PERIOPERATIV DIALOG-
Utopi eller verklighet?

PERIOPERATIVE DIALOGUE-
Utopia or reality?

En pilotstudie.

Författare: Rebecka Lindvall & Pernilla Rooslien
SAMMANFATTNING


Nyckelord: Perioperativ dialog, perioperativ sjuksköterska, chefssjuksköterskor, perioperativ omvårdnad
ABSTRACT

Perioperative dialogue is a way of working where the perioperative nurse meets the patient at three occasions, which has proved to be beneficial for both patients and nurses. To implement the perioperative dialogue, organization changes are needed. The aim of the study was to investigate what is required to implement and work with perioperative dialogue. A pilot study has been performed, with a qualitative approach, where head-nurses were interviewed. The result presented two main categories, opportunities and hindrances with sub- and sub-subcategories. The interviewed head-nurses had difficulties to see how to implement perioperative dialogue in their organization. Shortage of staff, and therefore difficulties for the theater nurse to have the time to follow the patient was emphasized. Perioperative dialogue demands a need from patients and staff. In daily work the participating head nurses did see the possibility for easier implementation in elective surgery and also the need for a special person to head the project.

Keywords: Perioperative dialogue, perioperative nurse, head-nurse, perioperative nursing.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Kapitel</th>
<th>Sidnummer</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Operationssjukvård</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Patienten i vården</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Patientsäkerhet</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Definitioner</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Den perioperativa sjuksköterskan</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Perioperativ vård</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Perioperativ dialog</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Kontinuitet</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Patientinflytande</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbetstillfredsställelse</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>PROBLEMFORMULERING</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>SYFTE</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Frågeställning</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>DESIGN</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Urval</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Datainsamlingsmetod</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Analys</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>ETISKA ASPEKTER</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>RESULTAT</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>Förutsättning</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Hinder</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>DISKUSSION</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>Metoddiskussion</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>Resultatdiskussion</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>Slutsats</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>Klinisk betydelse</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>Förslag på vidare forskning/utveckling</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>REFERenser</td>
<td>30</td>
</tr>
</tbody>
</table>
BAKGRUND

Operationssjukvård


Vårdgarantin, som i dess nuvarande form infördes i Sverige 2005, innebär att en patient som mest ska behöva vänta i 90 dagar på en planerad behandling (Sveriges Kommuner och Landsting, 2010). Vårdstrukturen, de politiska, demokratiska och ekonomiska aspekterna av operationssjukvården, ger hög arbetsbelastning för personalen, många planerade operationer och kör med väntande till operation (Socialstyrelsen, 2004).

Enligt Socialstyrelsen fanns det i Sverige ca 3580 operationssjuksköterskor verksamma inom hälso- och sjukvården år 2007 och siffrorna för anestesi- och intensivvårdssjuksköterskor uppgick till drygt 9380 samma år (Socialstyrelsen, 2009).


Det som sker i bytestid är patientorienterade uppgifter, exempelvis sedering/sövning, huddesinfektion och drapering, förflyttning av patienten till och från operationsbordet och förbandsläggning, instrumenthantering, registrering av patientuppgifter, förberedelse av operationssalen mellan operationerna, hämtning och flytt av utrustning, operationsplanering, väntan och personalbyte för raster. Bytestider bör vara så korta som möjligt för att så många operationer som möjligt skall kunna genomföras (Brennerfors & Lundberg, 2004).
Patienten i vården

En patient som är sjuk eller har ett sjukdomstillstånd måste ibland även anpassa sig till sjukvården (Rudolfsson, 2007). Patienten kan först komma att utsättas för sjukdomslidande men också för vårdlidande om de kommer i kontakt med vård där det råder brist på kunskap och reflektion (Eriksson, 1994).

"Att åstadkomma ett lidande för den andre innebär alltid att kränka den andres värdighet, att inte bekräfta denne som fullvärdig människa" (Katie Eriksson, 1994, s 39).


Patientsäkerhet


Den första dimensionen är de risker vilka är möjliga att undvika: förväxlingar, kvarglömda föremål, läkemedelshantering, medicinteknisk utrustning, kommunikationsrelaterade risker, infektionsrisiker. Dessa risker är det ansvar för
patientsäkerheten som den perioperativa sjuksköterskan har tillsammans med övriga teamet på operationsavdelningen.

Den andra dimensionen är risk- och nyttobedömningen på individnivå, för den enskilde patienten, med fallskador och trycksår. Den perioperativa sjuksköterskan måste arbeta i förebyggande syfte för att undvika fallskada, utröna om patienten kan förflytta sig själv eller inte, liksom bedöma om de rutinmässiga trycksårprofylaktiska åtgärderna är tillräckligt i varje enskilt fall.

Den tredje dimensionen är de risker vårdstrukturen bidrar med, hög arbetsbelastning med köer till operationer, många planerade operativa ingrepp, för liten personalstyrka och bristfällig materialtillgång. Vårdstrukturen inkluderar de politiska, demokratiska och ekonomiska aspekterna av patientsäkerhetsarbetet med tillgängligheten i vården, kompetensen hos personalen, liksom ledningens betydelse för personalens säkerhetstänkande och för säkerhetskulturen på den enskilda arbetsplatsen (Socialstyrelsen, 2004).


Att förhålla sig professionellt innebär att man ser varje patienten och situation som unik (Eriksson, 2002). Den perioperativa sjuksköterskans kommunikation med patienten handlar om att på kort tid skapa ett utbyte med patienten för att ha möjlighet att lugna och skydda en utsatt människa. Sjuksköterskan måste snabbt utröna vad den enskilde patienten behöver för att förbli eller bli lugnad under den oftast korta tid innan patienten sövs, såvida inte operationen sker i lokalbedövning då patienten är vaken under ingreppet och kommunikationen fortgår (Bull & FitzGerald, 2006).
Definitioner

Den perioperativa sjuksköterskan


Enligt Högskoleförordningen (2006:1053), ska en sjuksköterska med genomgången specialistsjukvårdsexamen som anestesi- eller operationssjuksköterska, visa fördjupad förmåga att självständigt och i samråd med patienten kunna identifiera vårdbehov och upprätta en vårdplan. Sjuksköterskan ska även kunna leda och utvärdera vårdåtgärder som behövs för att främja hälsa, och förebygga ohälsa.

Den perioperativa sjuksköterskan kombinerar direkt omvårdnad av patienten med indirekt omvårdnad som innebär handhavande av avancerad teknisk utrustning och tekniskt kunskap. Sjuksköterskor på operationsavdelningar upplever ibland en motsättning där den vårddande delen av arbetet är det som gör dem till sjuksköterskor, medan den tekniska delen är det som ger dem professionellt erkännande (Bull & FitzGerald, 2006).

Perioperativ vård


**Professionell naturlig vård**


**Grundvård**


**Specialvård**

Specialvård är de medicinska handlingar och läkarordinationer som utförs. Den perioperativa sjuksköterskan med specialistinriktning mot anestesisjukvård säkerställer att patienten får anestesivård enligt ordination (Lindwall & von Post, 2008a).
sjuksköterskan specialiserad inom operation har ansvar för aseptiken, att en antibakteriell miljö skapas runt operationssäret, instrumenteringen, samt att infektions- och komplikationsförebyggande åtgärder vidtas i samband med operationer, behandlingar och undersökningar (Högskoleförordningen, 2006:1053).

**Perioperativ dialog**

Syftet med den perioperativa dialogen är att skydda den mänskliga värdigheten hos patienten, minska patientens lidande och skapa en säker perioperativ vård (Lindwall & von Post, 2009).

Den perioperativa dialogen består av tre möten; pre-, intra- och postoperativt och mötena innehåller vårdprocessens steg med informationssamling och analys, planering, utförande och utvärdering (Lindwall & von Post, 2008a).


**Kontinuitet**


**Patientinflytande**


Arbetstillfredsställelse


PROBLEMFORMULERING

Studier av perioperativ dialog visar på ökat patientinflytande, ökad kontinuitet och ökad arbetstillfredsställelse i samband med perioperativ vård av patienter. Idag används perioperativ dialog endast på ett fåtal operationsavdelningar i Sverige. När nu perioperativ dialog enligt litteraturen gagnar patienterna, varför används inte det i större utsträckning på operationsavdelningar?

SYFTE

Syftet med pilotstudien är att undersöka vilka förutsättningar som krävs för att införa och arbeta med perioperativ dialog på operationsavdelning.

Frågeställning

Vilka hinder respektive förutsättningar ser chefssjuksköterskor för införande av perioperativ dialog?
**DESIGN**


**Urval**


Datainsamlingen skedde under tre veckor i januari 2010. En intervju genomfördes under den första veckan, två intervjuer under den andra veckan och den sista och fjärde intervjun under den tredje veckan.

Vid analysarbetet framkom att materialet var för omfattande för en pilotstudie, varför en intervju uteslöts. Lottning avgjorde vilken intervju som skulle uteslutas. Analysarbetet fortsatte med återstående material bestående av tre intervjuer.
Datainsamlingsmetod


Analys


ETISKA ASPEKTER

Intervjuerna genomfördes med frivilligt deltagande. Deltagarna erhöll skriftlig och muntlig information om studien och sitt eget deltagande och att de närsomhelst under undersökningen kunde avbryta sin medverkan, utan att ange skäl. Skriftlig information sändes via e-post vid förfrågan om deltagande och muntlig information gavs i samband med intervjuerna. I undersökningen har deltagarnas identiteter, avdelningarnas och sjukhusens namn skyddats genom nummerkodning av materialet. Inte heller presenteras de specialiteter deltagarnas operationsavdelningar arbetar inom, då författarna anser att det kan bryta konfidentialiteten för deltagarna. Materialets nummerkoder har endast författarna känt till och det ljudinspelade intervjamaterialet destruerades efter godkänd transkribering. Det kodade transkriverade intervjamaterialet förvaras av författarna till dess studien är färdig, vilket de även kommer att göra efter godkänd arbete. Deltagarna gavs möjlighet att läsa det transkriberade materialet från intervjun de deltog i innan analysen påbörjades. Detta för att de skulle ha möjlighet att komplettera eller revidera uttalanden.

Författarna kunde inte se hur undersökningen skulle kunna orsaka deltagare lidande.

Under analysarbetet ströks genom lottning en av intervjuerna då materialets omfattning blev för stor för pilotstudien. Detta beklagar författarna då deltagarna lagt ner både tid och engagemang på sitt deltagande i studien.

RESULTAT

Resultatet presenteras i kategorier, subkategorier och sub-subkategorier, dels i löpande text och dels i Figur 1 (nedan). Två kategorier framkom vid analysen; förutsättningar och hinder för införande av perioperativ dialog. I kategorin förutsättningar framkom subkategorierna organisationsförändringar, sjuksköterskans behov, patientens behov och sjuksköterskans kunskap. Under subkategoriin organisationsförändringar framkom i sin tur sub-subkategorierna drivande person, projekt, möjligheter och engagemang.

Under kategorin hinder framkom subkategorierna organisationshinder, tidsbrist, personalbrist, sjuksköterskans motivation och patientens avsaknad av behov. Under subkategoriin organisationshinder framkom sub-subkategorierna befintliga krav på organisation, prioritering, engagemang och schemaförändring.

| FÖRUTSÄTTNING | • PATIENTENS BEHOV  
| • SJUKSKÖTERSKANS BEHOV  
| • SJUKSKÖTERSKANS KUNSKAP  
| • ORGANISATIONSFÖRÅNDRINGAR  
| | o Projekt  
| | o Drivande person  
| | o Möjligheter  
| | o Engagemang  
| HINDER | • ORGANISATIONSHINDER  
| | o Befintliga krav på organisation  
| | o Prioritering  
| | o (Svårighet med) engagemang  
| | o Schemaförändring  
| | • TIDSBRIST  
| | • PERSONALBRIST  
| | • SJUKSKÖTERSKANS MOTIVATION  
| | • PATIENTENS AVSAKNAD AV BEHOV  

Figur 1: Resultat. Förutsättningar och hinder att införa perioperativ dialog. Kategorier, subkategorier och sub-subkategorier.
Alltså, vi har inte så mycket planerade operationer. 40 % utav våra patienter är akuta. Och det betyder att vi vet inte på morgonen vilka som ska opereras. Dom som är uppsatta på operation dagen innan är inte alltid säkert att vi har dom på morgonen.

Figur 2: Exempel från innehållsanalysen

**Förutsättning**

**Patientens behov**


… patienten får träffa mig, svara på frågor för att jag vet att det finns mycket frågor som patienten har innan. Kanske hur man ligger eller vad som kommer att hända och ske under operationen. Och efteråt. Det finns så mycket frågor från patienten. Så det tror jag är ett jättestort behov utav. (Chefssjuksköterska A)
Då när jag liksom förklarade det för honom, så tyckte han att det var så himla bra. Ja visst finns behovet av ett förklarade samtal. För jag tror att det är det det handlar om. (Chefssjuksköterska C)

Sjuksköterskans behov


Så kan jag se liksom att som operationssjuksköterska så tappar man lite grann patientkontakt. Och det kan man ibland sakna. (Chefssjuksköterska C)

Perioperativ dialog med patienten kan ge sjuksköterskan information som kan komma till nytta vid planeringen av patientens tid på operation, som då kan anpassas individuellt. Ökad kontakt med patienten ger en helhetsbild och en känsla av tillfredsställelse och ökat ansvar. Sjuksköterskan får en helhetsbild av att följa patienten och en trygghet i sin yrkesroll. Perioperativ dialog skulle kunna ge mycket tillbaka till operationssjuksköterskan i dennes yrkesutövning.

Man känner också väldigt mycket tillfredsställelse, det vet man ju, att har man lite mer kontakt med patienten så får man ett större ansvar. Det är ungefär som där man att så fort man vet att sin släkting eller goda vän kommer hit, då beter man sig lite annorlunda faktiskt. Och då kanske det här skulle bli en effekt av, att man får en helhet att ta hand om patienten. (Chefssjuksköterska B)

Och det kan ju vara det där att man känner sig tryggare som operationssköterska om man nu får ta hela flödet med patienten, att jag känner igen Andersson eller Karlsson, direkt jag ser. (Chefssjuksköterska B)

Sjuksköterskans kunskap

När operationssjuksköterskan genomför perioperativ dialog kan denne ge information till patienten, grundad i sjuksköterskans specialkunskaper om operation. Patienten kan
vara i behov av att prata med någon som är insatt i den perioperativa vården, en kunskap vårdavdelningssjuksköterskan oftast inte har.

… så har jag jobbat på en kirurgavdelning som färdig op-syrra. Där märkte jag också vad jag kunde tillföra... som personalen inte kunde. Personalen kan inte så mycket om operationerna som vi kan. (Chefssjuksköterska C)

Organisationsförändringar

För att kunna införa och arbeta med perioperativ dialog kan organisationen behöva förändras och struktureras om. Ett förslag till organisationsförändring är att arbetet börjar i projektform för att i projektet utarbeta en plan för att få det att passa i den egna verksamheten:

Alltså jag tror man måste börja med nån sorts studie, nån sorts projekt måste man börja med. Man kan inte bara införa nånting och tro att det ska funka. Jag tror att man kanske måste gå projektvägen… (Chefssjuksköterska A)


För när man väl startar nånting sånt här stort... och man vill att det ska bli... att det ska stanna liksom i verksamheten då tror jag att man måste gå rätt väg tror jag. Så man inte gör nåt snabbt, förstå ni? Man bara ”Nu ska vi inför perioperativa samtal. Nu börjar vi på måndag”. Och så startar man nantning som inte är väl förankrat och strukturerat, tror jag. Då är det lätt att det blir fel. Så det är... ja...så ser det ut hos oss i alla fall. (Chefssjuksköterska A)

Man kommer aldrig riktigt till skott för att verksamheten åter utav en. Det är ju ändå den som går i första hand, därför tror jag att man … man väntar på att nån som kanske utanför tar tag i det och driver det här. (Chefssjuksköterska A)
I verksamheter med elektiv kirurgi såg de större möjligheter att använda sig av perioperativ dialog. Vid elektiv kirurgi är operationerna planerade för en tid framåt, verksamheten är till en viss grad förutsägbar, men kan komma att ändras. Elektiv kirurgi kan göra det lättare att planera sitt arbete och lägga om schemat.

… att de elektiva salarna, att är man där som operationssyster, att har en vecka på sig då man vet att man är där, kan gå in och titta och titta vad det är för typ av patienter, och där, i det fallet så skulle man kunna söka sig ner till patienten. (Chefssjuksköterska B)

Inom operationssjukvården har varit nyrekryteringen varit begränsad. Användandet av perioperativ dialog breddar operationssjuksköterskans yrke och skulle kunna ge ett ökat engagemang och till att fler söker sig till operationssjuksköterskeyrket:

Man tror att genom att utöka variationen så kommer vi att få mer sökande och man kommer mer att vara motiverad för att jobba som operationssköterska.

(Chefssjuksköterska B)

**Hinder**

**Organisationshinder**


Idag är det så mycket sparbeting och man går så snävt så att det... det är... det är, alltså lite utopi att tro att man ska få in det på en specialistavdelning, alltså så som den här typen av avdelning. (Chefssjuksköterska C)

Alltså, vi har inte så mycket planerade operationer. Fyrtio procent utav våra patienter är akuta. Och det betyder att vi vet inte på morgonen vilka som ska opereras. Dom som är
uppsatta på operation dagen innan är inte alltid säkert att vi har dom på morgonen.
(Chefssjuksköterska C)


…vi är ju ganska lyckligt lottade som har en bemanning som är bra till... till att kunna driva projekt, men även ha kompetensutveckling på avdelningen. Men...Den kompetensutvecklingen vi har nu till mycket annat och är inte tillägnat till perioperativt samtal just nu (Chefssjuksköterska A)

Idéen är... men då måste man ha med sig HELA ledningen. Alltså hela... hela liksom kliniken, alla bitar i det här, att få det att fungera. (Chefssjuksköterska A)

Samma sjuksköterska ska följa patienten genom hela den perioperativa vården. Det finns behov av schemaförändringar så att samma sjuksköterska har möjlighet att följa patienten.

Ska man ha samtal innan med patienten så ska man också instrumentera den patienten. Det krävs mycket organisatoriskt (Chefssjuksköterska B)

**Tidsbrist**

Ett stort hinder för att införa och arbeta med perioperativ dialog förefaller vara att få tid till det. Stora operationsprogram ger snäva tidsramar. Tid krävs både till att planera och införa, tid krävs till uppstarten och slutligen till att möta patienten före och efter.

Det stora negativet som jag ser, det är det att det passar inte alltid verkligheten. Därför det finns inte tiden… (Chefssjuksköterska C)

Vi måste ju ha den tiden också för att kunna utföra det här. (Chefssjuksköterska B)

**Personalbrist**
Det finns en brist på operationssjuksköterskor inom operationssjukvården. Chefssjuksköterskorna tror inte att befintligt antal operationssjuksköterskor räcker, hade man haft tillgång till fler hade man nog redan infört det.

Också att det finns resurser i form av fler operationssjuksköterskor. Och det är ju liksom dilemma idag, att få operationssköterskor. För det är det som kanske har stupat under årens lopp, om det har funnits en större tillgång så hade man kanske redan infört det här.

(Chefssjuksköterska B)

**Sjuksköterskans avsaknad av motivation**

Det är viktigt med motivation vid genomförandet av förändringar i arbetsorganisation. Alla sjuksköterskor är kanske inte positiva till att arbeta med perioperativ dialog och då kan det vara svårt att bli motiverad. Skäl som framkom i studien till varför sjuksköterskan inte är det kan vara att de jobbat i många år och att man har en väl Inkörd och fungerande rutin som då skulle behöva ändras för att kunna arbeta med perioperativ dialog.

Det är många av de här sköterskorna som är en äldre generationen dom tyckte att det här var liksom en extra uppgift som styrdel litegrann… (Chefssjuksköterska B)

…vi har en arbetsplats där… där operationssköterskorna var väldigt trogen sin arbetsplats. Medelåldern är relativt hög… man i sin utbildning så har man inte fått den här preoperativa, som ni har fått, alltså inblicken. Utan man, vi har fått som följer och det kanske inte alla tagit till sig den riktigt ordentligt…( Cheffsjuksköterska B)

**Patientens avsaknad av behov**

Behovet av information hos patienten är individuellt, alla kanske inte har samma behov. Patientens avsaknad av behov av perioperativ dialog är ett tungt vägande skäl till att inte använda det. Vill patienterna inte delta i perioperativ dialog finns det ingen anledning att använda sig av det. En aspekt av att patienten inte har behov av perioperativ dialog kan vara att denne redan träffar många vid inskrivningen och ankomsten till sjukhuset. Mötet med operationssjuksköterskan skulle då istället för att tillföra något och fylla ett behov, ta tid från patienten.
För det blir ju lite tjatigt för patienten; operatören som informerar, och det är narkossköterskan som informerar, narkosläkaren som informerar, och så kommer också en operationssköterska att informera, gå in i varandras uppgifter mycket.
(Chefssjuksköterska B)

Sen är jag inte så säker på att alla patienter alltid vill ha så mycket information. Det är väldigt mycket information som fås till patienterna idag. (Chefssjuksköterska C)
DISKUSSION

Metoddiskussion


Vid sökning med sökord för perioperativ vård dök alternativa sökord för perioperativ dialog upp. Författarna ansåg i det skedet att artiklarna inte hade mer att tillföra arbetet som kom att fokusera på operationssjukvården i Sverige. Detta kan i efterhand ses som ett misstag då det kunde ha tillfört ett internationellt perspektiv på arbetet. Sträven har varit att ha med så aktuellt material som möjligt.

Samtliga artiklar i studien har varit intervjustudier med kvalitativ ansats. En kvalitativ ansats undersöker upplevelsen hos studiedeltagare inom området som studerats och kan bestå av ett mindre antal deltagare. En kvalitativ studie kan inte generaliseras, men kan ge en riktning om den unika människans upplevelse.


Författarna utgick ifrån att perioperativ dialog inte användes i så stor utsträckning inom urvalsområdet. Hade någon avdelning arbetat med perioperativ dialog hade detta setts som tillgång. Ingen av de valda operationsavdelningarna arbetade med perioperativ dialog.

Bakgrundsinformation om deltagarna efterfrågades inte i studien, detta innebär en svaghet om studien ska upprepas, då man har svårt att få deltagare med motsvarande bakgrund.


Uppdelningen att den ena författaren ställde frågorna och den andra skötte inspelningsapparaturen och ställde eventuella följdfrågor gjorde att båda kunde koncentrera sig på sin uppgift under intervjuerna. Ovana vid intervjuutgångar innebar dock svårighet att reflektera över informationen från deltagarna under intervjuernas gång och därigenom möjlighet vid rätt tillfälle ställa en givande följdfråga. Vid analysarbetet kom reflektioner som "här skulle man ha ställt den och den frågan!"

Analysarbetet genomfördes dels av författarna på var sitt håll och dels tillsammans där analysmaterialet diskuterades till dess enighet uppstod. Vid analysen insåg författarna att materialets storlek överskrede ramen för pilotstudien, då antalet koder uppgick till 141 stycken, vilket gjorde det nästan omöjligt att få överblick över, varför en av intervjuerna, med lottens hjälp, ströks och arbetet fortgick med ett mer lätthanterligt
material. Här gick tyvärr material förlorat som både kunde ha stärkt resultat ytterligare och eventuellt belyst andra områden än de som framkom.

Exempel på hur en kategori med subkategori och underkategorier utformats från den meningsbärande enheten visas i Figur 2.

**Resultatdiskussion**

Kategorierna förutsättningar och hinder valdes då de direkt svarar på arbetets syfte. Förutsättningar är en diffus etikett på kategorin då en förutsättning kan vara både som något positivt och något negativt beroende av synsätt. I detta arbeta avser förutsättning en positiv företeelse, något som är möjligt.


Sub-subkategorin till organisationshinder, engagemang, är i sig inte ett hinder. Engagemang blir ett hinder först när det saknas, men att engagera stora delar av en klinik kan i sig innebära ett hinder, då det är många inblandade.

Tidsbrist som hinder återkom genom alla intervjuerna i arbetet. Tide krävs till att starta upp perioperativ dialog och arbeta med det. Chefssjuksköterskorna i undersökningen beskrev hur kraven på operationssjukvården och bristen på tid utgör ett hinder för införande av perioperativ dialog.

Chefssjuksköterskorna uttrycker i intervjuerna att bristen på operationssjuksköterskor utgör ett hinder för införande av perioperativ dialog. Enligt ett citat skulle perioperativ dialog kanske redan ha införts om det funnits fler operationssjuksköterskor. Det relativt


Det förfaller finnas kunskapsluckor avseende perioperativ dialog ute i verksamheterna. Syftet med perioperativ dialog är inte i första hand en informationsstund, utan en
möjlighet för sjuksköterska och patienten att knyta an och skapa en kontinuitet i samband med operation. Patienten blir delaktig i sin egen vård och sjuksköterskan får på så vis hjälp vid planeringen av patientens vård och möjligheten att utvärdera densamma.


**Slutsats**

Chefssjuksköterskor innehar en ledarroll på avdelningar med krav på sig utifrån med avseende på produktion och ekonomi. Chefssjuksköterskorna i undersökningen har svårt att se hur perioperativ dialog skulle kunna införas i deras operationsverksamhet. De pekar på personalbrist, svårigheter i att operationssjuksköterskan ska ha möjlighet att följa patienten, och att få tiden att räcka till. Men de ser även att det finns ett behov hos patienter och personal, möjligheter att införa det i elektiv verksamhet och att det vid införandet finns behov av en drivande person som kan starta upp införandet genom projekt.

**Klinisk betydelse**

En avdelning kan använda de förutsättningar och hinder som framkommit som ett arbetsunderlag vid införande av perioperativ dialog.

**Förslag på vidare forskning/utveckling**

Förslag till fortsatta studier är att intervjuar personal från operationsavdelningar där man arbetar med perioperativ dialog. I ett sådant arbete skulle resultatet från det här arbetet kunna ligga till grund för forskningsfrågor utifrån aspekten förutsättningar hinder och hur de kommit förbi dem.
REFERENSER


Lund: Studentlitteratur.

*Nursing Ethics, 15*(5), 670-681.


Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins


Doktorsavhandling, Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap.


BILAGOR

Bilaga 1

RÖDA KORSETS HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Deltagarinformation

Förfrågan om medverkan i undersökning

Vi är studenter på specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot operationssjukvård vid Röda Korsets Högskola i Stockholm. I utbildningen ingår att genomföra ett examensarbete inom huvudämnet i form av en uppsats på 15 högskolepoäng.

Vi avser att genomföra en undersökning inom ramen för examensarbetet. Preliminärt namn på studien är: Perioperativ dialog. Utopi eller verklighet?

Området vi önskar studera är: Perioperativ dialog

Studien är godkänd av Röda Korsets Högskolas granskningsnämnd för empiriska studentarbeten D-nr 031/2009

Vi vill därför tillfråga dig om att delta i en intervju-undersökning angående: Vad krävs på operationsavdelningen för att införa perioperativ dialog?

Intervjun tar ca 30-60 minuter att genomföra. Dina svar kommer att behandlas anonymt och konfidentiellt och redovisas i en form där inga enskilda deltagares svar kan identifieras. Intervjun kommer att ske under januari 2010.

Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst och utan förklaring avbryta ditt deltagande.

Resultaten i denna undersökning kommer att ge ökad kunskap som kan bidra till ett förbättrat patientomhändertagande.

Om du önskar ytterligare information angående denna undersökning kan du vända dig till oss (se nedan).

Stockholm åååå mm dd

Studentens signatur
Namnförrydligande
Telefonnummer
Mail-adress

Studentens signatur
Namnförrydligande
Telefonnummer
Mail-adress
Handledares signatur
Namnförtydligande
Mail-adress

Röda Korsets Högskola
Box 55 676
102 15 Stockholm
Tel. 08 58751600
Bilaga 2

Intervjuguide

"Vilka erfarenheter av perioperativ dialog har ni på er operationsavdelning?"

Vad förefaller positivt med perioperativ dialog?

Vad förefaller negativt med perioperativ dialog?

"Vad tror du skulle krävas för att kunna införa perioperativ dialog på din operationsavdelning?"