

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ
I VÅRDVETENSKAP
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2010:43

Anestesisjuksköterskor och den
perioperativa vårdprocessen
En kvalitativ intervjustudie

Magnus Lindström



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: Anestesisjuksköterskor och den perioperativa vårdprocessen

Författare: Magnus Lindström

Ämne: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Kurs: Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot anestesisjukvård, 60 högskolepoäng.

Handledare: Margareta Mollberg

Examinator: Anders Jonsson

Sammanfattning

Perioperativ vårdprocess är ett arbetssätt och forskning inom området visar att den har betydelse för patienters välbefinnande i samband med operation. Anestesisjuksköterskor har en nyckelroll i vårdmöten i samband med operation för att minska patienters vårdlidande. Syftet med studien är att genom en kvalitativ intervjustudie ta reda på hur fyra anestesisjuksköterskor på sjukhus resonerar om den perioperativa vårdprocessen. Data analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Resultatet visade att informanterna resonerar om perioperativ vårdprocess utifrån tre kategorier; förutsättning att kunna prioritera användning, organisatoriska faktorer som påverkar möjlighet till användning negativt och yrkesansvar finns vilket har betydelse för korrekt bedömning av omvårdnadsbehov i samband med operation. I diskussionen diskuteras om de olika kategoriernas betydelse för både patienter och anestesisjuksköterskorna själva. De är medvetna om att det finns organisatoriska brister i användning av perioperativ vårdprocess. Det innebär att vården inte kan optimeras, ur patienters perspektiv med syfte att minska deras vårdlidande, liksom att anestesisjuksköterskors arbetstillfredsställelse påverkas.

Nyckelord: *Perioperative Care, Perioperative dialogue, Anaesthesia, Patients, Nurses Experiences*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Kompetensbeskrivning för anestesijuksköterskor	1
Perioperativ vårdprocess	2
Anestesijuksköterskors omvårdnadsroll	4
Organisationens betydelse	6
PROBLEMFORMULERING	6
SYFTE	7
METOD	7
Urval	7
Datainsamling	8
Dataanalys	8
Etiskt förhållningssätt	9
RESULTAT	11
Förutsättning att kunna prioritera användning	11
Organisatoriska faktorer påverkar möjlighet till användning negativt	13
Yrkesansvar finns vilket har betydelse för korrekt bedömning av omvårdnadsbehov i samband med operation	15
DISKUSSION	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	20
PRAKTISKA IMPLIKATIONER	24
REFERENSER	25
Bilaga: 1	29
Bilaga: 2	30

INLEDNING

Perioperativ vårdprocess är ett arbetssätt och forskning om denna har visat sig positiv för patienter angående trygghet, säkerhet, kontinuitet, helhetssyn, kvalitetssäkring, förbättrad kommunikation samt främjande av patienters psykiska förberedelser inför t.ex. operation. Under anesthesiutbildningen samt under praktik på en operationsavdelning har erfarenhet visat att anesthesisjuksköterskor inte tillämpar den perioperativa vårdprocessen som litteraturen förespråkar. Detta har medfört ett ökat intresse av att forska vidare om anesthesisjuksköterskors möjligheter att genomföra en perioperativ vårdprocess, som är ett viktigt redskap för att bland annat minska patienters vårdlidande.

BAKGRUND

Kompetensbeskrivning för anesthesisjuksköterskor

Anesthesisjuksköterskor förväntas ha hög medicinsk och teknisk kunskap samt ha erfarenheter från anesthesiologiska metoder för att kunna ta ansvar för en annans människas vitala funktioner under anestesi. Att kunna genomföra en vårdande bedömning och hantera olika och svåra situationer samt att skapa lugn och inge förtroende till patienter är också en viktig vårdvetenskaplig kompetens som förväntas av anesthesisjuksköterskor (Lindwall & Von Post, 2008). Hovind (2005) skriver att anesthesisjuksköterskor ska sträva efter att planera vården ihop med respektive patient samt att hela tiden vara närvarande för honom/henne. Detta ställer krav på bemötande och individanpassad omvårdnad och anesthesisjuksköterskor har ett eget yrkesansvar och är personligt ansvarig för sina vårdhandlingar. Det krävs att anesthesisjuksköterskor fungerar i ett lagarbete, där samarbete mellan flera yrkeskategorier (bl.a. läkare, operationssjuksköterskor, undersköterskor) är ett måste och där de olika professionerna är beroende av varandra. Arbetet ska utföras enligt vetenskap och den beprövade erfarenhet som finns. Vårdsituationer i anesthesisjuksköterskors arbete är både varierande och komplexa. Situationer innebär t.ex. att övervaka patienters vitala funktioner och snabbt sätta in nödvändiga åtgärder vid akut uppkommen situation samt att möta och ta hand om oroliga patienter under hela den perioperativa vårdprocessen. Anesthesisjuksköterskor har skyldigheter att uppdatera kunskap inom den medicinska

utvecklingen och lära sig nya tekniker och delta i den vårdvetenskapliga utvecklingen samt forskning inom gällande kontext (Lindvall & Von Post, 2008).

Perioperativ vårdprocess

Att bli inlagd på sjukhus för att genomgå ett kirurgiskt ingrepp och bli patient är en stor påfrestning och omställning för de flesta individer. Patienter upplever ofta rädsla och oro för att inte ha kontroll över sin livssituation. Patienter beskriver att de hamnar i en situation där de är i beroende av vårdpersonal, rädsla för att bli nedsövd, helt tappa kontrollen över sin kropps funktioner och att inte vakna efter ingreppet (Bogvist & Söderstöm, 2002). Kroppen är privat men under narkosen ingår det i vårdförberedelser att kroppen blir avklädd naken, offentlig och blottad för vårdpersonalens blickar. Miljön på operationsavdelningen kan upplevas både som skrämmande och främmande vilket även framkommer i Bogvist och Söderstöm (2002) studie. Ett sätt att minska detta obehag är att patienter får information och själv kan ge information, utifrån sin egen livsvärld, i dialog med vårdpersonalen (Lindvall, 2004). En patient som skall genomgå ett kirurgiskt ingrepp har rätt att få saklig information om det pre-, intra-, och postoperativa vårdförloppet Detta för att patienter ska vara förberedd och trygg inför operationen och för att anestesijuksköterskor skall vara förberedda på eventuella komplikationer, utifrån vad patienten berättar (Halldin & Lindahl, 2000).

Den definition av perioperativ vård som används i Sverige idag baseras på en definition från AORN (amerikanska riksföreningen för operationssjuksköterskor) men används idag även av anestesijuksköterskor. Processen grundar sig på mänskliga värden som välbefinnande, kärlek, godhet och omtanke. Anestesijuksköterskor kan genom sitt förhållningssätt lindra lidandet, skydda patienters värdighet och hjälpa patienter att uppnå en högre grad av hälsa och välbefinnande (Lindvall & Von Post, 2005).

Perioperativ vårdprocess i samband med ett kirurgiskt ingrepp omfattar flera delar, vilka beskrivs av Lindvall och Von Post (2000) som de vårdhandlingar och vårdaktiviteter som utförs av anesthesi- och operationssjuksköterskor under de tre faserna pre-, intra-, och postoperativ vård som sker inför, under och efter en operation. Författarna beskriver det perioperativa vårdandet som en vårdprocess som följer patienten genom dessa tre

faser. Enligt Lindvall och Von Post (2005) samt Borgström och Gunnarsson (1994) är det viktigt att skapa en kontinuitet för patienten genom att samma anestesijuksköterska följer patienten genom processen och träffar patienten tre gånger. Kontinuitet nämns också som viktigt i Rudolfsson, Hallberg, Ringsberg och Von Post (2003) studie där dom skriver att sjuksköterskan genom kontinuitet följer patienten i den perioperativa dialogen och på så sätt får möjlighet att nå den gemensamma världen med patienten.

Första gången anestesijuksköterskan träffar patienten är vid det *preoperativa samtalet* som enligt Lindvall & Von Post (2008) ska ske i god tid innan operationen. Exempelvis på avdelningen dagen innan operation eller i god tid innan premedicineringen ges och innan patienten byter om till operationskläder. Den preoperativa informationen som avses komma fram i dialog mellan anestesijuksköterskor och patienter är i första hand inte fokuserad på kroppsliga/fysiska processer utan mer på själsliga planet. I samtalet vill anestesijuksköterskor veta hur patienter utifrån sin livsvärld tänker att de kommer att uppleva sin nya situation, narkos och under operationen (Lindvall, 2004). I samband med det preoperativa mötet/samtalet kan patienter och anestesijuksköterskor skapa en mellanmännisklig relation och där anestesijuksköterskor kan få inblick i patienters individuella behov och problem. I vårdsamtalet diskuteras hur patienter önskar bli omhändertagen under operationen. Det är anestesijuksköterskors ansvar att det preoperativa mötet/samtalet är av öppen karaktär och inte har karaktären av intervjuform med frågor och svar. Det är viktigt att lyssna till patientens sjukdoms- och levnadsberättelse. Samtalet skall sträva efter en jag-du relation som mynnar ut i att patienter upplever att anestesijuksköterskor vill lära känna honom/henne och förstå patienters vårdssituation med mål att skapa förtroende och tillit. Här kan patienter utifrån sin egen livsvärld känna att hon eller han är delaktig i planeringen av vården av sig själv (Lindvall & Von Post, 2000 och Lindvall & Von Post, 2008). Enligt Beck (2007) innebär en preoperativ planering att patientens förmåga att vara välförberedd ökar inför operationen och den postoperativa perioden. Beck (2007) menar att detta innebär mindre risk för lindande och att patienten snabbare kan ta ett egenansvar och därmed en snabbare återhämtning postoperativt. Preoperativ vård innebär, förutom vårdsamtal, att patienter förbereds kroppsligt genom att aktuella prover och undersökningar görs för att kunna genomföra en säker anestesi och operation (Lindvall & Von Post, 2005).

Andra mötet/samtalet är *det intraoperativa samtalet* och sker i direkt anslutning till operationen. När patienter och anestesijuksköterskor träffas igen och känner igen varandra bekräftas patienten, då det blir en tyst bekräftelse av varandras närvaro. Anestesijuksköterskor får tillfälle att prata igenom och svara på eventuella nya frågor samt stämma av planering av vården själv (Lindvall & Von Post, 2000).

Tredje mötet är *det postoperativa samtalet* som sker på vårdavdelningen, oftast dagen efter operationen. Patienter träffar samma anestesijuksköterskor igen, och kontakten fortsätter. Syftet med tredje samtalet är flera. Det är dels att anestesijuksköterskor ger patienter möjlighet att få svar på frågor om vad som hände under tiden på operationsavdelningen och dels att utvärdera den perioperativa vården tillsammans med patienter samt få ett värdigt avslut på vårdrelationen (Lindvall & Von Post, 2000).

Anestesisjuksköterskors omvårdnadsroll

Livsvärld

Livsvärlden är den verklighet som personer dagligen lever i och ständigt, om än omedvetet, tar för givet och livsvärlden är därför något mer och annat än summan av fysik fakta (Bengtsson, 1999). Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud, & Fagerberg (2003) skriver att människan är en enhet där kropp, psyke, själ och ande är olika aspekter av denna enhet och det är inte möjligt att tala om dessa delar var för sig eftersom de då saknar mening. Så länge livet varar finns vi till i världen och människor söker ett livsinnehåll samt en mening och det är genom livsvärlden, det vill säga den levda världen, som vi älska, hatar, arbetar, leker, tycker och tänker. Wiklund (2003) beskriver att livsvärlden är som vi upplever den genom våra kroppar, och ur detta perspektiv går inte liv och värld att skilja åt. Att ha ett livsvärldsperspektiv innebär att se och uppmärksamma människors vardagsvärld och dagliga tillvaro. Att se, förstå, beskriva samt analysera världen eller delar av den är viktigt för att få en förståelse för hur den erfars av människan (Dahlberg et al., 2003). Livsvärldsperspektivet innebär att vårdaren har en betoning på öppenhet och följsamhet för patientens levda värld där var

människas unikheter beaktas, det vill säga hur patienten erfar sin hälsa, sitt lidande, sitt välbefinnande eller sin vård. (Dahlberg & Drew, 1997; Bengtsson, 1999).

Lidande

Lidandet beskrivs av en rad forskare som någon form av hot, kränkning eller förlust av människans själ, medan vissa beskriver lidandet som en känsla av att förlora kontrollen (Wiklund, 2003). Dahlberg (2002) menar att patienter inom sjukvården upplever lidande med olika dimensioner. Vanligast är sjukdomslidandet som är kopplat till en skada, sjukdom eller behandling. Ett annat lidande är vårdlidande som kan uppstå på grund av det sätt som en vårdhandling utförs eller om fokus på patienter är bristfälligt. Patienters rätt till delaktighet försvinner då och känslor som maktlöshet och åsidosättande uppstår. Eriksson (1994) skriver att vårdlidande kan vara att bli förnekad som en lidande människa, att patienters lidande inte uppmärksammas av anestesijuksköterskor vilket leder till att patienters värdighet kränks. Patienter upplever sig förolämpad och förödmjukad när hon inte blir sedd eller hörd. Liknande upplevelser kan uppstå om en patient inte blir sedd som en människa utan som ett objekt vilket kan uppstå när vårdrelationen är en icke-vårdande relation. Enligt Kasén (2002) innebär en icke-vårdande relation frånvaro av vårdrelation och en ytlig relation där parterna inte ser varandra som unika individer vilket riskerar att leda till ett vårdlidande. Anestesi och operativa ingrepp kan, enligt Zetterlund (2000), skapa ett lidande i form av stress, smärta, illamående, trauma, förlust av eget bestämmande över sin situation, rädsla och ångest inför förlust av livskvalitet. Det kan till och med vara så att patienten är rädd för att inte vaka igen efter operationen och känner rädsla för att dö. Därför är det viktigt att anestesijuksköterskor har möjlighet att samtala med patienterna för att förmedla styrka inför en situation som patienten tycker känns svår. Holm & Hansen (2000) menar att det finns patienter som inte kan eller vågar berätta hur stor ångest dom har inför en operation. Och klarar de inte att behärska ångesten före en operation får de i regel problem postoperativt. Vikten av att minimera patientens oro och ångest före operationen belyser Rawal (1999) då han menar att en förberedd och välinformerad patient kan hantera situationen bättre, med minskat behov av smärtlindring som följd. Att lindra lidandet är ett centralt mål för den perioperativa sjuksköterskan (Fagerström, Eriksson & Bergbom, 1998). Det är därför viktigt att anestesijuksköterskor får ta del av

patienters lidande och genom att ställa frågor och fördjupa sig i patienters situation kan förståelsen för patienters lidande förtydligas. (Dahlberg et al., 2003).

Välbefinnande

Det är viktigt att anestesijuksköterskor arbetar för att uppnå välbefinnande för patienter. För att uppnå välbefinnande förutsätter att människan erkänner att lidandet finns samt att människan vågar vara i lidandet (Dahlberg et al., 2003). Välbefinnandet, som förklaras som en subjektiv upplevelse som omgivningen har svårigheter att sätta upp objektiva kriterier för, utgår från personens livsvärld och uttrycker en känsla hos individen (Wiklund, 2003). Målet med vården är att lindra patienters lidande samt att möjliggöra en upplevelse av välbefinnande. För att uppnå detta menar Eriksson (1994) att lidande och välbefinnande ses som unikt för varje människa och att man som Dahlberg et al. (2003) skriver, att man har förståelse för att välbefinnande och lidande kan förekomma samtidigt och att välbefinnande kan skapas med ganska enkla medel. Det vill säga att man helt enkelt bryr sig om individen i fråga.

Organisationens betydelse

Enligt Larsson (2004) har kravet på produktivitet inom olika vårdkontext inneburit att tempot på operationsavdelningarna har ökat. Detta har i sin tur medfört att det vårdvetenskapliga perspektivet har fått stå åt sidan och inte har lika stor prioritet vid vårdhandling som tekniska och medicinska handlingar (Bull & FitzGerald, 2006).

PROBLEMFORMULERING

Forskning om perioperativ vårdprocess visar både positiva och negativa konsekvenser för patienten. Inom vårdvetenskap i anestesijuksköterskors kontext talas bl.a. om hur patienters vårdlidande kan minskas i samband med att patienter genomgår ett kirurgiskt ingrepp. Likaså om den perioperativa vårdprocessen inte fungerar har det visat sig att patienter behöver längre tid för återhämtning och att behovet av smärtlindring ökar vilket i sin tur leder till ökat vårdlidande. Det finns lite forskning om hur

anestesisjuksköterskor resonerar om perioperativ vårdprocess. Med detta arbete önskas ökad kunskap om hur de resonerar.

SYFTE

Är att beskriva hur anestesisjuksköterskor på sjukhus resonerar om den perioperativa vårdprocessen

METOD

I detta arbete har kvalitativ metod använts, där datainsamling gjorts med intervjuer.

I studier med kvalitativ ansats är fokus vid analys av textmassan att växla mellan närhet och distans. Induktiv ansats har använts, för att förutsättningslöst kunna analysera erhållna resultat (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). I en kvalitativ intervjustudie ges möjlighet att fånga upplevelser och nyanser hos informanterna när det gäller olika sätt att reagera och resonera (Trost, 1997). Kvalitativ forskning har sin fokus på tolkning av texter och används framförallt inom beteendevetenskap (Granskär, Höglund-Nielsen, 2008). Intervjuerna var av öppen karaktär som enligt Kvale (1997) innebär att informanterna uppmanades att med egna ord berätta om hur dom resonerar, i det här fallet om den perioperativa vårdprocessen. För att informanterna skulle hålla fokus på fenomenet startades, enligt Dahlberg (1997), intervjun med en öppen fråga; Kan du beskriva hur du resonerar kring den perioperativa vårdprocessen? Målet med den kvalitativa forskningsintervjun är att få fram nyanserade beskrivningar av den intervjuades livsvärld kring specifika situationer och handlingsförlopp. För att få fördjupad information användes följdfrågor som t.ex. kan du beskriva mer? vad menar du då? (Kvale, 1997).

Urval

Inklusionskriterier för att delta i studien var utbildad anestesisjuksköterska, arbetar på en centraloperation inom Västra Götalandsregionen, man eller kvinna och kunna svenska. Fyra kvinnliga anestesisjuksköterskor med åldrar mellan 28-56 år från tre olika

sjukhus deltog i studien. Erfarenheten som anestesijuksköterska på de olika informanterna var mellan 9 månader och 33 år.

Datainsamling

Insamlingen av data påbörjades genom ett utskick via mail till verksamhetschefer på olika centraloperationer. I mailet bifogades ett brev (se bilaga 1) där syfte med studien förklarades och tillvägagångssättet. I brevet nämndes att kontakt önskades med anestesijuksköterskor som hade blandad yrkeserfarenhet, alla åldrar, män och kvinnor. Brevet var också en förfrågan om tillstånd att få intervjua anestesijuksköterskor och använda deras resonemang i studien. Det framgick även att deltagarna i studien kommer att aidentifieras. När ett positivt svar från verksamhetschefer erhöles och godkännande av genomförande togs kontakt med avdelningschefen för respektive operationsavdelning för att informera mig om det fanns något intresse hos anestesijuksköterskorna att delta. Därefter bokade jag in möten på operationsavdelningen där intervjuerna utfördes. Intervjuerna gjordes i anslutning med att informanterna arbetade och det var aldrig några problem för anestesijuksköterskan att genomföra intervjun pga. arbetet. Redan när kontakt togs med avdelningschefen gavs löfte om att när intervjun skulle genomföras fanns ett ostört rum att sitta i. När jag träffade informanterna presenterade jag mig själv och förklarade syftet med mötet för att vara helt säker på att informanten fått ta del av det informationsbrev som jag skickat till både verksamhetschefen och därefter avdelningschefen. Alla informanter fick innan intervjun skriva på ett godkännande och samtycke (se bilaga 2), där dom godtog att deras intervju kommer att användas i föreliggande studie. Intervjun spelades in med hjälp av en bandspelare, där kvinnorna fick prata fritt om hur dom resonerar kring den perioperativa vårdprocessen. Intervjuerna tog mellan 17-28 minuter och skrevs sedan ut ordagrant på papper.

Dataanalys

Analysarbetet började med att intervjuerna lästes i sin helhet, detta upprepades flertalet gånger för att verkligen bli bekant med texten och på så sätt förstå vad texten vill säga. För att ingen väsentlig information skulle gå förlorad är det viktigt att alla intervjuerna

analyserades och läses noga (Nyberg, 2000). Analysen fortsatte sedan enligt Graneheim och Lundman (2004), med att söka meningsbärande enheter från respektive intervju, meningsbärande enheterna som svarade på syftet för att med ett fördjupat fokus ta fram innebörden i texten. Ord och meningar som var gemensamt för vad informanterna hade sagt och som därav återkom i de olika intervjuerna plockades ut och skrevs ner på papper. Fokus vid en kvalitativ innehållsanalys är att identifiera variationer genom att hitta likheter och skillnader i texten (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008). Därefter gjordes texten mindre och mer lätthanterliga genom att kondenserade ner den, vilket betyder att den kortas ner men det mest centrala finns kvar i texten. För att göra texten ytterligare mer lätthanterlig var nästa steg att försöka abstrahera det som kondenserats. När det var gjort skapades koder som beskriver meningsenheterna. Det kondenserade och abstraherade kodas för att få en kort beskrivning av de ursprungliga meningsenheterna. Därefter kontrollerades koderna gentemot meningsenheterna för att se att de överensstämde med varandra (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008). De kondenserade meningsenheterna sorterades upp i grupper med liknande betydelse och ur dessa grupper växte det fram underkategorier som var en direkt avspiegling av texten. När underkategorierna sammanfattades uppkom slutligen kategorier.

Etiskt förhållningssätt

Ett brev om förfrågan att få utföra studien på anestesijuksköterskor samt information om själva studien skickades till verksamhetscheferna och därefter till avdelningscheferna. I brevet beskrev studiens syfte, hur studien går till, hur hantering av data fungerar samt att studien är frivillig. Informanterna utlovades anonymitet samt att studiens resultat skulle presenteras så att de inte blir igenkända. Vetenskapsrådet (2002) konkretiserar fyra allmänna huvudkrav; kravet om information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande. När både verksamhetschefen och avdelningschefen gett sitt godkännande till studien tog jag vid ett senare tillfälle kontakt med avdelningscheferna igen för att höra mig för om deras anestesijuksköterskor fått den skriftliga information jag skickat om studien och om det fanns någon som var intresserad att vara med. Kvale (1997) belyser vikten av att informanterna i förväg informeras och frivilligt kan dra sig ur om de så önskar. Innan intervjun påbörjades fick varje informant skriva på ett godkännande om samtycke till deltagande i studien och att

materialet i intervjun får användas i vetenskaplig publikation. Detta i enlighet med Helsingforsdeklarationen (1964) som innebär att informerat samtycke från informanten i studien.

RESULTAT

I resultatet beskriver anestesijuksköterskor hur de resonerar om perioperativ vårdprocess. Det framkommer att olika faktorer har betydelse, vilka redovisas i dels i en översikt i tabell 1 och dels i text med citat från intervjuerna vilka förstärker resultatet.

Tabell 1. Kategorier och underkategorier.

Underkategorier	Kategorier
Att utföra sitt arbete med kontinuitet Att vilja träffa patienten för dialog för att veta hur han/hon mår	Förutsättning att kunna prioritera användning
Att det är för många patienter i förhållande till antal anestesijuksköterskor Tids- och resursbrist finns dagligen i schemaplanering	Organisatoriska faktorer som påverkar möjlighet till användning negativt
Värna om stöd till patienten inför narkos Ha teoretisk kunskap som inte används praktiskt	Yrkesansvar finns vilket har betydelse för korrekt bedömning av omvårdnadsbehov i samband med operation

Förutsättning att kunna prioritera användning

Anestesijuksköterskorna betonar att både engagemang från anestesijuksköterskor och kontinuitet i deras arbete är förutsättning för att kunna tillgodose patienters omvårdnadsbehov i samband med narkos/operation. Det framkommer tydligt i deras resonemang att de som har prövat att använda en perioperativ vårdprocess har upplevt det som en positiv erfarenhet i mötet med patienter.

Att utföra sitt arbete med kontinuitet

En stor betydelse i den perioperativa vårdprocessen är kontinuitet, att få chansen att skapa en vårdrelation, där anestesijuksköterskor träffar patienten i god tid innan operationen, i ett preoperativt möte, och även ha möjlighet och tid att kunna utvärdera vården i ett postoperativt möte. Att patienterna fått träffa anestesijuksköterskan innan operationen har betydelse för mötet med patienten på operationsdagen, då patienterna

uttryckt det som positivt att känna igen anestesijuksköterskan. Ett preoperativt möte har gett förutsättningar för kontinuitet som inger trygghet hos patienterna. Patienten begränsas till ett visst antal personer inom vårdkedjan minskar förmodligen oron hos patienten och eventuella funderingar och frågor kan riktas till den anestesijuksköterskan som patienten redan träffat.

”..o va skönt...dig känner jag igen....det var ju vi som träffades igår.....”

”..dom tyckte det var kul att se ett bekant ansikte, att man kommer tillbaka.”

Att vilja träffa patienten för dialog och veta hur han/hon mår

Det framkommer tydligt i intervjuerna att informanterna vill att patientkontakten ska leda till en god vårdrelation. För att kunna kartlägga patienters behov av omvårdnad är en god relation grundförutsättning. De beskriver att både för patienten och för anestesijuksköterskan är det betydelsefullt att kunna identifiera vårdbehov i vårdmöte med patienterna på avdelningen dagen innan operationen för att fråga patienterna saker utifrån sin livsvärld. Frågor som kanske orsakar dem onödigt vårdlidande och frågor som patienter inte vågar fråga anestesiläkaren om. Anestesijuksköterskorna tror att patienterna har lättare att prata med dem än med läkare.

”..där kan jag tänka mig att patienten har en del funderingar...och då tror jag inte anestesiläkaren har tid att sitta ner och prata...”

”..jag har varit med om att träffa patienterna dagen innan operationen....det var bra.....patienterna tyckte också att det var bra....”

Att få tillfälle till ett vårdmöte med patienterna postoperativt är något som informanterna har möjlighet till ibland. Detta sker i mellanåt när anestesijuksköterskor lämnar av en patient och träffar en annan patient, som hon haft tidigare på dagen. Anestesijuksköterskor beskriver att de värnar om att minska patienters vårdlidande genom att få bekräftelse/utvärdering på vårdhandlingar de utfört. En anestesijuksköterska beskriver hur bra det känns att kunna hjälpa patienter att minska vårdlidande genom ett postoperativt möte för att höra och intressera sig för hur patienten mår efter operationen. Ett postoperativt möte är även viktigt för att få

feedback på hur hennes omhändertagande har fungerat, att kunna utvärdera sina vårdhandlingar tillsammans med patienten. Anestesisjuksköterskor beskriver det så här;

”..att gå bort och bara få prata några ord med patienten...och se hur patienten mår...och förhoppningsvis se att patienten mår bra...”

”..har patienten ont har jag inte gjort ett tillräckligt bra jobb känner jag...och så kan jag få till mig vad som skulle kunna göras bättre nästa gång...”

Organisatoriska faktorer påverkar möjlighet till användning negativt

Informanterna är tydliga med att beskriva att deras val att kunna använda perioperativ vårdprocess är begränsad beroende på den organisation de är anställda i. En orsak till varför den perioperativa vårdprocessen inte används är att de anser att organisationen inte har dom rätta personalresurserna. Anestesisjuksköterskorna menar att det finns ingen organiserad modell som planeras utifrån kontinuitet i vårdmöte mellan patienter och enskild anestesisjuksköterska. I dagens läge kommer omvårdnadsarbetet i andra hand då det är produktion av antal operationer som räknas i första hand. Ledningen har inte anammat att omvårdnadsarbete kan minska patienters vårdlidande. Så länge det medicinska perspektivet i kombination med produktivitet har högst prioritet kan enbart patienters vårdlidande ur ett medicinskt perspektiv säkerställas. För anestesisjuksköterskor blir det en yrkes/vårdkonflikt när ledningen mestadels pratar om produktion i stället för omvårdnad, d.v.s. det som prioriteras är hur mycket operationer som producerades på operationsavdelningen. En allt mer ökad mängd av operationer som ska genomföras leder till konkurrens till att anestesisjuksköterskor inte kan välja hur de vill arbeta ur ett patientperspektiv. De tvingas till allt mer stress och får mindre tid till att utföra perioperativ vårdprocess. Även om anestesisjuksköterskorna själva vet hur viktig och givande den perioperativa vårdprocessen är för patienten, sig själva och för vårdrelationen blir fokus ändå på att hinna färdigt med dagens operationsprogram.

Att det är för många patienter i förhållande till antal anestesisjuksköterskor

Informanterna berättar att de inte får avlösning på salen då de planerat att möta patienten i ett preoperativt samtal. Det fanns inte personalresurser för avlösning trots att de arbetade enligt perioperativ vårdprocess under den aktuella perioden. Och informanterna tror att det var en kombination av tidsbrist och resursbrist att den perioperativa vårdprocessen inte fortsatte att användas på gällande arbetsplats. Anestesisjuksköterskorna är tydliga när de berättar om vad de tror är orsaken till varför inte perioperativ vårdprocess prioriteras som arbetssätt. Dominerande orsak är brist på tid som inte finns för att hinna med att bestämma/träffa ett vårdmöte med patienten pre- och postoperativt. Informanterna berättar hur deras verklighet ser ut. Dagen innan patienter ska genomgå operation, hinner de inte möta patienten i ett preoperativt samtal, eftersom de är upptagna med annan patient på sal hela dagen, vilket beskrivs i följande citat.

”..det fanns ingen som kunde lösa av mig för att gå upp och prata med patienten på avdelningen..”

”..och träffa patienten dagen innan.....nä, då står man på sal hela dagen så det hinner man inte..”

Tids- och resursbrist finns dagligen i schemaplanering

En informant berättar att som deras arbete organiseras och planeras idag, utifrån produktivitet, innebär en inbyggd konstant tidsbrist som styr dem att inte kunna välja att arbeta utifrån en perioperativ vårdprocess. Med ett annat synsätt på omvårdnad i organisationen finns det utrymme för pre- och postoperativa samtal. Betydelse av perioperativ vårdprocess motiveras med följande citat;

”Det vore bra att träffa patienterna dagen innan...vi har haft det på försök flera gånger med det har alltid runnit ut i sanden för det har inte funnits tid för det.”

”..det är svårt att få till en perioperativ vårdprocess i den här produktionsinriktade verksamheten.”

En del av informanterna har fått möjligheten att arbeta med den perioperativa vårdprocessen men ingen av dem som deltog i studien arbetade enligt den vårdprocessen idag, trots att de hade positiva erfarenheter av den. En anestesijuksköterska berättade om hur hon var med och provade arbeta på det här sättet men att det rann ut i sanden och försvann, trots att vårdmötena mellan patienterna och anestesijuksköterskorna ansågs minska patienters vårdlidande. Informanterna beskriver hur bra det vore att få genomföra ett preoperativt vårdmöte och ha en dialog där grunden för en bra vårdrelation startar vid det första mötet med patienten. Anestesijuksköterskor är besvikna över att alla försök de gjort med att arbeta enligt perioperativ vårdprocess har runnit ut i sanden på grund av tidsbrist; vilket kommer fram i nedan uttalanden;

”..vissa har tagit initiativ....som velat arbeta efter den processen.....men sedan rann det ut i sanden, tyvärr..”

”..ofta har man tidspress....det är det enda vi hör på morgonmötena...hur mycket narkoser och operationer vi producerar..”

Yrkesansvar finns vilket har betydelse för korrekt bedömning av omvårdnadsbehov i samband med operation

Att patienter ska få möjlighet till ett preoperativt vårdmöte där en dialog förs mellan patienten och anestesijuksköterskan där frågor kan besvaras och information kan ges. Alla patienter, men framförallt patienter med speciella behov eller kanske dåliga erfarenheter från sjukhuset kan behöva möjligheten att diskutera frågor vilket är mycket viktigt nämner en anestesijuksköterska. Att kunna få chansen att informeras om miljön på en operationsavdelning och förklara vad det är för personal som kommer vara med på operationssalen och förklara att det finns mycket utrustning och apparatur. Den informationen tycker informanterna är viktigt att delge en patient i ett vårdmöte, allt för att minska oro och att patienten inte ska känna sig utlämnad vilket kan skapa ett vårdlidande. Informanterna beskriver också önskan att få vara delaktig redan i det preoperativa samtalet i den perioperativa vårdprocessen, vilket ökar egen arbetstillfredsställelse.

Värna om stöd till patienten inför narkos

Att vara en nyckelperson i den perioperativa vårdprocessen och följa patienten hela vägen. Det vill säga att få vara med i ett preoperativt vårdmöte sedan ta hand om patienten under operationen och förhoppningsvis vara med och väcka patienten och prata med honom när han kvicknat till lite. Det är ett önskemål att hinna med det. Viljan att värna om patientens välbefinnande finns hos anestesijuksköterskor. Att få vara med i det preoperativa mötet med patienten är något som anestesijuksköterskorna tror skapar trygghet hos patienterna. Att sedan möta upp patienten på operationsmottagningen och då ses för andra gången borde vara positivt för patienten och anestesijuksköterskan. Det preoperativa mötet är inte bara viktigt för patienten utan skapar även bättre förutsättningar och förberedelser hos anestesijuksköterskorna. Genom det preoperativa mötet kan anestesijuksköterskan och patienten i lugn och ro skapa en vårdrelation och när det möts igen har dom uppnått kontinuitet i vårdandet som fortsätter under operationen och avslutas i ett postoperativt möte.

”meningen är ju att vi ska vara med på ett preoperativt samtal....patienten kommer att känna sig tryggare nästa gång vi ses, när dom kommer ner till sänghallen och vi kommer ut och säger....Hej, jag ska vara med på din operation idag, jag ska ta hand om dig...och då känner hon igen mig.”

”..jag skulle vilja vara med på förberedelserna....och gå upp på preoperativt samtal...så att jag blir mer förberedd, ibland kan det ju vara så att narkosläkaren har tänkt en sak som inte står på pappret och så får jag reda på det i sista sekund..”

Ha teoretisk kunskap som inte används praktiskt

Informanterna betonar yrkesansvarets roll och det stärker dem i det dagliga arbetet. Arbeta som anestesijuksköterska innebär ständigt lärande och implementering av ny kunskap. Erfarenhet i yrket stärks genom samarbete med både patienter och kollegor samt andra professioner. Genom erfarenhet får de ett slags kritisk klinisk åsikt till att perioperativ vårdprocess inte är en självklarhet när organisationen och verksamheten ser ut som den gör. Det informanterna menar är att den perioperativa vårdprocessen är ett systematiskt sätt att arbeta och även om processen inte används kan de genom kunskap

och yrkeserfarenhet ändå tyda, förstå och uppmärksamma patienters olika sätt att visa vårdlidande och välbefinnande.

Den teoretiska kunskapen om hur den perioperativa vårdprocessen fungerar i klinisk verklighet har anestesijuksköterskorna. Däremot har de svårt att omvandla sin teoretiska kunskap i praktiken. Det handlar inte om vilja att inte arbeta utifrån en perioperativ vårdprocess utan om organisatoriska möjligheterna till att göra det.

”..har man möjlighet att arbeta utifrån det perioperativa konceptet ska man träffa patienten i en annan miljö, ofta på vårdavdelningen där patienten kan faställa frågor, eventuellt ge patienten information och trygghet, gemenskap och allt detta..”

”..vi har ingen organisation för att träffa patienten före och efter operationen... utan det är mer på eget initiativ vi kan göra det..”

”..jag tror inte vården är organiserad utifrån att arbeta med den perioperativa vårdprocessen.....men organiserar man om så kanske det finns utrymme för det...”

En anestesijuksköterska säger att detta är ett teoretiskt begrepp som man möjligtvis kan utveckla och hon nämner även vikten av att skapa sig en helhet i patientens vårdprocess. En helhetssyn som startar med att skapa trygghet i första vårdmötet. Att erbjuda patienten möjlighet att ställa frågor och få information och svar på funderingar. Att patienten vet att anestesijuksköterskan finns där under hela operationen, det vill säga att man skapar kontinuitet i vården till patienten.

”..då är det jätteviktigt att patienten får möjligheten att diskutera det med någon som kan berätta hur det går till”

”..ja det är ju det man lärde sig på utbildningen.....att man skulle var med patienten genom hela den perioperativa vårdprocessen. Jag tror det är väldigt positivt för patienten och inför en operation kan jag tänka mig att patienten har en del funderingar..”

Det postoperativa mötet är något som nämns som en viktig del. Trots att det är viktigt för anestesijuksköterskorna är det inte självklart att det fungerar att utföra ett

postoperativt vårdmöte. Det finns vissa möjligheter att få en dialog med en patient som ligger på uppvakningsavdelningen men det är långt ifrån självklart att ett vårdmöte skapas. Och det är oftast informanternas egna initiativ, intresse och mån om tid som avgör om ett postoperativt vårdmöte blir av. En annan beskriver den positiva känslan av att bara kunna få prata några ord med patienten i ett postoperativt möte för att utvärdera sina vårdhandlingar. Det behövs inte vara ett långt möte utan bara att få chansen till ett vårdmöte och se och höra hur patienten upplever sin situation och att patienten inte upplever ett vårdlidande.

”.. då kan man ju prata lite med den patienten man hade som nummer ett....när man lämnar patient nummer två....men man hinner ju inte stå och prata någon längre tid...”

DISKUSSION

Metoddiskussion

Det är lämpligt att använda kvalitativ metod då resonemang ska beskrivas och är användbar när det finns lite tidigare forskning inom området. Författaren valde datainsamlingsmetod med kvalitativ intervjustudie för han ansåg det passande utifrån att få en djupare beskrivning av hur anestesijuksköterskor resoneras om den perioperativa vårdprocessen med egna ord. Enligt författaren var vald metod den lämpligaste då en hel del följdfrågor krävdes för att styra in informanterna att prata utifrån syftet. Kvale (1997) menar att syftet med den kvalitativa forskningsintervjun är att beskriva och tolka de teman som förekommer i intervjupersonens livsvärld.

Nackdelen med metoden är att det blev ett litet urval, fyra informanter. Att göra intervjuer tar tid och under utbildningen har man ganska begränsat med tid. Ett större antal deltagare studien skulle säkert få en starkare och större genomslagskraft. Den kvalitativa metoden anses vara en av de mest sårbara metoderna menar Jensen (1995), i jämförelse med den kvantitativa metoden. Den har en högre grad av tillförlitlighet samt följer mer standardiserade mått skriver Jensen (1995). Deltagarna i studien hade stor spridning mellan yrkeserfarenhet och åldrar samt att informanternas arbetsplatser var från tre olika sjukhus vilket författaren såg som mycket positivt. Det som saknades bland

informanterna var en manlig anestesijuksköterska, vilket hade varit bra för att få möjlighet till fler perspektiv/olikheter i resonemanget om perioperativ vårdprocess utifrån kön.

Intervjuerna utfördes i ett enskilt rum på operationsavdelningen, vilket var tryggt för informanten. Det var även tryggt för mig själv att få sitta ostört och ha lugn ro i detta mötet eftersom författaren hade liten erfarenhet av att intervjua. Under intervjuerna fick informanterna en inledande fråga om hur de resonerar om den perioperativa vårdprocessen. Sedan fick dom fritt berätta om hur dom resonerar om den ur olika perspektiv. Att använda sig av öppna intervjuer passar enligt Jensen (1995) mycket bra när det gäller den kvalitativa metodens datainsamling. Under intervjuerna gjordes små anteckningar och när författaren ville meta mer eller be informanterna förklara något tydligare ställdes öppna följdfrågor till informanterna såsom; hur menar du då? kan du förklara? vill du utveckla?

Analysen genomfördes enligt Granskär och Höglund-Nielsen (2008) modell för innehållsanalys och resultatet presenterades i tre kategorier och sex underkategorier. Granskär och Höglund-Nielsen (2008) skriver att all forskning syftar till att finna ny kunskap men att det oftast inte finns en sanning, utan flera alternativa tolkningar. Efter att ha läst texterna om och om igen och brutit ner dom i mindre delar känns det som om innebörden i texterna lyfts fram och författaren tycker också att han såg gemensamheter i informanternas olika intervjuer.

Att göra intervjuer när man har gjort praktik och fått en förutfattad mening om hur det går till i verkligheten kan var till en nackdel och det var därför väldigt viktigt att författaren lät informanterna berätta fritt och att inte jag som utförde intervjun ställde ledande eller styrande frågor. Fördelen med att ha gjort praktik och fått en bild av och hur en operationsavdelning fungerar var att författaren kunde se helheten i det informanterna berättade och kunna sätta informationen i kontext och på så vis lättare förstå sammanhanget. Trovärdigheten i detta arbetes resultat styrks av att stegen som beskriv i analysprocessen enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008) följdes. Resultatet kan ej generaliseras, till det behövs större urval av informanter.

Författaren anser att studiens syfte uppnåtts, det framkom en varierad beskrivning i anestesijuksköterskorna resonemang. Forskning, även i liten skala, syftar till ny kunskap. Det finns ofta inte en sanning, utan flera olika tolkningar. Det framkom under analysfasen då det kunde vara svårt att helt skilja beskrivningar av resonemang till underkategorier och kategorier åt. Text gick in i varandra men efter att läst om och om igen framkom vilket underkategori och kategori som blev tydligast. Trots mina få deltagare sågs mycket likheter i intervjuerna och författaren tror att även om fler antal informanter hade ökat trovärdigheten på studien kan resultat ses som ett pilotprojekt och är användbart i diskussioner ute på operationsavdelningar

Resultatdiskussion

Anestesisjuksköterskor beskriver både ett vårdvetenskaplig och ett organisatoriskt perspektiv i sitt resonemang om perioperativ vårdprocess. Det organisatoriska perspektivet där produktion premieras, visade sig tyvärr, att trots vilja, kunskap och förståelse bland anestesisjuksköterskor för hur viktigt det är att arbeta enligt perioperativ vårdprocess. Det leder till frågan, kan patienters vårdlidande minskas så långt som det är möjligt när organisationen ser sådan ut?

I resultatet framkommer att informanterna var medvetna om hur arbetssättet fungerade men var eniga om att tidsbrist spelade en central roll. Det tillsammans med krav på en ökad produktion på operationsavdelningarna medför det svårigheter för anestesisjuksköterskorna att hinna med så länge det inte anställs mer folk och detta beskriv även i Rudolfsson, Ringsberg och Von Post (2003) i sin studie där den pressande arbetssituationen utgör ett hinder för användning av den perioperativa vårdprocessen. Detta leder till en fundering över varför anestesisjuksköterskorna trots sin medvetenhet och kunskap om att patientperspektivet åsidosätts, finner sig i att låta det vara så. Det framkommer inte i studien men en spekulering kan vara att när det dagligen arbetar med tidsbrist och prat/krav om att producera mera, kan det uppfattas att det är viktigt att följa sådana riktlinjer för att på sikt få mer pengar i organisationen, vilket kan leda till ökat antal anestesisjuksköterskor.

Det nämndes även att skulle de som bestämde över operationsavdelningarna, cheferna vilja arbeta utifrån perioperativ vårdprocess skulle det säkert gå att ordna. Von Post och Eriksson (2007) beskriver just hur viktigt det är att chefer tar ansvar för att eftersträva en fungerande vårdrelation och ta redan på hur patienterna upplever sin situation. Lindvall och Von Post (2000) och informanterna beskriver hur positivt det är med en perioperativ vårdprocess men det känns som att deras ord inte väger så tungt och att det är produktionen och ekonomin som är den avgörande länken till varför den inte används. Med andra ord på bekostnad av vad litteratur, personal och vad patienten har för åsikter och behov när det gäller att minimera vårdlidande. Det som är intressant i den här frågan är att enligt Beck (2007), innebär en fungerande preoperativ planering av patienten en välförberedd patient som förbättrar sjukhusets effektivitet genom att väntetider minskas och patienten snabbare kan ta ansvar över sig själv. Det kanske är så att om en operationsverksamhet tar sig tid och lär sig arbeta med den perioperativa vårdprocessen, innebär det i längden en vinst både för sjukhusets ekonomi och för patienten. Men för att vi ska hamna där krävs att den perioperativa vårdprocessen får en förståelse hos dom som bestämmer. Ledarskap, arbetsfördelning och arbetsgemenskap är något som Kasen (2002) nämner som viktiga faktorer, där patienten inte plockas ner i bitar utan för att kunna skapa en bra vårdrelation har helhetsperspektiv betydelse. Rudolfsson, Von Post, Frid, Kolvered och Madsen (2005) förklarar att samarbetet mellan operations-, anesthesi- och avdelningssjuksköterskor samt arbetsledare måste bli bättre. I det samarbetet är det en fördel att organisera och planera olika kategorier av sjuksköterskors arbete utifrån att patienter är en helhet och inte kroppen i delar beroende på vilken avdelning patienten befinner sig just nu. Allmän ovilja bland chefer till förändring och att arbetsledaren inte har beslutsrätt över resurserna samt kortsiktigt planering beskrivs som faktorer som hindrar utförandet av en perioperativ vårdprocess.

Chefer på olika nivåer har olika roller i beslut om hur vården ska organiseras. Ett sätt att minska produktionsinriktning och öka möjlighet att arbeta enligt perioperativ vårdprocess kan vara att organisationen har två chefer på samma nivå. Den ena är medicinska ansvarig chef och den andra är en chef som ansvarar för att evidens inom vårdforskning, som i detta fallet perioperativ vårdprocess, är en självklarhet vid planering av operationsprogram för olika personalkategorier. Likaså att patienter får

utvärdera given vård, dels som kvalitetssäkring men också ett led i ständig verksamhetsutveckling.

Enligt kompetensbeskrivning för anestesijuksköterskor (2008) har anestesijuksköterskorna kompetens att minska patienters vårdlidande. De vill prioritera och ha som mål att ge kontinuitet till patienten och genom detta bygga upp en vårdrelation som startar i ett preoperativt möte. Anestesijuksköterskor resonerar att tillit har betydelse och ger bättre förutsättningar för att patienten ska känna sig mer lugn och självsäker samt känna tilltro till att operationen ska lyckas (Rudolfsson, Eriksson, & Von Post, 2007). I en jag-du-relation visar anestesijuksköterskan och patienten öppenhet för varandra samt mänsklig förståelse medan de delar sina kunskaper med varandra (Lindvall och Von Post, 2000). En dåligt fungerande vårdrelation mellan patienten och vårdpersonal kan leda till vårdlidande och i samband med en operation uppstår lätt ett vårdlidande eftersom patienten kan uppleva maktlöshet om hon inte får göra sig hörd eller bli sedd (Dahlberg et al., 2003).

I enlighet med Eriksson (1994) visade informanterna att de i vårdmötet vill ta hänsyn till patienters individuella behov och minska deras vårdlidande. Det var viktigt med kommunikation, att få ge information för att minska oro och risken för vårdlidande och att informationen var en viktig del för den fortsatta vården på operationsavdelningen. I det preoperativa mötet kan patienten få möjlighet att fråga saker som patienten funderat på eller om det är något som är oklart. Att få möta patienten innebär också att anestesijuksköterskan kan få viktig information om patienten vilket kan underlätta omvårdnadsarbetet och var till fördel för patienten. Lithner och Zilling (2000) nämner också hur den preoperativa information är en viktig del i patientens omvårdnad. Om anestesijuksköterskorna känner att de kan utföra hela den perioperativa vårdprocessen med patienten innebär det att anestesijuksköterskorna har möjlighet att planerar vården för patienten på ett bättre sätt.

Lindvall och Von Post (2000) skriver att den perioperativa vårdprocessen är ett systematiskt sätt att reflektera över patientens behov och önskningar i samband med en operation. Det visar hur viktigt det är att involvera anestesijuksköterskorna i det

perioperativa samtalet för att dom därefter ska kunna göra sitt yttersta för att skapa en vårdande relation och ge en bra omvårdnad till patienten genom den perioperativa processen. Det preoperativa samtalet ska enligt Lindvall och Von Post (2008) ske dagen innan operationen eller i god tid innan premedicineringen eller innan att patienten bytt om till operationskläder. Det som framgick i intervjuerna var att samtalet med patienterna innan operationerna, var egentligen inget preoperativa samtal eftersom anestesijuksköterskans första möte med patienten var på operationsmottagningen precis innan operationen skulle starta. Det samtalet som sker här, direkt innan operationen, är det som kallas för intraoperativa samtalet. Det är här anestesijuksköterskan och patienten ska fortsätta sin relation och det förtroende som utvecklats i den preoperativa samtalet (Lindvall & Von Post, 2000). Det är här kontinuiteten ska ta vid och det är nu patienten ska känna att det är ett bekant ansikte som möter upp. I det här mötet finns vårdpersonal som patienten träffat dagen innan och fått förtroende för och i det intraoperativa möte ska då patienten känna sig mindre utlämnad och ensam.

Det mötet som informanterna, till viss del, hade möjlighet att utföra var det postoperativa mötet. Men det var tydligt att det var mest på egna initiativ som ett kortare postoperativt möte kunde skapas på uppvakningsavdelningen. Författaren förstod det som att detta var ett mycket uppskattat vårdmöte av informanterna där dom kunde få bekräftelse på hur deras omhändertagande och omvårdnad till patienten hade fungerat. Utvärderingen av vården verkar ha stor betydelse för informanterna för det är här dom kan få lärdom och en större förståelse för hur patienterna mår efter operationerna. Det var tyvärr inte självklart att kunna utföra ett postoperativt samtal trots att utvärderingen av vården involverar tankar, reflektioner samt eventuella frågor från patienten. Det postoperativa samtalet kan innebära att anestesijuksköterskan behöver stanna upp och låta patienten tala om vad han känner och det kan även innebära att inge hopp inför framtiden till patienten. Men inte minst att låta patienten få möjlighet att visa sin tacksamhet till anestesijuksköterskan (Lindvall & Von Post, 2000).

Frustrationen över att inte utföra det som man fått lära sig, det kan författaren tänka sig att informanterna i studien känner. Att utbilda sig och läsa litteratur som säger att man som anestesijuksköterskan ska utföra en perioperativ vårdprocess för målet med den

processen är enligt Lindvall och Von Post (2000) att skapa förutsättningar för värdig vård, skydda patientens värdigheter och göra vården säker. Men att man sedan i verkligheten inte får chansen att utföra den trots att det provats vid några tillfällen och haft positiva effekter kan man fundera på varför det inte används. Och i dessa fallen handlar det inte om inställningen hos anestesijuksköterskorna utan om möjligheterna till att få utföra en perioperativ vårdprocess. Anestesijuksköterskorna ser organisationen och personalbristen som ett hinder för att kunna utföra en perioperativ dialog (Rudolfsson et al., 2005). Informanterna beskriver hur gärna dom vill vara delaktig i den perioperativa vårdprocessen för att kunna besvara frågor från patienten, informera patienten och utvärdera sin vård. Men så länge det är som det är på operationsavdelningarna fanns det en slags uppgivenhet över den perioperativa vårdprocessen till fördel för den verklighet vi har idag. Att det var tidsbrist och resursbrist var inget som påverkade informanterna i själva yrket som anestesijuksköterska mer än att dom helt enkelt fick finna sig i det arbetssättet som är idag. Det vill säga producera operationer blir det viktiga och patienten kommer i andra hand. Det som däremot får författaren att tänka till är hur patienterna mår? Eftersom anestesijuksköterskorna inte får möjlighet att erbjuda den vård dom är utbildade till och den vården som vetenskapligt och praktiskt har visat sig vara mest positiv för patienten.

PRAKTISKA IMPLIKATIONER

- Anestesijuksköterskor har teoretisk kunskap om hur den perioperativa vårdprocessen bör fungera. Ett hinder att använda den är tidsbrist.
- Evidens som finns, där patienters bästa är i fokus bör implementeras i anestesijuksköterskors vårdarbete.
- Låta personal på operationsavdelningar och verksamhetschefer ta del av studien för att öka förståelsen för hur anestesijuksköterskor resonerar om den perioperativa vårdprocessen. Det handlar både om egen tillfredställelse i arbetet och ur patientperspektiv att minska vårdlidande och öka välbefinnande.

REFERENSER

- Beck, A. (2007). Nurse-led pre-operative assessment for elective surgical patients. *Nursing Standard*, 21 (51): 35-8
- Bengtsson, J. (1999). *Med livsvärlden som grund*. Lund: Studentlitteratur.
- Borgström, A-J., & Gunnarsson, B. (1994). *Perioperativ vård i praktiken*. Lund. Studentlitteratur.
- Boqvist, B. & Söderström, H. (2002). *Patientens upplevelser av vårdmiljö i samband med operation*. Luleå tekniska universitet, institutionen för hälsovetenskap, Avdelningen för omvårdnad. Utdrag från examensarbete inom ommvårdnad C, 51-60p.
- Bull, R., & FitzGerald, M. (2006). Nursing in technological environment: Nursing care in the operation room. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 3-7
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K., & Drew, N. (1997). A Lifeworld paradigm for nursing reseach. *Journal of Holistic Nursing*. 15 (3), 303-317.
- Dahlberg, K. (2002). Vårdlidandet – det onödiga lidandet. *Vård i Norden*, 63, 4-8.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, M. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Arlöv: Liber Utbildning.
- Fagerstöm, L., Eriksson, K. & Bergbom, I. (1998). The patient´s perceived caring needs as a message of suffering. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (5). 978-987.
- Granheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing

research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Halldin, M. & Lindahl, S. (2000). *Anestesi*. Falköping: Liber.

Helsingforsdeklarationen (1964). Hämtat från:

<http://sv.wikipedia.org/wiki/Helsingforsdeklarationen> 2010-11-20

Holm, S. & Hansen, E. (2000) *Pre- och postoperativ omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur

Hovind, I. (2005). *Anestesiologisk omvårdnad*. Studentlitteratur, lund.

Jensen, K. (1995). *Kvalitativa metoder*. Studentlitteratur, Lund

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Kasén, A. (2002). *Den vårdande relationen*. Åbo: Akademis förlag.

Larsson, L. (2004). *Kontinuiteten och den perioperativa dialogen*. Anestesi- och operationssjuksköterskans samtal med patienten före, under och efter operation.. Kärnsjukhuset i Skövde. FoU-rapport 2004:1.

Lindvall, L. & Von Post, I. (2000). *Perioperativ vård – den perioperativa vårdprocessen*. Lund: Studentlitteratur

Lindvall, L. & von Post, I. (2008). *Perioperativ vård – att förena teori och praxis*. Lund: Studentlitteratur.

Lindvall, L. & Von Post, I. (2005). *Människan i det perioperativa vårdandet*, 35
Karlstad: Karlstad University Studies

- Lindvall, L. (2004). *Kroppen som bärare av hälsa och lidande*. Karlstad: Åbo akademins förlag
- Lithner, M., & Zilling, T. (2000). Pre- and postoperative information needs. *Patient Education and Counselling*, 40 (1), 29-37.
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. Ingår i M Granskär & B Höglund–Nielsen (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s 159-172). Lund: Studentlitteratur.
- Nyberg, R. (2000). *Skriva vetenskapliga uppsatser och avhandlingar – med stöd av it och Internet*. Lund: Studentlitteratur.
- Rawal, N. (1999) Postoperativ smärta- Behandling, kvalitetsäkring och organisation. Lund: Studentlitteratur
- Rudolfsson, G., Hallberg, L., Ringsberg, K. & Von Post, I. (2003). The nurse has time for me: The perioperative dialogue from the perspective of patients. *Journal of Advanced Perioperative Care*, 1 (3), 77-83..
- 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., Eriksson, K-C. & Von Post, I. (2007). The development of caring in the perioperative culture. *Nursing administration quarterly*, 31, 321-324.
- Rudolfsson, G., Von Post, I., Frid, I., Kolvered, M. & Madsen, C. (2005). Den perioperativa dialogen – möjligheter och hinder för nya vanor i praxis. *Vård i Norden*, 25, 37-42.

Trost, J. (1997). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. (2002). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Hämtad 2010-11-22 från:

http://www.vr.se/download/18.427cb4d511c4bb6e38680002601/forskningsetiska_principer_fix.pdf

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur

Zetterlund, P. (2000) The perioperative dialogue- does the nurse anaesthetist perform preoperative and postoperative visits on the ward? *Vård I Norden*. 57, 43-48

Bilaga: 1



HÖGSKOLAN I BORÅS
VETENSKAP FÖR PROFESSION

ANSÖKAN OM TILLSTÅND

Under vårterminen kommer jag att genomföra en intervjustudie. Studien ligger till grund för min magisteruppsats inom specialistutbildningen anestesisyjukvård vid Högskolan i Borås.

Syftet med studien är att ta reda på hur anestesisyjuksköterskor på sjukhus resonerar om den perioperativa vårdprocessen

Jag kommer att göra en kvalitativ intervjustudie där mitt mål är att intervjua anestesisyjuksköterskor med blandad erfarenhet och spridning mellan kön och ålder. Intervjun kommer att ta cirka en halvtimme och kommer att äga rum på centraloperation eller vid en plats där det passar bra för den personen som blir intervjuad. Intervjun kommer att spelas in på band och resultatet av intervjuerna kommer att avidentifieras och bearbetas konfidentiellt enligt personuppgiftslagen. De enda som kommer att läsa intervjuerna efteråt är jag, Magnus Lindström och min handledare Margareta Mollberg som finns på högskolan i Borås. Medverkan är frivillig och deltagandet i studien kan avbrytas när så önskas och utan närmare motivering.

Med detta som bakgrund ber jag om tillstånd att genomföra denna studie genom underskrift nedan.

Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående ansvariga:

Magnus Lindström
Tel: XXXXXXXXX
E-post: magnuslindis@hotmail.com

Handledare

Margareta Mollberg
Lektor vid institutionen för vårdvetenskap, Högskolan i Borås
Tel: XXXXXXXXX
E-post: margareta.mollberg@hb.se

Med Vänliga Hälsningar!
Magnus Lindström

Tillstånd medges för Magnus Lindström att genomföra intervjuer med anestesisyjuksköterskor.

.....
Datum

Namn

Bilaga: 2



HÖGSKOLAN I BORÅS
VETENSKAP FÖR PROFESSION

SAMTYCKE TILL DELTAGANDE

I studien med att belysa hur anestesijuksköterskor på sjukhus resonerar om den perioperativa vårdprocessen

Jag är villig att delta i en intervju som spelas in på band och att den får användas för vetenskaplig publikation. Jag har muntligt informerats om studien och har tagit del av den skriftliga informationen.

Datum.....

.....
Underskrift

.....
Namnförtydligande

.....
Underskrift, Kontaktperson