



UPPSALA  
UNIVERSITET

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap

# Patienters känslor och förväntningar inför operation

En intervjustudie

Författare  
Sara Akander  
Hanna Nilsson

Handledare  
Birgitta Jakobsson Larsson

Examensarbete i Vårdvetenskap 15 hp  
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp  
2019

Examinator  
Åsa Muntlin Athlin

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Inför en operation ska patienter erhålla preoperativ information som är essentiell och individanpassad, vilket genererar lugn och trygghet på operationsdagen. Enligt tidigare studier är den preoperativa informationen ej tillräcklig eller individanpassad. Detta resulterar i ökad oro och ångest inför kommande operation. Operationssjuksköterskan tillser att patienten under den perioperativa omvårdnaden upplever trygghet samt bli sedd och hörd som en individ utifrån personcentrerad vård (PCV).

**Syfte:** Arbetets syfte var att beskriva patienters känslor och förväntningar inför en operation baserat på tilldelad preoperativ information.

**Metod:** Detta är ett kvalitativt deskriptivt arbete med induktiv ansats. Totalt 16 deltagare intervjuades från ett universitetssjukhus i Mellansverige. En kvalitativ analysmetod har använts för bearbetning av data.

**Resultat:** Intervjusvaren indelades i fyra kategorier efter analysen; *Känslor inför operationen, Personalens agerande gjorde deltagarna delaktiga, Inställning till den preoperativa informationen samt Deltagarnas förväntan på operationens resultat.* Deltagarnas känslor påverkades om tillräcklig information givits preoperativt, personalens handlingar utifrån PCV och deras förväntningar om att bli bättre efter operationen. Personalens handlade resulterade i att deltagarna upplevde sig bekräftade, hörda och kunde ha en öppen dialog om sin operation.

**Slutsats:** Arbetets kategorier påverkade varandra och påvisade att ett gott personcentrerat bemötande gav en god relation mellan personal och patient, men framförallt att erhålla en god och tydlig preoperativ information. En god relation ger en känsla av delaktighet, positiva känslor och förväntningar inför sin operation samt minskade negativa känslor som oro och rädsla hos patienterna. Personcentrerat bemötande och individanpassad information har en stor påverkan på patienternas känslor och förväntningar av sin operation.

**Nyckelord:** Förväntan, känslor, personcentrerad vård, preoperativ information

## **ABSTRACT**

**Background:** Before an operation, patients should receive preoperative information that's essential and individualized, which provides peace and security to the patients on surgery day. According to previous studies, preoperative information was neither sufficient nor individualized which resulted in increased anxiety prior to surgery. Surgical nurses ensure during perioperative care that the patients are seen and heard as individuals, based on person-centered care (PCC).

**Aim:** The aim of this study was to describe the patient's feelings and expectations before surgery based on provided preoperative information.

**Method:** This was a qualitative descriptive study with inductive approach. Sixteen participants were interviewed from a university hospital in central Sweden. Qualitative content analysis was used for data processing.

**Results:** Four categories appeared after analysis; *Emotions Prior to Operation*, *Involvement of Participant's by Staff*, *Attitude About the Preoperative Information* and *Participant's Expectations of Operation Results*. Participant's emotions were regulated by sufficiently provided information, the staff's actions based on PCC and their expectations of improvement after surgery. When staff acted after PCC, participants felt acknowledged and capable of having an open dialogue about their surgery.

**Conclusion:** The categories influenced each other and demonstrates that person-centered approach provides a good relationship between staff and patient, but above all else the importance of providing quality preoperative information. Good relationships invite positive pre-surgery emotions, expectations, patient participation and reduces negative emotions like anxiety and fear. Person-centered care and personalized information have a positive impact on the patient's emotions and expectations.

**Keywords:** Expectation, emotions, person-centered care, preoperative information

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>BAKGRUND</b> .....	5
<b>Operationsteamet</b> .....	5
<b>Operationssjuksköterskan</b> .....	6
<b>Personcentrerad vård</b> .....	7
<b>Teoretiskt ramverk</b> .....	7
<i>Partnerskap</i> .....	7
<i>Patientberättelse</i> .....	8
<i>Dokumentation</i> .....	8
<b>Problemformulering</b> .....	8
<b>Syfte</b> .....	8
<b>METOD</b> .....	9
<b>Design</b> .....	9
<b>Urval</b> .....	9
<b>Inklusions- och exklusionskriterier</b> .....	9
<i>Inklusionskriterier</i> .....	9
<i>Exklusionskriterier</i> .....	9
<b>Datainsamlingsmetod</b> .....	9
<b>Tillvägagångssätt</b> .....	10
<b>Bearbetning och analys</b> .....	11
<b>Forskningsetiska överväganden</b> .....	13
<b>RESULTAT</b> .....	14
<b>Känslor inför operationen</b> .....	15
<i>Positiva känslor som trygghet och lugn</i> .....	15
<i>Neutrala känslor inför operationen</i> .....	15
<i>Negativa känslor som obehag och oro</i> .....	15
<b>Personalens agerande gjorde deltagarna delaktiga</b> .....	16

<i>Tillmötesgående personal ingav förtroende .....</i>	16
<i>Få möjlighet att vara delaktig i sin operation .....</i>	17
<b>Inställning till den preoperativa informationen.....</b>	19
<i>Tydlig och tillräcklig information gav lugna och förberedda deltagare .....</i>	19
<i>Överdriven information ledde till att operationen kändes uppförstorad.....</i>	20
<i>Utebliven eller bristfällig information genererade frustration.....</i>	20
<b>Deltagarnas förväntan på operationens resultat.....</b>	21
<i>Förhoppningen om att bli helt återställd.....</i>	21
<i>Slippa befintliga problem men ej bli helt återställd.....</i>	22
<b>DISKUSSION.....</b>	22
<b>Resultatdiskussion.....</b>	22
<i>Känslor inför operation .....</i>	23
<i>Personalens agerande gjorde deltagarna delaktiga.....</i>	24
<i>Inställningen till den preoperativa informationen.....</i>	25
<i>Förväntningen att det ska bli bättre än det aktuella tillståndet.....</i>	26
<i>Teoretisk referensram .....</i>	27
<i>Etiska och samhällsliga aspekter.....</i>	28
<b>Metoddiskussion.....</b>	29
<b>Fortsatt forskning .....</b>	30
<b>SLUTSATS .....</b>	31
<b>REFERENSER.....</b>	32
<b>BILAGOR.....</b>	38
<b>Bilaga 1.....</b>	38
<b>Bilaga 2.....</b>	41
<b>Bilaga 3.....</b>	42

## **BAKGRUND**

Enligt Socialstyrelsen (2015) ska en patient som ska opereras, erhålla information som är essentiell och individanpassad, vilket inkluderar operationsorsak, risker, biverkningar och eftervården postoperativt. Att delge patienter sådan information är en viktig del i de preoperativa förberedelserna och sker vanligtvis genom samtal. Samtalet utförs vid mottagningen, när patienten blir uppsatt för operation, och vid inskrivning på operationsdagen. Den preoperativa informationen ska innehålla hudförberedelser, avlägsnandet av hår-och sminkprodukter, tid för fastande och medtagande av kommunikationshjälpmedel för att kunna kommunicera med personalen. För att undvika att rutinerna inte följs inför operationen ska patienten erhålla muntlig och skriftlig information (Vårdhandboken, 2018b). Detta med hänsyn till personens ålder, erfarenheter, förutsättningar, behov och förmåga att ta till sig given information. Om patienten ej önskar information ska beslutet respekteras.

En tidigare studie av Leinonen et al. (2001) visar att preoperativ information som patienter erhållit var otydlig, bristfällig eller ej individanpassad. Detta kunde leda till ökad oro och ångest hos patienterna inför sin kommande operation.

Aspekter som att få muntlig information via telefon, skriftlig preoperativ information hemskickad en tid före operationen (Aasa et al., 2013), få träffa en sjuksköterska innan operationen samt besöka avdelningen hade positiv inverkan på patientens känslor (Malking, 2000). Samma inverkan uppnåddes om patienterna informerades om förväntad operationstid och syftet med de preoperativa förberedelserna (Pettersson et al., 2017). Patienterna upplevde sig uppmärksammade, uppdaterade och hörda, vilket resulterade i minskad ångest, större trygghet samt ökat förtroende till vård- och operationspersonal (Aasa et al., 2013).

### **Operationsteamet**

I Sverige består ett operationsteam av anestesijuksköterska, operationssjuksköterska, undersköterska, kirurg och anestesiläkare. Operationsteamet arbetar målorienterat och effektivt för att uppnå ett bra arbetsflöde samt för att operationen skall fortgå.

Operationsteamet arbetar parallellt och använder varandras specialistkompetens för

att minska på varandras väntetid eller utförandet av en arbetsuppgift (Arakelian et al., 2011).

Med ett gemensamt mål arbetar teamet med den sövda patienten och samtidigt tillsammans; ett effektivt teamarbete är att uppnå önskvärda resultat med användande av ett minimum av resurser. Ett resultatorienterat och ekonomiskt utförande betraktas som ett lönsam arbetsätt (Arakelian et al., 2011).

### **Operationssjuksköterskan**

Operationssjuksköterskan ansvarar för att den perioperativa omvårdnaden ska bli god, patientsäker, få patienten delaktig samt ha kontinuitet i sin vård. Enligt Riksföreningen för operationssjukvårds kompetensbeskrivning skall operationssjuksköterskan uppfylla nedanstående punkter under den perioperativa omvårdnaden (Riksföreningen för operationssjukvård [RFOP], 2011):

- Informera patienten och dennes närstående om den kirurgiska situationen.
- Undervisa, vägleda och uppmuntra patienten, medarbetare och studenter om vikten av patientens delaktighet i den egna omvårdnaden.
- Operationssjuksköterskan ska bevara patientens integritet och självbestämmande.
- Arbeta utifrån genus- och mångfaldsperspektiv för att stödja patienter som själva ej uttrycker ett informationsbehov eller har speciellt uttalade informationsbehov.

När patienten ankommer till en operationssalen är operationssjuksköterskans arbete att välkomna patienten in till en högteknologisk och steril miljö.

Operationssjuksköterskan ser till att patienten känner sig säker, trygg och som en individ vilken är sedd, hörd och upplever en närhet från personalen (Kelvered et al., 2012). Då mötet med patienten är kort, intensivt och med sterila arbetskläder som ger en fysisk distans till patienten ger operationssjuksköterskan patienten en medkänsla av att finnas där för personen. Operationssjuksköterskan ska arbeta utifrån patientsäkerhet, patientens identitet, markerat operationsområde och förhindra vårdkomplikationer. Tillsammans med operationsteamet ska patienten ses som en

individ med värdighet och integritet, som bevaras under hela det perioperativa förloppet (RFOP, 2011).

### **Personcentrerad vård**

Personcentrerad vård (PCV) kan användas som teoretisk referensram, det vill säga som utgångspunkt för relationen mellan patient och operationssjuksköterska i det korta mötet i operationssalen. Tidigare studier visar att patienter som vårdats med PCV hade kortare sjukhusvistelse i jämförelse med dem som ej vårdades med PCV. De hade förbättrad Allmän Daglig Livsföring (ADL) och en procentuellt lägre risk för återinsjuknande (Ekman et al., 2008; Hansson et al., 2016). Hansson et al. (2016) har visat att PCV ger kostnadsbesparingar i vårddygn, personal, undersökningar, behandlingar och prover, vilket i längden främjar både patienter och samhället.

### **Teoretiskt ramverk**

PCV är ett etiskt förhållningssätt som bygger på ett partnerskap mellan sjuksköterskor och patienter (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Att patienten alltid är en person är en tanke som ska finnas hos sjuksköterskan och även helhetsbilden innehållande perspektiv, erfarenheter, kunskap och medverkan. Patienten har även förmågor och behov vilka kan negligeras, uppmärksammas, förstärkas eller förminsas av sjuksköterskan (Britten et al., 2016; Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Uppgiften hos sjuksköterskan är att skapa en symmetrisk och ömsesidig relation som utvecklas till ett partnerskap (Centrum för personcentrerad vård, 2018). Detta är en utmaning för operationssjuksköterskan då mötet med den vakna patienten ofta är kort, men finns också med i kompetensbeskrivningen för operationssjuksköterskor (RFOP, 2016). PCV bygger på tre nyckelbegrepp: *Partnerskap*, *patientberättelse* och *dokumentation*.

#### *Partnerskap*

Ömsesidig respekt mellan patient och sjuksköterska är nödvändigt, eftersom patienten känner sig själv och sin kropp bäst. Sjuksköterskan har mer generell kunskap om sjukdomstillståndet, rehabilitering, vård och behandling och delger patienten sin kunskap. Patienten ska kunna fatta välgrundade beslut med hjälp av delgiven information och kunskap. I en situation där patienten ska genomgå en operation är det



operationssjuksköterskan som har mest kunskap om vad som kommer ske intraoperativt omvårdnadsmissigt (Svensk sjuksköterskeförening, 2016; Vårdhandboken, 2018a).

### *Patientberättelse*

Sjuksköterskan lyssnar på patientens berättelse om sitt tillstånd och övriga undersökningar som utförts. Idag görs inte detta av operationssjuksköterskor i stor utsträckning trots att mycket information kan utvinnas från dessa samtal. Vård, omsorg och rehabilitering planeras tillsammans med inblandade professioner och en hälsoplan utformas med både kort- och långsiktiga mål, strategier för att uppnå dessa samt uppföljning (Svensk sjuksköterskeförening, 2016; Vårdhandboken, 2018a).

### *Dokumentation*

Det centrala med dokumentationen i patientjournalen är att det skall vara levande beskrivet, den ska även uppdateras kontinuerligt och vara tillgängligt för patienten under hela vårdförloppet (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

### **Problemformulering**

Detta arbete utgick från PCV som teoretisk referensram då författarna anser att relationen mellan patient och operationssjuksköterska är viktig, trots dagens korta möten inne på en operationssal.

Inför operation förses patienter idag med både muntlig och skriftlig information, men beroende på ett flertal faktorer kan tillfredsställelsen med den givna informationen variera. Tidigare studier har visat att otydlig och bristfällig information leder till oro och ångest hos patienterna samt orimligt höga förväntningar på operationens resultat.

### **Syfte**

Syftet var att beskriva patienters känslor och förväntningar inför en operation baserat på tilldelad preoperativ information.

## **METOD**

### **Design**

Detta är ett kvalitativt deskriptivt arbete med induktiv ansats.

### **Urval**

Ett bekvämlighetsurval gjordes för insamling av deltagare då tidsbegränsningen för studien var tio veckor samt beroende av operationsprogrammets sammanställning på veckodagarna, med hänsyn till röda kalenderdagar. Urvalet utfördes i överensstämmelse med operationsprogrammet och med patienter som uppnådde arbetets inklusionskriterier. Urvalsmetoden är fördelaktig vid förfrågan av deltagare på exempelvis en mottagning. Den dagkirurgiska mottagningen inom ortopedi behandlar patienter elektivt, via snabbspår och trauma. Med en dagkirurgisk mottagning erhöll studien ett större antal deltagare samt variation i ålder, kön och behandlingstyp (Polit & Beck, 2012). Inga bortfall inträffade under datainsamlingsperioden, samtliga personer som tillfrågades om medverkan tackade ja.

### **Inklusions- och exklusionskriterier**

#### *Inklusionskriterier*

Patienter som skulle genomgå en operation på en dagkirurgisk mottagning, skulle vara över 18 år samt kunde uttrycka sig på samt förstå det svenska språket.

#### *Exklusionskriterier*

Patienter med kommunikationssvårigheter på grund av sjukdom eller någon form av kognitiv nedsättning, patienter som fått besked om operation samma dag samt personer som inväntade operation på vårdavdelning, då hälsotillståndet kunde vara instabilt.

### **Datainsamlingsmetod**

Datainsamlingen utfördes med semistrukturerade intervjuer med öppna frågor. Semistrukturerade intervjuer används med fördel då ett fenomen ska undersökas. Öppna frågor bistår till mer detaljerade och djupgående intervjuer, då deltagarna uppmuntras att utveckla svaren (Polit & Beck, 2012).

Intervjuguiden (se Bilaga 2) bestod av fyra frågor baserade på arbetets syfte och användes för att säkerställa att samtliga deltagare besvarade samma frågor. Inbördes fick frågorna en förutbestämd ordning, följdfrågor som exempelvis *“Hur menar du då?”* ställdes vartefter intervjuerna fortgick med syfte att förtydliga eller fördjupa svaret (Polit & Beck, 2012).

En intervjufråga tillkom i ett tidigt skede av datainsamlingen. *“Vad skulle du vilja ha för information innan operationen?”*. Den föreföll relevant för syftet då den var mer inriktad på operationen, öppnade upp för funderingar från deltagarna över om information missats samt bidrog till en ökad förståelse om deras känslor och förväntningar. Enligt Polit och Beck (2012) kan frågor läggas till i intervjun om skäl finns, eller om en följdfråga ständigt återkommer, som i detta fall.

### **Tillvägagångssätt**

Ett skriftligt godkännande inhämtades från verksamhetschefen på den dagkirurgiska mottagningen. I samband med godkännandet kontaktades avdelningschefen och informerades om studien. Vid den fortsatta kontakten inhämtades kännedom om verksamheten och det perioperativa förloppet för att få överblick av mottagningen.

En god och fortlöpande kommunikation upprättades med koordinatörerna på mottagningen, som ansvarade för tidsbokningar och besök. Det öppnade för möjligheten att veckovis se operationsschemat och söka aktuella patienter. Dagligen kontrollerades morgondagens operationsschema då detta ändrades frekvent på grund av verksamhetens art.

Ett test med att skicka hem patientinformation- och samtyckesblankett (se Bilaga 1) utfördes. Problemet som uppkom var att patienten riskerade att anlända till mottagningen efter datainsamlingens slut. Detta var också till följd av frekventa ändringar i operationsschemat. Därav beslutet att tillfråga patienterna på operationsdagen och därmed i direkt anslutning överlämna patientinformation- och samtyckesblanketten vid intresse. Patienterna som accepterade deltagande erhöll både muntlig och skriftlig information om arbetet (Kjellström, 2018; Polit & Beck, 2012). Intervjuerna utfördes på operationsdagen, efter de preoperativa förberedelserna men före intagning på operationssalen.

Varsin testintervju utfördes av respektive författare för att bli mer komfortabel i rollen som intervjuare, samt kontrollera tidsdisponering. En testintervju utfördes på den första deltagaren, vilken ej nyttjades till följd av tekniska fel med inspelningen. Då en lugn och avskild miljö är fördelaktigt utfördes merparten av intervjuerna i samma avskilda rum på mottagningen, vilket erbjöd ommöblering vid behov och kontroll av den tekniska utrustningen utan störningsmoment (Polit & Beck, 2012). Rummet låg i anslutning till en väntsal där deltagarna inväntade sin operation. Sjuksköterskorna som arbetade i väntsalen informerades om vilken patient som intervjuades och tid för intervjustart, också detta för att undvika störningsmoment. Ett fåtal deltagare intervjuades i väntsalen till följd av tidspress inför operationen. Dessa tillfrågades om godkännande att intervjuas på detta sätt även om det förekom en utomstående patient i ett av fallen samt i närvaro av sjuksköterskor.

Vid intervjutillfällena samlades initialer, kön och ålder in för bättre överblick samt underlätta vid transkriberingen. Intervjuerna spelades in som ljudfiler på författarnas mobiltelefoner och överfördes därefter till två USB-minnen. Tidsåtgång för intervjuerna var mellan åtta till tjugo minuter och utfördes under april och maj månad, år 2019. Varje deltagare och tillhörande intervju erhöll ett individuellt nummer för konfidentialiteten (Polit & Beck, 2012).

### **Bearbetning och analys**

Då syftet med arbetet var att undersöka fenomen som känslor och förväntningar valdes en kvalitativ analysmetod (Krippendorff, 1980). Manifest innehållsanalys har använts, vilket betyder att endast det uppenbara i texten analyseras utan att leta efter underliggande betydelser (Graneheim & Lundman, 2004). Intervjuerna transkriberades med två program på datorn, Express Scribe och InqScribe. Transkriberingsprogram möjliggör anteckning och kontroll av hastigheten samtidigt.

Texterna lästes initialt igenom i sin helhet efter transkribering. Vidare lästes de igenom flertalet gånger med arbetets syfte som utgångspunkt av respektive författare, både enskilt och tillsammans. Meningsenheter som då svarade mot syftet plockades ut och kondenserades till det mest väsentliga, utan att förlora kärnan i den (Tabell 1) (Graneheim & Lundman, 2004).

Efter kondensering abstraherades koder ur samtliga enheter (Tabell 1). Koder är korta textnära etiketter som underlättar bedömning av skillnader och likheter (Graneheim & Lundman, 2004). De kondenserade meningsenheterna tillika koderna färgkodades (Polit & Beck, 2012) beroende på vilken karaktär de hade och utfördes efter att kodningen färdigstälts. Efter färgkodning grupperades närbesläktade koder tillsammans och genom detta framkom fyra grupper av koder: *känslor*, *information*, *förväntningar* samt *handlingar*. Grupperingen ledde till en mer samlad bild av resultatet, vilket sedan underlättade bearbetning och framställning av de fyra slutgiltiga kategorierna med tillhörande subkategorier, vilka kan ses i Tabell 2. Detta var en ständig process under arbetets gång. Kodning och kategorisering utfördes gemensamt av författarna.

Tabell 1, Exempel på bearbetning och analys fram till subkategorier

Menings-enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori
“Sprutor och smärta och, oron, det är väldigt obehagligt, jätteobehagligt.”	“Sprutor, smärta och oro, det är jätteobehagligt.”	“Smärta” “Obehag” “Oro”	Känsla av obehag.
“Ja, jag tycker jag varit involverad och de har varit tillmötesgående verkligen, det tycker jag.”	“Har varit involverad, tillmötesgående personal.”	“Involverad” “Tillmötesgående”	Känsla av delaktighet.
“Jag vill få det överstökad och kunna komma igång med mitt vanliga liv igen.”	“Vill få det överstökad, komma tillbaka till vardagslivet.”	“Få det överstökad” “Tillbaka till vardagslivet”	Komma tillbaka till vardagslivet.
“Ja förväntningar. Det är bara att handen ska bli som den har varit innan helt enkelt.”	“Förväntningar, det är att handen ska bli som innan”	“Förväntningar” “Att handen ska bli som innan”	Förhoppningen om att bli helt återställd.

## **Forskningsetiska överväganden**

Skriftligt tillstånd för genomförande inhämtades från verksamhetschefen. Innan intervjustart erhöll deltagarna muntlig och skriftlig information om arbetets syfte, deltagandets betydelse och möjligheten att avbryta medverkan närhelst under förloppet. Samtidigt inhämtades informerat samtycke (se Bilaga 1). Deltagarna erbjöds ta del av arbetets resultat vid färdigställning. Intervjuerna spelades in som ljudfiler på författarnas mobiltelefoner men överflyttades till två USB-minnen för att sedan raderas från mobiltelefonerna. Materialet kodades så personuppgifter och övriga uppgifter inte kunde härledas till en enskild individ (Kjellström, 2018), vilket är en grundläggande rättighet enligt Dataskyddsförordningen (GDPR, The General Data Protection Regulation). Intervjuer, kodlistor och övrigt material sparades på samma USB-minnen tills studien var godkänd av examinator och publicerad i DiVA. Ingen obehörig hade åtkomst eller tillträde till USB-minnena utom författarna (Kjellström, 2018).

Under diskussion i projektplanens skede, före första intervjun ägde rum, framkom en del risker som kunde påverka deltagarnas svar under intervjun. Intervjuerna riskerade väcka oro eller andra känslor inför operationen, eftersom just känslor efterfrågas. Deltagarna kunde börja reflektera över detta även om tendensen ej funnits tidigare. Författarna valde ändå att fortgå då personal på mottagningen alltid fanns nära till hands (Helsingforsdeklarationen, 2013). Deltagarna riskerade även att tolka intervjuerna som ett "förhör" om operationen eller operationstekniken. Känslan av "förhör" och att spelas in kunde generera ångest och oro (Polit & Beck, 2012). Risken att deltagarna började ställa frågor och då känna oro inför operationen till den grad att ej vilja utföra den fanns också.

Vikten av informerat samtycke och att reflektion förekommit över ovanstående risker framgick tydligt. Hos författarna fanns alltid medvetenheten om att målet med införskaffande av nya kunskaper aldrig fick överskugga deltagarnas rättigheter och intressen (Helsingforsdeklarationen, 2013).

## RESULTAT

Totalt inkluderades 16 deltagare från ett universitetssjukhus i Mellansverige, nio män och sju kvinnor i åldrarna 24 - 96 år. Nedanför presenteras resultatet med sammanfattande stycken, som avslutas med citat av deltagarna.

Tabell 2, Kategorier och subkategorier

<b>Kategorier</b>			
Känslor inför operationen.	Personalens agerande gjorde deltagarna delaktiga.	Inställning till den preoperativa informationen.	Deltagarnas förväntan på operationens resultat.
<b>Subkategorier</b>			
Positiva känslor som trygghet och lugn.	Tillmötesgående personal ingav förtroende.	Tydlig och tillräcklig information gav lugna och förberedda deltagare.	Förhoppningen om att bli helt återställd.
Neutrala känslor inför operationen.	Få möjlighet att vara delaktig i sin operation.	Ville endast få operationen "överstökad" och komma tillbaka till sitt vanliga liv.	Slippa befintliga problem men ej bli helt återställd.
Negativa känslor som obehag och oro.		Överdriven information ledde till att operationen kändes uppförstorad.	
		Utebliven eller bristfällig information genererade frustration.	

## **Känslor inför operationen**

Känslorna var en del av studiens syfte, därav frågan om deltagarnas känslor inför operationen. Det visade sig att känslorna styrdes av ett flertal faktorer som presenteras nedanför.

### *Positiva känslor som trygghet och lugn*

Positiva känslor innefattade ord som trygghet, lugn, att deltagarna kände sig hörda och lyssnade på samt kände att de fick tillräcklig och god information. De upplevde sig tryggare och lugnare när de fick sina frågor besvarade. Deltagarna upplevde inga svårigheter med att ställa frågor till personalen och kände även att de vågade säga till om något ej kändes bra.

*“Nä nä, nä men jag är helt jätte trygg, man lämnar över sig till andra händer. Man måste ju lita på folk. Jag tycker faktiskt att det är bra, och är det någonting så är det bara att fråga.”*

Deltagare 1

*“Jag brukar säga till om jag känner att, nä, det här är inte okej.”*

Deltagare 13

### *Neutrala känslor inför operationen*

Deltagare upplevde neutrala känslor och förväntningar inför sin operation. Detta kunde delvis bero på att deltagarna ej haft tid att reflektera över sin operation, eller att de upplevde operationen som obetydlig.

*“Jag har inte så stora känslor tycker jag själv.”*

Deltagare 7

### *Negativa känslor som obehag och oro*

De negativa känslorna grundades på osäkerheten om hur livet skulle bli postoperativt och rehabiliteringsprocessen. Rädsla var ett ofta återkommande ord och syftade till osäkerheten om hur framtiden skulle se ut samt smärta i samband med operationen eller postoperativt.



*“Så är jag rädd för själva operationen, alltså smärtan i samband med den men även efteråt och sådär.”*

Deltagare 4

Funktionen av kroppsdelens postoperativt var en oro och vissa frågetecken uppkom i och med eftervården, hur den skulle bli. Deltagarna kunde känna sig stressade och oroade över att ej veta funktionen i kroppsdelens under läkeprocessen och hur det skulle bli efter friskförklarandet, vilket gav negativa känslor.

*“Nu sen den här händelsen /../ så känns det jäkligt tråkigt för, jag vet att det kommer ta lång tid [att bli bättre] och jag kan inte göra någonting just med den här skadan. Det var ju lite jobbigt eftersom det var så dåligt som det var [med skadan].”*

Deltagare 1

Vissa hade negativa känslor gentemot personalen, som att ha blivit förbisedda och ignorerade. Detta gjorde att deltagarna kände sig besvikna och ett utanförskap.

*“Samtidigt blev jag ju förbannad på att han inte kunde komma ut och prata med mig ens [kirurgen].”*

Deltagare 3

*“...Det var nån sån diskussion som dom hade sins i emellan, det var inte riktat direkt till mig /../ det var inte en dialog alltså med mig.”*

Deltagare 12

### **Personalens agerande gjorde deltagarna delaktiga**

*Tillmötesgående personal ingav förtroende*

Träffa personalen och få ett ansikte på den som skulle handha deltagarnas vård innan operationsdagen gav trygghet, tillit, förtroende samt skapade en relation som möjliggjorde en öppen dialog. Vid frågor angående operationen och eftervården, tyckte deltagarna dessa besvarades och upplevde även personalen som

tillmötesgående. Deltagarna upplevde att de kunde förstå vad som skulle göras och att läkarna skulle göra så gott det kunde.

*“Det jag tycker de [personalen] har missat har jag ställt frågor tillbaka om, tyckt till och tänkt till, och de [personalen] har ju tagit emot det. Tycker att det har, funkade bra och de lyssnar på mig och jag lyssnar ju på dem.”*

Deltagare 2.

*“Innan operationen och träffat några, en eller två läkare... Och dem har inget väldigt gott förtroende.”*

Deltagare 4

Deltagarna upplevde ingen misstro inför operationen eller personalen, även om operationstyp ej var bestämd, så länge de informerades kontinuerligt under förloppets gång upplevdes trygghet och förtroende till att personalen gjorde sitt bästa.

*“Nää men det det uppfattar jag som att det får jag reda på nu under operationen. Nej jag känner mig inte orolig.”*

Deltagare 6

*“Men jag har stort förtroende för själva läkarnas jobb. Jag litar på dem.”*

Deltagare 4

*Få möjlighet att vara delaktig i sin operation*

Deltagarna var positiva till att få höra om sin operation innan operationsdagen och till att få vetskap om olika alternativ för reparation av skadan. Kunskap om anledningen till varför operationen måste utföras samt vilka för- och nackdelar som fanns om operationen ej utfördes, uppskattades av deltagarna och gjorde de även hoppfulla. De kände sig mer delaktiga i och med att de fick vara med och bestämma vilken operation som skulle passa.

*“Jag fick ett par alternativ av dom. Sätta stift, för att hålla ihop det ett tag för att det skulle bli stabilisera sig. Det var ju bra att dom sa att det att det fanns alternativ[för vilken operation]. Ett alternativ var att steloperera och det kommer jag ju inte att göra.”*

Deltagare 1

*“ Jag träffat min doktor två gånger också, så vi har tittat och gått igenom både fördelar och nackdelar. Ehm så ääh jag är jättenöjd på så vis. ”*

Deltagare 7

Deltagarna upplevde sig involverade i vården och väl bemötta när de erhöll information om operationen från saklig personal i en lugn miljö. Personalen upplevdes tillmötesgående och ett gott bemötande var förtroendeingivande och gav ett professionellt intryck.

*“Och pratat med mig i lugn och ro och sådär så att... Jag tycker jag har väldigt god... erfarenhet från dem läkarbesöken jag haft här.”*

Deltagare 4

*“Ja, jag tycker jag varit involverad och de har varit tillmötesgående verkligen, det tycker jag.”* Deltagare 4

För vissa deltagare var det svårt att avgöra om de kände sig delaktiga i vården. Andra upplevde att de ej behövde involvera sig så mycket i sin vård.

*“Njae jag vet, jag har nog inte sagt så mycket, jag har nog mest bara sagt tackat ja till er vård.”*

Deltagare 14

## **Inställning till den preoperativa informationen**

*Tydlig och tillräcklig information gav lugna och förberedda deltagare*

Informationen gav trygghet och deltagarna upplevde sig lugna och förberedda inför operationen. Den preoperativa informationen var tydlig och enkel att förstå. God och tillräcklig information innebar förtroende för vårdpersonalen. Generellt sett kände sig deltagarna välinformerade och nöjda med den preoperativa informationen samt informationen om själva operationen preoperativt. Förutsatt att deltagarna ville få information om ingreppet överhuvudtaget.

*“Till att börja med fick man ju skickat material då hur man ska förberedas inför operationen då. Och den var då klar och tydlig.”*

Deltagare 6

*Ville endast få operationen “överstökad” och komma tillbaka till sitt vanliga liv*

De två mest frekventa orden i denna kategori var att få operationen *gjord* eller få operationen *överstökad* för att sedan kunna komma tillbaka till sitt vanliga liv igen. För vissa deltagare var det oviktigt att få information om själva operationstekniken och vilken personal som skulle befinna sig på operationssalen under det intraoperativa förloppet.

*“Jag vill få det överstökat och kunna komma igång med mitt vanliga liv igen.”*

Deltagare 2

*“Njæ, det är inte så viktigt för mig. Men kanske för andra [att få info om operationssalen], men för mig var det inte... så viktigt.”*

Deltagare 8

Vissa deltagare *ville* ej veta vad som skulle ske inne på operationssalen. De kände inget behov av att veta hur operationen skulle utföras eller vad som gjordes inne på operationssalen så länge resultatet blev lyckat.

*“Jag vill inte, jag vill bara gå in där och inte veta någonting [på operationssalen], när man vaknar då är man klar.”*

Deltagare 9

*Överdriven information ledde till att operationen kändes uppförstorad*

Vissa menade att informationen var överdriven, att det var för mycket information eller att operationen upplevdes som uppförstorad när det ej var ett stort ingrepp. Vissa hade svårigheter att förstå innebörden av varför förberedelserna måste göras noggrant preoperativt.

*“Det här med hygienregler hemma med husdjur och allting sånt de. Kändes som det var lite överdrivet men det är en sak det.”*

Deltagare 6

*“Som jag har tänkt på det är, verkligen såhär men det är typ ett litet ingrepp, det är liksom som såhär, det är väl inte hela världen, men det kändes som att det spelades upp så mycket mer på något sätt.”*

Deltagare 11

*Utebliven eller bristfällig information genererade frustration*

Utebliven information genererade osäkerhet och negativitet. Bristfällig information kunde leda till missförstånd och som följd av missförståndet uppkom frustration hos deltagarna, då det fanns en vilja att göra rätt men att man ej kunde eller tilläts göra det eftersom informationen ej räckte till.

*“Jag har inte fått något besked hur det kommer bli, inte [med operationen].”*

Deltagare 15

*“Och jag tänker såhär asså det är ju, nu är ju jag liksom relativt, alltså, att jag är inte gammal, Jag behärskar svenska. Alltså, om jag inte hade gjort det så hade jag inte förstått det här.”*

Deltagare 12

Deltagare som saknade information önskade ett tidsestimat på operationslängd och hur länge de behövde stanna postoperativt.

*“Jaa eller typ att jamen du kommer förmodligen kunna få åka hem kl 4 imorgon eller liksom nått sånt där. För nu har jag ingen koll alls på om det tar en timme eller fyra timmar eller om det tar 18 timmar.”*

Deltagare 14

Om deltagarna hade ett större behov av information än vad vårdpersonalen hade möjlighet att ge, anskaffades informationen på egen hand. När operationstekniken ännu inte fastställts kunde detta medföra en osäkerhet som skapade en sorts kontrollbehov.

*“Det är lite svårt att släppa kontrollen då, Nae jag vet inte, jag är lite kontrollfreak.”*

Deltagare 14

*“Det mesta av informationen har jag skaffat mig själv så att säga, via läkarböcker och liknande åå. Och även på nätet har jag varit inne och tittat.”*

Deltagare 10

### **Deltagarnas förväntan på operationens resultat**

*Förhoppningen om att bli helt återställd*

Förväntningarna på operationen var oftast att deltagarna ville bli bättre, helst helt återställda.

*“Ja förväntningar. Det är bara att handen ska bli som den har varit innan helt enkelt.”*

Deltagare 6

*Slippa befintliga problem men ej bli helt återställd*

Deltagarna var positivt inställda till och hade förhoppningen om att slippa befintliga problem som domningar och smärta, även om de visste att skadan inte kunde bli helt återställd. De blev ej heller lovade av läkarna att de skulle bli helt återställda efter operationen.

*“... och jag vet att det kan inte bli hundra procent riktigt.”*

Deltagare 3

*“Ja att handen ska bli lite rätare och att det inte ska behöva ha ont. Först och främst.”*

Deltagare 3

Det fanns också mer neutrala känslor, då deltagarna inte hunnit reflektera och därmed inte hunnit sätta upp specifika förväntningar.

*“Så att jag har liksom inte riktigt hunnit reflektera så mycket, jag har fokuserat mer på det sekundärt. Ja, jag har kanske personligen inte hunnit förvänta mig så mycket.”*

Deltagare 11

## **DISKUSSION**

### **Resultatdiskussion**

Efter bearbetning av data framkom det att deltagarna generellt var nöjda med den preoperativa informationen. Informationen beskrevs som tillräcklig och tydlig, vilket resulterade i att deltagarna upplevde sig förberedda inför sin operationen.

Personal som handlade utefter PCV genererade positiva känslor hos deltagarna när dessa blev sedda, hörda och kunde ha en öppen dialog om sin operation. Detta resulterade genererade ett lugn, trygghet och en relation mellan deltagarna och personalen. Vissa deltagare beskrev att personalen haft ett mindre bra handlande och att informationen var bristfällig, vilket gav negativa känslor inför operationen och påverkade tillit gentemot personalen.

Baserat på tidigare forskning av Leinonen et al. (2001) trodde författarna att fler deltagare skulle fästa mer uppmärksamhet vid den preoperativa informationen, att den skulle spela större roll. Fler än föreställt hade neutrala känslor inför ingreppet eller ville att det skulle vara undantaget och hade inget intresse av fördjupad inblick i det perioperativa förloppet. Utifrån resultat baserat på både Leinonen et al. (2001) och Malking (2000) förväntades även mer oro och frågor från deltagarna inför ingreppet.

Deltagare som remitterades elektivt var ej inläggande på en vårdavdelning preoperativt. Detta kunde påverka arbetets resultat på så vis att elektiva patienter ej känner lika mycket oro inför ingreppet som inläggande patienter. I en studie av Pokharel et al. (2011) remitterades patienterna in till sjukhuset inför deras operation. Studiens patienter upplevde en större oro inför sin operation och behövde mer information om ingreppet, vilket stärker författarnas ovanstående konstaterande.

#### *Känslor inför operation*

Arbetets resultat påvisade att personal som gav tillräckligt med information och var tillmötesgående ökade möjligheten för positiva känslor hos deltagarna inför operationen, vilket även kan ses i studier av både Forsberg et al. (2015) och Pulkkinen et al. (2016).

Vidare skulle ovanstående konstaterande kunna kopplas till den personcentrerade vården. Vårdpersonal ska ta hänsyn till patientens känslor och uppmärksamma dem, vilket Rudolfsson et al. (2003) också belyser i sin studie. Positiva handlingar från personalen kan vända negativa känslor hos patienten till positiva känslor, vilket även Britten et al. (2016) och Pulkkinen et al. (2016) kommit fram till i sina studier. I arbetet kände deltagare att de vid vissa tillfällen blev pratade om i tredje person av två läkare, vilket går helt emot den personcentrerade vården. Involvering av patienten ger en helhetssyn och degraderar ej denne till endast sin sjukdom eller tillstånd, vilket både Hansson et al. (2016) och Lindwall et al. (2003) uttrycker i sina respektive studier.

I operationssjuksköterskans kompetensbeskrivning om dennes arbetsuppgifter ingår försäkran om att patienten är trygg och införstådd med det preoperativa förloppet



samt inne på operationssalen (RFOP, 2011). Författarna menar också att operationssjuksköterskans uppgifter ej endast innefattar vad som sker inne på operationssalen, att uppgifterna ligger utanför då ansvar både pre- och postoperativt finns, vilket även kan läsas i RFOP (2016) och kan styrkas därifrån. Enligt Blomberg et al. (2015) önskade operationssjuksköterskan att de kunde få mer tid med sina patienter innan operationsstart. Detta för att få en helhetsbild av patienten, bilda en kontakt och följa upp under patientens perioperativa vård, i vilket författarna av arbetet instämmer. Torjuul och Sorlie (2006) menar att arbetsbelastning på vårdenheten, brist på tid och personal leder till att operationssjuksköterskan måste prioritera sin tid och arbetsuppgifter. Författarna anser att om operationssjuksköterska skulle få tiden att röra sig ute på mottagningar och avdelningar för att besvara frågor och funderingar skulle detta uppskattas av patienterna. Övriga professioner i operationsteamet har möjlighet att träffa patienten preoperativt, dock inte operationssjuksköterskan (Pulkkinen et al., 2016), vilket enligt författarnas mening är en negativ sak i dagens operationssjukvård.

#### *Personalens agerande gjorde deltagarna delaktiga*

Det framkom att personalens handlande och agerande att vårda deltagarna som individer skapade ett lugn hos deltagarna preoperativt, vilket även Montin et al. beskriver i sin studie från år 2002. Deltagarna i arbetet upplevde sig sedda, hörda samt kände att de fick sina frågor besvarade och var generellt sett nöjda med personalens bemötande. När deltagarna upplevde sig väl bemötta och välinformerade fanns inget ytterligare behov av information, vilket även kan ses i studier av Forsberg et al. (2015) och Sjöling et al. (2006).

Oftast agerade personalen i andan av personcentrerad vård, vilket speglades i deltagarnas känslor av tillit, att de kände sig väl bemötta och välinformerade. Denna koppling kan stärkas med studier av Britten et al. (2016) och Lindvall et al. (2003) som tar upp om PCV.

Involvering i den egna vården kan enligt Blomberg et al. (2015) variera utifrån individen. Detta kan i arbetet ses som att vissa deltagare ej upplevde behov av att vara delaktig i den egna omvårdnaden då de litade på vården eftersom personalen hade

mest kunskap om diagnosen. Det kunde också upplevas som en lättnad att ej behöva ta ansvaret, vilket Forsberg et al. (2015) också menar i sin studie. En annan inställning var ett behov av kontroll över situationen. Deltagarna inhämtade då informell information från vänner, familj eller internet och var därför pålästa, vilket åter kan kopplas till studien av Blomberg et al. (2015) i och med den varierande involveringen i sin vård och allas olika behov av detta. Studier av Goldsmith et al. (2017) och Sjöling et al. (2006) kan också förstärka det sistnämnda påstående om det existerande kontrollbehovet.

Deltagarna kände ingen misstro till läkarna eller sin vård även om dessa ej hade svar på vilken operationsteknik som skulle utföras. Så länge operationen utfördes så accepterade deltagarna den nuvarande situationen, att träffa läkaren färre gånger preoperativt, vilket även var fallet i Edwards studie från 2003. Den personcentrerade vården blev dock lidande om det var läkarstudenter utförde det initiala mötet och samtalet med deltagarna. Då läkarstudenterna ej kunde ge deltagaren detaljerad information angående operationen eller utförande av teknik, blev det ett lärotillfälle vilket resulterade i deltagaren som tredje part i samtalet. Detta blev en besvikelse. Kee et al. (2018) tar även upp dessa svårigheter med läkarstudenter som informationsgivare i sin studie.

#### *Inställningen till den preoperativa informationen*

Informationen var oftast tillräcklig men kunde även misstolkas, vilket framkom i arbetets resultat. Detta berodde på missförstånd av den skriftliga informationen. Vikten av korrekt given och uppfattad information kan ses i en studie av Goldsmith et al. (2017), där det framkom att om personalen ej svarade på frågorna enstämigt, utan med olika svar eller om informationen ej kom från samma personal kunde det leda till osäkerhet hos patienterna och svårtydliga svar. Få sina frågor besvarade från personal som hade ansvar över individen är således av stor vikt, vilket även styrks i studier av både Montin et al. (2002) och Rudolfsson et al. (2003).

Deltagarna kände som tidigare nämnt inget behov av kunskap om hur det såg ut i operationssalen, om rutiner eller vilken övrig personal som befann sig i salen, förutom kirurgen. En stor enighet fanns om att träffa ansvarig kirurg preoperativt inför sin

operation var viktigt. Erhålla information om operationen, preoperativa förberedelser eller eftervården gav ett lugn och trygghet. Detta fann även Edwards (2003) i sin studie. Deltagarna önskade dock mer information om vad som skulle hända under operationen och eftervården. Detta för att möjligtvis vara förberedda på återhämtningen och kunna vara aktiv med sin egenvård och Goldsmith et al. (2017) uttrycker även vikten av detta i sin studie.

En öppen dialog mellan personal och patient är av stor vikt och går helt i linje med den personcentrerade vården, som baseras på att få ställa frågor, som även Gilmartin och Wright (2008) belyser i sin studie.

Enligt författarna skulle en operationssjuksköterska kunna svara på frågor angående operationstekniker eller mer allmänna frågor om operationen likväl som kirurgen. Dock kan operationsteamets olika kompetenser och specialiseringar ej bortses ifrån. Likväl som kirurgen har det huvudsakliga ansvaret för själva ingreppet har operationssjuksköterskan en informativ roll både pre- och postoperativt, även vad gäller omvårdnad som kirurgen i sin tur ej besitter kunskaper om. Patienterna bör få chansen att ställa frågor till den som besitter rätt kompetens. Risken som blir kan vara att frågan som ställs får ett felaktigt svar om ej rätt kompetens finns, vilket igen kan ses i studien av Goldsmith et al. (2017).

#### *Förväntningen att det ska bli bättre än det aktuella tillståndet*

Det visade sig att samtliga deltagare hade en förhoppning om förbättring i varierande grader. Vissa hade en förväntning att skadan skulle bli helt återställd medan andra var medvetna om att skadan ej skulle kunna läka och återgå till som det var förut. Men många deltagare var nöjda över att operationen skulle förbättra deras smärtproblematik.

De som tagit till sig informationen hade haft en dialog med operatören, vilket var ett mönster som framträdde efter analysen. Men deras förväntan på situationen påverkades när läkarna tog tiden till att informera dem om deras operation före och efter. Vilket förbättrade deras förväntan och inställning till operationen, vilket även Goldsmith et al. (2017) tar upp i sin studie, framför allt om informationsgivning.

Deltagarna som tyckte ingreppet var av mindre art och ganska obetydligt hade förväntningen om att bli helt återställd. Även förvissat sig om att patienten verkligen har förstått och intagit informationen för att undvika oro efter utskrivning, vilket kan hända enligt Edwards (2003). Detta kan sammanlänkas med personcentrerad vård och vikten av dess nyttjande, att se den enskilda individen och dennes sätt att ta till sig information. Enligt Socialstyrelsen (2015) ska personal anpassa informationen till den enskilda individens utefter behov och utformning.

### *Teoretisk referensram*

PCV har i en studie av Britten et al. (2016) visat sig vara ett kostnadseffektivt arbetssätt kopplat till främst färre vårddygn och självsäkrare patienter, som ej återbesöker vården ofta. Ju fler sjuksköterskor som utför PCV desto färre komplikationer, vårddygn, lägre dödlighet samt lägre kostnader. Däri ingår även operationssjuksköterskans profession, då det ofta är sjuksköterskor med hög kompetens som utför den personcentrerade vården på ett korrekt vis, vilket även kan ses i operationssjuksköterskans kompetensbeskrivning (RFOP, 2011).

Arbetets resultat indikerar att PCV ger nöjdare patienter, främst vid personcentrerad av informationsflödet, vilket även kan ses i en studie av Hommel et al. (2013). Deltagarna kände sig tillfredsställda, trygga och lugna när de var välinformerade om ingreppet och vad som skulle ske innan det. De kände även dessa känslor när en relation byggdes upp med den personal som ansvarade för den deltagaren vid det vårdtillfället. Detta kan också knytas till PCV då relationsskapande är en viktig hörnsten, även kallad *partnerskap*, vilket står i Svensk sjuksköterskeförenings (2016) beskrivning av PCV som arbetssätt. Utebliven information eller utebliven kontakt med personalen genererade oro och obehag, vilket betyder att relationen då också uteblivit och personcentreringen spruckit.

Enligt en studie av Fitzgerald och Elder (2008) kan patienternas känslor och rädslor inför operationen påverkas av patientens ålder, tidigare erfarenheter inom vården och om de har opererats tidigare. Patienter som var yngre, förhållandevis friska och aldrig opererats tidigare visade större oro och var i större behov av information från personalen än hos de äldre patienterna, vilka hade erfarenheter av vården eller

opererats tidigare. Detta stämmer in på resultatet i detta arbete, även om det inte var syftet att undersöka detta. Dock kan det vara intressant ur en personcentrerad synvinkel och bör uppmärksammas då information bör individanpassas, vilket även framkom i Britten et al. (2016).

#### *Etiska och samhällliga aspekter*

Under datainsamling uppkom en patient som var en potentiell deltagare och passade inklusionskriterierna, men som av etiska aspekter inte blev tillfrågad om deltagande i studien. Patienten hade kommit till dagkirurgiska mottagningen snabbt och erhållit en mängd information om operation, operationsteknik, förberedelser samt träffat ett flertal vårdpersonal. Den dagen intervjun eventuellt skulle ägt rum ändrades operationstekniken, vilket inte var tänkt från början. Författarna ansåg att det ej var rätt eller etiskt att tillfråga patienten om deltagande, då det redan var mycket känslor och information som skulle bearbetas på mottagningen och innan operationen.

Det förekom att vissa patienter fick reda på vilken operationsteknik som utförts efter operationen, då läkarna ej bestämt lämplig operationsteknik fören under operationen och sett skadan. Detta var en aspekt som kunde väcka känslor och oro hos deltagarna, vilket ej förekom hos deltagarna under intervjuerna men som författarna var beredda på och hade personal nära till hands på mottagningen, för att svara på deltagarnas eventuella frågor.

Samhälleligt visar Hansson et al. (2016) att ett personcentrerat tankesätt är kostnadseffektivt. Får patienten god information och har förstått denna på ett korrekt sätt så förkortas exempelvis vårdtider och provtagningar. Studien visar även på minskade bakslag postoperativt, som i slutändan är kostsamma för samhället. God och tillräcklig information ger också en mer positiv inställning till vården, vilket gör att fler personer vågar söka sig dit. När information utformas för en operation, eller annan information vad gäller vården, kan ett personcentrerat tankesätt gagna både samhället och den enskilda individen.

## **Metoddiskussion**

Innan arbetets start visiterades avdelningen och det rum som intervjuerna skulle äga rum. Avdelningen där intervjuerna skulle äga rum senare besöktes, vilket enligt Mårtensson och Fridlund (2018) ökat trovärdigheten. Författarna kände sig då mer bekväma i miljön och kunde således säkerställa intervjurummets lämplighet för ändamålet, som Polit och Beck (2018) rekommenderar. Störningsmoment tillkom, som exempelvis preoperativa samtal mellan kirurgen och deltagaren eller givandet av lokalbedövning som skulle hinna verka innan operationen. Detta gjordes för att operationsflödet ej skulle påverkas av författarnas närvaro, vilket var en svårighet med avdelningen som arbetet utfördes på. En viss press fanns ständigt då flödet mellan patienter ibland gick fort.

Författarna hade ingen tidigare relation till den dagkirurgiska mottagningen, vilket innebar att ingen förförståelse fanns i just denna situation, vilket kan vara positivt då inga förväntningar fanns och därmed öka pålitligheten enligt Henricson & Billhult (2018).

Datainsamlingen påverkades positivt då författarna lade till en fråga i intervjuguiden i början av datainsamlingen och således ökat giltigheten, enligt Mårtensson & Fridlund (2018). Frågan tillkom då författarna tidigt såg ett mönster, samma följdfråga ställdes för att erhålla djupare förståelse om deltagarna önskade att få information om vad som hände inne på en operationssal. Detta bidrog till ökad förståelse om deltagarnas förväntningar och känslor samt svarade mot studiens syfte. Intervjuernas längd var varierande och de två kortaste berodde delvis på viss språkförbistring. Deltagarna passade inklusionskriterierna då de förstod och kunde uttrycka sig på svenska, dock i varierande grad och i efterhand så fanns svårigheter att utvinna något från dessa intervjuer. Vissa mer komplicerade ord var svåra att förstå för deltagarna så intervjuaren fick förklara runt dessa ord istället för själva ordet i sig. Intervju längden tenderade likaledes öka mot slutet av datainsamlingen vilket kan betyda att författarna blev mer bekväma i sina roller som intervjuare. Detta menar Polit och Beck (2012) händer under intervjuförloppet.

Författarna hade ingen tidigare erfarenhet av att intervjua, men var medvetna om detta och utförde testintervjuer på varandra för att höra frågorna när de uttalades högt samt

kontrollera intervjulängden, vilket Polit och Beck (2012) rekommenderar. Vid en intervju fungerade inte inspelningsapplikationen som användes för inspelning av intervjuer. Denna intervju användes då som testintervju och inkluderades ej i resultatet. Det inträffade belyste vikten av att kontrollera utrustningen innan intervjustart, vilket även Polit och Beck (2012) belyser.

Transkriberingen utfördes via program som laddats ner via internet till datorns hårddisk så inspelningarna ej laddades upp på webben, då allmänt tillgängliggörande var en risk. Transkriberingsprogram användes för att möjliggöra en manipulering av uppspelningshastigheten, vilket underlättade transkriberingen. Efter transkribering till text så sparades inspelningarna ner på två USB-minnen så att de ej fanns kvar i datorerna. Istället för att transkribera de egna intervjuerna delade författarna transkriberingarna mellan sig. Detta gjordes dels för att effektivisera men även höra varandras intervjuer, vilket enligt Polit och Beck (2012) ger en djupare förståelse när texterna tolkas och bearbetas samt ökar giltigheten (Mårtensson & Fridlund, 2018). För att säkerställa att författarna har transkriberat ordagrant och korrekt lyssnade författarna på varsin ljudfil och läste den transkriberade texten från den andre författaren. Detta för att säkerställa att personen i fråga har handskats med materialet korrekt i enlighet med Polit och Beck (2012).

Detta arbete kan överföras till andra grupper av patienter vilka ska genomgå en operationen och som passar inklusionskriterierna, också andra operationsavdelningar än dagkirurgiska mottagningar. Resultatet är tydligt beskrivet med både kategorier, subkategorier och innehåller flertalet citat, samtliga hänvisar till syftet. Intervjuguiden är likaså baserad på arbetets syfte. Resultat och metod har diskuterats grundligt i arbetets diskussionsdel, så eventuella brister inte återupprepas och kan tas hänsyn till (Mårtensson & Fridlund, 2018).

### *Fortsatt forskning*

Förslag på fortsatta studier kan vara en som innefattar intervjuer av samma deltagare postoperativt, för att undersöka om känslorna och förväntningarna stämde överens med resultatet i detta arbete. Då framgår innebörden av informationen samt om patienterna känner att de förstått given information. Detta skulle kunna indikera om

förbättringsarbete i fråga om informationsgivning behöver utföras. Patienterna har rätt till korrekt information, författarnas tankar med detta är att operationssjuksköterskan skulle kunna ta mer plats i det preoperativa skeendet då de har en specifik kompetens ingen annan i operationsteamet besitter.

## **SLUTSATS**

Samtliga kategorier som framkom i arbetets resultat påverkade varandra och visade vikten av ett positivt bemötande från personalen, en god relation mellan patient och vårdpersonal men framför allt vikten av att erhålla god och tydlig information preoperativt. Gott och personcentrerat bemötande från personalen leder till delaktighet, positiva känslor som trygghet och en positiv inställning till sin operation, vilket minskar negativa känslor som oro och rädsla hos patienterna. För att patienternas känslor och förväntningar ska bli positiva, som de mestadels var i arbetet, måste god information erhållas från personalen. Detta visar att bemötande och information har en stor påverkan på patienternas känslor och förväntningar.

Personcentrerat bemötande behövs även inom övriga vården och implementering av PCV kan stödjas genom detta arbete. Det här arbetet visar att beroende på hur en patient bemöts av vårdpersonal, kommer patientens känslor påverkas samt dess förväntan och inställning till sin vård, vilket är samma som i övriga vården. Oberoende av arbetsplats och vårdtid kan vikten av att bygga en god relation med patienten ses, genom detta arbete.



## REFERENSER

Aasa, A., Hovbäck, M. & Bertero C-M. (2013). The importance of preoperative information for patient participation in colorectal surgery care. *Journal of Clinical Nursing*, 2013 (22), 1604-1612. Doi: 10.1111/jocn.12110

Arakelian, E., Gunningberg, L. & Larsson, J. (2011). How operating room efficiency is understood in a surgical team: A qualitative study. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 23(1), 100-106. doi:10.1093/intqhc/mzq063

Blomberg, A., 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

Britten, N., Moore, L., Lydahl, D., Naldemirci, O., Elam, M., & Wolf, A. (2016). Elaboration of the Gothenburg model of person-centered care. *Health Expectations*, 2016 (20), 407-418. Doi: 10.1111/hex.12468

Datainspektionen. *Dataskyddsförordningen - GDPR*. Stockholm: Datainspektionen. Hämtat 31 januari, 2019, från <https://www.datainspektionen.se/lagar--regler/dataskyddsförordningen/dataskyddsförordningen---fulltext/#K1>

Edwards, C. (2003). Exploration of the orthopaedic patient's 'need to know. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 7(1), 18-25. doi:10.1016/S1361-3111(02)00129-2

Ekman, I., Wolf, A., Olsson, L. E., Taft, C., Dudas, K., Schaufelberger, M. & Swedberg, K. (2011). Effects of person-centered care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *European Heart Journal*, 33(9), 1112–1119. doi:10.1093/eurheartj/ehr306

Fitzgerald, B. M., MD, & Elder, J., MD. (2008). Will a 1-page informational handout decrease patients' most common fears of anesthesia and surgery? *Journal of Surgical Education*, 65(5), 359-363. doi:10.1016/j.jsurg.2008.07.013

Forsberg, A., Vikman, I., Wälivaara, B. & Engström, Å. (2015). Patients' perceptions of quality of care during the perioperative procedure. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 30(4), 280-289. doi:10.1016/j.jopan.2014.05.012

Gilmartin, J. & Wright, K. (2008). Day surgery: Patients' felt abandoned during the preoperative wait. *Journal of Clinical Nursing*, 17(18), 2418-2425. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02374.x

Goldsmith, L. J., Suryaprakash, N., Randall, E., Shum, J., MacDonald, V., Sawatzky, R. & Bryan, S. (2017). The importance of informational, clinical and personal support in patient experience with total knee replacement: A qualitative investigation. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 18(1), 127. doi:10.1186/s12891-017-1474-8

GPCC - Centrum för personcentrerad vård. (2018). *Tillsammans för en bättre vård*. Göteborgs Universitet: GPCC - Centrum för personcentrerad vård. Hämtad från [https://gpcc.gu.se/digitalAssets/1698/1698521\\_gpcc\\_broschyr\\_180829.pdf](https://gpcc.gu.se/digitalAssets/1698/1698521_gpcc_broschyr_180829.pdf)

Graneheim, U-H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 2004(24), 105-112. Doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Hansson, E., Ekman, E., Swedberg, K., Wolf, A., Dudas, K., Ehlers, L. & Olsson, L.E. (2016). Person-centered care for patients with chronic heart failure - a cost - utility analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(4), 276-284. Doi: <http://dx.doi.org.ezproxy.its.uu.se/10.1177/1474515114567035>

Henricson, M. & Billhult, A. (2018). Kvalitativ metod. M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 111-119). Lund: Studentlitteratur AB.

Hommel, A., Idvall, E. & Andersson, A. C. (2013). Kvalitetsutveckling. I A. K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Red.). *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (ss. 146- 179). Lund: Studentlitteratur.

Kee, J. W. Y., Khoo, H. S., Lim, I. & Koh, M. Y. H. (2018). Communication skills in patient-doctor interactions: Learning from patient complaints. *Health Professions Education*, 4(2), 97-106. doi:10.1016/j.hpe.2017.03.006

Kelvered, M., Öhlén, J. & Gustafsson, B. Å. (2012). Operating theatre nurses' experience of patient-related, intraoperative nursing care: Operating theatre nurses' intraoperative nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 449-457. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00947.x

Kjellström, S. (2018). Forskningsetik. I M. Henricson (red.). *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (ss. 57-80). Lund: Studentlitteratur.

Krippendorff, K. (1980). *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology*. (1th ed). London: Sage Publication.

Leinonen, T., Leino-Kilpi, H., Ståhlberg, M.R. & Lertola, K. (2001) The Quality of Perioperative Care: Development of a Tool for the Perceptions of Patients. *Journal of Advanced nursing*. 35(2), 294-306. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01846.x

Lindwall, L., Von Post, I. & Bergbom, I. (2003). Patients' and nurses' experiences of perioperative dialogues. *Journal of Advanced Nursing*, 43(3), 246-253. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02707.x

Malking, K.F. (2000). Patients' perceptions of a pre-admission clinic. *Journal of Nursing Management*, 8(2), 107-113. doi:10.1046/j.1365-2834.2000.00

Montin, L., Suominen, T. & Leino-Kilpi, H. (2002). The experiences of patients undergoing total hip replacement. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 6(1), 23-29. doi:10.1054/joon.2001.0220

Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2018). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 421- 438). Lund: Studentlitteratur AB.

Pettersson, M-E., Ohlén, J., Friberg, F., Hyden, L-C. & Carlsson, E. (2017). Topics and structure in preoperative nursing consultations with patients undergoing colorectal cancer surgery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2017 (31), 674-686. Doi: 10.1111/scs.12378

Pokharel, K., Bhattarai, B., Tripathi, M., Khatiwada, S. & Subedi, A. (2011). Nepalese patients' anxiety and concerns before surgery. *Journal of Clinical Anesthesia*, 23(5), 372-378. doi:10.1016/j.jclinane.2010.12.011

Polit, D F. & Beck, C T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice ( 9th ed.)*. Philadelphia: 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. doi:10.1111/scs.12233

Riksföreningen för operationssjukvård. (2011). *Kompetensbeskrivning - För legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning mot operationssjukvård*. Stockholm: Riksföreningen för operationssjukvård. Hämtad 21 maj, 2019, från <http://www.rfop.se/media/1254/kompbeskrivning.pdf>

Riksföreningen för operationssjukvård. (2016). *Riksföreningen anser och rekommenderar*. Stockholm: Riksföreningen för operationssjukvård. Hämtad 24 januari, 2019, från <http://www.rfop.se/media/1921/rfop-anser-2016.pdf>

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. doi:10.1046/j.1365-2834.2003.00380.x

Sjöling, M., Norbergh, K., Malzer, H. & Asplund, K. (2006). What information do patients waiting for and undergoing arthroplastic surgery want? their side of the story. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 10(1), 5-14. doi:10.1016/j.joon.2005.09.014

Socialstyrelsen. (2015). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig - Handbok för vårdgivare, chefer och personal*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 26 maj, 2019, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19801/2015-4-10.pdf>

Svensk Sjuksköterskeförening. (2016). *Svensk sjuksköterskeförening om... Personcentrerad vård*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening. Hämtad 26 maj, från [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk\\_sjukskoterskeforening\\_om\\_personcentrerad\\_vard\\_oktober\\_2016.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf)

Torjuul, K., & Sorlie, V. (2006). Nursing is different than medicine: Ethical difficulties in the process of care in surgical units. *Journal of Advanced Nursing*, 56(4), 404-413. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04013.x

Vårdhandboken. (2018a). *Personcentrerad vård*. Vårdhandboken. Hämtad 26 maj, 2019, från <https://www.vardhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/bemotande-i-var-d-och-omsorg/bemotande-i-var-d-och-omsorg-vardegrund/personcentrerad-var-d/>

Vårdhandboken. (2018b). *Preoperativ vård*. Stockholm: Vårdhandboken. Hämtad 28 januari, 2019, från <https://www.vardhandboken.se/var-dhygien-infektioner-och-smittspridning/operationssjukvard/preoperativ-var-d/>

World Medical Association (2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Brasilien: World Medical Association. Hämtat 31 januari, 2019, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

# **BILAGOR**

## **Bilaga 1**

### **Tillfrågan om deltagande i studien:**

#### **Förväntningar och känslor inför en operation**

Till dig som ska göra en operation på handkirurgmottagningen.

### **Tillfrågan om deltagande**

Du tillfrågas eftersom du ska opereras på handkirurgmottagningen. Önskemålet är att få intervjua dig om dina förväntningar och känslor inför operationen du ska genomgå. Deltagandet i studien är frivilligt och du kan avstå från deltagande eller när som helst avbryta din medverkan i studien utan att ange orsak.

Om du väljer att avbryta ditt deltagande kommer det inte ha någon påverkan på din vidare vård.

### **Bakgrund och syfte**

Tidigare studier har visat att information som ges innan operation till patienten kan vara otillräckligt och bristfällig, detta kan i sin tur leda till oro och viss ångest inför operation och även vissa förväntningar på förloppet före, under och efter operationen. De negativa känslorna har dock visat sig bli bättre om man får träffa någon vård- och operationspersonal som kan besvara frågor som kan uppkomma i samband med operationen och få både muntlig och skriftlig information.

Mötet med operationssjuksköterskan är kort men kan ha en viktig betydelse vad gäller att ge information innan operation. Operationssjuksköterskans expertområde är just vad som kommer att ske i operationssalen och kan ge bäst information om just detta. Syftet med studien är att författarna vill undersöka patienternas förväntningar och känslor inför en operation baserat på tilldelad preoperativ information.

### **Hantering av data**

Intervjuerna kommer att bearbetas, sammanställas och användas till ett examensarbete vid Uppsala universitet.

Enligt Dataskyddförordningen GDPR är du som patient berättigad att få information, bli uppdaterad om förändringar samt vara delaktig i din egen vård. Intervjun kommer att spelas in och allt material kommer sedan hanteras konfidentiellt och kodas så att inget kan härledas till dig som enskild individ.

Vi kommer att fråga efter namn, ålder och kön. Dessa uppgifter kommer också att kodas så inget kan härledas tillbaka till dig. Allt material kommer att förstöras efter att studien är färdigställd och examinerad.

### **Kontakt**

Kan du tänka dig att delta i studien? Du kommer att få fylla i ett samtyckesformulär och du kommer att få behålla den här patientinformationen där kontaktuppgifter till oss finns.

### **Ytterligare information och svar på frågor om studien ges av:**

Student Hanna Nilsson: Telefonnummer xxx xxxxxxxx

Student Sara Akander: Telefonnummer xxx xxxxxxxx

Handledare Birgitta Jakobsson Larsson.

Lektor vid Institut för kirurgiska vetenskaper.

Akademiska Sjukhuset, Uppsala.

### **Samtycke till deltagande i studien:**

#### **Förväntningar och känslor inför en operation**

Genom undertecknande bekräftas att jag har tagit del av ovanstående information och är införstådd med hur mina uppgifter och intervju material kan komma att behandlas.

Datum: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_

### **Person som tar emot samtycket.**

Datum: \_\_\_\_\_



Underskrift: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_

## **Bilaga 2**

### **Intervjuguide:**

Vad är känslorna nu inför operationen?

Vad har du fått för information innan operationen?

Baserat på informationen du fått, vad är dina förväntningar på operationen?

Känner du att du är/har varit involverad i förloppet före operationen?

Vad skulle du vilja ha för information innan operationen?

### Bilaga 3

#### Analysschema

Intervju-nummer	Menings-enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori
1				
2 (osv.)				