



Examensarbete, 10 poäng
Sjuksköterskeprogrammet, Termin 6

INFORMATIONENS BETYDELSE I DEN PREOPERATIVA VÅRDEN

Författare: Andersson Gunilla
Olofsson Mikael

Handledare: Ramstedt Gunilla

Ej avsedd för publikation

Justerat och godkänt
Datum 10/11-04

Examinator: Palo-Bengtsson Liisa

Liisa Palo-Bengtsson

INFORMATIONENS BETYDELSE I DEN PREOPERATIVA VÅRDEN

Examensarbete 10 poäng

Författare: Andersson Gunilla
Olofsson Mikael

Handledare: Ramstedt Gunilla

Examinator: Palo-Bengtsson Liisa

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Tidigare studier visar att preoperativ information är viktigt för patienterna. Via informationen reduceras ångest och oro. Studierna har tagit upp vad patienterna vill ha med i sin information och hur vårdaren ska ge informationen. Ingen av studierna har med djupare förståelse beskrivit hur patienterna upplever den preoperativa informationen. **Syfte:** Syftet med studien var att belysa informationens betydelse ur patientens perspektiv i den preoperativa vården. **Metod:** Litteraturstudien byggde på sju artiklar, varav fem med kvalitativ forskningsansats och två med kvantitativ ansats. Studierna granskades och analyserades enligt Graneheim och Lundmans (2003) analys modell, med avsikt att komma fram till olika kategorier/subgrupper. Sju subkategorier framkom och delades in efter samhörighet till två kategorier. **Resultat:** Preoperativ information och sättet att delge den visade sig vara av stor vikt för patienterna. De upplevde större delaktighet i sin vård. Komplikationerna minskade postoperativt och sjukhusvistelserna kortades ner. Vid det första mötet mellan vårdare och patient skapades både tillit och kontinuitet, det visade vara av stor vikt för dem. Patienterna upplevde en större trygghet när tid togs till preoperativ information. **Diskussion:** Patienterna tyckte att den preoperativa informationen var minst lika viktig som bemötandet vid informationstillfället. Informationen måste vara anpassad till patienterna och delges på ett sätt som passar dem. Patienterna tyckte att det var viktigt när vårdaren i sitt bemötande var lugn och förtroendegivande

Nyckelord: preoperativ vård, preoperativ utbildning, preoperativ information, oro, stress

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Vårdandet	1
Det vårdande mötet.....	1
Informationens betydelse.....	2
Brister i informationen	3
Preoperativ information	4
Omvårdnadsteori utifrån Roy.....	4
SYFTE	6
METOD	6
Datainsamling	6
Dataanalys.....	7
RESULTAT	8
DET PREOPERATIVA INFORMATIONSSINNEHÅLLET	8
Information	8
Kombinationen verbal och visuell information	9
DET PREOPERATIVA INFORMATIONSMÖTET MED PATIENTEN	10
Mötet.....	10
Tiden	10
Kontinuitet	11
Trygghet	12
Coping	12
DISKUSSION	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion.....	14
<i>Information</i>	14
<i>Kombinationen verbal och visuell information</i>	15
<i>Mötet</i>	16
<i>Tiden</i>	16
<i>Kontinuitet</i>	16
<i>Trygghet</i>	17
<i>Coping</i>	17
KONKLUSION	17
REFERENSER	19
Bilaga 1. Sökvägar/träfflista	
Bilaga 2. Presentation av artiklar	

INLEDNING

Föreliggande studie är en litteraturstudie vars syfte är att belysa informationens betydelse för patienten i den preoperativa vården. Zetterlund (2000) menar att inför ett operativt ingrepp kan vissa patienter uppleva både oro, stress och ångest. Enligt Lindblom (2002) genomfördes det 734 305 operationer i Sverige år 2000. Under samma år i Blekinge län genomfördes 12 360 operationer. Panelius och Varisto (1989) menar att samtalet med patienten inför en operation och anestesi är av stor vikt för att minska oron. Genom information blir patienten bättre förberedd och patientens smärtröskel kan höjas inför en operation. Hallbjørg (2002) menar att via lugnade informativa samtal preoperativt får patienten högre endorfinnivåer och behöver mindre smärtlindring postoperativt.

Eriksson, Chiappe och Sellström (2003) skriver att mötet mellan vårdare och patient är grunden för en bra vård. För att samspelet i mötet ska kunna bli bra, måste patienten ses från ett helhetsperspektiv där empatin utgör en grund för förståelsen av patienten. I dagens vård när resurserna minskar och belastningen ökar blir kvalitén i vårdarbetet lidande. I studien visade det sig att patienterna framförallt var missnöjda med bemötandet och informationen i sjukvården. Patienterna beskriver hur de känt sig ignorerade, blivit misstrodda, inte fått det känslomässiga stöd och den omtanke de förväntade sig. Informationen till och förståelsen för patienterna saknades. För att det vårdande mötet ska bli så bra som möjligt måste informationen finnas med i vårdrelationen.

BAKGRUND

Vårdandet

Sarvimäki och Stenbock-Hult (1991) menar att under utvecklingen av arbetet i vården har olika filosofiska system med olika ideal varit styrande. I dag används den humanistiska och holistiska människosynen av patienten i vården. En holistisk människosyn innebär att människan är en helhet som består av fem olika dimensioner: den biofysiska, den sociokulturella, den emotionella, den intellektuella och den andligt-existentiella. Dessa fem dimensioner integrerar i varandra och utgör människans helhet. I vården är det därför viktigt att vårdaren betraktar patientens alla dimensioner i vårdandet. Vårdarbetet är en komplex verksamhet som berör och utövas av de olika professionerna inom hälso – och sjukvården. Gemensamt för vårdarbetet oavsett profession är att grunden för all vård utgörs av omsorg, där omsorgen av människan utgör drivkraften. Det yttersta målet i omsorgen är att skapa ett gott liv för patienten. Omsorg om en annan människa är när vårdaren bryr sig om vad som händer den andra. Man berörs av den andras lidande och glädje och strävar efter att göra något gott för henne (Sarvimäki och Stenbock-Hult, 1991).

Det vårdande mötet

Sarvimäki och Stenbock-Hult (1991) menar att olika vårdsituationer utgörs av ett möte mellan vårdare och patient. Inom vården utgör relationerna mellan vårdare och patient själva grunden för vården, där grundrelationen är vårdförhållandet. Inom den humanistiska vårdsynen definieras vårdförhållandet som ett subjekt – subjektrelation. Vilket betyder att både vårdaren och patienten ses som handlande varelser med en egen vilja, egna mål, avsikter och resurser. Att se patienten som ett subjekt innebär att vårdaren i vården betraktar patientens önskemål, ger honom valfrihet och rätt att ta ansvar för sig själv. Förmågan till empati blir därför en viktig faktor i vårdarens kapacitet för att kunna hjälpa patienten. Empati handlar om att känna sig in, att känna någon eller något inifrån, där empatin kan ses som en källa till kunskap om patienten. Att ha empatisk kunskap om patienten är uttryck för att vårdaren kan sätta sig in i

och förstå patientens känslor och psykiska situation. Finns förmåga till empati, kan vårdaren i mötet med patienten fånga upp känslomässiga budskap och förstå hur patienten känner sig i den aktuella situationen. Ett gott vårdförhållande förutsätter att patienten ska kunna känna tillit till och förtroende för vårdaren. För att uppnå detta måste vårdaren ta ansvar för relationen och ha en förmåga till empati (Sarvimäki och Stenbock-Hult, 1991). Wiklund (2003) menar att om en patient redan vid ankomstsituationen känner sig välkommen av vårdaren, kan grunden därigenom läggas till en fortsatt bra fungerande vårdrelation. Patienten kan ta till sig vårdaren som sin egen och hysa tilltro till att vårdaren kommer att ta ansvar för omsorgen. Detta kan ske så länge patienten själv inte vill eller klarar av det. Denna relation innebär att vårdaren har ett moraliskt och etiskt ansvar för att så långt som möjligt tillsammans med patienten utforma vården på ett för bästa möjliga sätt. Sarvimäki och Stenbock-Hult (1991) skriver att en patient som är trygg och upplever tillit i sin relation till vårdaren vågar att ge uttryck för sina tankar och känslor. Ett förtroendefullt vårdförhållande leder till att patienten kan vara äkta, ärlig och öppen i relationen och mötet med vårdaren. Sarvimäki (1997) menar att vårdandet är en relation, ej enbart en interaktion. Interaktion kan enbart bestå av utbyte av information eller utförande av aktiviteter. En verklig relation utgör ett sant möte människor emellan, ett möte där äkta kärlek förmedlas. Via det vårdande mötet tillåts därför patienten att vara den hon är, och kan söka tröst och tillit i vårdrelationen med vårdaren.

Sarvimäki (1997) skriver att i många vårdsituationer är den muntliga kommunikationen inte tillräcklig, utan där krävs istället att vårdaren är ytterst uppmärksam på andra tecken som patienten förmedlar. Att ha förmåga att ta in svaga tecken brukar också kallas social kompetens, det vill säga att hitta den rätta tonen i det sociala umgänget, att ge den rätta återkopplingen, att bekräfta och att visa empati.

Informationens betydelse

Sjölin (2004) definierar information som en generell beteckning för det meningsfulla innehållet. Detta innehåll överförs vid kommunikation i olika former. En strikt gräns mellan information och kunskap är svår att dra. Information innebär att någon får kännedom om någonting, "att bli informerad". Informationen kan ses som en nödvändig, men ej tillräcklig förutsättning för kunskap i betydelsen djupare insikt. Information kan uppfattas som en viss mängd fakta, upplysningar eller underrättelser. Den givna informationen påverkar mottagaren i någon form, till exempel med ökad kunskap.

Klang-Söderkvist (2001) påpekar att i dag finns allt fler enskilda patienter med många olika hälsoproblem. Informationen måste därför bli central i varje möte mellan vårdare och patient oavsett kontaktsak. En ökad kunskap hos patienten anses vara en viktig faktor för betydelse av en positiv anpassning till ett sjukdomstillstånd. Informationen resulterar till att patienten får ett ökat självförtroende. Motivation till att finna en ny problemlösande inställning med ökade copingresurser förbättras hos patienten med information och ökad kunskap. Enligt Strandmark Kjölrsrud (1995) kan coping översättas som ett sätt att bemästra situationen när individen utsätts för stress. Detta innebär att coping är detsamma som processen att klara av inre krav som signalerar fara, hot eller utmaning. Coping definieras som en konstant förändring av intellektuella och beteendemässiga prestationer i syfte att klara yttre och inre krav som innebär påfrestning eller överstiger personens resurser. Varje människa har olika coping – resurser beroende både på vilka personliga och miljömässiga begränsningar som finns, men även på vilken grad av fara som hotar. En person som är sjuk har mindre kraft att möta problem än den som är frisk. Med en god information och en positiv övertygelse att kunna kontrollera situationen kan leda till fler problemlösande aktiviteter.

Med problemlösande aktiviteter menas att personen kommer att söka information, analysera och identifiera problemet (Strandmark Kjölrsrud, 1995).

Klang-Söderkvist (2001) skriver att informationens främsta syfte är att stödja och stärka patientens autonomi. En autonom människa väljer enligt Strandmark Kjölrsrud (1995) att själv fattar beslut och åtgärder samt tar ansvar för konsekvenserna av sina handlingar. För att patienten ska bli autonom förutsätts information. Via vårdarens information kan patienten få kunskaper, för att sedan kunna ta ställning i olika frågor samt få kontroll över sin sjukdomssituation och behandling. Detta möjliggör även för en optimal läkning och förhindra onödig försämring och komplikationer. En autonom patient har större förmåga och möjligheten till att kunna hantera det dagliga livet bli bättre. Ersson (2001) menar att förutsättningarna för detta är en fungerande kommunikation och en ömsesidig relation mellan patient och vårdare. Hallenberg och Warrén-Stomberg (1993) påpekar att informationen grundar sig på en interaktion mellan två individer, vårdare och patient. I interaktionen mellan patienten och vårdaren kommer det att utvecklas en kommunikationsprocess, där budskapet förmedlas både verbalt och icke verbalt. Vårdaren ska vara medveten vid samtal med patienten att samtalet kan liknas vid en bro dem emellan, med ömsesidigt utbyte av tankar och känslor. För att samtalet ska bli denna bro måste vårdaren samtidigt vara medveten om sitt kroppsspråk. I studien tas ett exempel upp att vårdaren gärna vill bli avbruten med frågor under informationen med patienten, men visar sig ändå besvärad och stressad med sitt kroppsspråk. Detta genom att vårdaren står upp vid sängen när informationen ges och inte inbjuder till patientens frågor.

Enligt Klang-Söderkvist (2001) är informationen en integrerad och viktig del i den totala omvårdnaden av patienten och ingår i omvårdningsprocessens samtliga faser: *bedömning, diagnos, planering, genomförande och uppföljning/utvärdering*. Wiklund (2003) påstår att omvårdningsprocessen systematiserar den vårdvetenskapliga kunskapen till den enskilde patientens vård. Processen ger en struktur till en bra omvårdningsdokumentation.

I lagen om yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvårdens område (1998:531) påpekas det att vården skall utformas och genomföras tillsammans med patienten. Patienten skall mötas med omtanke och respekt. Sjuksköterskan skall kunna instruera och ge lämplig information till patienten i alla situationer. Kan inte patienten ta emot informationen skall en närstående få informationen, om det inte föreligger hinder för detta. Patienten skall via given information kunna vara med och påverka sin vård (Willow, 2002). Klang-Söderkvist (2001) menar att patientundervisningen är ett sätt som möjliggör denna medverkan hos patienten att kunna påverka sin vård.

Brister i informationen

Eriksson et al. (2003) skriver att patienterna var missnöjda med informationen i allmänhet. Patienterna tyckte att personalen hade varit okänsliga och gett informationen på fel sätt. Vissa patienter upplevde att de inte hade fått någon information över huvud taget. Många patienter upplevde att personalen var stressade, avdelningen var underbemannad och vården hade blivit lidande. Detta orsakade även en väntan om att få hjälp. Det fanns ingen tid till att beakta personliga önskemål och behov. Otillräcklig kunskap inom kommunikation och informationsteknik hos vårdaren kan vara en bidragande orsak till den bristande informationen för patienten. Webber (1990) påpekar att patienter frekvent rapporterar missnöje med både kvaliteten och kvantiteten av den erhållna preoperativa informationen och den preoperativa förberedelsen på sjukhusen. Enligt Walker (2002) vill patienterna erhålla en omfattande preoperativ information. En omfattande preoperativ information leder till att

patienten får en högre känsla av kontroll över situationen samt mindre oro via kunskap om vad som ska hända (Walker, 2002).

Preoperativ information

Zetterlund (2000) skriver att informationens betydelse preoperativt är väsentlig. Att bli inlagd på sjukhus kan förknippas med något skrämmande. Anestesi och operativa ingrepp kan ge tankar kring olika obehagsupplevelser såsom stress, smärta, illamående, trauma, förlust av egenvärde eller rädsla av att dö. Vårdaren kan med sin information förmedla styrka inför en situation som patienten tycker är svår.

Dodds (1993) anser att preoperativ information är en viktig del i den preoperativa vården. Informationen kan reducera både emotionell och psykologisk stress hos patienten inför en operation. Dessutom har en god preoperativ information goda effekter för patientens tillfrisknande postoperativt. Hallbjørg (2002) menar att vårdaren först och främst ska försöka få till stånd en bra kommunikation med patienten för att kunna ge god information. När vårdaren kommunicerar med patienten görs det med ord, gester, ljud, rörelser och kroppsspråk. Preoperativ information ska innehålla upplysning om både själva ingreppet samt förväntad postoperativ smärta och andra obehag. En information ska leda till att patienten känner en viss kontroll över sin egen situation. Det som ska ske blir därför inte oväntat eller okänt även om det kan medföra smärta eller obehag. För att patienten ska kunna hantera stressframkallande och obehagliga händelser behöver innehållet i informationen innehålla tre huvudkriterier. Vårdaren ska ge *konkret information* om vad som ska hända eller förekomma i samband med en operation. Vårdaren ska förmedla vilka *upplevelser och kroppsliga reaktioner* som vanligen förekommer under och efter operationen. Vårdaren ska även förmedla *hur patienten ska hantera* situationen som uppstår eller kan uppstå. Ersson (2001) menar att vårdaren ska inför en operation samordna och ansvara för att tillgodose patientens behov och önsknings. Genom en noggrann anamnes kan vårdaren belysa och lyfta fram faktorer som direkt kan påverka patientens upplevelser inför operationen. Hallenberg och Warrén-Stomberg (1993) menar att omvårdnadsprocessens metod gör det möjligt på ett bra sätt kartlägga patientens behov och önsknings. Samtidigt gör användandet av omvårdnadsprocessen det möjligt för vårdaren att identifiera både psykosociala och fysiska problem hos patienten.

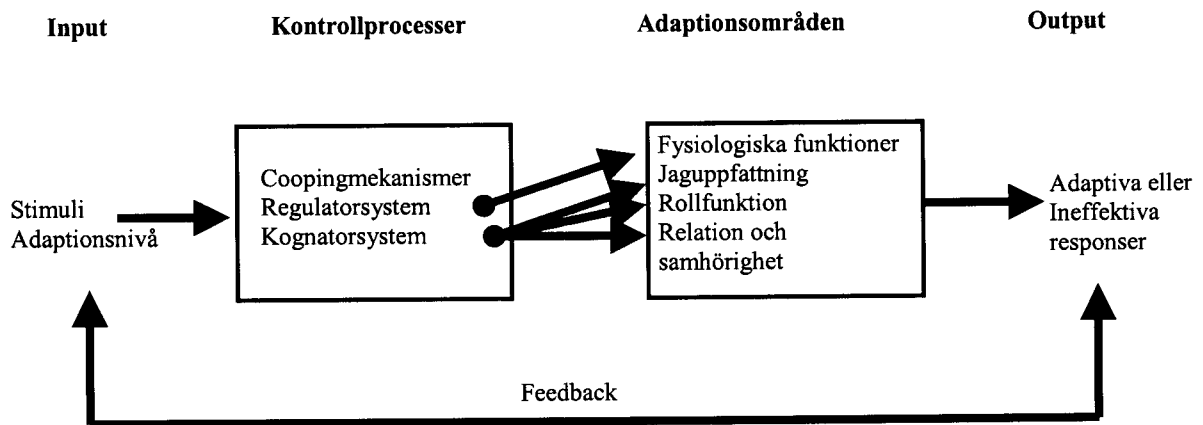
Omvårdnadsteori utifrån Callista Roy

Roy och Heathers (2003) modell är en systemteori. De ser människan som en bio-psykosocial varelse med en förmåga till adaption, det vill säga en förmåga till anpassning. Hälsa och sjukdom är en oundviklig dimension i livet, vilket är knuten till den ständigt förändliga miljön där människan befinner sig. För att reagera positivt på förändringar i miljön måste människan ha en förmåga till anpassning. Människan har både inneboende och förvärvat bemästringsmekanismer för att klara av anpassningen. Dessa bemästringsmekanismer kan både vara av biologiska, psykologisk och social natur. Människan har i alla tider fått anpassa sig för att överleva i den miljö hon just nu befinner sig. Klarar individen inte av att anpassa sig med hjälp av sina bemästringsmekanismer drabbas individen av ohälsa. Roy och Heather (2003) menar således att hälsa är en återspeglings av adaption. Att drabbas av ohälsa är när återspeglings av adaptionen har misslyckats.

Roy och Heather (2003) ser människan som ett öppet system, där det ständigt sker ett utbyte av information, energi och materia med omgivningen. Det förekommer ett ständigt samspel mellan människan och miljön. Individen måste ständigt anpassa sig och förändra miljön för att kunna överleva.

Roy och Roberts (1981) använder sig av ett antal grundbegrepp för att kunna förklara sin teori. Bilden nedanför är en överskådlig skiss över teorin.

”Roys teoretiska grundbegrepp”



Figur1. Människan som ett adaptivt system. (Roy och Roberts 1981, s 58).

Roy och Heather (2003) menar att målet med omvårdnad är att gynna patientens adaptation och den är alltid positiv, kreativ och aktiv. Adaptationen skall inte bara uppfattas som ett tillstånd utan även likt en aktiv process. Processen innefattar individens förmåga, hopp, drömmar och motivation. Adaptionsnivån blir olika beroende på stimulus karaktär, personlighet och situation. Människan ska ses som ett system med förmåga till adaptation, där systemet är en helhet och fungera i kraft av sina delar. Systemet behöver tillföras energi för att kunna fungera via input. Det måste därtill finnas en mynning ut från systemet, output. För att hålla en jämvikt i systemet krävs ständig kontroll av återkoppling (feedback) från output till input.

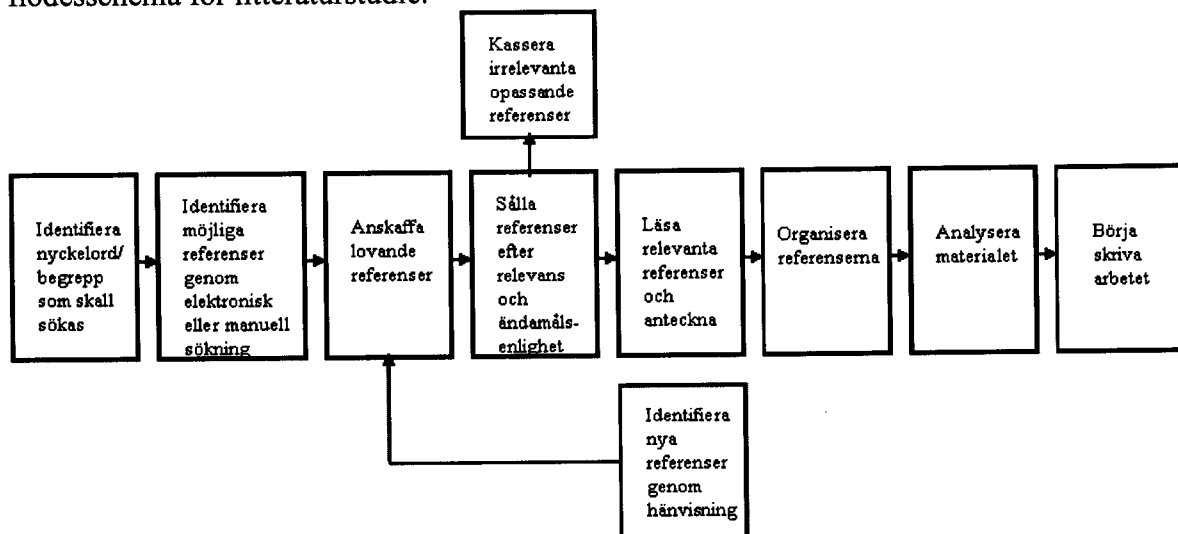
Enligt Roy och Heather (2003) består sjuksköterskans funktion i att påverka de olika typerna av stimuli som konfronterar patienten med vissa bestämda krav. Detta för att patienten ska kunna reagera så ändamålsenligt som möjligt. Sjuksköterskans roll och funktion är dessutom nära knuten till omvårdnadsprocessen. Processen omfattar *datainsamling*, *målformulering*, *omvårdnadsåtgärder* och slutligen en *utvärdering av omvårdnadsåtgärderna* för att kontrollera om sjuksköterskan har uppnått målen. Omvårdnadsprocessens alla steg lutar sig tillbaka på Roys teoretiska grundbegrepp och hennes systemtänkande. Enligt Roy och Heather (2003) gör användandet av processen det lättare att kunna ringa in det aktuella omvårdnadsproblemet via datainsamlingen, och sätta in rätta resurser där de behövs. Detta med syfte för att höja adaptionsnivån och för att behålla jämvikt i systemet, mellan input och output.

SYFTE

Syftet var att belysa informationens betydelse ur patientens perspektiv i den preoperativa vården.

METOD

En litteraturstudie valdes av författarna, vars huvudsakliga uppgift var att granska och belysa ett specifikt problemområde i redan skrivna artiklar. Enligt Polit och Hungler (1999) kan artiklarna ses som ett stort pussel, där denna studie kan försöka föra samma några bitar, och därmed också bli en del i det stora pusslet. Författarna valde att använda sig av Polit och Hunglers metodmodell. Modellen är utformad för litteraturstudie och kändes lätt att arbeta med, då den på ett systematiskt sätt visar tillvägagångssättet. Vid Polit och Hunglers steg att analysera materialet, valde författarna dock att analysera materialet efter Graneheim och Lundmans (2003) analys modell. Författarna upplevde att denna analysmodell var enklare förklarad än Polit och Hunglers tillvägagångssätt att analysera. Artiklarna som använts i litteraturstudien har inriktning mot vårdvetenskap, eftersom detta ämne står till grund för arbetet. Polit och Hungler (1999) beskriver hur arbetet kan genomföras enligt följande flödesschema för litteraturstudie.



Figur 2. Översikt av de olika stegen i en litteraturstudie, fritt översatt av författarna (Polit & Hungler, 1999, s.97).

Datansamling

- Identifiera nyckelord och begrepp som skall sökas.

Lämpliga sökord identifierades till en början med hjälp av SweMESH. Artiklarna som fanns gav ytterligare idéer till sökord. Sökord som bland annat användes var: preoperative care, preoperative education, preoperative information, anxiety, qualitative studies, patients stress. Var god se bilaga 1. Författarna använde fler sökord och kombinationer än de som redovisas ovan. Dessa redovisas dock inte i träfflistan eftersom inget urval gjordes.

- Identifiera möjliga referenser.

Elektronisk sökning: Blekinge tekniska högskolas elektroniska databaser "Academic Search Elite" och "Cinahl" användes för att söka efter vetenskapliga artiklar. Vid sökning i Cinahl fick författarna hänvisning till databasen "Elin" varav en artikel hämtades. Var

god se bilaga 2. Denna artikel redovisas inte i egen träfflista, utan ingår i Cinahls träfflista. Den sjunde artikeln som finns i bilaga 2 har sökts manuellt efter att ha hittats i en referenslista, men redovisas ej i träfflistan i bilaga 1.

- Anskaffa lovande referenser.

Relevanta artiklar som var tillgängliga i fulltext på de elektroniska databaserna skrevs ut. Övriga intressanta artiklar beställdes hem via Blekinge tekniska högskolas bibliotek.

- Sälla referenser efter relevans och ändamålsenlighet.

Införskaffat material lästes. Artiklar som inte svarade mot syftet, eller inte var vetenskapliga sovrades bort. Referenser i artiklarna ledde till att nya nyckelord identifierades. Vid upprepade tillfällen gick processen tillbaka till steg tre och ytterligare artiklar inhämtades. De urvalskriterierna författarna valde för att få ingå i studien vara att artiklarna skulle vara skrivna på engelska, peer-reviewed, baserad på vårdvetenskap, innehålla patientens behov av preoperativ information, samt att artiklar med kvalitativ forskningsansats, eller en lämplig artikel med kvantitativ ansats. Författarna valde artiklar publicerade 1995 eller senare för att få så aktuella resultat som möjligt. Dock är en artikel med i resultatet publicerad 1994. Denna artikel är fortfarande aktuell tycker författarna och svara bra mot syftet. Var god se bilaga 2.

Dataanalys

- Läs relevanta artiklar och anteckna.

Författarna började med att läsa igenom artiklarna grundligt. Markeringar gjordes med en färgpenna där texten berörde författarnas syfte. Därefter diskuterades varje artikel för sig och nya justeringar och markeringar gjordes med en ny färg. Det resulterade i att en del markeringar tillkom och en del ströks. Författarna valde att använda olika färger på pennorna för att göra tydligt när i processen ändringar gjorts i texten.

- Organisera referenser och Analysera materialet.

För att analysera materialet valde författarna att göra en kvalitativ litteraturstudie enligt Graneheim och Lundmans (2003) analys modell. Första steget i modellen är att plocka ut meningsbärande enheter, andra steget är att koncentrera de meningsbärande enheterna utan att kärnan i innehållet förändras. Ur dessa koncentrerade enheterna skapas ett passande kodord, vilket är det tredje steget. Nästa steg blir att organisera kodord efter samhörighet. Dessa koder bildar sedan subkategorier/kategorier vilka ska genomsyras av en samhörighet genom kodorden. Subkategorierna/kategorierna ska svara på frågan vad det är som är gemensamt i kodorden. Det sista steget i Graneheim och Lundmans (2003) analys modell är att skapa ett tema. Temat ska beskriva den underliggande meningen i det analyserade materialet. Temat ska besvara frågan hur och skapas från kategorierna.

Författarna läste åter igen var för sig grundligt igenom de markeringar som gjorts i materialet. Därefter diskuterade författarna tillsammans om markeringarna svarade mot syftet. Nästa steg var att lyfta ut och skriva ner de meningsbärande enheterna. Därefter gjordes en koncentration av den utvalda texten. Ur den koncentrerade texten skapades lämpliga kodord. Var god se figur 3. Kodorden katalogiserades i subkategorier efter samhörighet. Subkategorierna blev mötet, tiden, kontinuitet, trygghet, coping, information och kombinationen verbal och visuell information. Subkategorierna beskrev vad kodorden hade gemensamt. Subkategorierna sorterades sedan i kategorier efter samhörighet. Kategorierna blev det preoperativa informationsinnehållet och det preoperativa informationsmötet med patienten. Var god se

figur 4. Författarna valde sedan att avbryta analysen då kategorierna ansågs svara mot syftet och ett tema inte skulle tillföra någon ny aspekt.

Exempel på hur författarna har analyserat fram kodord.

Meningsbärande enhet	Koncentrerad mening	Kod
Patienterna upplevde hur den preoperativa informationen hade varit hjälpfull och de antydde att informationen hade reducerat deras oro och rädsla	Preoperativa informationen reducerade rädsla och oro enligt patienterna.	Informationen

Figur 3. Hur kod analyseras fram enligt Graneheim och Lundmans (2003) analysmodell.

Bildning av kategorier och subkategorier

Kategori	Kategori
Det preoperativa informationsinnehållet	Det preoperativa informationsmötet med patienten
Subkategori	Subkategori
Information Kombinationen verbal och visuell information	Mötet Tiden Kontinuitet Trygghet Coping

Figur 4. Hur subkategorier och kategorier har skapas fram enligt Graneheim och Lundmans (2003) analysmodell.

- Börja skriva arbetet
Enligt Polit och Hunglers (1999) är det sista steget i arbetsmodellen att börja skriva ner det analyserade materialet i resultatdelen.

RESULTAT

DET PREOPERATIVA INFORMATIONSINNEHÅLLET

Information

Spalding (2003) studerade patienter som skulle genomgå höftplastikoperationer. Studien resulterade i att patienternas rädsla och oro reducerades till följd av den preoperativa informationen. I Rudolfsson, Hallberg, Ringsberg, och von Posts (2003) studie var den preoperativa informationen ett okänt fenomen för många patienter. Malkin (2000) menar att patienterna uppvisade stor förvåning över att de fått så mycket information. De hade inte upplevt detta vid tidigare sjukhusvistelser. Enligt Rudolfsson et al. (2003) var patienterna överraskade att informationen kunde ge en sådan positiv effekt. Under den preoperativa

informationen upplevde patienterna att de hamnade i focus hos vårdaren. Vårdaren gav ett intryck av att göra mer än bara sitt arbete (Rudolfsson et al., 2003).

She guided me in a fantastic way... giving me information at just the right time, so that I could follow the process in my mind.
(Rudolfsson et al., 2003, s. 81)

Patienterna upplevde detta som ett uttryck för omsorg, och en känsla av välmående skapades för dem. Dessutom stärktes självkänslan när patienterna förstod den givna informationen (Rudolfsson et al. 2003).

Hunt (1999) har studerat patienter som skulle genomgå kranskärlsoperationer. Patienterna i studien önskade få den information de behövde, och att den skulle vara av stort värde för dem. Enligt patienterna skulle preoperativ information innehålla aspekter om olika postoperativa komplikationer. De ville bland annat ha information om hur de tog sig upp ur sängen efter operationen, postoperativ smärtbehandling, illamående etcetera. Detta för att patienterna skulle veta när kontakten med sin vårdare skulle tas angående stöd och hjälp postoperativt. I Watts och Brooks (1997) studie ville patienterna ha information om smärta och illamående. Det var viktigt att vårdaren fick med detta i sin preoperativa information, eftersom patienterna ansåg att smärta och illamående utgjorde det största hotet mot deras välmående.

Rudolfsson et al. (2003) påpekade att patienterna kände sig delaktiga i vården när tid gavs för deras frågor under den preoperativa informationen. Det var betydelsefullt för patienterna att vårdaren under informationen uppmuntrade dem att ställa frågor. Detta gjorde att patienterna visste vad som skulle hända och kunde därför själva vara delaktiga och påverka sitt behandlingsresultat. Enligt patienterna i studien resulterade denna känsla av delaktighet till en bättre återhämtning efter operationen.

Afterward I was lying and thinking through this thing... and I felt so comfortable and felt such a great satisfaction, and that feeling has helped me on the way back.
(Rudolfsson et al., 2003, s. 80)

Kombinationen verbal och visuell information

Malkin (2000) anser det mycket effektivt att kombinera muntligt och visuell information. Patienterna tyckte att det var bra när vårdaren visade en höftprotes i samband med den muntliga informationen. Detta reducerade effektivt oro. I Spaldings (2003) studie fick patienterna sin preoperativa information kombinerad med olika alternativ. Patienterna tyckte det var effektivt när vårdaren kombinerade muntligt information med praktisk övning. De visste när, hur och varför de skulle använda sig av sina hjälpmedel. Genom denna kombination blev deras framtid mera familjär och tryggheten ökade. Kombinationen informationshäfte med att låna hem hjälpmedel, gjorde att kunskapen och förståelsen ökade hos patienterna. Detta sätt att delge information gjorde att patienterna inte blev främmande för att använda sina hjälpmedel postoperativt. Spalding fann också att det var vanligt att patienterna glömde bort den muntligt givna informationen. Att då kombinera muntlig information med informationshäftet, gjorde att patienterna alltid kunde gå tillbaka för att se vad som stod i den skriftliga informationen.

Now I've had the operation I'm even more pleased with the information I was given. I could try walking with one stick and I'd read all about it in the booklet so I knew what to expect.
(Spalding, 2003, s. 286)

DET PREOPERATIVA INFORMATIONSMÖTET MED PATIENTEN

Mötet

Hunt (1999) ansåg för att patienterna skulle kunna känna omsorg och stöd från vårdaren, räckte det inte bara med att ge faktainformation under den preoperativa informationen. Det var viktigt att vårdaren lärde känna personen bakom patienten via vardagliga samtal. Då utvecklades en känsla av äkta omsorg mellan vårdaren och patienten. Patienterna upplevde att de fick en stödjande och individuell vård, utan känsla av opersonlighet. Rudolfsson et al. (2003) framhäver att patienterna upplevde vårdaren som förtroendeingivande genom sitt sätt att bemöta dem. Enligt Malkin (2000) upplevde patienterna att den individualiserade vården påverkade deras upplevelser av vad de kunde förvänta sig under vårdtiden.

I was pleasantly and kindly received and welcomed by everybody... it was as if people wanted you to feel and to be better. You now everybody seemed anxious to help. There is a real feeling of caring here, you felt that you are going to be cared for when you come in.
(Malkin, 2000, s. 110)

Hunt (1999) framhäver att patienterna tyckte det var viktigt att vårdaren hade rätt förhållningssätt och engagemang i mötet med dem. Hade vårdaren denna inställning skapades ett förtroende och en tillit hos patienterna. Enligt Spalding (2003) beskrev patienterna i studien vårdaren som varm, vänlig, omtänksam och avslappnande när den preoperativa informationen hölls. Detta förhållningssätt hos vårdaren under informationen underlättade och gav en avslappnande känsla hos patienterna. Hunt (1999) påpekade att patienterna upplevde vårdaren som skicklig när det gällde att ge individanpassad vård. Patienterna ansåg det viktigt att vårdaren kunde läsa av deras individuella behov, då de upplevde sig vara i en beroendeställning.

Enligt Rudolfsson et al. (2003) överfördes en känsla av lugnhet till patienten, när vårdaren bemötte och höll den preoperativa informationen utan stress. En patient uttryckte sig:

Her calmness, she was very calm. She induced a great calm – like a stilling of the Atlantic, that was probably the best part. The water was as calm as a mirror, no choppy waters, she was, like, she was so incredibly calm. She come in and sat down and told me who she was... and I thought, my Lord, how calm she is. This is going to be easy. Even though I wasn't anxious I relaxed anyway.
(Rudolfsson et al., 2003, s. 80)

Genom att vårdaren höll den preoperativa informationen på ett lugnt sätt, avdramatiserades den stressfyllda upplevelsen inför operationen. Vårdaren visade dessutom respekt för patienten under informationen, vilket ökade förtroendet hos denne (Rudolfsson et al., 2003).

Tiden

Dalayon (1994) menar att patienterna upplevde det främmande när de skrevs in på sjukhus. Det var vanligt att oro och rädsla kunde uppstå i samband med inläggningen. Tog sig vårdaren tid till att lyssna och gav patienterna utrymme för frågor, kunde det okända hanteras lättare. Enligt Lindwall, von Post och Bergbom (2003) var det viktigt att tid till frågor skapades när vårdaren och patienten träffades under den preoperativa informationen. En patient i studien uttryckte sig

We talked about the anaesthesia and how my body will be different after breast surgery. She listened to my questions and understood how worried I was to be anaesthetized and to lose my breast. She was careful and I felt safe to leave myself.

(Lindvall et al., 2003, s. 249)

Genom att vårdaren tog sig tid och lyssnade på patienten, skapades tillit. Samma patient fortsatte

I feel safe in her hands.

(Lindvall et al., 2003, s. 249)

Patienten och vårdaren delade en historia som inkluderade det förgångna, det som händer nu och det som ska hända i framtiden. Historien innehöll patientens upplevelser angående sjukdomen, anestesi, operationen och konvalescensen. För att kunna ge en individanpassad preoperativ information var det viktigt att vårdaren tog sig tid och lyssnade på hur patienten kände sig inför operationen. I studien framkom att patienten tyckte det kändes bra, när vårdaren diskuterade om vad som skulle hända innan, under och efter operationen (Lindvall et al., 2003). Rudolfsson et al. (2003) skriver att många av patienterna tyckte det var bra när vårdaren tog sig tid. De kände att de kunde dela sina upplevelser med någon när denna tid togs under den preoperativa informationen. Utan stress förklarade vårdaren vad som skulle hända. När informationen fick ta tid och skedde utan stress, skapades trygghet och ett förtroende för vårdaren hos patienten.

Kontinuitet

Enligt Lindvall et al. (2003) betyder kontinuitet från patientens synvinkel, att ha en historia ihop med vårdaren. Denna historia skapades genom att vårdaren hade följt patienten genom hela den pre- och postoperativa vårddagen. Rudolfsson et al. (2003) menar att det skapades en trygghet när vårdaren försäkrade att samma vårdare skulle följa patienten under hela vårddagen. Lindvall et al. (2003) påpekade att det var viktigt för patienterna när de visste att det hela tiden fanns en vårdare tillhands för dem. Detta resulterade i en stark känsla av trygghet. Genom att vårdaren och patienten hade träffats under den preoperativa informationen kunde patienten uttrycka sin oro över vissa moment som skulle ske under vårddagen. Spalding (2003) menar att patienterna tyckte att det var lättare att fråga om hjälp när de kände igen vårdaren.

Rudolfsson et al. (2003) framhåller att en patient tidigare hade genomgått samma operation men utan en känsla av kontinuitet. Sjukhusvistelsen hade då förlängts till följd av ökade komplikationer. Vid den för studien aktuella sjukhusvistelsen hade patienten fått information om att vårdaren skulle vara ansvarig för honom under hela vårddagen. Detta resulterade i att han skrevs ut från avdelningen redan efter ett par dagar efter operation. Patienten själv var säker på att informationen och tryggheten med samma vårdare gjorde att han kunde åka hem enligt vårdplanen.

This time I got well. I knew I was looked after – the feeling that I know I been looked after, I think that's what did it.

(Rudolfsson et al., 2003, s. 80)

Enligt Lindwall et al. (2003) kände patienterna i studien en känsla av välmående, när samma vårdare som hade hållit i den preoperativa informationen mötte upp dem på avdelningen efter operationen. Patienterna hade en upplevelse av att var en viktig person och inte ett objekt i mängden. Vårdaren kände patienten sedan tidigare och hade kunskap om dess behov. Rudolfsson et al. (2003) menar att det skapades en kontinuitet för patienten när samma vårdare mötte upp postoperativt på avdelningen. Patienterna kände sig unika och behandlade som individer.

Trygghet

Spaldings (2003) skriver att patienterna upplevde en stor oro för att läggas in på sjukhus. Denna oro kunde lindras med preoperativ information. Rudolfsson et al. (2003) påpekar att patienterna kände sig delaktiga och lättade när vårdaren höll den preoperativa informationen. Trygghet skapades och patienterna kände att inget kunde gå fel. Spalding (2003) menar genom att ge patienterna information får de en förståelse för vad som kommer att hända. Det gällde att förbereda patienterna, göra dem säkra på vad och när olika procedurer skulle ske under vårdtiden.

Enligt Hunt (1999) upplevde patienterna det som att stiga in i det okända, trots kunskap om operationen. Med en förstående vårdare kände patienterna en känsla av att situationen kändes tryggare och lättare att bearbetas. Spalding (2003) anser att oron reducerades hos patienterna när de hade en omtänksam vårdare i närheten. Patienterna kunde lättare ställa frågor, vilket ökade tryggheten.

Coping

Daylon (1994) menar att den preoperativa informationen kunde vara svår att genomföra om patienten hade en förnekande copingstrategi. Det största hindret till att ge preoperativ information till patienterna var deras rädsla för att något skulle kunna gå fel under operationen. Enligt Malkin (2000) fanns skillnader hos patienternas strategi för coping och mängden av information till graden av deras individuella behov. En skicklig vårdare inventerar och avgör graden av kunskapsbehovet hos patienten. Detta för att informationen ska kunna motsvara patientens individuella behov. För vissa patienter passade det med mycket och utförlig information, medan andra ville ha lite eller ingen information alls. Individuella behov måste därför noggrant bedömas av vårdaren innan informationen gavs. Patienterna kunde delas in efter deras personlighetstyp, som informationssökare eller informationsundvikare. Detta beroende på om de hade en förnekande eller en accepterande copingstrategi. I studien visade sig att vissa patienter inte kunde ta emot den givna informationen. Dessa patienter ville inte veta vad som skulle hända under operationen, utan tyckte att det var upp till sjukhuspersonalen att göra vad det vill. Detta relaterades till deras personliga strategi för coping. En patient sa

Well you se I think it could work differently for different people. I mean I prefer to know. There must be people who prefer not to know. You know a sort of ostrich mentally, head in the sand. After all it's my body that they'll mess about with, I've always taken the very that I like to now what there going to do with my body.

(Malkin, 2000, s. 111)

I Watts och Brooks (1997) studie hölls den preoperativa informationen på sjukhuset för patienterna en tid innan inskrivningen på avdelningen. Besöket på avdelningen innan inskrivningen gav patienterna en möjlighet att ställa frågor, se miljön samt få möta personalen. Detta besök befrämjade en emotionellt fokuserad coping, vilket resulterade i att inskrivningen på avdelningen kändes mindre hotfull. Preoperativ information riktad mot att stärka den emotionella formen av coping hos patienten, var mer passande än en problem fokuserande. Under en operation kan inte patienten förändra sin situation därför passar inte den problemfokuserande formen av coping. Studien visade att information som stödde den emotionellt fokuserade copingen, ledde till att vissa hot blev mindre hotfulla. Den informationen var även värdefull när hot dök upp som relaterade till patientens överlevnad, integritet samt välmåendet. Patienterna uppskattade vårdarens kompetens att kunna möta och ge preoperativ information, utefter de individuella behoven.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Vald arbetsmetod inspirerad av Polit och Hungler (1999) visade sig vara användbar för att nå syftet med litteraturstudien. Metoden var lätt att arbeta med, då den tydligt tar upp de olika stegen som behöver genomgå för att resultatet skall bli användbart. Efter att ha granskat Polit och Hunglers analysdel i arbetsmodellen, fann författarna den otydlig och svårförstålig. Detta ledde till att författarna gick igenom ett antal analysmodeller. Författarna valde att använda sig av Graneheim och Lundmans (2003) analys modell. Modellen ansåg författarna vara tydligt beskriven med text kombinerat med flödesschema för analysdelen.

De erhållna artiklarna visade sig vara av rimligt antal, för att en omfattande dataanalys skulle kunna genomföras. Sökorden författarna har använt sig av för att hitta artiklar visade sig vara tillräcklig för att hitta material. Efter granskning kändes materialet tillfredsställande. Fler artiklar än de sju som valdes, hade förmodligen inte givit mer information av ytterligare värde för resultatet. Dock såg författarna i efterhand att andra sökord kunde ha använts för att kunna få ett djupare perspektiv i resultatet.

Av de sju utvalda artiklarna var fem kvalitativa och två kvantitativa studier. Dessa artiklar var lämpliga att använda då syftet med studien var att belysa informationens betydelse ur patientens perspektiv i den preoperativa vården. Resultatet hade inte blivit detsamma om enbart kvantitativa artiklar valts. Författarna anser att man endast hade fått en uppfattning i form av olika slags redovisad statistik, om vilket innehåll patienterna tycker är viktigast och vanligast i informationen för att den ska vara betydelsefull. Däremot hade chansen för en djupare beskrivning och förståelse av betydelsen för information gått förlorad om inte kvalitativa artiklar hade använts.

Författarna till de utvalda artiklarna bedrev studier utförda på flera olika områden i världen, närmare bestämt Australien, England, Kuwait och Sverige. Studien tillförlitlighet bör sannolikt öka då människors upplevelser från spridda världsdelar beskrivits.

Författarna valde att använda sig av Graneheim och Lundmans (2003) analysmodell för att analysera fram resultatet. Modellen visade tydligt enligt författarna hur man skulle få fram resultatet ur materialet. Metoden för hur analysen har gått till är noggrant beskriven och följer de steg som Graneheim och Lundman (2003) rekommenderar. Här med kan tänkas att en liknande studie med samma analysmetod skulle ge ett likvärdigt resultat.

För att plocka ut meningsbärande enheter ur texten visade sig färgpennorna vara ett fungerande hjälpmedel. De meningsbärande enheterna som markerades diskuterades av författarna emellan. Det var enkelt för författarna att se vilket steg i processen de var när texten markerades med olika färger. Vidare koncentrerades de meningsbärande enheterna utan att förlora kärnan i innehållet. Av de koncentrerade meningarna bildades senare olika kodord. Kodorden bildade ett stort pussel, som kategoriserades till subgrupper. Vidare kategoriserades subgrupperna till två huvudkategorier. Alla momenten under analysarbetet har arbetats fram genom konstruktiva diskussioner författarna emellan. Hade det inte funnits möjlighet till gemensamma diskussioner, hade resultatet förmodligen sett annorlunda ut. Troligtvis hade detta lett till att mycket information gått förlorad.

Resultatdiskussion

Föreliggande studie visar att patienterna tycker att innehållet i den preoperativa informationen är minst lika viktig som bemötandet vid informationstillfället. Resultatet av analysen i föreliggande studie är indelad i två huvudkategorier. Den första huvudkategorin belyser att den preoperativa informationen måste vara anpassad till patienten och delges på ett bra sätt. Det preoperativa informationsmötet mellan vårdare och patient är den andra huvudkategorin. Här belyses hur vårdaren möter patienten på ett lugnt och förtroendeingivande sätt när preoperativ information delges.

Information

Resultatet i rådande studie visar att betydelsen av preoperativ information är viktig för patienterna. Preoperativ information ger många positiva effekter, bland annat minskade vårdtiden till följd av mindre postoperativa komplikationer. Patienterna upplever även att omsorgen ökade om den egna individen. Dodds (1993) anser i linje med föreliggande studies resultat att preoperativ information är en viktig del i den preoperativa vården. Informationen kan reducera både emotionell och psykologisk stress hos patienten inför en operation. Dessutom har preoperativ information goda effekter för patientens tillfrisknande postoperativt. Enligt Spalding (2003) behöver patienterna en preoperativ information för att rädsla och oro ska kunna minska både pre- och postoperativt. Hughes (2002) påpekar att patienten har mindre oro och behöver mindre analgetika postoperativt samt att vårdtiden kortas, när patienterna får preoperativ information.

Föreliggande studies resultat visar att patienterna är överraskade att informationen kan ge en sådan positiv effekt. Den preoperativa informationen leder till att patienterna kan vara med och påverka sitt behandlingsresultat, vilket skapar en känsla av delaktighet. Sarvimäki och Stenbock-Hult (1991) menar att denna delaktighet mellan vårdare och patient utgör grunden för vårdförhållandet. Ett gott vårdförhållande grundar sig på att patienten ska kunna känna tillit och förtroende för vårdaren. Wiklund (2003) menar att grunden för vårdrelationen, skapas redan vid den första kontakten med patienten. Rudolfsson et al. (2003) anser det viktigt att vårdaren sätter patienten i focus under den preoperativa informationen. När patienterna hamnar i focus upplever de känsla av omsorg, vilket skapar en känsla av välmående. Det visar sig även att patienternas självkänsla stärks, då de förstår den preoperativa informationen. Hallenberg och Warrén-Stomberg (1993) påpekar att

omvårdnadsprocessens metod gör det möjligt för vårdaren att kartlägga patientens behov och önsknings inför den preoperativa informationen. Samtidigt gör användandet av omvårdnadsprocessen det möjligt för vårdaren att identifiera både psykosociala och fysiska problem hos patienten. Genom en noggrann anamnes kan vårdaren lyfta fram faktorer som kan påverka patientens upplevelser inför operationen. Därigenom kan vårdaren hjälpa och bistå patienten på bästa sätt inför operationen. I likhet med Hallenberg och Warrén-Stomberg (1993) anser även Roy och Heather (2003) att vårdarens roll och funktion är nära knuten till omvårdnadsprocessen i deras teori. Alla stegen i processen lutar sig tillbaka på teorins teoretiska grundbegrepp och deras systemtänkande. Att använda sig av processens olika steg gör det lättare för vårdaren att ringa in patientens omvårdnadsproblem, och kan därigenom sätt in resurserna där det behövs. Watts och Brooks (1997) påpekar att patienterna vill ha information om smärta och illamående. Dessa faktorer anses som betydelsefulla och utgör det största hotet mot patienternas välmående. Klang-Söderqvist (2001) anser att patienten måste ha en ökad kunskap, för att på bästa sätt kunna anpassa sig till vårdsituationen. Hunt (1999) skriver att den preoperativa informationen ska innehålla delar som kan hjälpa patienten under den postoperativa vårdtiden. Föreliggande studie visar bland annat att patienterna vill ha information om hur de skulle ta sig upp ur sängen efter operationen. I Lithner och Zillings (2000) studie påvisas det att efter en väl genomförd preoperativ information, ökade rörligheten och den fysiska aktiviteten hos patienterna postoperativt. Aktiv mobilisering är en central faktor för patienterna i den postoperativa vården. En patient som kan ta sig i och ur sängen själv blir mindre beroende av vårdpersonalen, och kan därmed lättare påverka sin situation.

Kombinationen verbal och visuell information

Resultatet i rådande studie visar att det är effektivt för patienten, när vårdaren vid informationstillfället kombinerar olika sätt att delge den preoperativ informationen. Detta resulterar i ökad kunskap och förståelse hos patienten, vilket medför en minskad oro samt att patientens framtid blir mera familjär. I Malkins (2000) studie framgår det att patienternas oro minskar när vårdaren exempelvis visar en höftprotes i samband med den muntliga informationen. Callaghan, Yuk-Lung, King-Yu Ida och Siu-Ling (1998) gjorde en studie om olika sätt att delge preoperativ information. Patienterna delades upp i två olika grupper, varav ena gruppen endast fick muntlig information. Den andra gruppen fick både muntlig och visuell information. Resultatet visade att gruppen som fick både muntlig och visuell information hade en lägre grad av oro både pre- och postoperativt. Patienterna i denna grupp var dessutom mer nöjda med informationen som hade getts. Svensson, Sjöström och Haljamä (2001) menar för att få fler välinformerade patienter måste informationen koncentreras och utformas med alternativa metoder. Information utförd med alternativa metoder leder till att upplevelsen av oro minskar hos patienten. Resultatet i föreliggande studie visar att förståelsen hos patienten ökar när vårdaren kombinerar olika sätt att delge information. Hallenberg och Warrén-Stomberg (1993) påpekar att vid planerade operationer måste informationen ges stegvis och anpassas till varje enskild individ. Under och efter informationen föds ofta nya frågor hos patienten. Det är därför viktigt att vårdaren bemöter de nya frågorna och följer upp hur patienten tolkar den givna informationen. Många gånger måste den upprepas och åskådliggöras med bilder eller annat lämpligt material. Skriftlig information är därför ett bra komplement till den muntliga informationen. Lithner och Zillings (2000) påpekar att preoperativ information till viss del bör individualiseras. En kombination av muntlig och skriftlig information har god patientföljsamhet. Ett sätt att genomföra detta är att patienten får skriftlig preoperativ information hemsänd. I samband med den preoperativa informationen på avdelningen fastställer vårdaren hur mycket av den skriftliga informationen patienten har tillgodosett sig, för att komplettera med muntlig information då det behövs. I likhet med

Hallenberg och Warrén-Stomberg (1993) och Lithner och Zilling (2000) anser även Spalding (2003) att patientens kunskap och förståelse ökar då vårdaren kombinerar den muntliga informationen med skriftlig information. Spalding framhäver att det är vanligt att patienterna glömmer bort den givna informationen och vid minsta osäkerhet kan de alltid gå tillbaka till den skriftliga informationen.

Mötet

I rådande studie påpekar Hunt (1999) att det inte enbart räcker med att ge faktainformation under den preoperativa informationen. För att patienterna ska kunna känna stöd och omsorg, är det viktigt att vårdaren lär känna personen bakom patienten via vardagliga samtal. När detta sker känner patienterna att de får en stödjande individuell vård, med en känsla av personlighet. Enligt Sarvimäki och Stenbock-Hult (1991) måste patienten känna förtroende och tillit till vårdaren, då ett vårdförhållande skapas. För att detta ska uppnås måste vårdaren ta ansvar för relationen samt ha förmåga till empati. Enligt Lindvall et al. (2003) är det viktigt att vårdaren tar ansvar för att en god relation redan skapas vid första mötet med patienten. Denna relation skapar ett förtroende hos patienten och fortlöper under den resterande vårdtiden. Wiklund (2003) anser att om patienten känner sig välkommen av vårdaren redan vid ankomsten till avdelningen, läggs grunden till en fortsatt fungerande vårdrelation. Denna relation innebär att vårdaren har ett moraliskt och etiskt ansvar, för att så långt som möjligt tillsammans med patienten utforma vården på bästa sätt. Resultatet i föreliggande studie visar att patienterna tycker det är viktigt att vårdaren visar engagemang med dem. Genom detta förhållningssätt skapar patienten ett förtroende och en tillit till vårdaren. I lagen om yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvårdens område (1998:531) påpekas det att sjuksköterskan skall bemöta patienten med omtanke och respekt (Willow, 2002). I Spaldings (2003) studie beskriver patienterna vårdaren som varm, vänlig, omtänksam och avslappnad när den preoperativa informationen delgavs. Detta förhållningssätt hos vårdaren underlättar och ger en avslappnad känsla hos patienterna.

Tiden

I rådande studie framkommer det att patienten känner oro i samband med inskrivningen på sjukhuset. Vid inskrivningen är det viktigt att vårdaren tar sig tid att lyssna på patientens frågor. Därigenom kan patienten hantera det okända till att bli mindre främmande. I Erikssons et al. (2003) studie framgår det att patienterna är missnöjda med att vårdaren upplevs stressad och inte tar sig tid till patienterna. Patienterna upplever att det inte finns tid att framföra personliga önskemål. I likhet med Erikssons et al. (2003) anser även Lithner och Zilling (2000) att många vårdare känner att de inte har tillräckligt med tid för patienterna för att kunna diskutera deras specifika behov. För att vårdaren ska veta vilken information patienten vill ha och tycker är viktigt, måste tid skapas för att lära känna patienten. I likhet med Lithner och Zilling (2000) anser även Lindvall et al. (2003) att den preoperativa informationen måste få ta tid, för att patienten och vårdaren ska ha en chans att lära känna varandra. Vårdaren kan då tillsammans med patienten skapa en individanpassad vårdplan. Patienterna får ett förtroende för vårdaren och behöver inte själv ha total kontroll över sin situation. Genom att vårdaren tar sig tid och lyssnar på patientens behov skapas tillit. Erikssons et al. (2003) menar att god omvårdnad bygger på att vårdaren tar sig tid till att visa närvaro, välvilja och förståelse för patienten.

Kontinuitet

I föreliggande studie framkommer det att kontinuiteten uppkommer när patienten delar en historia ihop med den vårdaren som är ansvarig för dem under hela vårdtiden. Historien tar sin början under den preoperativa informationen och fylls på under hela vårdförloppet.

Känslan av kontinuitet leder till att patienterna känner sig behandlade som individer. Enligt Sarvimäki och Stenbock-Hult (1991) underlättas förverkligandet av kontinuitetsprincipen om patienten har en egen vårdare eller ett eget vårdteam som ansvarar för patientens helhetsvård. Spalding (2003) påpekar att kontinuitet bidrar till att reducera ångest och oro. Lindwalls et al. (2003) menar att det var lättare för patienterna att uttrycka sin oro när de visste att samma vårdare skulle finnas tillhand för dem under hela vårdtiden.

Trygghet

I Kindler, Harms och Amsers (2000) och Zetterlund (2000) studier framgår det att rädsla för det okända åstadkommer den högsta nivån av oro för patienter som ska opereras. Det okända för patienterna är postoperativ smärta, illamående och rädsla till att dö till följd av operationen. Vårdaren kan med sin information förmedla styrka inför en situation som patienten tycker är svår. Föreliggande studie visar att patienterna upplever det som främmande att läggas in på sjukhus. Detta skapar en oro hos patienterna. Oron reducerades när vårdaren hade genomfört preoperativa informationen. Trygghet skapas hos patienten när de vet att de har en förståelsefull vårdare med sig hela tiden. Malkin (2000) diskuterar att det finns skillnader mellan begreppen vara med patienten och vara där för patienten. En vårdare kan vara där fysiskt med patienten och ordinaera till exempel olika aktiviteter, men ändå utföra detta utan en känsla av omsorg. Genom att vårdaren är där för patienten frambringar det en känsla av omsorg och trygghet.

Coping

Resultatet i föreliggande studie visar att det finns skillnader beträffande patienternas copingstrategi. Vissa patienter vill ha mycket information medan andra endast vill ha lite eller ingen information alls. Antigen är patienten en informationssökare eller en informationsundvikare. Vilken typ av copingstrategi patienterna använder sig av beror på personlighetstypen. Dalayons (1994) studie visar att det är svårt att genomföra den preoperativa informationen när patienten har en förnekande copingstrategi. Lepczyk, Hunt-Raleigh och Rowley (1990) menar att valet av copingstrategi grundar sig på vilka resurser patienten har beträffande hälsa, gudstro, färdigheter att lösa problem, sociala stöd och materiella resurser. Roy och Heather (2003) ser människan som en bio – psykosocial varelse med en förmåga till adaptation, det vill säga en förmåga till anpassning av en ny situation. Människan har både inneboende och förvärvad bemästringsmekanismer för att klara av anpassningen. Patienten drabbas av ohälsa när anpassningen inte kan ske med hjälp av sina bemästringsmekanismer. Klarar inte patienterna av att bemästra situationen är, målet med omvårdnaden att gynna patientens adaptation, för att kunna reagera så ändamålsenligt som möjligt. Vårdarens roll är nära knuten till omvårdnadsprocessen. Då vårdaren använder sig av omvårdnadsprocessen kan denne ringa in patientens behov av information utefter copingstrategi. Resultatet i föreliggande studie visar att patienterna uppskattar när vårdare kan läsa av deras individuella behov av information utefter copingstrategier.

KONKLUSION

I föreliggande studies resultat framkommer tre nya aspekter, vilka inte togs upp i materialet till studiens bakgrundsvsnitt. Dessa är tid, trygghet och kontinuitet. Författarna anser att dessa tre aspekter har en stor betydelse för patienten i samband med den preoperativa vården. I dagens sjukvård när produktiviteten och effektiviteten måste vara hög samtidigt som besparingar görs, prioriteras enligt tidigare studier inte tiden för att ge preoperativ information. Föreliggande studie visar dock att den preoperativa informationen måste få ta tid. När informationsmötet med vårdaren sker utan stress och tidspress skapas trygghet för patienterna. Det är även betydelsefullt för patienterna när vårdaren ger utrymme till frågor

under detta möte. Patienterna blir då mer delaktiga i sin egenvård och tillfrisknade snabbare postoperativt. När patienterna vet att de har en ansvarig vårdare med sig under hela vårdtiden, uppkommer en känsla av kontinuitet. Patienterna får då chans att lära känna vårdaren, och vågar därför vid minsta osäkerhet ställa fråga som annars kanske aldrig hade ställts. Detta förstärker ytterligare känslan av trygghet hos patienterna. Om vårdaren därför tar sig tid att ge preoperativ information, skulle komplikationerna minska och patienterna tillfrisknar snabbare. Författarna anser att effektiviteten skulle öka i vården och besparingar bli bättre om tiden för preoperativ vård prioriteras högre. Men framför allt skulle patienternas lidande i vården minskas, vilket inte går att mäta i pengar. Författarna anser vidare att föreliggande studies resultat går att använda i sjukvården, med avseende att väcka nya funderingar kring informationens betydelse och mötet med patienten i den preoperativa vården.

REFERENSER

- Callaghan, P., Yuk-Lung, C., King-Yu Ida, Y., Siu-Ling, C. (1998). Evidence-based care of chinese men having transurethral resection of the prostate (TURP). *Journal of Advanced Nursing*, 28, 576-583.
- Dalayon, A. (1994). Components of preoperative patient teaching in Kuwait. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 537-542.
- Dodds, F. (1993). Access to the coping strategies: managing anxiety in elective surgical patients. *Professional Nurse*, 9, 45 – 52.
- Eriksson, U., Chiappe, I., Sellström, E. (2003). Att vårdas på sjukhus. Vad är patienter missnöjda med? *Vård i Norden*, 2, 36-39.
- Ersson, C. (2001). Patienters och sjuksköterskors uppfattning om preoperativ information i samband med kolorektal kirurgi. *Sjukskötersketidningen*, 5, 184-189.
- Graneheim, U.H., Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*,
- Hallbjørg, A. (2002). (3:e rev. Uppl.). *Klinisk omvårdnad 1*. Stockholm: Liber AB.
- Hallenberg, B., Warrén-Stomberg, M. (1993). Kirurgsjuksköterskans samtal med patienten inför planerad kirurgi- försök till teoretisk förankring. *Sjukskötersketidningen*, 3, 70-76.
- Hughes, S. (2002). The effects of giving patients pre – operative information. *Nursing Standard*, 16, 33 – 37.
- Hunt, J. (1999). The cardiac surgical patient's expectations and experiences of nursing care in the intensive care unit. *Australian critical care*, 12, 47-53.
- Klang-Söderkvist, B. (2001). (rev. Uppl.). *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur.
- Lepczyk, M., Hunt-Raleigh, E., Rowley, C. (1990). Timing of preoperative patient teaching. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 300-306.
- Lindblom, B. (2002). Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 2002. *Socialstyrelsen, Stockholm*. [www dokument]. URL <http://www.sos.se/FULLTEXT/46/2002-46-1/2002-46-1.htm>
- Lindwall, L., von Post, I., Bergbom, I. (2003). Patients' and nurses' experiences of perioperative dialogues. *Journal of Advanced Nursing*, 43, 246-253.
- Lithner, M., Zilling, T. (2000). Pre- and postoperative information needs. *Patient Education and Counseling*, 40, 29-37.
- Malkin, K. (2000). Patients' perceptions of a pre-admission clinic. *Journal of Nursing Management*, 8, 107-113.
- Panelius, M., Varisto, H. (1989). *Perioperativ vårdlära*. Lund: Studentlitteratur.

Polit, D., Hungler, B. (1999). (6:e rev. Uppl.). *Nursing research : principles and methods*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, cop.

Roy, C & Roberts, S. (1981). *Theory Construction in Nursing An Adaption Model*. London: Prentice – Hall Inc.

Roy, C., Heather A. A. (2003). (2: a rev. Uppl.). *The Roy adaptation model*. Connecticut: Appleton & Lange cop.

Rudolfsson, G., Hallberg, L., Ringsberg, K., von Post, I. (2003). The nurse has time for me. The perioperative dialogue from the perspective of patients. *Journal of Advanced Perioperative Care*, 1, 77-84.

Sarvimäki, A. (1997). *FoU rapport. Reflektioner kring omvårdnad*. Stockholm: Författarna och Vårdförbundet.

Sarvimäki, A., Stenbock-Hult, B. (1991). *Vård ett uttryck för omsorg*. Stockholm: Almqvist & Wiksell AB.

Sjölin, M. (2004). *Information*. [www dokument] URL http://80-www.ne.se.miman.bib.bth.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=211471&i_word=Information

Spalding, N. (2003). Reducing anxiety by pre-operative education: Make the future familiar. *Occupational Therapy International*, 10, 278-293.

Strandmark Kjölsrud, M. (1995). *Vård i verkligheten*. Stockholm: Tigers förlag AB.

Svensson, I., Sjöstrand, B., Haljamä, H. (2001). Influence of expectations and actual pain experiences on satisfaction with postoperative pain management. *European Journal of Pain*, 5, 125-133.

Zetterlund, P. (2000). Perioperativ dialog. *Vård i Norden*, 3, 43-48.

Walker, J. A. (2002). Emotional and psychological preoperative preparation in adults. *British journal of nursing*. 11, 567-575.

Watts, S., Brooks, A. (1997). Patients' perceptions of the pre-operative information they need about events they may experience in the intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 85-92.

Webber, G. (1990). Patient education. *Medical Care*, 28, 1089 – 1103.

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

Wilow, K. (2002). *Författningshandbok 2003*. (34: e rev. Uppl.). Stockholm: Liber AB.

PRESENTATION AV DATABAS SÖKNING

Databas: Academic Search Elite	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
#1	Anxiety AND Preoperative care	10	1
#2	Preoperative information	9	1

Databas: CINAHL	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
#1	Preoperative education	799	0
#2	Qualitative studies	12 947	0
#3	Anxiety	12 256	0
#4	Patient stress	54	0
#5	Preoperative information	113	0
#6	Preoperative care	3025	0
#7	#2 AND #6	16	3
#8	#5 AND #4 AND #3	2	1

PRESENTATION AV ARTIKLAR

Författare, land tidskrift och databas	Titel och år	Urval	Metod	Resultat
Dalayon, A Kuwait Journal of Advanced Nursing Manuell sökning	Components of preoperative patient teaching in Kuwait. 1994	129 sjuksköterskor och 43 patienter deltog i studien. Studiens syftade till att jämföra vad sjuksköterskorna och patienterna tyckte att preoperativ information skulle innehålla.	Data samlades in både via enkäter och utvalda intervjuer. Descriptive exploratory study.	Resultatet visade att sjuksköterskorna och patienterna tyckte att olika innehåll i den preoperativa informationen tyngde mer.
Hunt, J Australien Australian critical care Cinahl	The cardiac surgical patient's expectations and experiences of nursing care in the intensive care unit. 1999	12 patienter som skulle genomgå kranskärlsoperationer. Undersökningens syfte var att beskriva patienternas upplevelser av sjuksköterskans omvårdnad på en IVA-avdelning postoperativt.	Data samlas in via semistrukturerade intervjuer. Intervjuerna genomfördes pre- och postoperativt. Kvalitativ studie.	Resultatet visade att preoperativa utbildningsprogram leder till minskad oro i den postoperativa fasen. Det visade sig också att det var viktigt med personalutveckling inom området.
Lindvall, L Von Post, I Bergbom Sverige Journal of advanced nursing Cinahl	Patients and nurse's experiences of perioperative dialogs. 2003	10 (tre män och sju kvinnor) skulle genomgå olika planerade operationer.	Alla deltagarna genomgick öppna intervjuer. Dessa täckte upplevelserna av mötet med samma sjuksköterska pre-intra- och postoperativt Kvalitativ med hermeneutisk ansats.	Kontinuitet är återkommande uttryck och speciellt viktig för patienten när det gällde att kunna dela med sig sina upplevelser för tryggheten under vårdtiden.

Författare, land tidskrift och databas	Titel och år	Urval	Metod	Resultat
Malkin, K England Journal of nursing management Cinahl/Elin	Patient's perceptions of a pre- admission clinic. 2000	11 patienter skulle genomgå olika ortopediska operationer. Patienterna fick den preoperativa information vid en preoperativ klinik, en vecka före inskrivning på avdelningen.	Patienterna genomgick en ostrukturerad information på 20 minuter direkt efter besöket på den preoperativa kliniken. Patienterna ombads att berätta deras upplevelser av besöket. Kvalitativ studie med både induktiv och deskriptiv design. Metod: Grounded theory.	Att ge relevant information inför en operation resulterade i minskad oro.
Rudolfsson, B Hallberg, R Risberg, C.K Sverige Journal of advanced peroperative care. Cinahl	The nurse has time for me: the peroperative dialogue from the perspective of patients. 2003	18 patienter (11 kvinnor och 7 män I åldern 20-76 år), vilka ska genomgå olika planerade operationer.	Kvalitativ studie med semistrukturerade frågor. Metod: Grounded theory.	Patienterna kände sig involverade i den preoperativa vården. För att sjuksköterskan gav tid till dem.
Spalding, N.J England Occupational Therapy International Academic Search Elite	Reducing anxiety by preoperative education: Make the future familiar. 2003	36 patienter skulle genomgå höftplastikoperation hade valts ut som respondenter. Deltagarna genom gick ett preoperativt utbildningsprogram två veckor innan inskrivningen.	Data samlas in vid observationer av fem preoperativa utbildningsprogram. 26 skrivna utvärderingar och 20 semistrukturerade intervjuer med 10 deltagare. Kvalitativ studie.	Studien visade att utbildning kunde reducera oror och göra det okända familjärt.

Författare, land tidskrift och databas	Titel och år	Urval	Metod	Resultat
Watts, S Brooks, A England Journal of Advanced Nursing Academic Search Elite	Patients' perceptions of the pre-operative information they need about events they may experience in the intensive care unit. 1997	81 patienter skulle genomgå olika elektiva operationer. Syftet med studien var att undersöka vilken information som skulle ingå i den preoperativa informationen enligt patienterna.	Data samlades in via färdigtrycka frågeformulär samt via enstaka intervjuer. Descriptive exploratory studie.	Resultatet visade att patienten ville ha preoperativ information om t.ex. behandling mot: postoperativ smärta och illamående, munvård etc.