



# Patientsäker omvårdnad

Operationssjuksköterskans upplevelser av perioperativ omvårdnad - en intervjustudie

---

Nursing and patient safety

Operating theatre nurse's experiences of perioperative nursing – an interview study

---

Susanna Johansson

Charlotte Larsson

---

Hälsa, natur- och teknikvetenskap

---

Specialistsjuksköterskeutbildning inom operationssjukvård

---

Examensarbete i omvårdnad, avancerad nivå 15 hp

---

Handledare Maria Henricson

---

Examinerande lärare Inger Johansson

---

2016-05-09

---

## SAMMANFATTNING

Titel:	Patientsäker omvårdnad Operationssjuksköterskans upplevelser av perioperativ omvårdnad – en intervjustudie Nursing and patient safety Operating theatre nurse's experiences of perioperative nursing – an interview study
Fakultet:	Hälsa, natur- och teknikvetenskap
Kurs:	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp
Författare:	Susanna Johansson & Charlotte Larsson
Handledare:	Maria Henricson
Examinerande lärare:	Inger Johansson
Examinator:	Marie-Louise Hall-Lord
Sidor:	27 samt bilagor
Datum för examination:	2016-05-09
Svenska nyckelord:	operationssjuksköterska, perioperativ omvårdnad, upplevelser, personcentrerad omvårdnad, patientsäkerhet, intervju

**Introduktion:** Operationssjuksköterskan ansvarar för patientens omvårdnad under den perioperativa processen och den ska bedrivas utifrån personcentrerad omvårdnad (PCO). I den högteknologiska miljön fungerar operationssjuksköterskan som en länk mellan tekniken och patienten. Endast ett fåtal studier belyser operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad och behovet av ett omvårdnadsinriktat arbete inom operationssjukvården kan ifrågasättas.

**Syfte:** Studiens syfte var att beskriva operationssjuksköterskors upplevelser av vad som utmärker perioperativ omvårdnad.

**Metod:** Studien var en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. Datainsamlingen gjordes genom reflexiva intervjuer av tio operationssjuksköterskor från två operationskliniker. Intervjuerna baserades på en upplevd situation av perioperativ omvårdnad. Dataanalysen genomfördes utifrån innehållsanalys.

**Resultat:** Operationssjuksköterskornas upplevelser av perioperativ omvårdnad kan sammanfattas i en huvudkategori: Patientsäker omvårdnad. Tre generiska kategorier framkom: Bevara patientens värdighet, Samordna och kontrollera patientens vård samt Skydda patientens kropp. Operationssjuksköterskorna beskrev hur de arbetade utifrån patientens individuella behov samt hade operationsmetodiska och medicintekniska kunskaper vilket förhindrade vårdskador hos patienten.

**Konklusion:** Den perioperativa omvårdnaden utmärks av att operationssjuksköterskorna genom sina specifika kunskaper samordnar och kontrollerar patientens vård, skyddar patientens kropp och medverkar till en bevarad värdighet hos patienten vilket bidrar till en patientsäker vård. Enligt riktlinjer ska den perioperativa omvårdnaden vara personcentrerad vilken den delvis är men ytterligare evidens kring PCO perioperativt skulle vara betydelsefullt.

## ABSTRACT

Title: Nursing and patient safety  
Operating theatre nurse's experiences of perioperative nursing – an interview study

Faculty: Health, Science and Technology

Course: Degree project - nursing, 15 ECTS

Authors: Susanna Johansson & Charlotte Larsson

Supervisor: Maria Henricson

Examiner: Inger Johansson

Examiner: Marie-Louise Hall-Lord

Pages: 27 and attachment

Date for the examination: 2016-05-09

Key words: operating theatre nurse, perioperative nursing, experience, person-centered care, patient safety, interview

**Introduction:** The operating theatre nurse (OTN) is responsible for the patient's care during the perioperative process and it should be conducted on the basis of person-centered care (PCC). In the high-tech environment the OTN work as a link between technology and the patient. Only a few studies illustrate the OTN's perioperative care and the need for a care-oriented work in the operating room is questionable.

**Aim:** The aim of the study was to describe OTNs' experiences of the characteristics of perioperative nursing.

**Method:** The study was a qualitative interview study with an inductive approach. The data was collected through reflexive interviews of ten OTNs' from two surgical clinics. The interviews were based on a perceived situation of perioperative care. Data analysis was carried out with content analysis.

**Result:** The OTNs' experiences of perioperative care can be summarized in one key category: Patient safe care. Three generic categories emerged: Preserving the patient's dignity, Coordination and control of the patient's care and Protect the patient's body. The OTNs' described how they worked according to individual patient needs and had specific operating and technical knowledge which prevented the emergence of health damage to the patient.

**Conclusion:** The perioperative nursing characterized by the OTNs' through their specific knowledge coordinates and controls the patient's care, protect the patient's body and contributes to the preservation of the patient's dignity, which contributes to a patient safe care. According to the guidelines, the perioperative care should be person-centered which it partly is but further evidence regarding perioperative PCC would be significant.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INTRODUKTION.....</b>	<b>5</b>
<i>Operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad.....</i>	5
<i>Personcentrerad omvårdnad.....</i>	7
<i>Operationssjuksköterskans yrkesroll.....</i>	7
<i>Problemformulering.....</i>	7
<b>SYFTE.....</b>	<b>8</b>
<b>METOD.....</b>	<b>8</b>
<i>Design.....</i>	8
<i>Undersökningsgrupp.....</i>	8
<i>Datainsamling.....</i>	9
<i>Dataanalys.....</i>	9
<i>Forskningsetiska överväganden.....</i>	11
<b>RESULTAT.....</b>	<b>12</b>
<i>Patientsäker omvårdnad.....</i>	12
<i>Bevara patientens värdighet.....</i>	13
<i>Samordna och kontrollera patientens vård.....</i>	14
<i>Skydda patientens kropp.....</i>	15
<b>DISKUSSION.....</b>	<b>18</b>
<i>Resultatdiskussion.....</i>	18
<i>Kliniska implikationer och förslag till fortsatt forskning.....</i>	21
<i>Metoddiskussion.....</i>	22
<b>KONKLUSION.....</b>	<b>24</b>
<b>REFERENSER.....</b>	<b>25</b>

**Bilaga 1 - Tillstånd för genomförande av examensarbete**

**Bilaga 2 - Informationsbrev**

**Bilaga 3 - Samtalsguide**

## INTRODUKTION

Specialistutbildningen inom operationssjukvård är den äldsta specialistutbildningen för sjuksköterskor (Clemons, 1976). Operationssjuksköterskan ansvarar för patientens omvårdnad under den perioperativa processen där patientens fysiska och psykiska behov ska tillgodoses (Riksföreningen för operationssjukvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2011). Operationssjuksköterskan är och tenderar att bli mer högteknologisk vilket ställer högre krav på operationssjuksköterskans omvårdnadsarbete för att patienten ska känna sig trygg i den tekniska vårdmiljön (Bull & FitzGerald, 2006). Den alltmer tekniska inriktningen kan leda till att operationssjuksköterskans omvårdnadsroll kan komma att ifrågasättas. Det är därför viktigt att öka kunskapen om operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnadsarbete.

I slutet på 1800-talet blev operationssjukvård en egen specialitet för sjuksköterskor. Den viktiga rollen att assistera kirurgen föll på sjuksköterskan då hon ansågs inneha de kvalitéer som krävdes för att arbeta inom operationssjukvård. Till en början var det även operationssjuksköterskans ansvar att assistera vid patientens anestesi och att arbeta vid uppvakningsavdelningen. Idag finns det istället sjuksköterskor med specialistutbildning inom anestesijukvård som ansvarar för den specifika vården, främst i USA och Skandinavien (McGarvey, Chambers & Boore, 2000). Som verksam operationssjuksköterska i Sverige krävs utöver en utfärdad legitimation som sjuksköterska även en specialistutbildning med inriktning operationssjukvård, omfattande 60 högskolepoäng (SFS 1993:100). Operationssjuksköterskans ansvarsområde omfattar bland annat att tillämpa hygieniska och aseptiska principer, att bevara patientens integritet, autonomi och värdighet samt att instrumentera och assistera vid kirurgiska ingrepp (RFOP, 2011). Vården ska bedrivas i enlighet med Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) där strävan är att förhindra att vårdskador uppstår.

### *Operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad*

Operationssjuksköterskan ansvarar för patientens omvårdnad under den perioperativa processen, vilken innefattar den pre-, intra- och postoperativa fasen. Det är sjuksköterskan med specialistkompetens inom perioperativ omvårdnad som har det primära ansvaret för patientens omvårdnad under pågående kirurgisk behandling. Utöver detta tillkommer även ansvaret för en preoperativ bedömning av patienten samt att utvärdera vården postoperativt (Tollerud, Botsford, Hogland, Price, Sawyer & Bradley, 1985). Omvårdnad är handlingar som utförs i syfte att upprätthålla hälsa, förebygga sjukdom och lindra lidande och bygger på sjuksköterskans kunskaper, erfarenheter och sociala kompetens. Den perioperativa omvårdnaden omfattar all den omvårdnad som ges under den perioperativa processen. Operationssjuksköterskan vårdar patienten tillsammans med andra professioner under den perioperativa processen men är den som har det yttersta ansvaret för omvårdnaden. Den perioperativa omvårdnaden innefattar dels fysiska men även psykiska aspekter vilka bör tillgodoses genom hela den perioperativa processen (Tollerud et al., 1985). Omvårdnadsåtgärderna kan innebära att förmedla information och att finnas där som emotionellt stöd till patienten och anhöriga (RFOP, 2011; Tollerud et al., 1985).

Den preoperativa fasen inleds när patienten får besked om den kirurgiska behandlingen och avslutas då patienten är överflyttad till operationsbordet (RFOP, 2011; Tollerud et al., 1985). Under den preoperativa fasen utför operationssjuksköterskan ett flertal omvårdnadsåtgärder som inledningsvis består av att operationssjuksköterskan har ett preoperativt samtal med

patienten och eventuella anhöriga för att samla information om patienten och dennes önskemål (Lindwall, von Post & Bergbom, 2003; McGarvey et al., 2000; RFOP, 2011; Tollerud et al., 1985). Denna information tillsammans med aktuell data i patientjournalen används sedan för att planera den fortsatta perioperativa omvårdnaden (Pulkkinen, Junttila & Lindwall, 2016; Tollerud et al., 1985). Detta samtal kan minska patientens oro och ångest (Lindwall et al., 2003; Pulkkinen et al., 2016) samt leda till snabbare återhämtning postoperativt (Webb, 1995). Dock är ett preoperativt samtal inte alltid möjligt att genomföra på grund av personal- och tidsbrist samt organisatoriska förändringar (von Post, Frid, Kolvered & Madsen, 2005; Zetterlund, 2000). Ytterligare omvårdnadsåtgärder som operationssjuksköterskan utför preoperativt är kontroll av patientens identitet och eventuell sidomarkering vid kirurgi av pariga organ eller extremiteter (McGarvey et al., 2000; RFOP, 2011; Tollerud et al., 1985). Förberedelser av medicinteknisk apparatur och sterila instrument sker även inom denna fas (McGarvey et al., 2000; RFOP, 2011). Samtliga av dessa förberedelser är viktiga för att säkerställa patientsäkerheten (Blomberg, Bisholt, Nilsson & Lindwall, 2015).

Den intraoperativa fasen är tiden från att patienten förflyttas till operationsbordet och avslutas när patienten kommer till uppvakningsavdelningen. De omvårdnadsåtgärder som operationssjuksköterskan utför i denna fas är bland annat att positionera patienten på operationsbädden, kontroll av medicinteknisk utrustning samt att säkerställa steriliteten (McGarvey et al., 2000; Tollerud et al., 1985). Syftet med omvårdnadsåtgärderna är att bevara patientens säkerhet och värdighet under en, för patienten, utsatt situation ((Lindwall et al. 2003). Operationssjuksköterskan ansvarar för att kontrollera patientens hudstatus innan den preoperativa huddesinfektionen av operationsområdet påbörjas. Därefter skapas ett sterilt fält genom att avgränsa operationsområdet från de osterila områdena på patienten med hjälp av sterila operationslakan (Kolvered, Öhlén & Åkesdotter Gustafsson, 2012). Operationssjuksköterskan ansvarar för att steriliteten bevaras under ingreppet för att förebygga smitta och smittspridning (Kolvered et al., 2012; RFOP, 2011) samt att kontrollera instrument och övriga kirurgiska hjälpmedel för att förhindra att något oavsiktligt kvarlämnas i patienten (Blomberg et al., 2015; Kolvered et al., 2012; McGarvey et al., 2000; RFOP, 2011).

Den postoperativa fasen omfattar tiden från att patienten överflyttats till uppvakningsavdelningen tills dess att omvårdnaden som relateras till det kirurgiska ingreppet är tillgodosedd. Den postoperativa fasens omvårdnadsåtgärder innefattar att överföra relevant information om patientens pre- och intraoperativa vård till personal på uppvakningsavdelningen (McGarvey et al., 2000; RFOP, 2011; Tollerud et al., 1985). Operationssjuksköterskor har en önskan om att själva få rapportera patienten till den postoperativa avdelningen, då de kan tillföra kunskap om patienten som ingen annan har (Blomberg et al., 2015). Som en del i den postoperativa omvårdnaden kan operationssjuksköterskan även ha ett postoperativt samtal med patienten på uppvakningsavdelningen eller när patienten har skrivits ut till hemmet för att utvärdera den perioperativa omvårdnaden (McGarvey et al., 2000; Pulkkinen et al., 2016; Tollerud et al., 1985). Den postoperativa vården handlar om att ge patienten de bästa förutsättningarna för att återhämta sig efter operationen och eventuell anestesi, detta ansvar tillfaller dock oftast annan sjukvårdspersonal än operationssjuksköterskan (McGarvey et al., 2000).

### *Personcentrerad omvårdnad*

Den perioperativa vården ska bedrivas utifrån evidens, det vill säga att vården utformas efter bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap och beprövad erfarenhet (RFOP, 2011). Vården ska även vara personcentrerad och utgå från patienten och dennes eventuella närstående vilket kan uppnås genom att operationssjuksköterskan skapar en relation till patienten och närstående (RFOP, 2011). Personcentrerad omvårdnad (PCO) utgår från en humanistisk människosyn och syftar till att se patienten som en individ och inte som en diagnos för att kunna skapa en individualiserad omvårdnad. Detta möjliggörs genom att lära känna patienten och dennes närstående, deras tidigare erfarenheter samt vilka individuella resurser och förmågor patienten har. Patienten har därmed möjlighet att aktivt delta i utformandet av sin egen behandling och vård (Ekman et al., 2011; McCormack & McCance, 2010).

Inom PCO överges den tidigare uppfattningen där patienten endast sågs som en passiv mottagare av medicinsk behandling för att istället skifta till att involvera patienten i beslutsprocessen kring vården (Ekman et al., 2011). Patienten ses som en individ med förmågan att ta egna beslut där respekt för värdighet, autonomi och medbestämmande är grundläggande. PCO har visat sig leda till ett bättre samarbete mellan patient och vårdare samt förbättrad hälsa och en ökad compliance hos patienten (Ekman et al., 2011; McCormack & McCance, 2010). Compliance innebär att patienten har en god följsamhet till den ordinerade behandlingen (Boreus, 2016). Om patienten inte involveras och får delge personlig information och eventuella specifika behov kan operationssjuksköterskan inte planera den perioperativa omvårdnaden utifrån patientens individuella behov (Lindwall et al., 2003). Det upplevs som värdefullt av patienterna att kunna vara delaktiga och påverka sin vård samt att bli bekräftade som individer (Westerling & Bergbom, 2008).

### *Operationssjuksköterskans yrkesroll*

Operationssjuksköterskor vårdar patienter i en teknologisk miljö och ses ibland som en profession som inte utför omvårdnad (Bull & FitzGerald, 2006). Operationssjuksköterskor upplever en svårighet i att beskriva sitt yrke och sina arbetsuppgifter samt att de har svårt att hävda att de faktiskt utför omvårdnad. En del operationssjuksköterskor upplever att de är mer tekniskt intresserade och ifrågasätter om de verkligen utför omvårdnad (Bull & FitzGerald, 2006; Sigurdsson, 2001). Hos en del av operationssjuksköterskorna finns en strävan att synliggöra den perioperativa omvårdnaden trots organisationens alltmer medicintekniska inriktning (Blomberg et al., 2015). Sjuksköterskor utanför operationssalen menar att operationssjuksköterskor endast ser patienten som ett objekt och inte en individ (Blegeberg, Blomberg & Hedelin, 2008; Sigurdsson, 2001). Operationssjuksköterskans arbetsuppgifter uppfattas av en del sjuksköterskekollegor och sjuksköterskestudenter som monotont och stillastående samt att operationssjuksköterskan endast handräcker instrument till operatören. Det fanns även en uppfattning om att de endast fokuserar på operationen och operationstekniken istället för att delta i patientens omvårdnad som helhet (Blegeberg et al., 2008).

### *Problemformulering*

Den allt snabbare teknologiska utvecklingen av operationssjukvården riskerar att åsidosätta operationssjuksköterskans unika perioperativa omvårdnadsfärdigheter. Det är genom dessa färdigheter som operationssjuksköterskan kan göra den högteknologiska vården inne på

operationssalen acceptabel för patienten. Operationssjuksköterskan innehar därför en nyckelroll inom operationssjukvården och fungerar som en länk mellan tekniken och patienten. Den perioperativa omvårdnaden ska vara personcentrerad men det finns inga studier som belyser hur operationssjuksköterskan ska utföra denna individanpassade omvårdnad. Endast ett fåtal studier belyser operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad och om operationssjuksköterskan endast använder sina tekniska färdigheter kan behovet av omvårdnadsinriktat arbete inom operationssjukvården komma att ifrågasättas. Det finns en uppfattning att operationssjuksköterskorna inte själva är medvetna om den omvårdnad de utför perioperativt. Det finns ett behov av fortsatt forskning inom området och det är viktigt att öka kunskapen om samt synliggöra operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnadsarbete.

## **SYFTE**

Studiens syfte var att beskriva operationssjuksköterskors upplevelser av vad som utmärker perioperativ omvårdnad.

## **METOD**

### *Design*

En empirisk studie med kvalitativ design och induktiv ansats har genomförts. Kvalitativ design var lämplig då studien avsåg att studera individers levda erfarenheter av ett fenomen (Polit & Beck, 2012). Reflexiva intervjuer utfördes där deltagarna kontinuerligt fick reflektera över ett fenomen ur olika vinklar. Utifrån intervjumaterialet kan nya tankar och frågeställningar skapas (Thomsson, 2010).

### *Undersökningsgrupp*

Enhetscheferna på operationsklinikerna kontaktades via mail med en förfrågan om att få genomföra intervjuer med operationssjuksköterskor på respektive klinik. Enhetscheferna fick ge ett skriftligt godkännande för genomförande av intervjuerna (Bilaga 1). I mailet bifogades även ett informationsbrev (Bilaga 2) med information angående studien och dess tänkta genomförande. Totalt tillfrågades fyra operationskliniker; ett länssjukhus, två länsdelssjukhus samt en privatklinik. Två kliniker avböjde deltagande. Enhetscheferna informerade operationssjuksköterskorna om studien utifrån informationsbrevet och sedan fick de anmäla sitt intresse för deltagande via telefon till studieförfattarna och i samband med detta bestämdes tid och plats för respektive intervju. Ett lämplighetsurval tillämpades vilket innebär att deltagare rekryterades från en specifik organisation och inga ytterligare inklusionskriterier användes (Polit & Beck, 2012). Samtliga operationssjuksköterskor på de två klinikerna informerades om studien, vilket var totalt 15 operationssjuksköterskor varav fem avböjde intresse för deltagande. Deltagarna bestod av tio kliniskt verksamma operationssjuksköterskor anställda vid två olika operationskliniker i södra Sverige, varav en klinik på ett länssjukhus och en på ett privatsjukhus. På de två klinikerna utfördes både allmän kirurgiska och ortopediska ingrepp. Samtliga deltagare i studien var kvinnor med en medelålder på 46 år (medianålder 47 år) och hade en klinisk erfarenhet som operationssjuksköterskor med ett medelvärde på 17 år (medianvärde på 14,5 år). Samtliga operationssjuksköterskor hade dessutom tidigare yrkeserfarenheter inom hälso- och sjukvård.



## *Datainsamling*

Datainsamlingen genomfördes med hjälp av individuella reflexiva intervjuer där studieförfattarna intervjuade fem respektive fyra operationssjuksköterskor var. En pilotintervju genomfördes initialt med en av operationssjuksköterskorna och vid denna intervju deltog båda studieförfattarna. Pilotintervjun genomfördes för att verifiera den valda metoden samt att dess framtagna huvudfråga var lämplig utifrån studiens syfte (Polit & Beck, 2012). Huvudfrågan bearbetades sedan tillsammans med handledare och handledningsgrupp under handledningstillfällena. Pilotintervjun ansågs vara av god kvalitet och inkluderades därför i studiens resultat. Studiedeltagarna ombads innan intervjutillfället att erinra en situation där de i sin yrkesroll utfört perioperativ omvårdnad (Bilaga 2). De ombads även att fundera över vad de ansåg vara utmärkande för perioperativ omvårdnad. Detta tydliggjorde för deltagarna att studieförfattarna inte avsåg att ställa direkta frågor under intervjuerna utan att deltagarna förväntades berätta med egna ord kring fenomenet (Thomsson, 2010). Den erinrade situationen användes som utgångspunkt under intervjuerna och kompletterades med följdfrågor (Bilaga 3) vid de tillfällen där förtydligande krävdes (Thomsson, 2010). Samtliga intervjuer genomfördes under andra veckan i januari 2016. De utfördes i ett lugnt och enskilt rum i nära anslutning till operationssjuksköterskornas arbetsplats. Tidpunkt, plats för intervjun samt intervjuens längd bestämdes av deltagarna. Intervjuernas längd varierade från 10-40 minuter och samtliga intervjuer dokumenterades med hjälp av digital inspelning samt stödanteckningar som fördes under pågående intervju. Transkriberingen av intervjumaterialet skedde kontinuerligt under den veckan datainsamlingen pågick.

## *Dataanalys*

Vid dataanalysen användes en induktiv ansats vilket innebär att datamaterialet bearbetats objektivt utifrån dess helhet (Elo & Kyngäs, 2008). Innehållsanalysen utfördes med en manifest ansats där fokus var att beskriva intervjutexten utan att tolka textens dolda betydelse. Det fanns en förförståelse att operationssjuksköterskor inte är medvetna om den perioperativa omvårdnad de utför. Under datainsamlingen och analysen fanns en medvetenhet om förförståelsen som erhållits genom studier och verksamhetsförlagd utbildning. Förförståelsen kompletterades genom att tidigare forskning inom det aktuella ämnesområdet studerades. Genom att vara medveten om och beskriva sin förförståelse ges läsaren en möjlighet att kunna följa tolkningen och analysen av intervjumaterialet (Polit & Beck, 2012). Analysen gjordes utifrån Elo och Kyngäs (2008) tre faser: förberedelsefasen, organiseringsfasen och redovisningsfasen.

Förberedelsefasen inleddes med att textmaterialet lästes enskilt och upprepade gånger för att få en fördjupad förståelse för intervjuernas innehåll och dess helhet. Därefter sorterades meningsbärande enheter ut genom att dessa enskilt markerades i de transkriberade intervjuerna. De meningsbärande enheterna bestod av meningar eller flera ord som svarade mot studiens syfte (Elo & Kyngäs, 2008).

Vid induktiv innehållsanalys sker initialt en öppen kodning i organiseringsfasen (Elo & Kyngäs, 2008). Noteringar fördes enskilt angående de meningsbärande enheternas innebörd vilka skrevs i marginalen till intervjutexterna. Därefter jämfördes och diskuterades de meningsbärande enheterna som markerats samt noteringarna för att sedan tillsammans skapa rubriker. Under pågående arbete kontrollerades de meningsbärande enheterna och rubrikerna

mot studiens syfte. Rubrikerna överfördes sedan till ett separat dokument och grupperades om utifrån likheter och olikheter för att reducera antalet rubriker (se Tabell 1). De kvarstående rubrikerna användes sedan för att gruppera textmaterialet genom att sammanställa liknande data och skapa underkategorier. Data med liknande innehåll skulle inte kunna placeras i mer än en underkategori (Elo & Kyngäs, 2008). De rubriker som framstod utmärkande från intervjumaterialet var aseptik, positionering, att inte blotta patienten samt hantering av preparat. Vid skapandet av underkategorierna skedde en kontinuerlig kontroll mot de tidigare meningsbärande enheterna och rubrikerna vilket ledde till att enstaka underkategorier slogs samman och namngavs på nytt. Slutligen studerades underkategorierna grupperades och bildade generiska kategorier. De generiska kategorierna bildades av underkategorier med sammanhörande innehåll (Elo & Kyngäs, 2008). Under pågående analysarbete gjordes en tillbakagång där underkategoriernas innebörd studerades ytterligare och grupperades om. Detta resulterade i skapande av nya underkategorier samt generiska kategorier. Slutligen bildades en huvudkategori utifrån det sammanställda resultatets innehåll.

I redovisningsfasen beskrevs analysens tillvägagångssätt genom att de olika generiska kategorierna och underkategorierna samt dess resultat redovisades (Elo & Kyngäs, 2008). Analysen resulterade i tio underkategorier som sedan utifrån dess innehåll grupperades i tre generiska kategorier med en huvudkategori vilken speglade det övergripande resultatet. I resultatet redovisas citat från deltagarna i intervjuerna där siffran vid citatet markerar den enskilda deltagaren.

Tabell 1 Exempel på analysprocessen

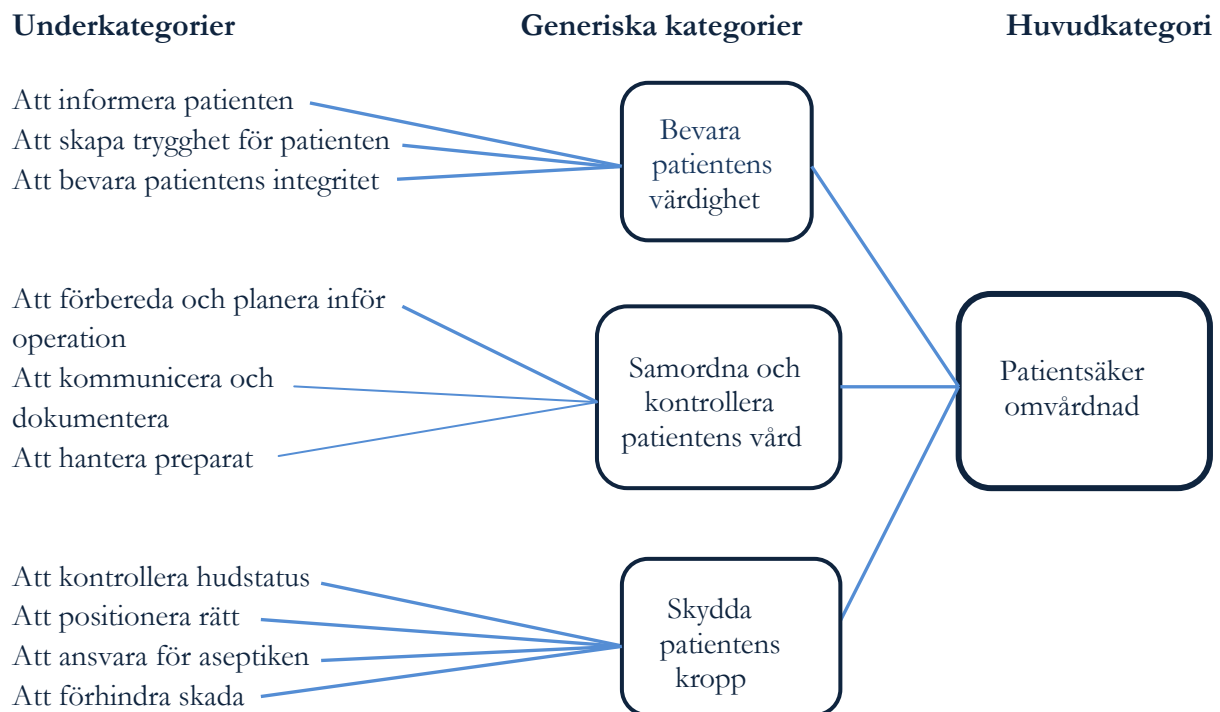
Meningsbärande enhet	Öppen kodning	Underkategori	Generisk kategori
Det är viktigt för oss att de ligger bra på operationsbordet och att de inte får några trycksår eller nervskador.. Och att det inte blir någon översträckning någonstans..	Förebygga tryck- och nervskada vid upplägg	<b>Att positionera rätt</b>	<b>Skydda patientens kropp</b>
Jag kan försöka vara lite rolig ibland, man försöker avdramatisera. Med små grejer kan man ju få en patient att känna sig trygg, att vi tar hand om dig. Att prata med patienterna tycker jag är viktigt, de ska känna att de är i trygga händer..	Skapa trygghet genom samtal och humor	<b>Att skapa trygghet för patienten</b>	<b>Bevara patientens värdighet</b>
Att man har koll på alla grejer, att man är förberedd och man ligger det här steget före för att det ska flyta på, för tiden har ju betydelse för patienten ur infektionssynpunkt	Väl förberedd, kortare operationstid leder till minskad infektionsrisk	<b>Att förbereda och planera inför operation</b>	<b>Samordna och kontrollera patientens vård</b>

### *Forskningsetiska överväganden*

Inledningsvis skickades en förfrågan ut till berörda verksamhetschefer för godkännande av studiens genomförande på respektive operationsklinik (Bilaga 1). Inför studien fick deltagarna i enlighet med lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460), en skriftlig information om studiens syfte och dess genomförande (Bilaga 2). Deltagande var frivilligt och deltagarna hade rätt att när som helst avsluta sin medverkan i studien, vilket är i enlighet med Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden (Sykepleiernes Samarbeid i Norden (SNN) & Northern Nurses' Federation (NNF), 2003). När deltagarna hade läst informationen fick de lämna ett muntligt samtycke till deltagande i samband med intervjun vilket dokumenterades. Enligt Personuppgiftslagen (SFS 1998:204) ska forskning med känsliga personuppgifter behandlas konfidentiellt för att respektera och skydda individernas integritet. Studiens intervjumaterial spelades in och transkriberades sedan ordagrant till textmaterial. Under transkriberingen gjordes en avidentifiering av det inspelade materialet som sedan förvarades otillgängligt för obehöriga. Då materialet kan komma att publiceras sparas inspelningarna under 10 års tid.

## RESULTAT

Syftet var att beskriva operationssjuksköterskors upplevelser av vad som utmärker perioperativ omvårdnad. Resultatet redovisas utifrån de tre generiska kategorierna "Bevara patientens värdighet", "Samordna och kontrollera patientens vård" och "Skydda patientens kropp" med tillhörande underkategorier samt en övergripande huvudkategori "Patientsäker omvårdnad" (se Figur 1). Till den generiska kategorin "Bevara patientens värdighet" hör följande underkategorier: Att informera patienten, Att skapa trygghet för patienten och Att bevara patientens integritet. Till den generiska kategorin "Samordna och kontrollera patientens vård" hör följande underkategorier: Att förbereda och planera inför operation, Att kommunicera och dokumentera samt Att hantera preparat. Till den generiska kategorin "Skydda patientens kropp" hör följande underkategorier: Att kontrollera hudstatus, Att positionera rätt, Att ansvara för aseptiken samt Att förhindra skada.



Figur 1. Redovisning av underkategorier, generiska kategorier och huvudkategorin riktade mot perioperativ omvårdnad

### Patientsäker omvårdnad

Under intervjuerna benämnde operationssjuksköterskorna ett flertal omvårdnadsåtgärder vilka upplevdes utmärkande för perioperativ omvårdnad. Omvårdnadsåtgärderna syftade till att bevara patientens värdighet, samordna och kontrollera patientens vård samt skydda patientens kropp. Samtliga omvårdnadsåtgärder var betydande för att operationssjuksköterskorna skulle kunna skapa en patientsäker vård, detta genom att förhindra uppkomst av skada hos patienten,

kontroll och samordning av patientens perioperativa vårdförlopp samt att säkerställa att patienten inte utsattes för kränkande behandling.

### **Bevara patientens värdighet**

Genom att ha en kontinuerlig dialog med patienten gavs möjlighet att ge information samt utrymme för patienten att kunna ställa frågor till operationssjuksköterskorna. Det var viktigt att vara lyhörd för patientens behov och därigenom skapa en känsla av trygghet samt att bemöta patienten med respekt. Samtliga omvårdnadsåtgärder möjliggör en bevarad värdighet hos patienten.

#### *Att informera patienten*

Som en del i den perioperativa omvårdnaden beskrev operationssjuksköterskorna det som betydelsefullt att få träffa patienten innan ingreppet. Detta för att kunna ge ytterligare information om det planerade ingreppet men också för att svara på patientens eventuella frågor, då de ansåg att det var viktigt med en välinformerad patient. Ett preoperativt samtal var inte alltid möjligt att genomföra på grund av tidsbrist men det gav operationssjuksköterskorna en möjlighet att få en bekräftelse av att patienten var införstådd med vad det planerade ingreppet innebar. Genom att träffa och samtala med patienten fick de ett tillfälle att skapa sig en bild av patienten och få en uppfattning om hen var lugn eller nervös. Att kontinuerligt informera patienten om den perioperativa vården ansågs vara en del av operationssjuksköterskans omvårdnadsarbete. Det var viktigt att förklara så patienten förstod varför olika omvårdnadsåtgärder utfördes. Bland annat varför det krävdes ytterligare en peroperativ tvätt med huddesinfektion utöver den dusch patienten gjort preoperativt i hemmet. Omvårdnadsarbetet handlade också om att informera patienten om det postoperativa tillstånd de kunde förväntas vakna upp till efter operationen.

*”Detta måste man ju kunna förklara för patienten, att man vaknar upp med drän eller kateter så att de inte tror att det har hänt något jättefarligt när de vaknar med massa slangar.” (9)*

Som en del i informationen om den postoperativa vården ansågs det också betydelsefullt att göra patienten delaktig i sin sårvård. Detta genom att förklara hur patienten skulle sköta operationssåret efter hemgång för att optimera en god sårsläkning.

#### *Att skapa trygghet för patienten*

En del i omvårdnadsarbetet var att ta sig tid för att skapa trygghet för patienten. Genom att operationssjuksköterskorna gjorde sitt bästa för patienten och visade på kontroll över situationen kunde de genom sin kompetens inge ett förtroende. Omvårdnaden handlade också om att vara lyhörd för en orolig patients behov för att kunna skapa en känsla av trygghet. Operationssjuksköterskorna beskrev vikten av att bemöta patienten med ett lugn och att inte vara klädd i steril rock och munskydd när de samtalade med en orolig patient. Andra sätt att försöka lugna var användande av fysisk kontakt till exempel genom att hålla patientens hand samt att försöka skapa en lugn miljö inne på operationssalen.

*”Vid kejsarsnitt brukar vi släcka ner lamporna och göra det lite lugnare och så med miljön i salen. Vi kan ha radion på och då blir det lite mer hemmiljö för patienten och de kan bli lugnare av det.” (4)*

Att använda humor och skratta tillsammans med patienten var ytterligare ett sätt för att skapa en känsla av trygghet hos patienten. Genom humor kunde operationssjuksköterskorna försöka avdramatisera situationen för patienten. En positiv attityd och att vara glad och pratsam kunde få patienten på andra tankar och därmed lite mer avslappnad och mindre stressad inför operationen. En önskan var att patienten skulle uppleva ett förtroende till personalen inne på operationssalen samt känna att hen var i trygga händer.

#### *Att bevara patientens integritet*

Att inte blotta och utlämna patientens kropp för att skydda hens integritet var betydelsefullt. Det ansågs fel att patienten skulle ligga blottad i onödan på operationsbädden och operationssjuksköterskorna såg det som deras ansvar att skyla patienten med hjälp av täcke eller draperingsmaterial. Detta poängterades som viktigt oavsett om patienten var vaken eller sövd då det ansågs handla om respekt för individen. För att visa respekt för individen ansvarade operationssjuksköterskorna för att ingen kränkte patienten genom att prata nedvärderande om den sövda patienten.

*”En sak som är oerhört viktig är att alltid respektera patienten /.../ och tänka på att inte stå och prata om patienten. Man ska göra sitt allra bästa för patienten för de kan ju inte försvara sig och inte hjälpa till, de är helt utlämnade.” (3)*

Att respektera patienten var minst lika viktigt vid ingrepp där patienten var vaken, genom att bland annat tänka på vilka samtalsämnen som fördes inne på operationssalen. Att skoja och skratta med varandra kunde leda till att patienten som fanns under draperingsmaterialet glömdes bort. Operationssjuksköterskorna såg det som sin uppgift att vara patientens advokat med ansvaret att ta patienten i försvar och de såg det som sin skyldighet att upprätthålla de specifika önskemål patienten uttryckt under det preoperativa samtalet, vilket kunde innefatta både verbalt och icke verbalt uttryckta önskemål. De icke verbala önskemålen kunde exempelvis handla om smärtlindrig då ingrepp utfördes i lokalanestesi. Operationssjuksköterskorna kunde ibland uppfatta att patienten hade ont utan att hen uttryckte det verbalt och detta besvär kunde patienten uttrycka genom kroppsspråk och ansiktsmimik.

#### **Samordna och kontrollera patientens vård**

Genom att vara väl förberedd och insatt i operationsmetodiken för det aktuella ingreppet tog operationssjuksköterskorna ansvar för patienten. Tack vare samarbete med olika professioner togs ett gemensamt ansvar för patientens vård.

#### *Att förbereda och planera för operation*

För att vara väl förberedd lästes aktuella anteckningar i journalen igenom inför operationerna. Det var betydelsefullt för att kunna planera och förbereda instrument och övrigt material som kunde tänkas behövas till operationen. Detta för att minimera onödigt spring på operationssalarna vilket försämrar ventilationen på salen samt förlänger operationstiden. Vid operation av pariga organ ansåg operationssjuksköterskorna att en kontroll av sidomarkering på patienten var en viktig omvårdnadsåtgärd.

*”Om det är en bröstoperation till exempel, så kollar man att det är ritat och hör med patienten så att det är rätt bröst och att vi är överens om vad vi ska göra.” (3)*

Ytterligare omvårdnadsåtgärder var att kontrollera patientens identitet för att försäkra sig om att det var rätt patient som skulle opereras. Även att fråga patienten om hen hade några allergier, till exempel mot nickel eller läkemedel ansågs betydelsefullt att veta innan operationen påbörjades. För att ge patienten en god omvårdnad var kunskap om operationsmetodik betydelsefull, detta för att vara förberedd och därmed kunna instrumentera och assistera operatören på ett optimalt sätt. Genom att vara delaktig under operationen och ligga steget före vid instrumenteringen blev operationstiden kortare för patienten vilket ansågs vara viktigt ur infektionssynpunkt. Operationssjuksköterskorna hade även ett ansvar att kontrollera de instrument och kompresser som användes under operationerna, detta gjordes genom kvantitativa kontroller pre-, intra- och postoperativt. Det ansågs viktigt att vara fokuserad och uppmärksam på vad operatören gjorde under operationens gång för att inte oavsiktligt kvarlämna material i patienten.

#### *Att kommunicera och dokumentera*

Kommunikationen mellan anestesijüksköterskorna och operationssjuksköterskorna upplevdes som betydelsefullt. Genom att kommunicera tog de ett gemensamt ansvar för patientens välmående under operationen, till exempel kunde anestesijüksköterskorna observera smärta eller hypotermi hos patienten via monitoreringen och förmedla det till operationssjuksköterskorna. Operationssjuksköterskorna kunde då ta upp extra sterila handdukar för att täcka stora sårtytor och därmed värma patienten eller placera om eventuella hakar vilka kunde orsaka smärta. Postoperativt ansågs det viktigt att dokumentera på rätt sätt angående patientens vård och att lämna en relevant muntlig rapport till ansvarig sjuksköterska på den postoperativa avdelningen. Detta för att säkerställa att patienten fick en god postoperativ vård och att nödvändiga kontroller utifrån ingreppet utfördes, exempelvis genom att kontrollera blödning och eventuella hematom.

#### *Att hantera preparat*

Preparathanteringen ansågs vara en del av omvårdnaden där det inte fanns utrymme för felaktigheter. En noggrann hantering var viktig för att inte missförstånd skulle uppstå och därför tillfrågades operatören om preparatet skulle fixeras eller skickas färskt. Preparatet märktes upp med den benämning som operatören angett och patientens personuppgifter vilka sedan kontrollerades mot journalen och patientens id-band.

### **Skydda patientens kropp**

Ett flertal omvårdnadsåtgärder utfördes för att skydda patientens kropp. Genom att positionera patienten rätt och att upprätthålla aseptiken under operationen förhindrades uppkomst av tryckskador och postoperativa infektioner.

#### *Att kontrollera hudstatus*

Genom att kontrollera patientens hudstatus preoperativt kunde draperingen anpassas och rätt förband väljas för att förhindra att skada patientens hud. Något som upplevdes extra viktigt om patienten hade skör eller känslig hud. Operationssjuksköterskorna använde Cavilon för att

skydda den sköra huden hos patienten och därigenom minimerades risken för att irritation eller sår skulle uppstå. Det upplevdes även betydelsefullt att kontrollera om patienten hade någon eventuell allergi mot häfta/tejp eller förband.

*”Vi hade en patient som var allergisk mot tejp, då beställdes annan tejp hem och sattes på patientens underarm i 30 minuter för att kontrollera att det inte blev några blåsor eller så.” (9)*

Ett syfte med att kontrollera huden var även att inte missa eventuella sår eller hudförändringar i operationsområdet, vilket skulle kunna leda till att operationen blev inställd. Efter operationen upplevdes det även viktigt att anpassa förbandet efter patientens hud och operationssår. Förbandet skulle sluta tätt för att förhindra läckage och postoperativa infektioner. När operationen var avslutad lossades draperingen med stor försiktighet för att inte skada patientens hud och operationssjuksköterskorna kontrollerade så ingen rodnad hade uppstått. Även utsatta hudpartier där risken för trycksår var stor kontrollerades så att inga skador uppkommit.

#### *Att positionera rätt*

Att välja rätt anpassat operationsbord samt att positionera patienten korrekt och säkert på operationsbädden ansågs vara ett stort ansvar. Det var viktigt att utgå från individen och hans eventuella tidigare fysiska begränsningar vid planering av positionering för att inte orsaka patienten någon skada.

*”Man frågar om de har några begränsningar, om de har svårt att sträcka ut en arm eller ett ben.. Får du ont om du ligger si eller så? Man kanske till och med testar innan, hur mycket kan du lyfta benet utan att det gör ont?” (7)*

Genom att kontrollera att patienten placerades i rätt position inför operationsstart undveks ompositionering av en sövd patient vilket ökade risken för felpositionering. När patienten positionerades anpassades operationsbädden med hjälp av särskilda dynor för att tryckavlasta utsatta kroppsdelar. Operationssjuksköterskorna poängterade vikten av att patienten låg säkert på operationsbädden. Underlaget skulle vara slätt, benremmar skulle placeras rätt och inget skulle klämma eller skava mot patientens kropp.

*”Vi har ett ansvar att inte skada patienten mer. Det är viktigt att vi gör ett bra upplägg för patienten, ibland ligger de i flera timmar och då måste de ligga på ett bra sätt så att det inte klämmer någonstans.” (2)*

Vid positioneringen var det även av betydelse att undvika översträckning i patientens leder för att förebygga nervskador. Under längre operationer var det viktigt att försöka ändra patientens läge eller massera för att förbättra blodcirkulationen och därmed förebygga uppkomst av tryckskador. Efter avslutad operation beskrevs vikten av att förflytta patienten skonsamt från operationsbädden till sängen för att förhindra skada av operationsområdet.



### *Att ansvara för aseptiken*

Steriliteten och renligheten upplevdes som en huvuduppgift i omvårdnadsarbetet. Att arbeta aseptiskt var något som präglade hela den perioperativa vårdprocessen. Initialt beskrevs det som betydelsefullt när operationssjuksköterskorna preoperativt dukade upp instrument och sterilt material. Detta gjordes ibland på speciella uppdukningsrum med god ventilation där ingen övrig personal var i omlopp. Instrumentborden övertäcktes med sterila lakan för att bevara steriliteten och förflyttades sedan till operationssalen. Preoperativ huddesinfektion och drapering sågs som en betydelsefull omvårdnadsåtgärd där desinfektionen av operationsområdet var grundläggande ur infektionssynpunkt. Mekanisk rengöring av huden samt att låta desinfektionsmedlets lufttorka innan drapering var viktiga komponenter för att skapa de bästa förutsättningarna för ett sterilt fält. Under operationen bestod ansvaret dels av att kontrollera steriliteten i operationsområdet men även att ha en uppsikt på vad som hände inne på salen.

*”Att man håller koll på operationssåret och att det inte springer folk ut och in på salen för sterilitetens skull.” (7)*

Att upprätthålla aseptiken och att ha ett hygienansvar var en betydande del i att förhindra postoperativa infektioner hos patienten.

### *Att förhindra skada*

Under operationerna menade operationssjuksköterskorna att det var av stor vikt att förhindra nedkyllning hos patienten. Efter den preoperativa huddesinfektionen var det viktigt att snabbt börja värma patienten, detta för att motverka hypotermi hos patienten. De omvårdnadsåtgärderna som kunde utföras för att förhindra hypotermi var att med hjälp av exempelvis extra draperingsmaterial eller sterila varma handdukar försöka värma patienten.

Den perioperativa vården upplevdes även innefatta en mer teknisk omvårdnad. Operationssjuksköterskorna ansvarade för att iordningställa, funktionstesta och kontrollera den medicintekniska utrustningen som skulle användas under operationen. Detta för att säkerställa att utrustningen fungerade korrekt och att patienten inte kom till skada.

*”Sen är man ju alltid rädd för att de ska få brännskador, man är nog med att sätta neutralplattan till diatermin.” (3)*

Det är betydelsefullt att vara observant kring skador som kan orsakas av personal under pågående operation. Genom att vara uppmärksam på om den sterilklädda personalen stod och tryckte eller hängde mot patienten kunde eventuella tryckskador förebyggas. Även tunga föremål, till exempel en bormaskin som placerades på patientens kropp, kunde utgöra en risk för skada.

*”Att man inte hänger eller trycker på patienten, att det inte ligger en hake och trycker emot.. Tryck av olika slag, av människor eller instrument, slangar som ligger emot, sånt är viktigt att vi håller koll på.” (7)*

Operationssjuksköterskorna såg det som en omvårdnadsåtgärd att skydda patienten från skada orsakad av yttre faktorer då patienten själv inte kunde känna smärta eller obehag. Även

omvårdnadsåtgärder som att administrera läkemedel samt att utföra kateterisering på ett korrekt sätt upplevdes viktigt för att undvika skada hos patienten.

## **DISKUSSION**

Syftet med studien var att beskriva operationssjuksköterskors upplevelser av vad som utmärker perioperativ omvårdnad. Det som utmärker perioperativ omvårdnad i föreliggande studie är omvårdnadsåtgärder som syftar till att bevara patientens värdighet, samordna och kontrollera patientens vård samt skydda patientens kropp. Operationssjuksköterskorna beskriver vikten av att bemöta patienten med respekt och hur trygghet kan skapas genom att vara lyhörd för patientens behov. Omvårdnaden handlar också om att vara väl förberedd och ha kunskap kring det aktuella kirurgiska ingreppet samt att arbeta på ett säkert sätt för att förhindra uppkomst av vårdskador hos patienten. Samtliga omvårdnadsåtgärder som framkom i föreliggande studies resultat bidrog till en patientsäker vård. Studiens resultatdiskussion kommer att presenteras utifrån de tre generiska kategorierna som presenterats i resultatdelen.

### **Resultatdiskussion**

#### *Bevara patientens värdighet*

Att genomgå ett kirurgiskt ingrepp på en operationsklinik är en utsatt situation för patienten där risk finns för att värdigheten hos patienten kränks. För att bevara patientens värdighet är det viktigt att hen ses som en individ och inte som ett ingrepp eller en procedur som ska utföras, detta oavsett om det kirurgiska ingreppet utförs under generell- eller lokalanestesi (Baillie & Ilott, 2010). Operationssjuksköterskorna i föreliggande studie upplever ett ansvar att se till att ingen personal pratar illa om patienten samt att bemötandet sker på ett respektfullt sätt. Ett professionellt bemötande handlar om att visa respekt för den enskilda individens behov och önsningar (Baillie, 2009), vilket operationssjuksköterskorna upplevde som utmärkande för den perioperativa omvårdnaden. Enligt Baillie (2009) kan värdigheten även kränkas om patienten får sin kropp blottad inför andra människor. I föreliggande studie upplevde operationssjuksköterskorna det som sitt ansvar att förhindra att patienten blottades i onödan i den perioperativa vården. Att blottas kan upplevas som kränkande beroende på vilken del av patientens kropp som blottas men det kan också bero på olika kulturella skillnader. Utifrån egna erfarenheter från verksamhetsförlagd utbildning upplever en del individer det som påfrestande och kränkande att blottas inför det motsatta könet. Detta är även något att ta hänsyn till då dagens samhälle tenderar att bli allt mer mångkulturellt.

Ett preoperativt samtal framkom som utmärkande för perioperativ omvårdnad där patienten gavs en möjlighet att få information samt att operationssjuksköterskorna kan skapa sig en bild av patienten innan hen anländer till operationssalen. Det finns dock en svårighet att få tiden att räcka till för att genomföra ett preoperativt samtal. Enligt von Post et al. (2005) är ett preoperativt samtal inte alltid genomförbart då operationsprogrammen många gånger är pressade och inte ger tidsutrymme för detta. I föreliggande studie beskrivs samtalet innan operation som ett tillfälle för patienten att delge sina önskemål och behov vilket kan leda till en förtydligad och förbättrad information till patienten. Att samtala innan operationen och att ha ett informationsbyte upplevdes värdefullt av patienterna (Westerling & Bergbom, 2008) och kan leda till en bevarad värdighet (Baillie, 2009). Enligt Pulkkinen et al. (2016) samt utifrån egna erfarenheter önskar dock inte alla patienter att vara delaktiga i varje steg av operationen eller att få fortlöpande information om vad som sker. I dessa fall måste operationssjuksköterskan ha förmåga att känna in vilken sorts information patienten själv

önskar att få. Bevarad värdighet kan därmed handla om att få information men lika mycket att besparas information. Om patienten inte får möjligheten till ett preoperativt samtal kan det ge upphov till ångest och därmed leda till ett ökat behov av postoperativ smärtlindring samt ökad risk för att utveckla postoperativa infektioner (Webb, 1995). Deltagarna i denna studie beskriver att noggrann information om patientens postoperativa tillstånd som viktig, till exempel att dränage kan förekomma en tid efter operationen. Om sådan information uteblir skulle det kunna leda till oro och ångest hos patienten då det kan uppfattas som att något gått fel i samband med operationen. Genom ett preoperativt samtal möjliggörs även patientens delaktighet i sin egen vård vilket är en del av personcentrerad omvårdnad (PCO). Inom PCO lyfts även patientens rätt till medbestämmande samt att fatta beslut kring sin egen vård (McCormack & McCance, 2010). Detta är något som kan vara svårt inom vissa delar av operationssjukvården. Det viktiga är att låta patienten komma till tals inom de områden där det finns möjlighet att påverka. Något som är utmärkande för den perioperativa omvårdnaden är att patienten görs delaktig vid till exempel positioneringen där patientens fysiska begränsningar styr uppläggningsen eller att patienten ges möjlighet att påverka miljön på operationssalen genom att kunna lyssna på musik eller få lugn och ro med hjälp av hörselskydd.

### *Samordna och kontrollera patientens vård*

En förutsättning för att kunna utföra en säker vård för patienten är att vara insatt i patientens bakgrund (Alfredsdottir & Bjornsdottir, 2008; Kolvered et al., 2012). Detta sammantaget med att vara påläst om patientens sjukdomsanamnes samt att vara insatt i det aktuella ingreppets operationsmetodik beskrivs som utmärkande för perioperativ omvårdnad. Operationssjuksköterskans specifika kunskaper i operationsmetodik bidrar också till en patientsäker vård (Kolvered et al., 2012). Genom dessa kunskaper kan operationssjuksköterskan ”ligga steget före” operatören vilket leder till att operationen flyter på smidigt och inte drar ut på tiden i onödan (Mitchell, Flin, Yule, Mitchell, Coutts & Youngson, 2011). Enligt en studie av Steelman, Granling och Perkhounkova (2013) var det ur patientsäkerhetssynpunkt högsta prioritet att kontrollera patientens identitet, vilket ingrepp som skulle utföras, sidomarkering, att inget material oavsiktligt kvarlämnades i patienten samt att förhindra felaktigheter gällande läkemedel. Samtliga av dessa förberedelser nämns i föreliggande studies resultat som betydelsefulla perioperativa omvårdnadsåtgärder, vilket indikerar att ett omvårdnadsperspektiv är viktigt ur patientsäkerhetssynpunkt inom den perioperativa vården.

Något som framkommer i studiens resultat är att korrekt preparathantering ses som en omvårdnadsåtgärd vilket inte har nämnts i den tidigare forskning som studerats (Blomberg et al., 2015; McGarvey et al., 2000; Tollerud et al., 1985). Under intervjuerna var det dock bara två av deltagarna som lyfte preparathanteringen som en del i den perioperativa omvårdnaden. Vid tidigare diskussioner med handledare under den verksamhetsförlagda utbildningen framkom det att preparatet och hur det hanterades var viktigt för att ge patienten en korrekt diagnos så att även framtida eventuell behandling kunde optimeras. Operationssjuksköterskorna ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2002:11) ansvara för att patientens identitet kontrolleras i samband med provtagningen samt att provet även märks med dessa uppgifter. Även i föreliggande studies resultat betonas vikten av att kontrollera detta. Genom att se till att preparatet hanteras korrekt och sänds till patologiska laboratoriet förhindras en fördröjning av patientens diagnos och behandling, vilket också är en del i att skapa en säker perioperativ omvårdnad (RFOP, 2011). Vidare har de allvarliga konsekvenser som en felhantering kan leda till diskuterats. För patienten kan detta innebära

felaktig, fördröjd eller utebliven diagnos och behandling om felet inte upptäcks vilket i värsta fall skulle kunna leda till mortalitet. Det upplevdes också finnas en etisk aspekt i hur preparat omhändertogs enligt deltagarna i föreliggande studie. Genom att placera preparatet i ett neutralt kärl och inte i begagnade sylt- och glassförpackningar, vilket tidigare förekommit, genomfördes omvårdnadsåtgärden på ett värdigt och professionellt sätt.

### *Skydda patientens kropp*

En viktig del som utmärker det perioperativa omvårdnadsarbetet är att ansvara för en säker och korrekt positionering av patienten på operationsbädden för att förebygga uppkomst av tryck- och nervskador, vilket är något som även tidigare studier indikerar (Björn & Lindberg Boström, 2008; Blomberg et al., 2015; Kelvered et al., 2012; McGarvey et al., 2000; RFOP, 2011; Tollerud et al., 1985). Att förebygga tryckskador ansågs enligt en studie som en högt prioriterad åtgärd för att öka patientsäkerheten inom perioperativ vård (Steelman et al., 2013). Ansvar för patientens positionering delas med anestesijuksköterskan och övriga i operationsteamet (Riksföreningen för anesthesi- och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012) dock har observationer gjorts under den verksamhetsförlagda utbildningen och då uppfattas det främst vara undersköterskor och operationssjuksköterskor som delar ansvaret för positioneringen. Operationssjuksköterskorna i föreliggande studie anser att det huvudsakliga ansvaret för patientens positionering är deras. Utifrån egen erfarenhet kan detta bero på att de har kunskap om den mest optimala positioneringen ur anatomisk aspekt för ingreppets art samt kunskap om hur den sterilklädda personalen och medicinteknisk utrustning bör stå i förhållande till patienten och operationsområdet.

I föreliggande studie anses aseptiken vara en av huvuduppgifterna inom omvårdnadsarbetet vilken präglar hela den perioperativa vårdprocessen. Genom att noggrant utföra bland annat preoperativ huddesinfektion och steril uppdukning av instrument och material upprätthålls steriliteten vilket förebygger postoperativa infektioner hos patienten. Detta är något som även finns beskrivet i tidigare studier (Blomberg et al., 2015; Kelvered et al., 2012; McGarvey et al., 2000). I en studie av Tanner, Padley, Davey, Murphy och Brown (2012) beskrivs konsekvensen av att drabbas av postoperativa sårinfektioner som ett stort lidande för den drabbade patienten och hans närstående. Det är därför betydelsefullt att aktivt arbeta för att förhindra dess uppkomst. Postoperativa sårinfektioner är ofta både fysiskt och psykiskt påfrestande då infektionen kan leda till svår smärta, viktnedgång och en generell försvagning av patientens kropp med lång sjukskrivning som följd. Patienter med postoperativa sårinfektioner beskrev en mental utmattning samt att infektionen även påverkade deras familjeliv och sociala relationer negativt (Tanner et al., 2012). Postoperativa sårinfektioner är den näst vanligaste typen av vårdrelaterade infektioner i västvärlden (WHO, 2009). Vårdrelaterade infektioner är kostsamma för samhället och den enskilda patienten samt att behandling i form av antibiotika leder till en ökad utveckling av multiresistenta bakterier. Vårdrelaterade infektioner är dessutom ett hot mot patientsäkerheten då dessa infektioner ökar risken för dödlighet och det är därför av stor vikt att arbeta förbyggande för att motverka att infektioner uppstår (WHO, 2009). Inom den perioperativa vården har operationssjuksköterskan ett stort ansvar för att preventivt arbeta mot att postoperativa infektioner uppstår för att ge patienten en säker vård (RFOP, 2011). Att förhindra postoperativa sårinfektioner genom ett aseptiskt förhållningssätt upplevs i föreliggande studie som utmärkande för den perioperativa omvårdnaden.

Den perioperativa vården bedrivs i en högteknologisk miljö där operationssjuksköterskorna besitter tekniska kunskaper och färdigheter vilka lyfts fram som utmärkande i den

perioperativa omvårdnaden. Det finns en omvårdnadsaspekt inom varje arbetsuppgift som operationssjuksköterskorna utför och genom att funktionstesta och iordningsställa den medicintekniska apparaturen kan uppkomst av skador hos patienten undvikas. Enligt Bull och FitzGerald (2006) kan den allt större tekniska delen av operationssjuksköterskornas arbetsuppgifter leda till att omvårdnad inte ses som en del av deras profession. Under genomförandet av intervjuerna upplevdes initialt en svårighet att kunna precisera vad som utmärker den perioperativa omvårdnaden. Men efter en tids reflektion och under intervjuernas gång framkom allt fler upplevelser av den perioperativa omvårdnaden. Diskussioner kring perioperativ omvårdnad har förts under den verksamhetsförlagda utbildningen och det finns skilda åsikter angående omvårdnadsaspekten. Ett flertal operationssjuksköterskor anser att arbetet är mer tekniskt inriktat och inte innehåller så mycket omvårdnad medan andra hävdar att de har en omvårdnadsfunktion. Oavsett dessa åsikter är operationssjuksköterskans omvårdnadsarbete av stor vikt för patienten som vårdas i en högteknologisk och många gånger skrämmande miljö. Det är genom deras omvårdnadskunskaper som den tekniska vården kan upplevas mer godtagbar för patienten (Sandelowski, 1999). Ytterligare ett sätt att få patienten att uppleva vården i den tekniska miljön som acceptabel är att arbeta personcentrerat och vara närvarande och engagerad i mötet med patienten (McCormack & McCance, 2010).

I kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning mot operationssjukvård (2011) står det uttryckligen att den perioperativa vården ska vara personcentrerad och att operationssjuksköterskans ansvar är att skapa en relation till patienten och hans eventuella närstående. I föreliggande studies resultat benämns inte personcentrerad omvårdnad (PCO), dock betonas vikten av att arbeta utifrån patientens individuella behov vilket är något som utmärker den perioperativa omvårdnaden. Operationssjuksköterskorna beskriver hur patienten bemöts med respekt och hur den perioperativa vården planeras utifrån individens behov där salsmiljön, förband, drapering och positionering anpassas. Enligt kompetensbeskrivningen (2011) ska operationssjuksköterskorna arbeta utifrån evidens. Föreliggande studies resultat visar på ett personcentrerat omvårdnadsarbete, dock visar forskning att endast 42,5 % av patienterna upplever att de var delaktiga i sin vård (Forsberg, Vikman, Wälivaara & Engström, 2015). I och med en begränsad mängd forskning om PCO inom den perioperativa vården är det svårt att veta hur patienten upplever delaktighet samt vilken effekt PCO har för den enskilda patientens hälsa perioperativt. I kompetensbeskrivningen framkommer endast att operationssjuksköterskorna ska göra patienten delaktig genom information och samtal (RFOP, 2011). Denna bristande beskrivning av PCO i kompetensbeskrivningen kan vara en av många orsaker till att patienterna endast till viss del görs delaktiga i den perioperativa vården. Ytterligare en möjlig orsak skulle kunna vara att operationssjuksköterskorna inte vet vad PCO innebär, vilket framkommit under diskussioner med handledare vid verksamhetsförlagd utbildning. Detta leder till att patienterna riskerar att få en bristfällig information om den perioperativa vården vilket kan leda till en sämre återhämtning på grund av okunskap kring den postoperativa egenvården (Mitchell, 2015).

### *Kliniska implikationer och förslag till fortsatt forskning*

Det som ansågs utmärkande för operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad var att skapa en säker vård för patienten genom att bland annat ansvara för aseptik, positionering, preparathantering samt att värna om patientens integritet. Fynden kan öka operationssjuksköterskornas kunskaper om sin omvårdnadsroll samt hjälpa dem att hävda att deras specifika kompetens behövs inom den perioperativa vården och inte kan ersättas av

någon annan profession. Ett förslag på fortsatt forskning är att göra en intervjustudie om patienternas upplevelser kring den perioperativa omvårdnaden för att se om patienternas och operationssjuksköterskornas upplevelser är överensstämmande. Även en observationsstudie över vilka omvårdnadsåtgärder operationssjuksköterskorna utför perioperativt skulle kunna vara av värde.

Operationssjuksköterskorna bedriver till viss del en personcentrerad omvårdnad (PCO) inom den perioperativa vården dock har kliniskt verksamma operationssjuksköterskor bristande kunskaper om vad PCO innebär. Kompetensbeskrivningen har med PCO som en viktig del i det perioperativa omvårdnadsarbetet men beskriver inte hur det ska tillämpas. Om den perioperativa omvårdnaden ska vara personcentrerad måste förutsättningarna för detta finnas. För att skapa kunskap om PCO som förhållningssätt i den perioperativa vården krävs ytterligare forskning inom ämnet. Operationssjuksköterskorna behöver även få utbildning inom området vilket skulle kunna ske i form av workshops på den enskilda operationskliniken.

## **Metoddiskussion**

Föreliggande studies metod kommer att diskuteras utifrån Elo, Kääriäinen, Kanste, Pölkki, Utriainen och Kyngäs (2014) olika kvalitetsbegrepp: tillförlitlighet, trovärdighet, pålitlighet, överensstämmande samt överförbarhet.

Studiens syfte var att beskriva operationssjuksköterskors upplevelser av vad som utmärker perioperativ omvårdnad. Därför genomfördes studien utifrån kvalitativ metod då syftet var att beskriva människors levda erfarenheter av ett fenomen (Polit & Beck, 2012). I studien intervjuades tio operationssjuksköterskor från två operationskliniker vilka rekryterades genom ett lämplighetsurval. Urvalet måste vara lämpligt och omfatta deltagare som bäst representerar eller har kännedom inom det aktuella forskningsämnet (Elo et al., 2014). Urvalsmetoden valdes för att få deltagare med kunskap om perioperativ omvårdnad och var en lämplig metod att använda vid urvalet på grund av studiens tidsbegränsning. Lämplighetsurval är en enkel och effektiv urvalsmetod men genererar inte alltid de mest informationsrika källorna (Polit & Beck, 2012). Hade däremot ett strategiskt urval använts kunde spridningen av deltagarnas egenskaper exempelvis ålder, kön och arbetslivserfarenhet ytterligare vidgats (Elo et al., 2014). Därmed kunde studiens resultat blivit mer överförbart på den totala populationen av operationssjuksköterskor.

Kvalitativ forskning har ingen på förhand begränsning av antalet deltagare, det styrs istället av att forskaren samlar in data tills ingen ny information framkommer (Elo et al., 2014). Mättnad indikerar en fullständighet i insamlad data och om mättnad inte uppnås kan det skapa problem under analysen (Elo et al., 2014). Då en mättnad framkom vid den preliminära analysen samt efter tio genomförda intervjuer avslutades datainsamlingen. Ur etisk synpunkt ansågs det även lämpligt att inte genomföra fler intervjuer för att den kliniska verksamheten inte skulle påverkas i onödan. Deltagarna hade minst fem års erfarenhet som operationssjuksköterskor vilket gjorde att de hade en god kunskap om den perioperativa omvårdnaden. Genom att de inklusionskriterier som användes samt deltagarnas ålder, kön och inom vilken typ av operationsverksamhet som de var verksamma inom tydligt redovisades stärks studiens överförbarhet, pålitlighet och tillförlitlighet. Detta eftersom urvalet tydligt beskrivs vilket ökar möjligheten att utföra studien på nytt och erhålla överensstämmande resultat (Elo et al., 2014).

Valet att använda innehållsanalys som analysmetod gjordes för att den är väl beprövad inom kvalitativ forskning för ämnet omvårdnad (Elo & Kyngäs, 2008). Vid induktiv innehållsanalys är det viktigt att data är så ostrukturerad som möjligt för att stärka studiens tillförlitlighet och denna typ av data kan inhämtas via exempelvis intervjuer (Elo et al, 2014). För att samla in ostrukturerad data baserades de genomförda intervjuerna på en situation som deltagarna själva valde och utgick från när de skulle beskriva den perioperativa omvårdnad som de utfört. Metoden öppnade upp för att deltagarna skulle kunna berätta fritt kring ämnet vilket kan ha gett ett bredare resultat. Däremot upplevde några deltagare initialt att det var svårt att själva berätta om vilken omvårdnad de utfört vilket kan indikera att intervjufrågan var för öppen. Genom att välja en öppen intervjufråga minskade istället risken för att deltagarnas svar styrdes vilket är viktigt vid insamling av induktiv data (Elo et al., 2014). Den valda intervjufrågan diskuterades tillsammans med handledare och handledningsgrupp. Detta kan vara en hjälp för att skapa frågor som ger svar inom det studerade fenomenet samt frågor som deltagarna kan förstå (Elo et al., 2014). En pilotintervju genomfördes även initialt för att avgöra om intervjufrågan var passande för att samla in data som svarade mot studiens syfte (Elo et al., 2014). Då frågan bearbetades samt prövades genom en pilotintervju med god kvalitet indikerade detta att den valda intervjufrågan svarade mot studiens syfte, vilket stärker studiens tillförlitlighet och trovärdighet (Elo et al., 2014).

Intervjuerna genomfördes individuellt med undantag för pilotintervjun. De individuella intervjuerna förhindrade en negativ maktposition för deltagaren vilket ökade studiens trovärdighet. Pilotintervjuns kvalitet kan dock ha kommit att påverkas då den utfördes med båda studieförfattarna närvarande (Thomsson, 2010). Detta kan ha påverkat deltagaren och den information som hon valde att delge. Det fanns ibland en svårighet att få deltagarna att hålla sig till det aktuella ämnet. Om större erfarenheter av att intervjua i forskningssyfte hade funnits kunde deltagarna lättare letts tillbaka till det aktuella ämnet. Detta kan ha försämrat det insamlade intervjumaterialets kvalitet genom att eventuell betydelsefull information föll bort, vilket kan ha försämrat studiens trovärdighet och tillförlitlighet (Elo et al., 2014). Dock fick deltagarna själva berätta vad de upplevde som utmärkande för perioperativ omvårdnad, vilket var syftet med studien.

Det fanns en medvetenhet kring förförståelsen under studiens gång och ett kritiskt förhållningssätt har funnits till de tidigare erfarenheterna inom ämnet. En medvetenhet om förförståelsen minskade risken för personliga bias vid analysen av resultatet vilket stärker studiens tillförlitlighet, trovärdighet och kvalitet (Elo et al., 2014; Polit & Beck, 2012). Vid analysen har studieförfattarna varit delaktiga genom att intervjua, transkribera intervjumaterialet samt bearbetat textmassorna vilket har gjort analysen mer tillförlitlig och överensstämmande vilket förhindrat att intervjutexterna har misstolkats. Detta tillsammans med att de olika faserna i studiens analys går att följa leder till en ökad trovärdighet (Elo et al., 2014). Studiens trovärdighet och överensstämmande stärks ytterligare genom att citat från ett flertal av intervjuerna presenteras i resultatdelen då det påvisar att resultatet speglar vad deltagarna verkligen sagt (Elo et al., 2014; Polit & Beck, 2012). Under studiens gång har handledning skett kontinuerligt i grupp och föreliggande studie har granskats av både handledare och studiekamrater vilket stärker studiens tillförlitlighet och pålitlighet (Elo et al., 2014).

Operationssjuksköterskorna fick information om studien via enhetscheferna på respektive operationsklinik. Då enhetscheferna befann sig i en maktposition gentemot operationssjuksköterskorna kan de därför ha känt sig tvingade att delta i studien. Däremot fick deltagarna lämna ett muntligt samtycke till deltagande i samband med intervjuerna och de

gavs då en möjlighet till att avböja. Ett kontinuerligt etiskt förhållningssätt har tillämpats trots att ingen etisk prövning krävdes för genomförande av studien (SFS 2003:460). Konfidentiellitet upprätthölls hos studiedeltagarna och ingen obehörig hade tillgång till varken de inspelade intervjuerna eller det transkriberade materialet. Genom att deltagarna informerades om att data aidentifieras i redovisningen av studiens resultat kan detta ha bidragit till att ett större antal valde att delta i studien, vilket kan öka studiens överförbarhet (Elo et al., 2014).

## **KONKLUSION**

Det som utmärker den perioperativa omvårdnaden är att operationssjuksköterskorna genom sina specifika kunskaper samordnar och kontrollerar patientens vård, skyddar patientens kropp och medverkar till en bevarad värdighet hos patienten vilket bidrar till en patientsäker vård. Det mest utmärkande i den perioperativa omvårdnaden var operationssjuksköterskornas ansvar för patientens positionering, upprätthållande av aseptiken, bevarande av patientens integritet samt en korrekt hantering av biologiskt preparat. Operationssjuksköterskorna har goda kunskaper om den perioperativa omvårdnad som de utför men framhäver den inte alltid som personcentrerad. Det finns riktlinjer för att den perioperativa omvårdnaden ska vara personcentrerad, vilket den till viss del också är enligt föreliggande studies resultat. Dock skulle ytterligare evidens kring personcentrerad omvårdnad inom den perioperativa vården vara betydelsefullt.



## REFERENSER

- 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
- Baillie, L. (2009). Patient dignity in an acute hospital setting: A case study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(1), 23-37.
- Baillie, L. & Ilott, L. (2010). Promoting the dignity of patients in perioperative practice. *Journal of Perioperative Practice*, 20(8), 278-282.
- Björn, C. & Lindberg Boström, E. (2008). Theatre nurses' understanding of their work: A phenomenographic study at a hospital theatre. *Journal of Advanced Perioperative Care*, 3(4), 149-155.
- Blegeberg, B., Blomberg, A-C. & Hedelin, B. (2008). Nurses conceptions of the professional role of operation theatre and psychiatric nurses. *Vård i Norden*, 28(3), 9-13.
- Blomberg, A-C., Bisholt, B., Nilsson, J. & Lindwall, L. (2015). Making the invisible visible – operating theatre nurses' perceptions of caring in perioperative practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 361-368.  
doi: 10.1111/scs.12172
- Boreus, L. (2016). Compliance. I *Nationalencyklopedin*. Hämtad den 7 januari, 2016, från <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/compliance>
- Bull, R. & FitzGerald, M. (2006). Nursing in a technological environment: Nursing care in the operating room. *International Journal of Nursing Practice*, 12(1), 3-7.
- Clemons, B. (1976). Lister's day in America. *AORN Journal*, 24(1), 43-51.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E.,...Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care – Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-251.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.  
doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K. & Kyngäs, H. (2014). Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *SAGE Open*, 4(1), 1-10.  
doi: 10.1177/2158244014522633
- Forsberg, A., Vikman, I., Wälivaara, B-M. & Engström, Å. (2015). Patients' Perceptions of Quality of Care During the Perioperative Procedure. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 30(4), 280-289.

- Kelvered, M., Öhlén, J. & Åkesdotter Gustafsson, B. (2012). Operating theatre nurses' experience of patient-related, intraoperative nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 449-457.  
doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00947.x
- Lindwall, L., von Post, I. & Bergbom, I. (2003). Patients' and nurses' experience of perioperative dialogues. *Journal of Advanced Nursing*, 43(3), 246-253.  
doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02707.x.
- McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-centered nursing: theory and practice*. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.
- McGarvey, H.E., Chambers, M.G.A. & Boore, J.R.P. (2000). Development and definition of the role of the operating department nurse: a review. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1092-1100.
- Mitchell, M. (2015). Home recovery following day surgery: a patient perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 14(3/4), 415-427.  
doi: 10.1111/jocn.12615
- Mitchell, L., Flin, R., Yule, S., Mitchell, J., Coutts, K. & Youngson, G. (2011). Thinking ahead of the surgeon. An interview study to identify scrub nurses' non-technical skills. *International Journal of Nursing Studies*, 48(7), 818-828.  
doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.11.005
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Pulkkinen, M., Junttila, K. & Lindwall, L. (2016). The perioperative dialogue – a model of caring for the patient undergoing a hip or a knee replacement surgery under spinal anaesthesia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(1), 145-153.
- Riksföreningen för anestesi- och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor med specialistexamen inriktning mot anestesijukvård*. Hämtad den 29 mars, 2016, från <http://www.swenurse.se/globalassets/01-ssf-jon-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/anestesi.komp.webb.pdf>
- Riksföreningen för operationssjukvård & Svensk sjuksköterskeförening (RFOP). (2011) *Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor med specialistexamen inriktning mot operationssjukvård*. Hämtad den 26 oktober, 2015, från <http://www.rfop.se/media/1254/kompbeskrivning.pdf>
- Sandelowski, M. (1999). Troubling distinctions: a semiotics of the nursing/technology relationship. *Nursing Inquir*, 6(3), 198-207.
- Sigurdsson, H.O. (2001). The Meaning of Being a Perioperative Nurse. *AORN Journal*, 74(2), 202-217.

- Socialstyrelsen (SOSFS) 2002:11. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om biobanker i hälso- och sjukvården m.m.* Hämtad den 13 maj, 2016, från <https://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2002-11>
- Steelman, V.M., Graling, P.R. & Perkhounkova, Y. (2013). Priority Patient Safety Issues Identified by Perioperative Nurses. *AORN Journal*, 97(4), 402-418.
- Svensk författningssamling (SFS) 1993:100. *Högskoleförordning*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Svensk författningssamling (SFS) 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Svensk författningssamling (SFS) 1998:204. *Personuppgiftslagen*. Stockholm: Justitiedepartementet.
- Svensk författningssamling (SFS) 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Sykepleiernes Samarbeid i Norden (SNN) Northern Nurses' Federation (NNF). (2003). *Etiske retningslinjer for omvårdningsforskning i Norden*. Hämtad den 13 maj, 2016, från [http://www2.dsr.dk/dsr/upload/3/0/813/SSN\\_etiske\\_retningslinjer.pdf](http://www2.dsr.dk/dsr/upload/3/0/813/SSN_etiske_retningslinjer.pdf)
- Tanner, J., Padley, W., Davey, S., Murphy, K. & Brown, B. (2012). Patients' experiences of surgical site infection. *Journal of Infection Prevention*, 13(5), 164-168.
- Tollerud, L., Botsford, J., Hogland, M.A., Price, J.L., Sawyer, M. & Bradley, J.M. (1985). A Model for Perioperative Nursing Practice. *AORN Journal*, 41(1), 188-194.
- Thomsson, H. (2010). *Reflexiva intervjuer*. (2 uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- von Post, I., Frid, I., Kolvered, M. & Madsen, C. (2005). Den perioperativa dialogen – möjligheter och hinder för nya vanor i praxis. *Vård i Norden*, 4(25), 37-42.
- Webb, R.A. (1995). Preoperative visiting from the perspective of the theatre nurse. *British Journal of Nursing*, 4(16), 919-925.
- Westerling, K. & Bergbom, I. (2008). The importance of Nursing in Perioperative Care: a patient's perspective. *Journal of Advanced Perioperative Care*, 3(4), 133-144.
- World Health Organization (WHO). (2009). *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health care*. Hämtad 30 mars, 2016, från [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf)
- Zetterlund, P. (2000). The perioperative dialogue – does the nurse anaesthetist perform preoperative and postoperative visits on the ward? *Vård i Norden*, 20(3), 43-48.

## Bilaga 1 - Tillstånd för genomförande av examensarbete

.....  
Studerandes namn, kurs

.....  
Studerandes namn, kurs

.....

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

.....

vid klinik/enhet/motsvarande vid/i

.....

.....

Ort och datum

.....

Verksamhetschef/motsvarande

## Bilaga 2 - Informationsbrev



### **Perioperativ omvårdnad**

#### Operationssjuksköterskans upplevelser

Till dig som arbetar som operationssjuksköterska på operationsavdelningen vid

#### **Bakgrund**

Specialistutbildningen för sjuksköterskor med inriktning mot operationssjukvård påbörjades i slutet av 1800-talet. Operationssjuksköterskans yrkesroll har därefter utvecklats och idag ansvarar operationssjuksköterskan för patienternas perioperativa omvårdnad. Studien vänder sig till dig som arbetar som operationssjuksköterska på en operationsavdelning med erfarenhet av den perioperativa omvårdnaden. Inför intervjun är det värdefullt om du har möjlighet att fundera över vad perioperativ omvårdnad innebär för just dig samt att du tänker ut en situation där du utförde omvårdnad. Förhoppningen är att studiens resultat ska leda till en ökad kunskap om operationssjuksköterskans omvårdnadsarbete.

#### **Syfte**

Syftet med studien är att beskriva operationssjuksköterskors upplevelser av den perioperativa omvårdnaden.

#### **Tillfrågan om deltagande**

Du tillfrågas att delta i intervjun eftersom du har erfarenhet och intresse för området. Deltagande är frivilligt och din medverkan kan avbrytas när som helst utan att du anger orsak. Var intervjun ska äga rum och hur lång den blir avgör du själv, samt om den får spelas in digitalt. Kontakta oss gärna så snart du fått detta brev så bestämmer vi en tid för intervjun. Gärna under vecka 2 eller 3.

#### **Hantering av data**

Obehöriga kommer inte att kunna ta del av de uppgifter som framkommer under den inspelade intervjun. Resultatet kommer att presenteras i form av ett examensarbete på magisternivå och kan komma att publiceras i en vetenskaplig tidskrift. Då studiens resultat redovisas kommer enskilda individer inte att kunna identifieras.

#### **Vid behov av ytterligare information vänligen kontakta:**

Charlotte Larsson

*Operationssjuksköterskestudent*

Karlstads universitet

Susanna Johansson

*Operationssjuksköterskestudent*

Karlstads universitet

Maria Henricson (handledare)

*Universitetslektor*

Hälsöskolan i Jönköping

## **Bilaga 3 - Samtalsguide**

### **Inledande frågor**

Under hur lång tid har du varit kliniskt verksam som operationssjuksköterska?

Vilka tidigare yrkeserfarenheter har du inom hälso- och sjukvård?

### **Huvudfråga**

Beskriv en situation där du upplever att du utförde perioperativ omvårdnad.

### **Avslutande fråga**

Finns det något mer du vill tillägga angående vad du upplever utmärker perioperativ omvårdnad?

### **Förslag på följdfrågor**

Hur menar du?

Kan du utveckla det?