunde leda till att operationssjuksköterskan inte orkar ha fler sådana möten, då det upplevs som ett krav på personlig investering. Men det sades även att ökad erfarenhet och trygghet i yrkesroller kan få operationssjuksköterskan att återuppta perioperativa patientmöten.

Jag känner mig alltid nöjd och upplyft när jag har gjort ett samtal.

Det framkom att alla kanske inte passar att ha perioperativa samtal, beroende på om man känner sig säker i sin yrkesroll och om man vågar släppa in någon (patienten) för ett lyckat möte.

... jag tror att mycket handlade om att det var i början när jag var precis ny-färdig... ... men nu tycker jag nog att det vuxit med tiden och jag börja känna att det kanske verkar intressant...

Som person behöver man vara trygg i sig själv och i sin profession. Det uttrycktes variationer i uppfattningar om när perioperativa samtal är lämpliga att starta med. Det framkom att operationssjuksköterska kan behöva vänta tio år innan han/hon är trygg i sin profession då det behövs kunna ge specifik kunskap om operationsingreppet. Det kunde också uppfattas som att operationssjuksköterskan ska inte ge information om ingreppet, utan etablera en relation och vara ett känt ansikte för patienten i det intraoperativa mötet och därmed fungera som en lugnande del. En erfarenhet var att börja direkt blev ett dåligt möte trots erfarenhet om perioperativa samtal rent teoretiskt, men efter att ha arbetat några år gav en yrkesvana och därmed en trygghet att ha perioperativa samtal.

Diskussion

Metoddiskussion

Innan och under tiden med arbetet av projektplanen läste författarna in sig på fenomenografi, för att skaffa sig kunskap inom området som skulle komma att användas som metod. Båda författarna har läst på och satt sig in i ämnet perioperativ omvårdnad och perioperativa dialogen som modell för att ha kunskap och förståelse om ämnet innan datainsamlingen påbörjades. Två pilotintervjuer per författare, sammanlagt fyra intervjuer, genomfördes innan studiens datainsamling påbörjades för att komma in i rollen av att intervjua. Det gjordes även för att få synpunkter på innehållet och att intervjun tidsmässigt skulle hålla. Respondenterna till pilotintervjuerna var operationssjuksköterskor för att i den aspekten tillhöra samma kategori som urvalsgruppen och ha vana av intervjufrågorna som är riktade till

operationssjuksköterskor, de hade däremot inte erfarenhet av ämnet perioperativ dialog vilket kanske kunde ha förbättrat ingångsfrågorna (Lantz, 1993). Pilotintervjuerna inkluderades inte i studiens innehåll eller resultat då det kunde ha påverkat resultatet.

Då variationer i erfarenheter och uppfattningar anses vara fenomenografins kännetecken hade deltagarna i studien olika lång erfarenhet som operationssjuksköterskor, utbildning, ålder samt erfarenhet i antal perioperativa dialoger och erfarenhet i antal år. Deltagarna arbetade på två olika operationskliniker vilket kan ha ökat variationerna i deras erfarenheter. Nio deltagare kan ses som få deltagare för att besvara syftet med variationer i erfarenheter och uppfattningar, även några av intervjuerna längd på cirka 30 minuter kan ses som en svaghet men ofta härleder fenomenografiska studier från en liten undersökningsgrupp (Marton & Booth, 2000). Med hänsyn till att intervjuerna var relativt djupa och innehållsrika med många exempel på erfarenheter hos varje deltagare, då de öppenhjärtat har beskrivit erfarenheter och uppfattningar så upplever författarna att det väger upp de något få deltagare och några intervjuers kortare längd. En svaghet kan vara att många av deltagarna inte använde den perioperativa dialogen frekvent, några hade bara gjort ett fåtal dialoger och en del var det år sedan sist. Alla hade dock både teoretisk samt praktisk kunskap, och alla kunde ge flera beskrivande exempel var på perioperativa dialoger och möten de haft med patienter då de kom ihåg dessa möten starkare än de utan pre- intra och postoperativ dialog.

Urvalet gjordes av verksamhetscheferna vilket kan anses påverka resultatet med att endast tillfråga deltagare med positiva erfarenheter. Deltagandet är frivilligt (Polit & Beck, 2010) och deltagarna upplevdes entusiastiska att delta och beskrev variationer av erfarenheter som inte bara var positiva. Enligt Marton och Booth (2000) väljs oftast deltagarna ut från en särskild grupp inom fenomenografiska studier. Då inte alla operationssjuksköterskor på de utvalda operationsklinikerna arbetade med den perioperativa dialogen skedde urvalet med hänsyn till detta. Författarna hade ingen erfarenhet att intervjua sedan tidigare men blev varmt mottagna på respektive operationsklinik och kände sig inbjudna till mötet och intervjuerna. Det upplevdes lite svårt att intervjua i början på grund av ovana, men det var ett öppet klimat med deltagarna och det gick lättare efter hand att intervjua. En intervjuguide användes under intervjuerna med fyra öppna ingångsfrågor vilket gav deltagarna utrymme att reflektera fritt om fenomenet och detta kan stärka resultatets trovärdighet (Polit & Beck, 2010). Samma frågor ställdes till samtliga deltagare och bör ses som en styrka angående trovärdigheten i

dataanalysens genomförande. Deltagarna uppmanades även att tala fritt under intervjun vilket samtliga gjorde och författarna ställde följdfrågor efter hand och ledde vid behov deltagarna tillbaka till ämnet vid eventuella utsvävningar från ämnet. Båda författarna utförde intervjuerna tillsammans vilket kan ses som en fördel för dataanalysen då båda författarna kommer ihåg varje deltagares mimik och uttryck, svaren de gav och i vilket sammanhang. Det finns enligt Sjöström & Dahlgren (2002) två möjliga problem i samband med fenomenografiska intervjuer, det ena är deltagarnas vilja att medverka och det andra är intervjuarnas tolkning av vad deltagaren försöker förmedla. Därför behöver intervjuaren översätta direkt vad deltagaren säger och utifrån svaret på de öppna frågorna ställa lämpliga följdfrågor, eftersom missförstånd kan riskera intervjuernas kvalitet (ibid.), vilket även gjordes i denna studie. Författarna anser att ingångsfrågorna utvecklades genom följdfrågorna under intervjuerna för att få utförliga beskrivningar och exempel på erfarenheter.

Datamaterialet upplevdes bitvis svårt att analysera enligt Dahlgrens och Fallsbergs (1991) sju steg. Underkategorierna kunde passa in i flera huvudkategorier och därför har datamaterialet flera gånger reviderats för att inte undgå att någon viktig erfarenhet och uppfattning fallit bort i studiens slutliga resultat. Författarna har några gånger sökt sig tillbaka till Martons (1981) texter om fenomenografi för att finna bekräftelse under analysens gång. Författarna diskuterade även regelbundet med handledaren för att på så sätt ha en fenomenografisk ansats genom hela resultatanalysen. Det finns en förförståelse om ämnet hos författarna som uppkom i samband med forskning inom ämnet innan studiens början, detta har författarna försökt bortse ifrån under analysen och låta deltagarnas beskrivningar vara det som styr dataanalysen mot resultatet. Enligt Polit och Beck (2010) är den insikten en styrka i en kvalitativ studie då det ökar trovärdigheten av resultatet. Denna studie innefattar en fenomenografisk textanalys. Marton och Booth (2000) betonar att hur en person erfar ett fenomen inte utgör själva fenomenet i sig utan snarare en sida av fenomenet. Hur en person beskriver hur denne erfar något bör ses utifrån personens perspektiv och med sin historia som bakgrund. När författarna beskriver de olika sätten att erfar fenomenet, ger författarna endast en ofullständig beskrivning av ett fenomen och detta med utgång i deltagarnas berättelser. Det är denna ofullständiga sammansättning av fenomenet som är författarens beskrivning (ibid.). Författarna till denna studie försökte i största mån följa detta genom hela analysens gång med hänsyn till deltagarnas erfarenheter och uppfattningar för att nå fram till slutledningen. Marton (1981) betonar att kategorierna ska beskriva sättet att uppfatta ett fenomen.

Författarna har valt att presentera utfallsrummet, vilket enligt Marton & Booth (2000) är de beskrivningskategorier som bildar grupperna där erfarenheterna finns i, detta utfallsrum presenteras i löpande text och med citat för att på så vis presentera olika variationer av operationssjuksköterkornas erfarenheter, utan att lägga värderingar i form av en relation positiv-mot-negativ erfarenhet. Detta skulle kunna innebära att resultatet skulle speglas som en värdering av vad som är positivt och negativt i en erfarenhet, vilket inte är syftet med studien.

Resultatdiskussion

Kontinuitet ansågs som en viktig del i operationssjuksköterskornas perioperativa möten, den perioperativa dialogen kan ses som ett verktyg till att skapa kontinuiteten genom det pre- intra och postoperativa möten. Detta kunde endast ske genom att det var samma operationssjuksköterska som träffade patienten under alla tre möten, vilket överensstämmer med idealmodellen för att skapa kontinuitet i vården beskriven utav Lindwall och von Post (2008b). Att få feedback på den givna omvårdnaden i den postoperativa dialogen ansågs vara av stor vikt likaså betydelsen av att kontinuiteten fick möjlighet att skapa en relation. Tidigare studier styrker kontinuitetens betydelse i perioperativ omvårdnad, där det framkommit att kontinuiteten ger sjuksköterskan möjlighet att använda sin kunskap och att vara professionell och en naturlig vårdare (Lindwall & von Post, 2009a, Westerling & Bergbom, 2008). Att inte ha alla tre dialoger kunde kännas som att inte uppgiften var slutförd, och då det vanligtvis var det postoperativa mötet som uteblev kan det ersättas med telefonkontakt. Enligt Eriksson (1988) är kontinuiteten i vårdrelationen viktig, oberoende av hur lång tid vårdprocessen är. Resultatet i denna studie pekar på att genom kontinuiteten i den perioperativa dialogen kan operationssjuksköterskans relativt korta möte med patienten, ändå utvecklas till en vårdrelation.

Föreliggande studie visar att operationssjuksköterskorna erfor att de perioperativa mötena möjliggjorde att de kunde lugna en orolig och rädd patient och dela med av sin specifika kunskap till patienten. De kunde informera patienterna genom mötena på ett sätt de inte kunnat göra utan de perioperativa mötena och upplevde att det tillfredsställde patienterna. Efterfrågan på mer information och vikten av att känna sig delaktig är stor bland perioperativa

patienter (Forsberg, Vikman, Mälivaara, & Engström, 2015, Leinonen, Leino-Kilpi, Ståhlberg, Lertola, 2001). Ångest och oro inför operation är ett problem som kan få allvarliga konsekvenser för patienterna (Bailey, 2010). Det kan bland annat orsaka minskat välmående, ökad smärta och förlängd återhämtning postoperativt. Dessutom kan infektionsrisken öka och immunförsvaret sänkas. Patienterna har ett behov av att känna sig omhändertagna och önskar få mer empati och information perioperativt. Välinformerade patienter upplever minskad ångest och oro preoperativt enligt flera studier (Bailey, 2010) och operations- så väl som anestesijuksköterskor spelar en stor roll i omhändertagandet av patienterna. De har en förmåga att minska patienternas oro och ångest genom sin unika kunskap om den perioperativa miljön och den unika situation patienten befinner sig i under operation (ibid.). Att kunna lugna och lindra lidandet hos patienterna tyckte operationssjuksköterskorna ökade professionaliteten. När de hamnade i svåra situationer där de fick patientens bekymmer kastade i knät på sig visade det sig vara en erfarenhet som de kunde få nytta av och som utvecklade dem både professionellt och personligt.

Operationssjuksköterskorna i föreliggande studie använder perioperativa möten, inspirerade av den perioperativa dialogen av von Post (1999) och resultatet visar på att deras erfarenheter är att omvårdnaden blir bättre. De känner ett större engagemang gentemot patienterna, nästan som *en nära släkting*. Omsorgen blir större och de upplever en tidsvinst jämfört med den vård som ges utan de perioperativa mötena. Hela teamet omkring patienterna arbetar med effektivt och *blir mer på tå* när operationssjuksköterskorna har perioperativa möten med dem. En tidigare studie inom teamarbete visar på att kommunikation och teamsamarbete är viktigt i en riskfylld miljö där konsekvenserna vid misstag är stora och kan hota patientsäkerheten (Gillespie, Gwinner, Chaboyer & Fairweather, 2013). Fyndet i föreliggande studie visade att perioperativa möten kan stärka samarbetet inom operationsteamet och med personal på vårdavdelningen. Den teknologiska miljön med högspecialiserad vård och den kostnadseffektivitet som präglar verksamheten på operationsavdelningarna ställer krav på en utveckling av den perioperativa omvårdnaden genom exempelvis användning av olika modeller (Watson, 1994). Larsson (2004) menar att om anesthesi- och operationssjuksköterskor känner glädje i arbetet ger de så god vård som möjligt och de är i utveckling som sjuksköterskor (ibid.). Utvecklingen av vårdarbetet hör enligt Eriksson (1988) till den viktigaste delen av vårdfunktionen.

Resultatet i denna studie visar att operationssjuksköterskorna går in med förväntningar i möte med patienterna. Ofta mötte de en orolig patient som de med sin omvårdnad, lugn och kompetens kunde inge förtroende och skapa en relation till. Det förklarades att det var en tydlig skillnad mellan de ordinarie patienterna och de specifika patienter som de mötte perioperativt. En halvtimme, eller i många fall än kortare tid, räckte för att de skulle känna något extra för patienten. Tyvärr erfor även en del av operationssjuksköterskorna möten där deras förväntningar inte infriades. Det kunde bero på för höga förväntningar då operationssjuksköterskan hört så mycket gott om tidigare möten av mer erfarna kollegor och blev besviken när det inte blev som det var tänkt. En annan aspekt var att de fick en svårhanterlig upplevelse från en patient som sedan kunde påverka dem även efter att de avslutat sitt arbetspass, på bussen på väg hem. Men de berättade också om en tillfredsställelse som de fick tack vare de perioperativa mötena. Operationssjuksköterskorna fick genom de perioperativa mötena bekräftelse från patienterna på att de gör ett gott arbete. De blev också synliggjorda i bland annat teamet, på avdelningarna och av läkarna eftersom de genom de perioperativa mötena erhållit särskild kunskap om patienten som hela teamet kunde dra nytta av. Möten med patienten, som i form av exempelvis den perioperativa dialogen som modell, har även tidigare visat sig synliggöra operationssjuksköterskor i verksamheten enligt Rudolfsson et al. (2003). De fick även bekräftelse på ett personligt plan, då de blev sedda av patienterna de hade skapat en relation till. Operationssjuksköterskorna beskrev känslor som lyckorus och gå på rosa moln efter de här mötena och den bekräftelsen de fick genom de perioperativa mötena väjde upp investeringen av tid och kraft. När de träffades preoperativt kunde det ske när patienten fortfarande var privatklädd och inte låg i en patientsäng eller att samtalen kretsade kring andra ämnen än operationen i sig, så som patientens yrke. Då blev patienten mer än ett personnummer och diagnos.

Resultatet i studien pekade på att det skapas en relation mellan patienten och operationssjuksköterskan som inte varit densamma utan den perioperativa dialogen. När de träffades preoperativt kunde det ske när patienten fortfarande var privatklädd och inte låg i en patientsäng eller att samtalen kretsade kring andra ämnen än operationen i sig, så som patientens yrke. Då blev patienten mer än ett personnummer och diagnos. Det är i denna relation som Eriksson säger att människan träder fram som en hel unik person. Eriksson hävdar även att *"Vårdandet är en relation."* (Eriksson, 1988, s.113). Det uttrycktes skillnad i relationen med de patienter operationssjuksköterskorna inte mötte i en perioperativ dialog.

Andra studier visar på liknande resultat där relationen till patienten är annorlunda när den skapas genom den perioperativa dialogen (Rudolfsson et al., 2003, Rudolfsson et al., 2007)

Samma modell som operationssjuksköterskorna i föreliggande studie arbetar utifrån har visat sig ge liknande resultat för den perioperativa omvårdnaden, då den har använts av både operations- och anestesijuksköterskor (Pulkkinen, Junttila, Lindwall, 2015, Lindwall, von Post & Bergbom, 2003, Lindwall & von Post, 2009b, Rudolfsson et al., 2003, Wennström, Törnåge, Nasic, Hedelin & Bergh, 2011). Men för att kunna arbeta med perioperativa möten fullt ut krävs ett förändrat arbetssätt. En kompromiss har tidigare varit att använda perioperativa möten, som exempelvis modellen den perioperativa dialogen, i en liten skala i verksamheten (Susan Lindberg, personlig kommunikation, 20 oktober 2014, Ulrika Nilsson, personlig kommunikation, 21 november 2014, Gudrun Rudolfsson, personlig kommunikation, 7 november 2014). Men förändring och implementering av den perioperativa dialogen har också visat sig fungera som ett arbetssätt i en stor och komplex sjukhusorganisation (Yvonne Törnqvist, personlig kommunikation, 8 december 2014).

Konklusion och implikationer

Operationssjuksköterskorna i denna studie har sammantaget beskrivit erfarenheter om perioperativa möten med patienten som en motiverande och givande del i deras arbete. Även de möten som uttrycktes som svåra och jobbiga av olika anledningar erfors som något de inte skulle vilja vara utan, då även dessa möten ger erfarenheter som oftast stärker på det personliga och professionella planet. I en organisation som är tidspressad på ett många gånger stressande sätt tas tiden att ha perioperativa möten när chansen ges.

Operationssjuksköterskorna får känna sig viktiga och behövda då de går ut på avdelningarna och har samtal med patienter och får ge specifik information som är unik för operationssjuksköterskans profession. Ur ett större perspektiv kan perioperativa samtal skapa kontinuitet i hela den perioperativa fasen för både operationssjuksköterskan och patienten och därmed ge ett bättre flöde genom det kirurgiska förloppet.

Resultatet i denna studie skulle kunna bidra till att lyfta operationssjuksköterskans viktiga del i den perioperativa vården samt ge kontinuiteten en ökad betydelse. Med det menas i denna

studie kontinuiteten för operationssjuksköterskan som oftast inte får någon uppföljning på den utförda omvårdnaden och operationen i sig. Perioperativa samtal skulle även kunna öka förståelsen för operationssjuksköterskans ibland vaga omvårdnadsområde som kan framstå som framför allt tekniskt inriktad. Det finns studier gjorda om perioperativa samtal positiva effekter ur patientperspektiv. Det skulle vara av intresse att se fler studier om fördelarna med perioperativa samtal ur ett organisationsperspektiv, om perioperativa samtal bidrar till ett effektivare flöde genom vårdtiden på sjukhuset.

Referenser

Alexandersson, M. (1994). Den fenomenografiska forskningsansatsens fokus. Starrin, B., Svensson, P-G., (Red.), *Kvalitativ metod och vetenskapsteori* (s.111-136). Lund: Studentlitteratur.

Bailey, L. (2010). Strategies for Decreasing Patient Anxiety in the Perioperative Setting. *AORN journal*. 92 (4), 445-460.

Blegeberg, B., Blomberg, A-C., Hedelin, B. (2008). Nurses' conceptions of the professional role of operating theatre and psychiatric nurses. *Vård i Norden*. 28 (3), 9-13.

Blomberg, A-C. (2014). Att vårda patienten inom operationssjukvård- en fenomenografisk studie. (Licentiatuppsats, Karlstads Universitet, fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskap).

Blomberg, A-C., Bisholt, B., Nilsson, J., Lindwall. L. (E-pub ahead of print). (2014). Making the invisible visible – operating theatre nurses' perceptions of caring in perioperative practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 1-8.

Bull, R., FitzGerald, M. (2006) Nursing in a technological environment: Nursing care in the operating room. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 3-7. doi:10.1111/j.1440-172X.2006.00542.x

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

Bäckström, S., Wynn, R., Sörlie, T. (2006). Coronary bypass surgery patients' experiences with treatment and perioperative care – a qualitative interview-based study. *Journal of Nursing Management*, 14, 140-147.

Ellingsen, G., (2012). Peroperativ smärtlindring. Myklestul Dävöj, G., Hansen, I., Eide, P. H., (Red.), *Operationssjukvård: Operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad* (s.321-330). Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K (1994). *Den lidande människan*. (1 uppl.). Stockholm: Liber.

Eriksson, K (1988). *Vårdprocessen*. (4. Uppl.). Stockholm: Nordstedts förlag.

European Operating Room Nurses Association. (2014). *European Perioperative Nurses Day tool box*. Hämtad 10 januari, 2015, från <http://www.eorna.eu/attachment/530225/>

Forsberg, A., Vikman, I., Wälivaara, B-M., Engström, Å. (E-pub ahead of print). (2015). Patients' Perceptions of Quality of Care During the Perioperative Procedure. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 1-10. doi:10.1016/j.jopan.2014.05.012

Gillespie, B, M., Gwinner, K., Chaboyer, W., Fairweather, N. (2013). Team communications in surgery- creating a culture of safety. *Journal of Interprofessional Care*. 27(5), 387-393. doi: 10.3109/13561820.2013.784243.

Helsingforsdeklarationen. (2013). Hämtad 4 november, 2014, från World Medical Association, <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Kneeler, J. A. & Dodge G. H. (1994). *Perioperative Patient Care: the Nursing Perspective*. (3rd ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.

Kelvered, M., Öhlén, J., Åkesdotter Gustafsson, B. (2011). Operating theatre nurses' experience of patient-related, intraoperative nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, 449-457.

Lantz, A. (1993). *Intervjumetodik: den professionellt genomförda intervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Larsson, L. (2004). *Kontinuiteten och den perioperativa dialogen: Anestesi- eller operationssjuksköterskans samtal med patienten före, under och efter operation* (FoU-rapport 2004:1) Skaraborgs sjukhus: FoU-centrum. Från

<http://www.vgregion.se/upload/SkaS/FoU/Rapport2004.pdf>

Larsson, S. (1986). *Kvalitativ analys- exemplet fenomenografi*. Hämtad 10 januari, 2015, från

http://www.academia.edu/898904/Kvalitativ_analys_-_exemplet_fenomenografi

Leinonen, T., Leino-Kilpi, H., Ståhlberg, M-R., Lertola, K. (2001). The quality of perioperative care: development of a tool for the perceptions of patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (2), 294-306. Doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01846.x

Lindwall, L. & von Post, I. (2009a). Continuity created by nurses in the perioperative dialogue: a literature review. *Scandinavian Journal of Caring Science*, (23), 395-401.

Lindwall, L. & von Post, I. (2009b). Äldre patienter och den perioperativa dialogen. (FoU-rapport 2009:10) Karlstad universitet: Fakulteten för samhälls- och livsvetenskaper. Från <http://kau.diva-portal.org/smash/get/diva2:158454/FULLTEXT02.pdf>

Lindwall, L., von Post, I. (2008a). Habits in perioperative nursing culture. *Nursing ethics*, 5 (15), 670-681.

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

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

Marton, F. (1981). Phenomenography: Describing Conceptions of the World Around Us. *Instructional Science*, 10, 177-200.

Marton, F & Booth, S. (2000). *Om lärande*. Lund: Studentlitteratur.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2010). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice* (7th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

von Post, I. (1999). *Professionell naturlig vård ur anestesi- och operationssjuksköterskors perspektiv*. (Doktorsavhandling, Åbo Akademi, Institutionen för Vårdvetenskap).

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

Pulkkinen, M, Junttila, K., Lindwall, L. (E-pub ahead of print). (2015). The perioperative dialogue – a model of caring for the patient undergoing a hip or knee replacement surgery under spinal anaesthesia. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 1-9. Doi: 10.1111/scs.12233

Riksföreningen för operationssjukvård (2011). *Kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterska i operationssjukvård*. Hämtad 2 december, 2014, från Riksföreningen för operationssjukvård, <http://www.rfop.se/media/1254/kompbeskrivning.pdf>

Rudolfsson, G. (2007). *Den perioperativa dialogen: en gemensam värld*. (Doktorsavhandling, Åbo Akademi, Enheten för Vårdvetenskap).

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

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

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 10 januari, 2015, från Riksdagen http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

SFS 1998:204. *Personuppgiftslag*. Hämtad 4 november, 2014, från Riksdagen,

<http://www.riksdagen.se/sv/Dokument->

[Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204/)

Sjöström, B., Dahlgren, L. O., (2002). Applying phenomenography in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 40 (3), 339-345. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02375.x

Söderlund, M. (2012). Vårdande. I Wiklund Gustin, L., Bergbom, I. (Red.).

Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik. (s. 115-126). Lund: Studentlitteratur.

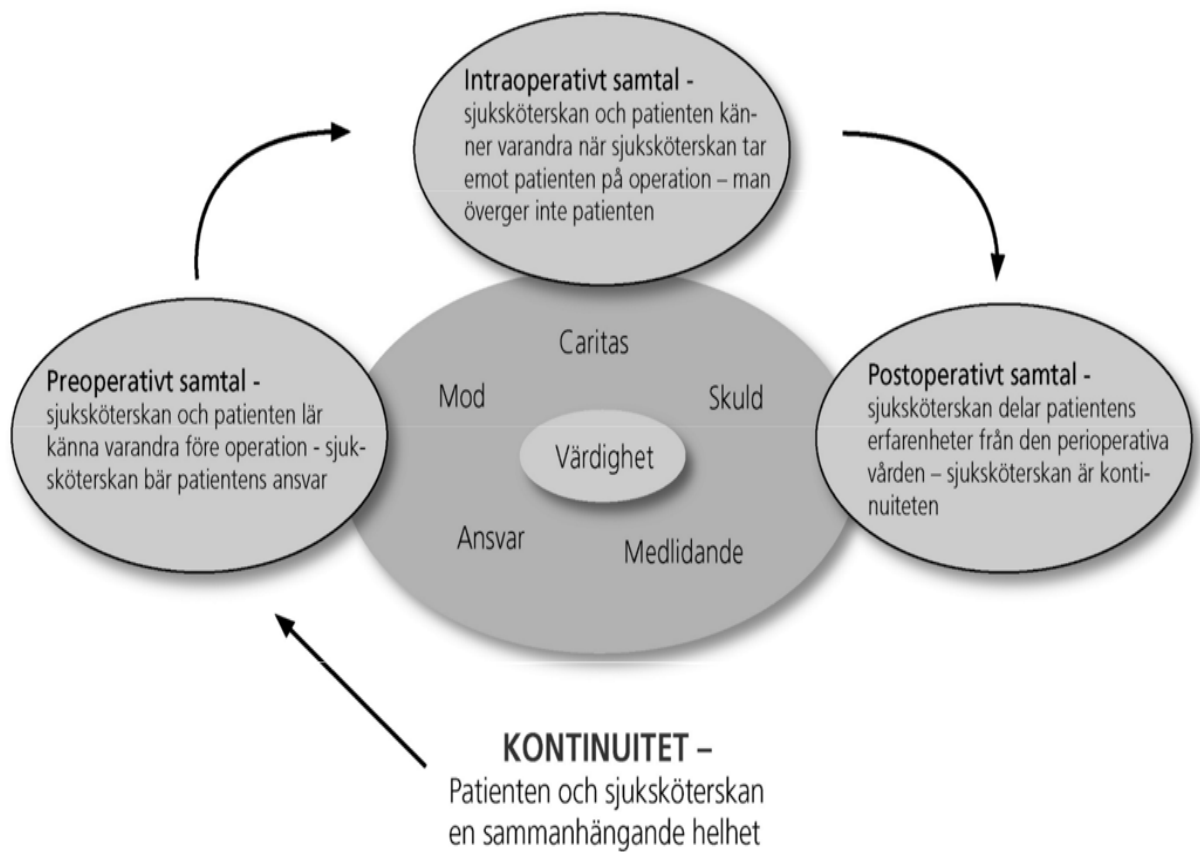
Watson, D.S. (1994). Technology in the perioperative environment. *AORN Journal*, 59 (1), 268-277.

Wennström, B, Törnhage, C-J., Nasic, S, Hedelin, H., Bergh, I. (2011). The perioperative dialogue reduces postoperative stress in children undergoing day surgery as confirmed by salivary cortisol. *Paediatric Anesthesia*, 21, 1058-1065.

Westerling, K., Bergbom, I., (2008). The importance of nursing in perioperative care: a patient's perspective. *Journal of Advanced Perioperative Care*, 4 (3), 133-144.

Willassen, E., Blomberg, A-C., von Post, I., Lindwall, L. (2014) Student nurses' experiences of undignified caring in perioperative practice - Part II. *Nursing Ethics*, 1-12. Hämtad 14 maj, 2015, från

<http://nej.sagepub.com.ludwig.lub.lu.se/content/early/2014/08/07/0969733014542678.full.pdf+html>



Lånad med tillåtelse av Irené von Post.

Intervjuguide

Inledningsfrågor

- Berätta om den perioperativa dialogen med patienten?
- Beskriv hur du arbetar med perioperativa möten med patienter?
- Beskriv hur kollegor i andra yrkeskategorier ser på din yrkesroll när du arbetar med den perioperativa dialogen?
- Beskriv hur perioperativa möten påverkar omvårdnaden i arbetet.

Följdfrågor

- Kan du berätta mer?
- Utveckla gärna.
- Kan du ge något exempel?
- Hur menar du?
- Vad gör du då?
- Hur upplever du det?

Bakgrundsfrågor

- När blev du färdig med din operationssjuksköterskeutbildning?
- Vad har du för tidigare utbildning?
- Har du fått någon utbildning specifikt om den perioperativa dialogen?
- Hur länge har du arbetat med den perioperativa dialogen?
- Har du arbetat med den perioperativa dialogen någon annanstans än på din nuvarande arbetsplats?
- Hur ofta använder du den perioperativa dialogen?