



Positionering av patient i benstöd

– Operationssjuksköterskors uppfattningar

Positioning patient in legbearer

– Theatre nurses perception

Linnéa Bohman

Fakultet för hälsa, teknik- och naturvetenskap

Omvårdnad/omvårdnadsvetenskap

15 hp

Handledare: Birgitta Bisholt

Examinator: Lillemor Lindwall

Datum 2015-05-28

SAMMANFATTNING

Titel:	Positionering av patient i benstöd – Operationssjuksköterskors uppfattningar Positioning patient in legbearer - Theatre nurses perceptions
Fakultet:	Hälsa, natur- och teknikvetenskap
Kurs:	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp
Författare:	Linnéa Bohman
Handledare:	Birgitta Bisholt
Examinerande lärare:	Johan Söderquist
Examinator:	Lillemor Lindwall
Sidor:	25
Datum för examination:	2015-05-28
Svenska nyckelord:	Perioperativ vård, Operationssjuksköterska, Vårdåtgärder, Positionering, Benstöd

Introduktion: Patienter kan drabbas av vårdskador i samband med positionering med operation. Det är operationssjuksköterskan som tillsammans med operationsteamet ansvarar för patientens positionering. **Syftet** med studien var att beskriva operationssjuksköterskors uppfattningar av vårdåtgärder som utförs i samband med positionering av patient i benstöd. **Metod:** Studien har genomförts med kvalitativ metod och datainsamlingsmetod var enskilda intervjuer. Databearbetning har genomförts med kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Analysen resulterade i två kategorier med tillhörande sex subkategorier. Den första kategorin visar att vårdåtgärder som operationssjuksköterskor utför i samband med positionering är anpassade efter patientens kroppsliga förutsättningar och behov. Den andra kategorin visar att operationssjuksköterskor tar ansvar för och kontrollerar att positioneringen utförs med bästa möjliga avlastning av tryck och sträckning undviks. Det framkommer vidare att riktlinjer fyller en viktig funktion för att tiden i benstöden inte skall överskridas. Det är viktigt att operationsteamet samarbetar för att söka lösningar som passar patienten. **Slutsats:** Denna studie visar att för en lyckad positionering i benstöd behöver hänsyn tas till patientens kroppsbyggnad och behov. Ett pre- och intraoperativt samtal ger kunskap om behov som patienten har inför positioneringen. Studien visar att operationssjuksköterskor tar ansvar för och kontrollerar att positioneringen utförs på riktigt sätt och bevakar att tiden i begränsas genom att följa riktlinjer. De kontrollerar positioneringen innan drapering sker och har en handlingsberedskap under hela operationen för att skydda patienten. Vid begränsningar att ligga i benstöd provas läget ut tillsammans med patienten innan spinalbedövningen ges för att förhindra att skador uppstår. Studien visar vidare att patientens delaktighet är viktig för att uppnå bästa möjliga avlastning i samband med positioneringen samt att hela operationsteamet samarbetar och bidrar med nya flexibla lösningar på problem som uppstår.

ABSTRACT

Title: Positioning patient in legbearer
-Theatre nurses perceptions

Faculty: Health, Science and Technology

Course: Degree project - nursing, 15 ECTS

Authors: Linnéa Bohman

Supervisor: Birgitta Bisholt

Examiner: Johan Söderquist

Examiner: Lillemor Lindwall

Pages: 25

Date for the examination: 2015-05-28

Key words: Perioperative nursing, Theatre nurse, Nursing interventions, Positioning, Legbearer

Introduction: Patients may suffer from medical injuries associated with surgery positioning. There is the theatre nurse together with the operating team who is responsible for the patients positioning. **The aim** of the study was to describe theatre nurses perceptions of nursing interventions conjunction with the positioning of the patient in leg bearer. **Method:** The study was conducted using qualitative methodology and data collection method was individual interviews. Data processing was carried out with qualitative content analysis. **Results:** The analysis resulted in two categories with the associated six subcategories. The first category shows that health interventions performed by the theatre nurses is adopted for the patients' physical conditions and needs. The second category shows that theatre nurses take responsibility for and control the positioning that it is carried with the best possible relief of pressure and tension are avoided. It proves that guidelines serves an important function to prevent the time in leg bearer from being exceeded. It is important that the operating team working together to find solutions. **Conclusion:** This study shows that for a successful positioning in the leg bearer need to take account of patient's body conditions and needs. A pre- and intraoperative dialogue provides knowledge about the patients' needs prior to positioning. The study shows that theatre nurses take responsibility for and make sure that positioning is carried out properly and monitor the time in restricted following the guidelines. They control the positioning before draping is done and has a readiness to act throughout the surgery to protect the patient. When limitations to lie in the leg bearer the position are tried out together with the patient before spinal anesthesia is given to prevent damage. The study further shows that the patient's participation is important for achieving the best possible relief in connection with the positioning and that the whole operating team collaborates and contributes with new flexible solutions to problems.

Innehållsförteckning

INTRODUKTION.....	5
VÅRDSKADOR I SAMBAND MED POSITIONERING I BENSTÖD	5
POSITIONERING AV PATIENT I BENSTÖD	6
OPERATIONSSJUKSKÖTERS KANS ANSVAR I SAMBAND MED POSITIONERING I BENSTÖD	6
PERIOPERATIV VÅRD OCH TEORI	7
FORSKNINGSÖVERSIKT	8
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE	8
METOD	9
URVAL.....	9
DATAINSAMLING	9
DATAANALYS	10
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	11
RESULTAT	13
ATT ANPASSA POSITIONERING EFTER PATIENTENS BEHOV	13
<i>Att anpassa till patientens kroppsbyggnad</i>	<i>13</i>
<i>Att tillgodose behov vid positionering</i>	<i>14</i>
ATT TA ANSVAR I SAMBAND MED POSITIONERING AV PATIENT	15
<i>Kontrollera att riktlinjer efterföljs.....</i>	<i>15</i>
<i>Att kontrollera positioneringen.....</i>	<i>15</i>
<i>Att prova ut läget innan spinalbedövning eller sövning</i>	<i>16</i>
<i>Att ansvara för att operationsteamet söker lösningar</i>	<i>17</i>
DISKUSSION	18
RESULTATDISKUSSION	18
METODDISKUSSION.....	20
KLINISK BETYDELSE	21
SLUTSATS.....	22
REFERENSER.....	23
TILLSTÅND FÖR GENOMFÖRANDE AV EXAMENSARBETE.....	27

Bilagor:

Bilaga 1 Information till verksamhetschef

Bilaga 2 Tillstånd för genomförande av examinationsarbete

Bilaga 3 Samtyckesblankett

Bilaga 4 Intervjuguide

Introduktion

Inom hälso- och sjukvården kan vårdskador uppstå i samband med positionering av patienter under operation (SFS 2010:659). Den årliga kostnaden för vårdskador, beräknas till mellan 6,9 - 8,1 miljoner kronor (Sveriges Kommuner och Landsting [SKL] 2013). Risken att drabbas av vårdskada i samband med ett vårdtillfälle uppges idag till 15 procent, vilket medför ökat lidande och ökat behov av vård för de som drabbas (Socialstyrelsen 2014 a,b; SKL 2013). I samband med positionering av patient i benstöd kan felaktig placering av patientens ben ske och leda till att en vårdskada uppstår (Akvahan & Stock 2010; Auerhammar 2008). Operationssjuksköterskans kunskap om patientens behov kan bidra till att positioneringen i benstöd inte sker på felaktigt sätt (Gillespie et al 2008; Lopez & Garvao 2010). Ökade krav på effektivitet mellan operationerna kan bidra till att tiden är knapp för perioperativt samtal och patientens delaktighet för ta reda på behov inför positioneringen (Alfredsdottir & Bjornsdottir 2008). Operationssjuksköterskan har ansvaret för vårdåtgärder att patienten vilar säkert med bästa möjliga ställning på operationsbordet under hela operationen, i synnerhet för att undvika tryck och nervskador (Gillespie 2008; Kolvered et al 2012). I föreliggande studie finns intresse av att beskriva operationssjuksköterskans uppfattningar av vårdåtgärder som genomförs i samband med positionering av patient i benstöd.

Vårdskador i samband med positionering i benstöd

År 2013 orsakades patienter skada i 15 % av vårdtillfällena (SKL 2013). Med vårdskada avses en skada som i två av tre fall inte skulle inträffat om rätt vårdåtgärder vidtagits (Socialstyrelsen 2014 a,b). Vårdrelaterade infektioner, tryck och nervskador är de vanligast förekommande vårdskada som inträffar i samband med kirurgiska eller andra invasiva ingrepp. En skadeöversikt från 2013 (SKL 2013) visar att 14,3 % av vårdrelaterade nervskador bidrog till en temporär skada som krävde åtgärd, 42,3 % krävde sjukhusvård samt 42,3 % av de neurologiska skadorna förblev permanenta. Upptäckten av komplikationer i samband med operationer är ofta fördröjd vilket kan ge allvarliga konsekvenser för patienten (Inspektionen för vård och omsorg 2013). Sjukdomar som diabetes, ledsjukdom, rökning samt högt BMI har visat sig öka risken för vårdskada i samband med positionering av patienter under operation (Hansen & Brekken 2012; Dybec 2014). När det gäller positionering av patientens ben i benstöd ska ske på ett säkert sätt för att skydda patienten mot vävnads- och neurologiska skador (Walter-Geer 2009). Nerv- och vävnadsskador kan uppträda vid felaktig positionering i benstöd, vid långvarig sträckning eller vid tryck mot extremiteterna orsakade av till exempel benremmar som sitter för hårt. Nervskador kan uppstå under operation då personal lutar sig mot insidan av patientens lår i samband med att de håller i instrument. Risken för skada ökar efter två timmars tryck och vid fyra timmar är den fördubblad (Hansen & Brekken 2012; Heizenroth 2015; Walter-Geer 2009). Det rekommenderas att patientens läge ändras vid långa operationer för att minska på vävnadstrycket och sträckningen på lårets insida. Blodcirkulationen kan då gynnas genom att röra på patientens fotleder och ge massage (Heizenroth 2015; St-Arnud & Paquin 2008).

Patienter som löper störst risk för att drabbas av nervskador i de nedre extremiteterna i samband med positionering i benstöd är patienter som tidigare opererat höfterna eller

som har lång och smal kroppsbyggnad (Hansen & Brekken 2012; Dybec 2004). Nervskador kan uppträda en till flera dagar efter operation. Beroende på graden av nervskada tar det olika lång tid för patienten att återfå sin normala funktion. Postoperativ uppföljning har betydelse för att i god tid förhindra bestående nervskador (Hansen & Brekken 2012; Spruce & Wicklin 2014).

Positionering av patient i benstöd

Rätt kroppsläge och positionering inför operation är väsentlig för en säker och framgångsrik operation (Heizenroth 2015). Positionering av patienten på operationsbordet inför operation är en av de mest betydelsefulla perioperativa vårdåtgärderna som operationssjuksköterskan utför (St-Arnaud 2008). Det är viktigt att patienten får behålla sin naturliga kroppsställning i den mån det är möjligt och inta en vilande ställning på operationsbordet (Kolvered et al 2012). Det är av betydelse att operationssjuksköterskan är uppmärksam på och tar hänsyn till patientens behov eftersom patienten kan komma till skada om positioneringen utförs på felaktigt sätt (Auerhammar 2008; Kolvered et al 2012; Lopez & Garvao 2010). Målsättningen för en säker positionering av patient under operation ska vara att kroppen får behålla en naturlig ställning i den mån det är möjligt samtidigt som den ger åtkomst till operationsområdet (Hansen & Brekken 2012; Heizenroth 2015; Walter-Geer 2009).

Operationsteamet bestående av operationssjuksköterska, anestesijüksköterska, undersköterska samt operatör ansvarar för patientens perioperativa vård. Vårdåtgärder inför positionering i benstöd planeras och anpassas individuellt utifrån patientens hälsostatus och kroppslig rörlighet samt med hänsyn till eventuella proteser i höft- eller knäled. Vårdåtgärderna syftar till att avlasta utsatta områden samt att undvika tånjning eller sträckning. Det kan vara att vaddera eller polstra för att avlasta utsatta områden från tryck. Det innebär också att iaktta och känna att det inte spänner i lårets muskler och att patienten ligger bekvämt. Den perioperativa vårdplanen utvärderas postoperativt med inspektion av hudstatus, observation vad gäller normal rörlighet och bibehållen känsel (Heizenroth 2015).

Operationssjuksköterskans ansvar i samband med positionering i benstöd

Operationssjuksköterskan ansvarar tillsammans med det övriga operationsteamet för att positionering av patient sker på ett evidensbaserat och säkert sätt i syfte att minska risken för vårdskada (Riksföreningen för operationssjuksköterskor 2014; SFS 2010:659). Det är av stor vikt att ha god förmåga att samordna, hantera olika situationer och finna lösningar inom operationsteamet för att lyckas med positioneringen (Gillespie et al 2008; Spruce & Wicklin 2014).

Det är operationssjuksköterskans ansvar att bedöma riskfaktorer och anpassa vårdåtgärder utifrån patientens behov vid positionering i benstöd (Gillespie et al 2008; Heizenroth, 2015). Blomberg (2014) och Alfredsdottir (2008) har beskrivit att operationssjuksköterskor försöker förbygga misstag genom att hålla ett vakande öga och på så sätt skyddar patienten i samband med operationen. Studier visar att operationssjuksköterskan kontrollerar kontinuerligt att det inte uppstår tryck eller perioperativa nervskador samt att det är de som har ansvaret för hur patienten positioneras

under sterildraperingen (Heizenroth 2015; Bouyer.Furello, 2013). På liknande sätt visade även Blomberg (2014) att operationssjuksköterskor kontrollerar att tiden i benstöd begränsas för att minska risken att vårdskada uppstår. Vid positionering i benstöd finns risk för översträckning eller uttänjning då anestesiläkemedel sätter muskeltonus ur funktion samt att patienten inte känner smärta (Heizenroth 2015; Walter-Geer 2009). Målsättning är att skydda patientens kropp från att skador uppstår och hjälpa patienten till ett väl avpassat viloläge, vilket kan bidra till att tryck och sträckning undviks. För att säkra vården av patienten i samband med positionering i benstöd är det angeläget att operationssjuksköterskan dokumenterar status och genomförda vårdåtgärder i patientens journal (Lindwall & von Post 2012; SFS 2010:569; SOSFS 2008:14; Spruce & Wicklin 2014).

Perioperativ vård och teori

Ordet "Perioperativ" kommer från prefixet *peri* som betyder närmast eller runt omkring. *Operari* har sitt ursprung ur latinska språket och betyder uträtta, utföra en handling eller åtgärd. Perioperativ vård innefattar de vårdåtgärder som utförs i samband med kirurgiska behandlingar och tekniker vid en operation (Lindwall & von Post 2012). Målet med perioperativ vård är att patienten inte skall drabbas av vårdskada i samband med ingrepp eller positionering på operationsbädden (Kolvered et al 2012). Utgångspunkten är det preoperativa samtalet och patientens egen berättelse som är den datainsamling som ligger till grund för operationssjuksköterskan planering av vårdåtgärder som är anpassade efter patientens behov (Heizenroth 2015; Lindwall & von Post 2012). I den perioperativa dialogen pre, intra och postoperativt inhämtar operationssjuksköterskan fortlöpande information för att värna om kontinuiteten och kunna ge bäst möjliga vård i samband med operationen (Lindwall & von Post 2012).

Den perioperativa vårdprocessen ger möjlighet att sammanföra vårdteori i relation till patientens unika behov (Lindwall & von Post 2012) och är föreliggande studies teoretiska referensram. Den perioperativa dialogen är en idealmodell som grundar sig i vårdandets kärna Caritas som innefattar människans värdighet att tänka och handla rätt. Genom perioperativa samtal ges operationssjuksköterskan möjlighet att påverka sina handlingar för att kunna lindra patientens lidande och ge välbefinnande (von Post 2005). Den perioperativa vårdprocessen ger operationssjuksköterskan möjlighet att beskriva vården och vårdåtgärder i samband med operation (Lindwall & von Post 2012; Wiklund Gustin & Lindwall 2012). Den perioperativa vårdprocessen följer fyra steg där information och analys ligger till grund för att planera, genomföra och utvärdera vårdåtgärder perioperativ.

Den perioperativa vården skall planeras och utföras med patientens medverkan så långt det är möjligt utifrån patientens önskemål och individuella förutsättningar (SFS 2014:821). Positioneringen ska ske värdigt tillsammans med patienten med hänsyn till patientens personliga situation och hälsostatus (Eide 2012, Kolvered et al 2012). Patientens medverkan vid positionering underlättar bibehållen kroppshållning och är av betydelse då patienten inte själv kan känna av sin lägesposition under anestesi (Hansen & Brekken 2012; Heizenroth 2015; Walter-Geer 2009).

Forskningsöversikt

Flera studier har beskrivit olika typer av vårdskador som kan uppstå i samband med positionering samt hur säker positionering av patient kan ske (Lopez & Gavao 2010; Spruce & Wicklin 2014; St-Arnud- Paqiu 2008; Walter-Geer 2009). I samband med positionering i benstöd är det viktigt att ta hänsyn till flera nerver och bensutskott samt att vara uppmärksam på patientens behov då placeringen i benstöd kan ge allvarliga skador om den utförs på felaktigt sätt (Auhammer 2008; Gillespie 2008). Positioneringen av patient inför operation är en grundläggande och viktig vårdåtgärd operationssjuksköterska utför i sitt dagliga vårdarbete (Bouyer-Furello 2013; Spruce & Wicklin 2014). Lopez och Gavao (2010) har beskrivit i sin forskningsstudie att det är motiverat med ytterligare forskning kring perioperativt vårdande vid kirurgisk positionering då tillgång av forskning inom fältet är begränsat. Det innebär enligt ovanstående författare att specialistutbildade sjuksköterskor inom perioperativ vård inte ges det stöd som behövs i deras vardagliga yrkesutövande. Författarna anser vidare att sjuksköterskor själva kritiskt kan granska forskningsresultat och använda dessa samt genomföra studier som belyser dagliga problem i vården av patienten. Omvårdnadsforskning skulle kunna vara en tillgång och bevis för klinisk praxis vid perioperativa vårdåtgärder vid positionering (Lopez & Gavao 2010).

Problemformulering

Inom hälso-och sjukvård uppstår vårdskador i samband med felaktig positionering av patient i benstöd. Vårdskador ökar kostnader för sjukvården och är orsak till onödigt lidande samt ökat behov av vård och behandlingar för patienten. Vårdskador kan förebyggas genom att använda evidensbaserade vårdåtgärder. Operationssjuksköterskan genomför perioperativa samtal med patienten och planerar och organiserar därefter vårdåtgärder utifrån patientens behov. Tidsbrist och ökade krav på effektivitet inom den perioperativa vården kan bidra till att operationssjuksköterskan inte hinner genomföra samtal med patienten för att få vetskap om behov i tillräcklig omfattning inför positioneringen. Det medför svårigheter att förbereda och planera vårdåtgärder samt minskar patientens möjlighet till medverkan vid positioneringen. Denna studie är angelägen att genomföra för att få ökad kunskap om operationssjuksköterskors uppfattningar kring hur de tar ansvar och anpassar vårdåtgärder i samband med positionering av patient i benstöd utifrån patientens behov för att kunna ge bästa möjliga perioperativa vård.

Syfte

Syftet var att beskriva operationssjuksköterskors uppfattningar av vårdåtgärder som genomförs i samband med positionering av patient i benstöd.

Metod

Kvalitativ design har sina grunder i konstruktivismen där verkligheten är multipel och subjektiv och skapas av människorna som upplever den. Kvalitativ design lämpar sig när avsikten är att studera personers levda erfarenhet av ett fenomen. Ny kunskap skapas då människor delger sina kunskaper och erfarenheter och när resultatet formas i en interaktiv process (Henricson & Billhult 2012; Polit & Beck 2012).

Denna studie är en empirisk studie. En kvalitativ metod med induktiv ansats valdes då syftet är att beskriva operationssjuksköterskornas uppfattningar av vårdåtgärder i samband med positionering i benstöd. Induktiv ansats innebär att skapa kunskap om fenomenet utifrån hur det erfars och beskrivs av människor i deras naturliga miljö. I kvalitativ metod använder forskaren sig själv som instrument och strävar efter att vara öppen och flexibel i samband med datainsamling (Henricson & Billhult 2012). Fortsättningsvis kan operationssjuksköterskorna i studien benämnas som deltagare.

Urval

I studien ingick sju operationssjuksköterskor som valts genom ett bekvämlighetsurval vid ett länssjukhus i Mellansverige. Urvalet valdes för att finna de operationssjuksköterskor som inom tidsramen var tillgängliga och kunde ge den mest innehållsrika beskrivningen av fenomenet (Henricsson & Billhult 2012). Inklusionskriterier var att deltagarna skulle vara specialistutbildade operationssjuksköterskor med minst två års yrkeserfarenhet samt kunna tala och förstå det svenska språket. Både män och kvinnor kunde ingå i studien.

Deltagarna i studien var kvinnor mellan 33 och 61 års ålder (md=46,2 år). Tidigare yrkeserfarenhet som operationssjuksköterskor var mellan 8 - 40 år (md=18,6 år). Fyra av deltagarna hade en utbildningsbakgrund som legitimerad sjuksköterska med magisterutbildning inom operationssjukvård medan övriga tre av deltagarna var utbildade operationssjuksköterskor.

Innan studien påbörjades skickades information om studien till verksamhetschef. (Bilaga 1) Efter godkännande att genomföra intervjustudien på berörd operationsavdelning under arbetstid (Bilaga 2) skickades information via e-post till enhetschefen vilket även följdes upp med ett personligt möte. Enhetschefen gav muntlig information vid två tillfällen i samband med avdelningsmöten samt skriftlig information via e-post om studien till alla operationssjuksköterskor. Sammanlagt åtta operationssjuksköterskor visade intresse för att delta. Kontakt togs därefter med deltagarna via e-post. Två deltagare framförde önskemål om tid och plats för intervjun via e-post. Övriga deltagares intervjuer bokades på operationsavdelningen. Innan intervjun påbörjades lämnades information om studiens syfte och möjlighet gavs till att ställa frågor vid oklarheter innan skriftligt samtycke undertecknades. (Bilaga 3) Alla deltagare tillfrågades om tillstånd att få spela in intervjun.

Datainsamling

Datainsamling har skett med hjälp av enskilda intervjuer där det som uttrycks i ord och beskrivits har analyserats för att skapa förståelse och insikt om fenomenet (Henricson &

Billhult 2012). Datainsamlingen genomfördes med hjälp av en intervjuguide med flera öppna frågor där deltagarna gavs möjlighet att beskriva fenomenet och där svaren inte kunde förutses (Kvale & Brinkman 2010). En provintervju genomfördes för att säkerställa att svaren på frågorna utifrån intervjuguiden svarade på studiens syfte. Provintervjun gav intervjuaren möjlighet att prova inspelningsutrustning samt få en uppfattning om tidsramen på 30-45 min var rimlig. Personen som deltog i intervjun uppfyllde inklusionskriterierna. Provintervjun inkluderades i resultatet då frågorna fungerade väl och intervjun i sin helhet visade samstämmighet med de övriga intervjuerna.

Intervjuernas startades med att deltagarna fick berätta om sin utbildningsbakgrund och yrkeserfarenhet som operationssjuksköterskor. Intervjufrågorna handlade om att beskriva vårdåtgärder i samband med positionering samt hur de förberedde sig inför en positionering. (Bilaga 4) Vid oklarheter under intervjun bad författaren deltagaren att utveckla sitt svar genom följdfrågor. Enligt Kvale och Brinkman (2010) är det viktigt att intervjuaren aktivt lyssnar på det som sägs samt hur det sägs för att kunna ställa följdfrågor som ger deltagarna möjlighet till att reflektera och fördjupa sina svar. Intervjuerna genomfördes i enskilt rum inom operationsavdelningen under ordinarie arbetstid och varade mellan 20-40 minuter. Intervjuerna avslutades med frågan om det var något de önskade tillägga som intervjuaren inte frågat om. Intervjuerna spelades in på en diktafon och transkriberades ordagrant av författaren själv efter varje intervju. Ljudfilerna raderades efter att studien avslutats.

Dataanalys

Data analyserades inspirerad av och Graneheims och Lundman (2004) beskrivning av kvalitativ innehållsanalys. En kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats användes för att beskriva det texten uttrycker och förutsättningslöst ganska och bearbeta transkriberad intervjutext utifrån olika personers berättelser, upplevelser och uppfattningar kring fenomenet (Graneheim & Lundman 2004; Rosberg 2008). Kvalitativ innehållsanalys fokuserar på att beskriva variationer i syfte att identifiera skillnader och likheter i intervjutextens innehåll (Danielson 2012). Analysprocessen kan genomföras genom latent och manifest analys. Båda dessa analyser varierar i djup och abstraktionsnivå där den latent analysen innebär tolkningar av intervjutexter till teman. I föreliggande studie har en modifierad form av manifest analys använts för att beskriva det som uttrycks i texten utan vidare tolkning. Analysen har inte skett utifrån områden eller domäner (Danielson 2012; Graneheim & Lundman 2004).

Analysprocessen syftar till att gå från helhet till delar och sedan åter till helhet. I första steget av identifierades intervjuerna genom numrering 1-7 utifrån ordningen de genomfördes. I andra steget har noggrann genomläsning av textmaterialet skett flera gånger för att bli bekant med innehållet och helheten. Genomläsning har genomförts för att kunna finna ord och beskrivningar med relevant information som svarar mot studiens syfte. I det tredje steget har meningsenheter placerats in i en utarbetad tabell och färgmarkerats. I steg fyra har textmaterialet minskats i omfång genom kondensering. I femte steget har de kondenserade meningsenheter som relaterat till varandra eller har något centralt gemensamt delats in i koder med överstämmande innehåll. Koderna beskriver kortfattat innehållet i kondenseringen med några ord. Koderna har i sjätte

steget analyserats utifrån likheter eller skillnader i beskrivningar av fenomenet och delats in i subkategorier med gemensam innebörd. I det sjunde steget har subkategorier som har något gemensamt undergrupperats i kategorier för att kunna beskrivas i ett större sammanhang. Slutligen har analysen utvecklats till subkategorier och kategorier som i resultatet presenteras i löpande text styrkta av numrerade citat från intervjuerna (Danielson 2012; Graneheim & Lundman 2004). Exempel på analysprocess steg 3-7 kan ses i tabell 1.

Tabell 1. Exempel på analysprocess

Meningsbärande enhet	Kondenserad mening	Kod	Subkategori	Kategori
Jaa, först ska man ju fråga patienten om de har några bekymmer men höfter och knän och är det så att de skall sova så brukar jag försöka fråga innan, så man vet innan, någonting som behövs, om de tidigare opererat höften, eller, ja	Frågar först patienten om de har bekymmer med höfter och knän, tidigare opererat höften. Så man vet innan om någonting behövs.	Frågar först patientens om behov	Ställa frågor om patientens behov	Att anpassa efter patientens behov
Så ska du kunna se att det känns okej innan du börjar klä. Så man inte trycker på nån punkt men sen är det ju inte det lättaste i de här skålarna, Det ser ju aldrig vilsamt ut.	Kunna se att det inte trycker på någon punkt innan du börjar klä. Inte lätt för det ser aldrig vilsamt ut	Kunna se och kontrollera innan drapering	Att kontrollera positionering	Att ta ansvar för positionering

Forskningsetiska överväganden

Vetenskapsrådet (2014) samt Northern Nurses' Federation [NNF 2003], har utformat fyra etiska huvudkrav för att bedriva forskning inom humanistiskt- och samhällsvetenskaplig forskning; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet. Informationskravet innefattar att alla berörda skall få information om studiens syfte. Ett informationsbrev skickades ut till verksamhetschefen för godkännande av intervjustudiens genomförande med personalen

på arbetstid. När godkännande inhämtats skickades ett skriftligt informationsbrev till avdelningschef som därefter informerade om studiens genomförande. Alla deltagare har fått både muntlig och skriftlig information om studiens syfte samt tillvägagångsätt. Inför varje intervju informerades deltagaren återigen om studiens syfte, att deltagandet var frivilligt och rätt till att när som helst avbryta sitt deltagande utan närmare motivering.

Deltagarna har frivilligt samtyckt till att delta i studien enligt samverkanskravet. Inför intervjun fick deltagaren skiva under en samtyckesblankett. Enligt kravet på konfidentialitet har data behandlats på sätt att allt intervjumaterial numrerats och textmaterial kodats. Endast författaren och handledare har haft tillgång till materialet. Deltagares enskilda uttalande kommer att vara avkodade i resultatredovisningen. Författaren har varit noggrann med ordval och valt beskrivningar och citat som är representativa för flertalet av deltagarna. Enligt nyttjandekravet kommer resultatet från studien inte användas till annat än i föreliggande studies syfte. Efter studiens godkännande kommer deltagarna att ha tillgång till studien på sin arbetsplats samt genom Karlstads universitets hemsida.

Studien har utförts med tillvägagångsätt som skall undvika risken för vetenskapliga oredligheter som plagiat eller förfalskningar av materialet (Polit & Beck 2012). Författaren har själv genomfört alla intervjuer, lyssnat genom intervjuerna och läst textmaterialet flera gånger för att inte förbise någon information samt för att undvika feltolkningar. Författaren har inte utelämnat data eller manipulerat resultatet. Citaten i resultatet redovisas ordagrant.

Resultat

Resultatet har valts att redovisas utifrån två kategorier och sex subkategorier med en kort sammanfattning. Första kategorin; Att anpassa positionering efter patientens behov byggs upp av två subkategorier vilka handlar om att anpassa efter patientens kroppsbyggnad samt att tillgodose behov vid positionering. Den andra kategorin; Att ta ansvar i samband med positionering av patient innefattar fyra subkategorier. Dessa subkategorier handlar om att kontrollera att riktlinjer efterföljs, att kontrollera positionering, att prova ut läget innan spinalbedövning eller sövning samt att ansvara för att operationsteamet söker lösningar för patientens positionering. Resultatet kommer att presenteras i löpande text och med utdrag ur intervjuer. Kategorier med underliggande subkategorier illustreras i Tabell 2.

<i>Kategorier</i>	<i>Att anpassa positionering efter patientens behov</i>	<i>Att ta ansvar i samband med positionering av patient</i>
<i>Subkategorier</i>	Att anpassa till patientens kroppsbyggnad	Kontrollera att riktlinjer efterföljs
	Att tillgodose behov vid positionering	Att kontrollera positionering
		Att prova ut läget innan spinalbedövning eller sövning
		Att ansvara för att operationsteamet söker lösningar

Tabell 2. Kategorier och Subkategorier

Att anpassa positionering efter patientens behov

Deltagarna framhöll att vårdåtgärder som planeras vid positionering av patient i benstöd behöver anpassas utifrån patientens behov och kroppsbyggnad. I samband med det perioperativa samtalet bedömde deltagarna patientens förutsättningar inför positioneringen i benstöd. En svårighet deltagarna uttryckte var att samtidigt som patientens ska få behålla sin naturliga kroppshållning i den mån det går ska också operationsområdet vara tillgängligt för operatören.

Att anpassa till patientens kroppsbyggnad

Deltagarna beskrev att de anpassade positioneringen efter de faktiska förutsättningar som patienten har i vård situationen samt till de behov som patienten uttryckt. Målet med positioneringen var att uppnå ett vilsamt läge genom att undvika sträckning i låren och att följa höftens naturliga rörelse. Deltagarna påtalade att det finns svårigheter med att justera skålarna för att undvika tryck på utsatt punkter utifrån patienternas olika

kroppslängd och vikt. Störst utmaning var att positionera de patienter som är långa och/eller överviktiga då vaden inte naturligt kan placeras i skålarna. Följande utdrag ur en intervju visar på svårigheten med att positionera utifrån olika längd och vikt.

Och det är ganska svårt, att man får ju ändra mellan nästa alla för folk är ju, alla är ju olika långa, så det vill ju till att man justerar och inte bara fäller upp dem som de är utan justerar och verkligen försöker göra så bra som möjligt för varje enskild patient. (1:4)

Att tillgodose behov vid positionering

Deltagarna berättade att det var viktigt att tillgodose patientens behov i samband med positioneringen för att operationen ska kunna genomföras på bästa sätt. Deltagarna beskrev att patienten ska vara placerad på ett sådant sätt att operatören har tillgång till operationsområdet för att operationen ska bli lyckad. Svårigheten är att positionera på ett för kroppen naturligt vilande sätt. Nedanstående utdrag ur en intervju beskriver betydelsen av att utgå från patientens behov vid positioneringen:

Doktorerna kan ju ha önskemål om hur en patient skall ligga. Och det försöker man ju tillgodose så mycket som möjligt. Så att de skall kunna genomföra operationen så smidigt som möjligt, för det är ju också till fördel för patienten att det går fort och smidigt. (4:4)

Deltagarna önskade patientens delaktighet vid planeringen av positionering i benstöd för undvika att tryck uppstår eller översträckning uppstod. De menade att delaktighet vid positionering gav patienten möjlighet att själv kan känna efter om lägespositionen upplevdes på ett tillfredsställande sätt. Deltagarna genomförde bedömningar och beslutade om vårdåtgärder där patienten varit delaktig med information om sina behov. De betonade vikten av att perioperativt samtal genomfördes med patienten innan positioneringen för att kunna bedöma vilka behov patienten har. Vårdåtgärder anpassades med hänsyn till patientens problem i höfterna eller ryggen orsakade av sjukdom, symtom, stelhet eller värk. Det innebar även hänsyn till symtom på nedsatt cirkulation i benen eller skör hud till följd av kortisonbehandling. Deltagarna beskrev att de positionerade ut läget i benstöd tillsammans med patienten innan operationen för att kunna bilda sig en uppfattning kring begränsningen. De menade att patienten delaktighet att själv känna efter och ge sitt godkännande för vad som fysiskt var möjligt vid positioneringen kunde minska risken för översträckning under operationen. Citat nedan beskriver fördelen med patientens medverkan vid utprovning av positionen i benstöd:

Och det är jätteviktigt då innan man lägger en spinal eller så där att man provar ut innan man sover, att så här mycket kan vi, och då får patienten säga, att ja men det är okej, och att man vet så att man inte går över det sen. (6:13)

I samband med förflyttningar på operationsbordet hade deltagarna i ett pre- eller intraoperativt samtal frågat patienten om behov av hjälp med förflyttning. Deltagarna påtalade vikten av patientens delaktighet vid förflyttning för att själv kunna känna efter om läget kändes tillfredsställande. Vid de tillfällen då patienten inte klarade

förflyttningen själv hjälpte deltagarna till för att hitta bästa möjliga avlastande läge samt för att undvika att skjuvning eller tryckskador skulle uppstå. En deltagare beskriver förflyttning på följande sätt:

Det man bör tänka på när man flyttar ner patienten, då man ska dra i draglakanet och fixa till det, att sätta handen under. Så att man inte får skjuvning av huden. (5:3)

Sammanfattning

För en lyckad positionering behöver hänsyn tas till patientens kroppsbyggnad samt vårdåtgärder anpassas efter patientens behov. Genomförande av ett pre- och intraoperativt samtal med patienten ger kunskap om behov som patienten har inför positioneringen. Patientens delaktighet är viktig för att uppnå en vilande ställning med avlastning och för att undvika tryck eller att översträckning uppstår.

Att ta ansvar i samband med positionering av patient

Deltagarna beskrev att de tar ansvar för att givna riktlinjer efterföljs i samband med positioneringen av patienten i benstöd. De menade att det krävs att de håller ett vakande öga och därmed kontrollerar positioneringen innan drapering sker. Det handlade även om att ta ansvar för att operationsteamet samarbetar, är flexibla och finner lösningar för patientens positionering i benstöd. Dessa olika ansvarsåtaganden framhölls vara väsentliga för att undvika att misstag sker.

Kontrollera att riktlinjer efterföljs

Det framkom att riktlinjer skall efterföljas för hur länge benen får vara placerade i benstöd i relation till patientens behov. Deltagarna angav att de ansvarar för att angivna riktlinjer efterföljs och tillsammans med övriga operationsteamet se till att tryck- eller nervskador undviks. Citat nedan beskriver hur deltagare bevakar att tiden i benstöd begränsas:

Det finns ju ett PM som beskriver att man efter två timmar skall meddela operatören att då ska ju helst benet ner i en kvart tjugo minuter i planläge. För att undvika risker som finns, så det får man ju också hela tiden hjälpas åt att påminna om, om det går så lång tid. (3:10)

I dokumentationen framgår position i benstöd, tidsfaktor och vilka hjälpmedel som använts i samband med positioneringen. Deltagarna framhöll att bedömning av patientens behov, hudstatus samt vårdåtgärder inte dokumenteras i tillräcklig omfattning.

Att kontrollera positioneringen

Deltagarna berättade att de tar ansvar för att kontrollera höftens läge och att sträckning av låret undviks. Deltagarna beskrev att de genom att känna med en hand kontrollerade att lårmuskeln inte var översträckt. De betonade vikten av att utföra positioneringen utifrån patientens behov för att undvika kläm- eller tryckskador. Nedanstående citat beskriver hur en deltagare kontrollerar positioneringen:

Man vill ju göra så bra som möjligt för den patientens förutsättningar. Så man måste kolla hur man ligger och så, så att de inte kommer emot låren mot metall och har de stora lår, så det inte blir klämskador och sådana saker. (5:7)

Deltagarna uttryckte att de tog ansvaret för positioneringen genom att kontrollera och justerar patientens läge om det behövdes innan de började drapera. Detta för att patienten skulle ligga säkert även vid lägesförändringar under operationen. Följande två citat ur intervjuerna beskriver hur deltagarna tar ansvar för positioneringen:

Att man tänker på det, vi har ansvaret så att de ligger bra, och att inte ta något för givet, innan du börjar drapera, så där ska man ta sig en kik./så du måste kunna se att det känns okej innan du börjar klä. (6:14)

Man får det här kontrollbehovet att man verkligen dubbelcheckar att patienten ligger bra, dels kan ju patienten komma till skada om det glider ner, även om vi har polstrat. Och sen så se jag ju inte vad som händer under draperingen, alltså. Så det är ju så där att man verkligen är noga när man lägger upp, så de ligger bra för alla lägen. (6:22)

Ibland användes hjälpmedlet amerikanska stövlar (patientens fötter placeras i ett fotstöd utformat som en stövel där benen steglöst kan höjas upp och vinklas ut). Deltagarna framhöll värdet av att använda de amerikanska stövlarna eftersom patienten då får ett bekvämare läge under positioneringen. Deltagarna beskrev svårigheter med montering samt att risk finns för översträckning relaterad till den gradlösa inställningen. De betonade vikten av att montera foten på riktigt vis i stövlarna då det finns risk att benet annars lossnar från stöveln. I samband med att patienterna var sövda ansåg deltagarna att de behövde ha handlingsberedskap att bevaka att foten inte gled ur stöveln. Det framkom att patienterna ibland försöker krypa ur stövlarna i sederat tillstånd vilket kan öka risken för skador då muskelkontrollen inte fungerar. Deltagarna beskrev även behov att kontrollera risken att benen kan glida ner när de vanliga benstöden med skålarna används. En deltagare beskriver en incident där skålarna inte var justerade att benet vilade säkert:

Den var väl liksom inte vinklad, man hade väl inte ställt in den här koppen vid foten. Så då trillade benet ur. Men det gick bra, det var någon som hann att fånga benet i luften, men det kunde ha gått väldigt illa. (5:8)

Att prova ut läget innan spinalbedövning eller sövning

Deltagarna betonade risken att orsaka skada i samband med att patienten har fått spinalbedövning eller sövts då patientens förmåga att känna smärta eller begränsningar sätts ur spel. De beskrev att de tog ansvar för att prova ut och skapade ett lämpligt läge för patienten då patientens var sövd eller spindalbedövad när det fanns tveksamheter att kunna tillgodose patientens behov. Följande citat ur intervjutexten beskriver risken med att vinkla ut höfterna för mycket i samband med sövning eller spinalbedövad:

Risken finns då att man vinklar ut tillbaka höfterna för mycket, för dom går att vinkla hur som helst. Man kan ju vika ut patienterna jättemycket. Som

man kanske inte kan i vanliga fall, men sen när man är bedövad eller sövd så kan man det. Så man kanske får ont efteråt. (1:12)

Att ansvara för att operationsteamet söker lösningar

Deltagarna uttryckte att de tog ansvar för att operationsteamet samarbetade för att bästa läget vid positioneringen skulle uppnås för patienten. Deltagarna ansåg det viktigt att samarbetet fungerade och att operationsteamets kunskap och erfarenhet togs tillvara för att söka lösningar som är anpassade efter patientens behov. Det handlade om att de själva och övrig personal var flexibla och fann lösningar på svårigheter som uppstår tillsammans med patienten. När det inte finns någon möjlighet att lägga upp i benstöd berättade deltagare att det förekommit att de fått hålla benet under tiden för ingreppet som en sista utväg. Positionering i benstöd handlar ofta om problemlösning vilket citatet nedan ger exempel på:

Att lösa problem, det tycker jag är A och O. Att inte tänka för fyrkantigt liksom. Vi brukar inte behöva det här – men nu kanske vi behöver det här till den här patienten. (4:3)

Det framkom att deltagarna tog ansvar för att utgå från patientens behov när det fanns svårigheter att ligga i benstöd genom att kontakta operatören för att göra gemensam bedömning. Ofta resulterade det i en kompromiss av tillgänglighet för operatören och ett gynnsammare läge för patienten. En deltagare berättar i citatet nedan att det inte är ovanligt att operatören behöver vara med vid positioneringen:

Så är det så att det är svårt att lägga upp en patient, så får vi be den som skall operera komma dit och få se med egna ögon och vara med och lägga upp och acceptera läget så att de vet vad de har för förutsättningar när operationen börjar. (4:5)

Sammanfattning

Operationssjuksköterskor tar ansvar för och kontrollerar att positionering i benstöd utförs på riktigt sätt och bevakar att tiden i begränsas genom att följa riktlinjer. Positioneringen kontrolleras innan drapering sker och en handlingsberedskap finns hos operationssjuksköterskorna under hela operationen för att skydda patienten. När det finns begränsningar att ligga i benstöd provas läget ut tillsammans med patienten innan spinalbedövningen ges för att förhindra att skador uppstår. Det är av största vikt att operationsteamet samarbetar och på ett kreativt sätt söker lösningar då positioneringen kan bli lyckad utifrån patientens behov.

Diskussion

Syftet med denna studie var att beskriva operationssjuksköterskors uppfattningar av vårdåtgärder som genomförs i samband med positionering av patient i benstöd. Resultatet visar att positioneringen är anpassade efter patientens behov samt att operationssjuksköterskan kontrollerar och håller ett vakande öga på patienten för att undvika att tryck uppstår. De strävar efter att prova olika lägen för att hitta en vinkel som passar tillsammans med patienten. Resultatet i denna studie beskriver att vårdåtgärder inte enbart har med patientens omvårdnad att göra utan även om perioperativ dialog, patientens delaktighet och operationsteamets samarbete.

Resultatdiskussion

I studiens resultat framkom det att vårdåtgärder som genomförs i samband med positionering i benstöd är anpassade till patientens kroppsbyggnad och behov. Deltagarna beskrev också problem med sämre passform och svårigheter att justera benstöden för att undvika sträckning eller tryck. Flera studier (Spuce 2014; St-Arnaud & Paquin 2008) har beskrivit liknande resultat med aspekter för att förebygga och undvika tryck samt förhindra sträckning och uttänjning som avgörande för att undvika skador i samband med positionering. Resultatet från föreliggande studie visade i likhet med Spuce (2014) på vikten av att utgå från de faktiska förutsättningar patienten har i vårdsituationen. Det handlar enligt Auhammer (2008) och St-Arnaud och Paquin (2008) om att vara uppmärksam och utgå från den enskilda patientens behov i detalj mer än att förlita sig på material och teknisk utrustning i samband med positioneringen. Resultatet i föreliggande studie påvisade svårigheter med att anpassa benstödens skålar så att avlastning skedde utan att tryck uppstår.

Resultatet i föreliggande studie visade på betydelsen av att pre- och intraoperativa samtal sker med patienten för att ta del av behov och symtom patienten uttrycker innan positionering i benstöd. Studiens resultat visar på att de behov relaterat till stelhet eller värk som patienten uttrycker inför positioneringen leder till möjligheter att kunna planera för ett anpassat läge för patienten. Detta kan jämföras med Rudolfsson et al (2003) som beskriver att det är viktigt med möjlighet att få reflektera över patientens berättelse för att kunna sortera ut data som direkt och indirekt bidrar till en ökad möjlighet att planera för den intraoperativa vården. Författarna beskriver att detta planeringssätt skapar en genomtänkt strategi för hur vårdåtgärder kan genomföras. Liknande resultat har presenterats av von Post et al (2005) som menar att det perioperativa samtalet ge möjligheter till information om patientens behov som kan underlätta planeringen av vården tillsammans med patienten så att inga misstag uppstår. Föreliggande studie visar på liknande resultat att operationssjuksköterskor behöver ges möjlighet och tid till att genomföra pre- och intraoperativt samtal för att ostört kunna lyssna på patienten och ta tillvara patientens berättelse vid planeringen av vårdåtgärder inför positioneringen.

Kelvered et al (2010) har påvisat i sin studie att skapandet av en god relation och välbefinnande i vårdsituationen bidrar till att säkerställa en säker vård för patienten. von Post et al (2005) har beskrivit att planering i samverkan med patienten kan ge operationssjuksköterskan bättre kontroll. Författarna menar vidare att patientens välbefinnande kan vara värdefullt för patientens delaktighet i vårdsituationen (von Post et al 2005). Detta kan jämföras med resultatet från föreliggande studie där deltagarna framhöll att de tog ansvar för och skyddar patienten när de tillsammans med patienten

gjorde bedömningar av fysisk begränsningen för att undvika tryck eller översträckning. Enligt Patientlagen (SFS 2014:821) skall vårdåtgärder ske i samråd och utifrån patientens egna förutsättningar.

Av resultatet framgick att operationssjuksköterskor förhindrar att tryck- och nervskador uppstår genom att ta ansvar för och kontrollera att positioneringen i benstöd sker på ett riktigt sätt. Genom att de följde rutiner och riktlinjer som reglerar att tiden i benstöd begränsas samt att positionering i benstöd skedde utifrån patientens behov kunde positioneringen utföras på ett för patienten säkert sätt. Liknande resultat har påvisats av Bathsevani et al (2010) som framhåller att processer som skapar pålitliga och hållbara rutiner kan leda till bättre och säkrare vård för patienten. Författarna beskriver att rutiner och riktlinjer som utvecklas i verksamheten ger operationssjuksköterskor möjlighet att hålla sig uppdaterade med ny kunskap och utveckling för att kunna ge evidensbaserad vård till patienterna (Bathsevani et al 2010).

Resultatet visade på att operationssjuksköterskorna söker och provar ut ett läge tillsammans med patienten i de fall det finns begränsningar utifrån patientens behov att ligga i benstöd innan spinalbedövning ges för att förhindra att skador uppstår. Liknande resultat har visats av Spruce (2014) som betonar vikten av att säkerställa och kontrollera att patienten är korrekt placerad på operationsbordet för att minska risk för skada. Deltagarna i föreliggande studies resultat framhöll att de har kunskaper om anestesiläkemedel och är medvetna om risken för att översträckning ökar. Resultatet från studien visade att den lägesbedömning som deltagarna genomför innan operationen syftar till att skydda patientens kropp från att vårdskada uppstår. Deltagarna påtalade att de hade en handlingsberedskap under hela operationen för att förhindra benet från att lossna från benstödet. Liknande resultat har redovisats av Spruce (2014) som skriver i sin artikel att operationssjuksköterskan har skyldighet att vara uppmärksam på risk för skador under hela proceduren då sederade eller sövda patienter inte känner eller har förmåga att undvika obehag. Flera studier har påvisat att operationssjuksköterskor tar ansvar för att skydda patienten genom skapa en säker vårdmiljö samt övervakar den intraoperativ vården för att garantera patientsäkerheten (Alfredsdottir & Bjornsdottir 2008; Blomberg 2014; Kolvered et al 2010).

Resultatet i denna studie visade vikten av att alla i operationsteamet samarbetar när patienten ska positioneras i benstöd. Utgångspunkten är att vårdåtgärderna ska planeras utifrån patientens behov för att lyckas med positioneringen. Operationssjuksköterskorna skaffade sig genom patientens information kunskap om hur vården kan planeras inom operationsteamet. Resultatet i föreliggande studie visade att operationssjuksköterskorna samordnade vårdåtgärder och tog ansvar för att de själva och övriga i operationsteamet var flexibla och sökte lösningar på problem som uppstår tillsammans med patienten. Detta kan jämföras med vad von Post et al (2005) beskrivit i sin studie om att kunskap om patientens behov innan operationen kan öka engagemang och samarbete inom teamet för att söka lösningar. Resultat från flera studier beskriver att ett möte med möjlighet att ta del av patientens berättelse innan operationen ger information som kan underlätta planeringen av programmet på operationssalen samtidigt som säker vård för patienten kan säkras (Kolvered et al 2010; Rudolfsson et al 2003; von Post et al 2005).

I resultatet från föreliggande studie framkom det krav på att operationer skall utföras så effektivt som möjligt med minsta möjliga operationstid. Tidsbrist mellan operationerna

kan medföra att tiden inte räcker till för samtal med patienten. I de patientsituationer samtal inte äger rum kan information om patientens behov utebli inför positioneringen. Detta kan jämföras med Alfredsdottir & Bjornsdottir (2008) studie där författarna varnar för att krav på hög produktion och effektivitet med snabba byten mellan operationerna kan vara ett hot mot en säker vård för patienten. Då vårdskador uppstår medför de ökade vårdkostnader och ger den som drabbas onödigt lidande och ökat behov av vård och behandlingar av olika slag (Socialstyrelsen 2014 a,b; SKL 2013).

I resultatet från föreliggande studie framhöll operationssjuksköterskorna att felaktig positionering kan förebyggas genom att lyssna på patienten och få klart vilka behov som föreligger inför positioneringen. Resultatet i denna studie beskrev att operationssjuksköterskorna tar sig tid att samtala och genomföra vården tillsammans med patienterna för att uppnå bästa möjliga perioperativa vård. Liknade resultat från flera studier framhåller vikten av att operationssköterskan ges tid till att lyssna till patientens behov för att kunna förbereda sig och planera vårdåtgärder inför operationen tillsammans med patienten och övriga operationsteamet. (Kelvered et al 2010, Rudolfsson et al 2003, von Post 2005) Krav på hög produktion får inte ske på bekostnad av patientens rätt att påverka sin vård (HLS 1982:763) eller att vården sker med risk att skador uppstår (SFS 2010:659).

Metoddiskussion

En kvalitativ design valdes då syftet med studien var att skapa kunskap om operationssjuksköterskors uppfattningar kring vårdåtgärder i samband med positionering av patient i benstöd. En tidsplan för vad som skulle undersökas, varför det skulle studeras samt hur det skulle göras bidrog till att en intervjustudie med öppna frågor valdes som metod för att studera operationssjuksköterskornas uppfattningar och erfarenheter (Danielson 2012).

Ett bekvämlighetsurval ansågs vara lämpligt då operationssjuksköterskor som var tillgängliga och önskat delta i studien var de som bäst kunde beskriva fenomenet. Inklusionskriteriet att både män och kvinnor kunde delta kunde inte uppfyllas vilket kan ses som en svaghet. Författaren tror inte att resultatet har påverkats av att endast kvinnliga operationssjuksköterskor deltog i studien.

Denna studie är en kvalitativ intervjustudie med öppna frågor samt följdfrågor. Intervjuguiden gav struktur och stöd åt författaren i intervjusituationen. Frågorna var av övergripande karaktär och inriktade på att fånga rika och detaljerade beskrivningar av fenomenet (Danielson 2012). Ambitionen har varit att få innehållsrika beskrivningar under hela datainsamlingen genom att undvika ledande frågor eller frågor som kan svaras med ja eller nej. En provintervju genomfördes dels för att se om tidsplanen höll, och dels om frågorna var relevanta att ställa (Danielson 2012). Provintervjun gav författaren möjlighet att prova på sin roll som intervjuare samt prova att inspelning fungerade. Provintervjun bedömdes hålla god kvalitet och därför inkluderades den i studien.

Deltagarna ställde sig positiva till att delta och att intervjuerna genomfördes enligt planering. Alla intervjuer genomfördes av författaren vilket kan vara en styrka då intervjun kunde genomföras på ett likartat sätt utifrån öppna frågor med uppföljande följdfrågor. I studien har strävan varit att uppnå följsamhet vilket har inneburit att

deltagarna fick bestämma tid och plats för intervjun (Danielson 2012). Intervjuerna har ägt rum på arbetsplatsen i ett ostört rum med avskildhet vilket bidrog till att deltagarna kunde känna sig bekväma och avslappnade. Intervjuare och deltagare bar vid tillfället yrkeskläder vilket gav en sorts gemenskap.

I dataanalysen användes kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Vid begränsat antal deltagare kan kvalitativ innehållsanalys vara ett lämpligt val av analysmetod (Danielson 2012). All insamlad data har analyserats av författaren själv. Ett analyschema har använts för att kunna hantera data på ett strukturerat och överskådligt sätt. Detta förfarande har underlättat analys av hela materialet där syftet har varit att minska texten men behålla det väsentliga innehållet (Graneheim & Lundman 2004). Trovärdigheten i analysprocessen bygger på att de meningsenheter som identifierats är de mest kärnfulla. Stora meningsenheter kan vara omfattande eftersom innehållet kan ha flera betydelser medan korta meningsenheter kan medföra att viktiga innebörder går förlorade. (Graneheim & Lundman, 2004). Målet har varit att ge en täckande och innehållsrik beskrivning av deltagarnas utsagor som möjligt. Trovärdigheten kan bedömas genom analysprocessen. Tillvägagångssätt i analysprocessen har beskrivits i olika steg för att ge en tydlig beskrivning av hur den genomförts. I resultatet återfinns citat som valts utifrån att vara representativa för fler deltagares uttalanden. Citaten visar också på att det finns en överensstämmelse mellan författarens beskrivning av data och det manifesta innehållet i intervjuerna (Danielson 2012; Graneheim & Lundman 2004).

Vid kvalitativa studier använder forskaren sig själv som instrument. Forskarens trovärdighet är beroende på insikt om tidigare erfarenheter samt förmåga att vara flexibel och öppen i förhållningsätt till studien av fenomenet (Henricson & Billhult 2012; Polit & Beck 2012). Det är av vikt att forskaren är kritisk till sig själv så att inte analysen blir subjektiv (Danielson 2012). Under studieprocessen har författaren ställt sig kritiska frågor kring tidigare kunskaper och vad som är framträdande i denna studie och varför. Författaren har gått tillbaka i processen vid två tillfällen för att bevara objektivitet och minimera risken för egna tolkningar. Det faktum att intervjuerna utfördes under tre veckors tid gav möjlighet till att lyssna på intervjuerna och transkribera vart efter vilket ökade möjlighet till reflektionen och kritiskt tänkande (Danielson 2012). En fördel med att vara ensam författare är att det underlättar att vara logisk i sitt upplägg och konsekvent i analysen. Att inte ha en medförfattare att diskutera med kan å andra sidan vara en nackdel, då det kan ge input och möjlighet till annan synvinkel.

Resultatet redovisas i kategorier och subkategorier som beskrivs i löpande text med lämpliga citat från intervjuerna för att öka trovärdigheten. Resultatet från denna studie kan inte generaliseras men kan vara överförbar på liknande situationer eller sammanhang (Danielson 2012).

Klinisk betydelse

Examensarbetet kan ge ökad kunskap om hur positionering i benstöd kan ske så att patienten inte utsätts för onödig vårdskada. Studien kan leda till att operationssjuksköterskor får ökad kunskap om hur det perioperativ samtalet med patienten kan ha betydelse för att kunna anpassa vårdåtgärder i syfte att undvika uppkomst av vårdskador. Kanske arbetsgivaren kan se värdet i att införa perioperativa

samtal för att kunna erbjuda bästa möjliga vård och att förhoppningsvis antalet vårdskador minskar. Studien kan visa att patientens delaktighet och operationsteamets samarbete är viktigt för att positioneringen skall bli lyckad. Ytterligare omvårdnadsforskning eller observationer som tydliggör vårdåtgärder operationssjuksköterskan utför i samband med positionering liksom forskning som belyser vården ur patientens perspektiv vore av intresse.

Slutsats

Denna studie visar att för en lyckad positionering i benstöd behöver hänsyn tas till patientens kroppsbyggnad och behov. En perioperativ dialog med ett pre- och intraoperativt samtal med patienten ger kunskap om behov som patienten har inför positioneringen. Studien visar att operationssjuksköterskor tar ansvar för och kontrollerar att positioneringen utförs på riktigt sätt och bevakar att tiden i begränsas genom att följa riktlinjer. De kontrollerar positioneringen innan drapering sker och har en handlingsberedskap under hela operationen för att skydda patienten. Vid begränsningar att ligga i benstöd provas läget ut tillsammans med patienten innan spinalbedövningen ges för att förhindra att skador uppstår. Studien visar vidare att patientens delaktighet är viktig för att uppnå bästa möjliga avlastning i samband med positioneringen samt att hela operationsteamet samarbetar och bidrar med nya flexibla lösningar på problem som uppstår.

REFERENSER

- Akhavan, A., Gainsburg, M.D. & Stock, J.A. (2010) Complications Associated With Patient Positioning in Urologic Surgery. *Urology*, 76 (6), 1309–1316.
- Alfredsdottir, H. & Bjornsdottir, K. (2008) Nursing and patient safety in the operating room. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 29–37. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04462.x
- Auerhammer, J. (2008). Lagerung des Patienten zur Operation. *Der Anaesthetist* 57 (12), 1107–1126.
- Bathsevani, C., Willman, A., Stoltz, P. & Östman, M. (2010) Experiences of the implementation of clinical practice guidelines – interviews with nurse managers and nurses in hospital care. *Scandinavian Journal Caring Sciences*, 24(3), 514–522.
- Blomberg, A-C. (2014). *Att vårda patienten inom operationssjukvård – en fenomenografisk studie*. Licentiauppsats Omvårdnad 2014:3 Fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskap, Karlstad universitet.
- Bouyer-Ferullo S. (2013). Preventing Perioperative Peripheral Nerve Injuries. *AORN Journal*, 97(1), 110-124. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2012.10.013>
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur. s.163-173
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur. s.329-342
- Dybec, R.B. (2004). Intraoperative Positioning and Care of the Obese Patient. *Plastic Surgical Nursing*, 24(3), 118-122.
- Eide, P.H. (2012) Handlag i operationssjukvården. Dåvøy, G. M., Eide, P. H. & Hansen, I. (red.) *Operationssjukvård: operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur
- Gillespie, B.M., Chaboyer W., Wallis, M., Chang, H.A. & Werder, H. (2008). Operating theatre nurses' perceptions of competence: a focus group Study. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 1019–1028.
- Granehiem, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Hansen, I. & Brekken, R. S. (2012). Positionering av patienten på operationsbädden. Dåvøy, G. M., Eide, P. H. & Hansen, I. (red.). *Operationssjukvård: operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur. s 201-230.
- Heizenroth, P. A. (2015). Positioning the Patient for Surgery. Rothrock, J. C. & McEwen, D. R. (red.) *Alexander's care of the patient in surgery*. 15th edition St. Louis, Missouri: Elsevier/Mosby. s.155-185.

- Henricson M. & Billhult A. (2012). Kvalitativ design. Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur. s. 129-137.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2013) *Tillsynsrapport 2013. Tillsynens viktiga iakttagelser verksamhetsåret 2013*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg (IVO). [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://www.ivo.se/publiceratmaterial/rapporter/Documents/tillsynens-viktigaste-iakttagelser-verksamhetsaret-2013.pdf> [2015-02-05].
- Kelvered, M., Öhlén, J. & Åkesdotter G. B. (2012). Operating theatre nurses experience of patient-related, intraoperative nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 446-457.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2010). Intervjukturkvalitet. *Den kvalitativa forskningsintervjun* Lund: Studentlitteratur. s.177-190.
- Lindwall, L. & Post, von I. (2012). *Perioperativ vård: att förena teori och praxis*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Lopez M. de M. C. & Gavao M. C. (2010). Surgical Positioning: Evidence for Nursing Care. *Rev. Lat. Am. Enfermagem*, 18(2), 287-94. www.eerp.usp.br/rlae
- Northen Nurses' Federation (2003) *Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden*. [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://old.sykepleien.no/ikbViewer/Content/337889/SSNs%20etiske%20retningslinjer.pdf> [2015-03 26].
- Polit, D. & Beck, D. (2012). *Nursing research - generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Riksföreningen för operationssjuksköterskor svensk sjuksköterskeförening (2011) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen Inriktning mot operationssjukvård*. [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://www.seorna.com/media/31056/kompbeskrivning.pdf> [2014-10-29].
- Rosberg, S. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) 1. uppl. Lund: Studentlitteratur
- Rudolfsson, G., Ringsberg, K.C., von Post, I. (2003) A source of strength--nurses' perspectives of the perioperative dialogue. *Journal of Nursing Management*, 11(4), 250-257.
- St-Arnaud, D. & Paquin, M-J. (2008). Safe positioning for neurosurgical patients *AORN Journal* 87(6), 1156-1168. <http://www.aornjournal.org/>
- SFS 2010:659 *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet [Elektronisk]. Tillgänglig: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/ [2014-10-30].
- Socialstyrelsen (2014a) *Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2014*. Stockholm: Socialstyrelsen. [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19417/2014-4-7.pdf> [2014-11-19].

- Socialstyrelsen (2014b) *Vårdskador inom somatisk slutenvård*. Stockholm: Socialstyrelsen. [Elektronisk]. Tillgänglig: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8622/200810916_rev2.pdf [2014-11-22].
- Spruce, L. & Wicklin van A. S. (2014). Back to Basic: Positioning the Patient. *AORN Journal*, 100(3), 299-303. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2014.06.0>
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. [Elektronisk]. Tillgänglig: https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/ [2015-03-28].
- SFS 2014:821. *Patientlag*. [Elektronisk]. Tillgänglig: https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientlag-2014821_sfs-2014-821/ [2015-03 28]
- SOSFS 2008:14. *Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården*. [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2008-14> [2014-11-04]
- Sveriges Kommuner och Landsting (2013). *Skador i vården - skadeöversikt och kostnad*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/skador-i-varden-skadeoversikt-och-kostnad-.html> [2015-01-10].
- Vetenskapsrådet (2014). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. ISBN:91-7307-008-4 [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> [2014-11-01].
- Walter-Geer, P. S. (2009) Prevention of Pressure Ulcers in the Surgical Patients. *AORN Journal*. 89(3), 538-552.
- Wiklund, G. L. & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. 1. utg. Stockholm: Natur & kultur.
- von Post I., Frid I., Kolvered M., Madsen-Rihlert C. (2005) Den perioperativa dialogen – möjligheter och hinder för nya vanor i praxis. *Vård i Norden*, 78(4),37-42.



Information till Verksamhetschef

Under Hösten 2014 kommer vi, Linnéa Bohman och -----, legitimerade sjuksköterskor, att genomföra en intervjustudie. I intervjustudien kommer sammanlagt 12 operationssjuksköterskor ingå varav 6 stycken på ----- Sjukhus och 6 stycken på --

Syftet är att beskriva operationssjuksköterskors uppfattningar av omvårdnadsåtgärder som genomförs vid positionering av patient i benstöd vid lithotomi.

Resultatet sammanställs i form av en uppsats på avancerad nivå inom specialistsjuksköterske programmet med inriktning mot operationssjukvård vid Karlstads universitet. Intervjuerna beräknas pågå mellan 30-60 minuter, och kommer att spelas in digitalt och därefter transkriberas. Intervjuerna genomförs individuellt under december månad 2014. Data kommer avidentifieras och behandlas konfidentiellt. Examensarbete kommer att arkiveras elektroniskt enligt beslut av rektor (130907), vilket innebär att registrering av examensarbetet är obligatoriskt i DIVA. All data avmagnetiseras efter att examensarbetet är godkänt.

Enligt gällande riktlinjer behövs ett tillstånd för att i samband med den här studien intervjua 12 stycken operationssjuksköterskor, förutom en provintervju, inom verksamheten. Strategiskt urval innebär att respektive enhetschef identifierar intresserade operationssjuksköterskor som vill delta i studien.

Om Du har några frågor angående studien är Du välkommen att höra av dig.

Student:

Handledare:

Linnéa Bohman

Birgitta Bisholt

Karlstads universitet

Karlstads universitet

E-post: XXXX

E-post: XXXX

Tel: XXXX

Tel: XXXX

TILLSTÅND FÖR GENOMFÖRANDE AV EXAMENSARBETE

Linnéa Bohman, specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot
operationssjukvård

Ovanstående studerande vid, inom Omvårdnad, Karlstads universitet, erhåller tillstånd
att genomföra examensarbetet benämnt:

Prevention av nervskador vid positionering av patient i benstöd.

.....

vid

Operationsavdelningen

.....

ort och datum

.....

Verksamhetschef/motsvarande

Bilaga 3.

Samtyckesblankett

Till operationssjuksköterskor höstterminen 2014 inför intervjun studien: Vårdåtgärder som genomförs i samband med positionering av patient i benstöd – Operationssjuksköterskors uppfattning.

Jag har tagit del av informationen om studien och samtycker till att medverka i intervju.

Underskrift

Namnförtydligande

Ort och datum

Intervjuguide 141121

Din utbildningsbakgrund?

Kan du berätta om din ålder?

Din tidigare arbetslivserfarenhet?

Hur länge har du varit operationssjuksköterska?

Kan du beskriva hur positionering av patient i benstöd går till?

Vad anser du är viktigt att ta hänsyn till i samband med positionering av patient i benstöd? Hur förbereder Du dig?

Kan du berätta om någon situation som varit positiv i samband med positionering av patient i benstöd?

Kan du berätta om någon situation som varit negativ i samband med positionering av patient i benstöd?

Vad dokumenteras i patientens omvårdnadsjournal när det gäller positionering av patienten i benstöd?

Är det något som du önskar berätta om som jag inte frågat om som gäller positionering av patient?

