

**MAGISTERARBETE**



**PATIENTENS UPPLEVELSE AV DEN  
PERIOPERATIVA OMVÅRDNADEN I  
SAMBAND MED ETT DAGKIRURGISKT  
INGREPP  
EN INTERVJUSTUDIE**

CATARINA AUGUSTSSON

Blekinge Tekniska Högskola  
Magisterarbete Hal 2013:46  
Vårdvetenskap  
Sektionen för hälsa  
371 79 Karlskrona

---

# **PATIENTENS UPPLEVELSE AV DEN PERIOPERATIVA OMVÅRDNADEN I SAMBAND MED ETT DAGKIRURGISKT INGREPP**

## **EN INTERVJUSTUDIE**

**CATARINA AUGUSTSSON**

*Patientens upplevelse av den perioperativa omvårdnaden i samband med ett dagkirurgiskt ingrepp.* Magisterarbete i vårdvetenskap, 15 hp. vårterminen, 2013.Handledare: Hanna Tuvevesson.

## **SAMMANFATTNING**

**Bakgrund:** En stor del av alla patienter opereras idag dagkirurgiskt vilket innebär att operation och utskrivning sker samma dag. Patienterna vistas därför allt kortare tid på sjukhuset vilket innebär att mötena mellan sjuksköterska och patient också blir korta. Det är den perioperativa sjuksköterskans ansvar att ge en god omvårdnad till den dagkirurgiska patienten för att han/hon ska känna sig trygg, delaktig och välinformerad. För att kunna utveckla och förbättra den perioperativa omvårdnaden är det viktigt att få ta del av patientens upplevelse av denna.

**Syfte:** Syftet med studien var att beskriva patientens upplevelse av den perioperativa omvårdnaden i samband med ett dagkirurgiskt ingrepp vid en öron- näs och hals klinik.

**Metod:** Studien genomfördes som en intervjustudie med sex patienter. Materialet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys efter en modell som beskrivs av Graneheim och Lundman.

**Resultat:** Patienterna är mycket nöjda med personalens omvårdnadsåtgärder som skapar en lugn och trygg känsla. Ur patienternas berättelser framkom informationens påverkan på hela den perioperativa fasen. Patienterna önskade en specifik och individuellt utformad information och en möjlighet till personlig kontakt för att ställa och få svar på frågor innan operationen.

**Slutsats:** Resultatet visade att patienterna upplevde den perioperativa omvårdnaden som god men att informationen och tillgängligheten på vald klinik behöver förändras och förbättras.

**Nyckelord:** dagkirurgi, patient, perioperativ omvårdnad, upplevelse

# THE PATIENT'S EXPERIENCE OF THE PERIOPERATIVE NURSING CARE IN DAY SURGERY

## AN INTERVIEWSTUDY

CATARINA AUGUSTSSON

*The patient's experience of the perioperative nursing care in day surgery.* Master's Thesis in Caring Science, 15 ECTS credits. Spring semester, 2013. Supervisor: Hanna Tuveesson.

### ABSTRACT

**Background:** A large proportion of all patients are operated on day surgically which means that surgery and dischargement takes place during the same day. Due to this, patients are therefore staying increasingly less time in the hospital, which means that the meetings between the nurse and the patient are too short. It is the perioperative nurse's responsibility to provide good care for patient in day surgery so that he or she may feel safe, involved and informed. In order to develop and improve the perioperative nursing care, it is important to emphasize of the patient's experience of this.

**Objective:** The aim of this study was to describe the patient's experience of the perioperative nursing care in the context of a day surgery engagement at an ear, nose and throat clinic.

**Method:** The study was conducted as an interview study with six patients. The material was analyzed using qualitative content analysis from a model that is described by Graneheim and Lundman.

**Results:** Patients are very satisfied with the staff's nursing actions that created a calm and safe feeling. From the patients' stories, the importance of information on the entire perioperative phase emerged. Patients want specific, individualized information and an opportunity for personal contact to ask and get answers to questions before the surgery.

**Conclusion:** The results showed that patients experienced perioperative nursing care as good but that the information and availability of the chosen clinic needs to be changed and improved.

**Keywords:** day surgery, patient, perioperative nursing, experience

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Introduktion	1
Litteraturgenomgång	1
<i>Dagkirurgi</i>	1
<i>Perioperativ vård</i>	2
<i>Personcentrerad vård</i>	3
<i>Preoperativ fas</i>	4
<i>Intraoperativ fas</i>	5
<i>Postoperativ fas</i>	6
<i>Problemformulering</i>	7
<i>Syfte</i>	7
Metod	8
Urval/Rekrytering	8
Kontext	9
Datainsamling	9
Dataanalys	11
Etiska Övervägande	13
Resultat	14
Patientens väg genom den perioperativa omvårdnadsprocessen	15
Preoperativ fas	15
<i>Förväntan och oro inför operationen</i>	15
<i>Informationens betydelse i den preoperativa fasen</i>	17
<i>Personalens åtgärder skapar en lugn och trygg känsla</i>	18
Den intraoperativa fasen	18
<i>Oro inför sövningen och den skrämmande miljön</i>	18
<i>Personalens åtgärder skapar en lugn och trygg känsla</i>	18
<i>Informationens betydelse i den intraoperativa fasen</i>	19
Postoperativ fas	19
<i>Personalens åtgärder skapar en lugn och trygg känsla</i>	19
<i>Informationens betydelse i den postoperativa fasen</i>	20
Diskussion	21
Metoddiskussion	21
Resultatdiskussion	25
<i>Slutsats</i>	29
Referenser	31
Bilageförteckning	36

## Introduktion

En stor del av alla planerade operationer sker i dag inom dagkirurgi och enligt statistik från Socialstyrelsen (2013) så opererades en och en kvarts miljon patienter dagkirurgiskt i Sverige under 2011. Patienterna vistas därmed allt kortare tid på sjukhuset och på en öron- näs och halsklinik är det vanligt att patienten kommer en timma före undersökning eller operation och åker hem samma dag. Detta innebär att mötena mellan sjuksköterska och patient blir korta. Det ställs därför stora krav på den perioperativa sjuksköterskan som ska ha kompetens att utöva en personcentrerad och kunskapsbaserad omvårdnad där patientutbildning, information och egenvård ska ingå (Riksföreningen för anestesi och intensivvård, 2012; Riksföreningen för operationssjukvård, 2011; Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2011a; 2011b). För de flesta patienter är en operation en okänd situation och många upplever oro och stress både preoperativt och på operationsdagen (McIntosh & Adams, 2011; Mitchell, 2010). Gilmartin och Wright (2008) menar att flertalet patienter känner sig dessutom övergivna i den preoperativa fasen och sjuksköterskor inser inte vikten av psykologiskt stöd (ibid). Studier visar också att patienter behöver mer specifik kunskap om den postoperativa vården i hemmet för att kunna återhämta sig (Berg, 2012). En Nationell enkätstudie gjord på uppdrag av Sveriges kommuner och landsting [SKL] (2012) visade att patienterna var nöjda med den vård som gavs inom slutenvården. Någon studie på patienter inom dagkirurgi är däremot inte gjord på vald öron-näs och halsklinik där denna studie genomförts. Utvecklings och förbättringsarbete är en del av vården och för att kunna utveckla och förbättra den perioperativa omvårdnaden för dagkirurgiska patienter på en öron- näs och halsklinik är det viktigt att ta del av patientens upplevelse av denna.

## Litteraturgenomgång

### *Dagkirurgi*

Dagkirurgi innebär ”dagsjukvård där den kirurgiska åtgärden normalt kräver att patienten får anestesi och en period av postoperativ övervakning” (Socialstyrelsen, 2010, s.1). En dagkirurgisk operation innebär att operation och utskrivning sker samma dag och att patientens återhämtning sker i hemmet (Berg, 2012). Med de moderna tekniker som finns för anestesi idag så är det inte anestesi i sig som avgör om patienten behöver stanna kvar eller kan åka hem (Rader & Nordentoft, 2010). Det är snarare det kirurgiska ingreppet, patientens psykosociala status och inskränkningar i patientens normala hälsotillstånd som avgör. Det är viktigt att tänka på hela behandlingsförloppet och ifrågasätta om det är möjligt att patienten kan gå hem samma dag (ibid). En engelsk studie från en öron- näs och halsklinik av Pézier, Stimpson, Kanegaonkar och Bowdler (2009) visar att öron- näs och halssjukvård är väl

lämpad för dagkirurgi. 74 % av de operationer som gjordes på vuxna var dagkirurgiska och av dessa var det endast 0,7 % som behövde stanna kvar över natten. I studien var de vanligaste ingreppen på vuxna, operationer av halsmandlar, operation av näsans bihålor och reponering av näsfraktur. På barn var det operation av halsmandlar, bortskrapande av polyp bakom näsan och plaströrsinsättning (ibid). Gilmartin (2004); Koay och Marks (1996); Rader och Nordentoft (2010) visar att det är viktigt med en god förberedelse och planering för att kunna genomföra en dagkirurgisk operation. Det har exempelvis framkommit att de flesta patienter inom öron-näs och hals och inom annan dagkirurgi var tillräckligt bedömda och förberedda och opererades utan komplikationer efter besök på förberedande sjuksköterskemottagningar (ibid).

### *Perioperativ vård*

Perioperativ vård definieras enligt Rothrock (2011, kap.1) som omvårdnad om patienten före (pre), under (intra) och efter (post) ett kirurgiskt ingrepp eller en undersökning. Omvårdnaden innebär att arbeta utifrån den perioperativa modellen. Denna modell sätter patienten i centrum och består av omvårdnadsåtgärder som den perioperativa sjuksköterskan kan arbeta utifrån. Åtgärderna innefattar bland annat omvårdnadsdiagnos, intervention och resultat som utgår från den kirurgiska patienten (ibid). Lindwall och von Post (2005) menar att det är den perioperativa sjuksköterskan som bär ansvaret för att det perioperativa vårdnadet blir synligt. Den perioperativa sjuksköterskan är en specialistutbildad anesthesi – eller operationssjuksköterska som vill göra gott för patienten och finnas till hands i samband med anesthesi och operation. Den perioperativa sjuksköterskan strävar efter att patienten ska minnas deras gemensamma tid som något positivt (ibid). Till sin hjälp kan den perioperativa sjuksköterskan använda sig av den perioperativa dialogen som innebär pre -intra och postoperativa samtal som en anesthesisjuksköterska eller en operationssjuksköterska genomför med sin patient (Lindwall & von Post, 2009).

Den perioperativa omvårdnaden inom öron-näs och hals kirurgi utförs av ett team där operationssjuksköterskan tillsammans med anesthesisjuksköterskan och sjuksköterskan på den postoperativa avdelningen är ansvarig. I kompetensbeskrivningarna för sjuksköterska med specialistutbildning inom operationssjukvård och anesthesisjukvård (Riksföreningen för Anesthesi och intensivvård, 2012; Riksföreningen för operationssjukvård, 2011) står att den perioperativa vården måste vara personcentrerad där ansvaret hos sjuksköterskan innebär att skapa en relation med patienten som utgår från patientens upplevelse i samband med det kirurgiska ingreppet. Sjuksköterskan har också ansvar för att tillämpa en evidensbaserad vård

för att garantera att patienten får omvårdnad i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Begreppet evidensbaserad vård innebär att tillämpa bästa tillgängliga kunskap som underlag för den vård som ska ges, där man väver in klinisk expertis med patientens unika förutsättningar (Riksföreningen för Anestesi och intensivvård, 2012; Riksföreningen för operationssjukvård, 2011; SSF, 2011a; 2011b).

### *Personcentrerad vård*

Personcentrerad vård har enligt SSF (2010) vuxit fram både nationellt och internationellt som en beskrivning av god omvårdnad. Enligt McEwan och Wills (2011) var Faye Abdellah en av de första omvårdnadsteoretikerna som utvecklade en teori med inriktning på patientcentrerad omvårdnad redan på 1960-talet. Sjuksköterskan ska enligt teorin lära känna patienten, få fram relevanta och betydelsefulla uppgifter om patienten, involvera patienten och tillsammans med patient och anhöriga utveckla en omvårdnadsplan (ibid). SSF (2010) väljer att använda begreppet personcentrerad vård som kännetecknas av att personen ska bli sedd som en unik, individuell individ och bygger på en fungerande relation mellan patient och sjuksköterska. Patienten är expert på sin upplevelse av ohälsa och patientens delaktighet är en nödvändig förutsättning för en personcentrerad vård (ibid). SSF (2010) har också identifierat sex kärnkompetenser som anses nödvändiga i all utbildning av vårdens professioner och en av dessa är personcentrerad vård. Bolster och Manias (2010) visar dock på brister i sjuksköterskors uppfattning om personcentrerad vård. Observationer gjordes på sjuksköterskor i en akut vårdmiljö där filosofin var att arbeta utifrån personcentrerad vård. Studien visar att sjuksköterskorna centrerade vården mer på rutiner snarare än på individuell bedömning och patientdelaktighet. Resultatet förvånade sjuksköterskorna som upplevde att de utförde en personcentrerad vård (ibid). Ekman et al. (2011) menar utifrån en litteraturoversikt att personcentrerad vård främjar överensstämmelse mellan patient och vårdgivare när det gäller behandlingsplaner, förbättrar hälsa och ökar patienttillfredsställelse. Trots fördelarna menar författarna att det finns stora utmaningar att bedriva en personcentrerad vård. Författarna belyser att personcentrerad vård är viktigt för sjukvården men vi måste etablera rutiner och initiera till att personcentrerad vård systematiskt och konsekvent praktiseras (ibid).

Vården styrs av gällande lagstiftning och riktlinjer inom hälso- och sjukvården som betonar och stärker patientens rättigheter. I Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763, 2b§) står att *”patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Om informationen inte kan*

*lämnas till patienten skall den i stället lämnas till en närstående till patienten.*” I Statens Offentliga Utredningar (SOU, 1997:154) står också att vården så långt som möjligt ska planeras och genomföras i samråd med patienten och att denne ska ges förståelig information om sitt hälsotillstånd och tillgängliga behandlingsmetoder.

### ***Preoperativ fas***

Den preoperativa fasen omfattar tiden från det att patienten fått besked om sin kirurgiska behandling fram tills patienten förs över till operationsbädden (Riksföreningen för operationssjukvård, 2011). Under denna fas upplever många patienter oro. Det som kan skapa oro är tankar förknippade med rädsla för smärta, att vara medvetslös under operationen, rädsla för att vakna under operationen eller att inte vakna alls efter operationen (Gilmartin & Wright, 2008; McIntosh & Adams, 2011; Mitchell, 2010, Mitchell, 2012 ). Mitchell (2012) menar att kvinnor är mer oroliga än män och att de börjar oroa sig tidigare. Detta framgår också i en studie av McIntosh och Adams (2011) som beskriver att flest kvinnor uppgav måttlig till svår ångest preoperativt. Enligt Gilmartin (2004) har den preoperativa väntan också identifierats som ett problem. Att inte veta exakt datum för när operationen ska bli av och när operationen blir uppskjuten skapar osäkerhet och gör att patienten blir orolig och frustrerad. Det förekommer att patienten får ett brev hemskickat med besked om förändring, utan någon förklaring. De flesta upplever en känsla av besvikelse eftersom de har vidtagit åtgärder för att vara lediga från sitt arbete (ibid).

En känsla av övergivenhet kan också infinna sig på operationsdagen. Flera studier som beskriver patienters upplevelse av dagkirurgisk vård visar hur patienter känner sig eländiga och upprörda över väntetiden på operationsdagen (Gilmartin & Wright, 2008; Rhodes, Miles & Pearson, 2006). En patient beskriver en händelse med en lång period av övergivenhet med många bedrövliga timmar och med en oro som inte kunde uttryckas till någon personal (Gilmartin & Wright, 2008). Rhodes et al. (2006) visar i sin litteraturgranskning om patientens upplevelse av tillfredställelse med vården att patienten behöver få ge uttryck för sin oro och sina bekymmer. Personalen bör undvika onödigt lång preoperativ väntan och erbjuda bekväm miljö med värme, tillräcklig belysning och trivsamt inredning med tv och tidningar. Det är också viktigt att personalen lyssnar på patienten och att patienten får förklaringar till vad som sker (Rhodes et al. 2006). Musik har visat sig reducera oro för dagkirurgiska patienter och att erbjuda musik kan vara en omvårdnadsåtgärd som sjuksköterskan kan använda sig av (Cooke, Chaboyer, Schuller & Hiratos, 2005).



Information till patienter som ska genomgå dagkirurgiska operationer är uppskattad och kan leda till patienttillfredställelse men studier visar också att det finns brister (Demir, Ozsaker & Ozcan, 2008; Walker, 2007). Demir et al. (2008) undersökte kvalitén i informationsmaterial och upptäckte att informationsmaterial saknades helt i mer än hälften av de kliniker som ingick i studien. De informationsmaterial som granskades var av medelkvalitet och det var framför allt bristande kvalitet på bilder och grafik som sänkte kvalitén (ibid). När patienterna själva involverades i utvecklingen av informationsmaterial visar en studie att informationen blev mer relevant, läsbar och förståelig. Informationen förbättrade även kunskapen hos patienterna (Nilsen, Myrhaug, Johansen, Oliver & Oxman, 2013). Förberedande information genom sjuksköterskemottagningar har visat sig fungera väl och de flesta patienterna känner sig väl förberedda för dagkirurgin. Endast ett fåtal av patienterna anger brister i informationen och de menar att deras individuella behov inte blivit bemötta och detta skapar i sin tur ångest hos patienten (Gilmartin, 2004). Internetbaserad information är ett effektivt sätt att öka patienternas kunskapsnivå jämfört med muntlig och skriftlig information (Edward et al. 2011). Däremot visar studien ingen skillnad i minskad oro hos de patienter som erhållit internetbaserad information jämfört med muntlig och skriftlig information (ibid). Patienten kan uppleva tillfredställelse med vården i samband med en dagkirurgisk operation om han/hon kontaktas i förväg och får muntlig och skriftlig, specifik och relevant information om vad som väntar dem under den perioperativa perioden (Rhodes et al. 2006).

### *Intraoperativ fas*

Den intraoperativa fasen börjar när patienten tas emot på operationsavdelningen av sin operations- eller anestesijuksköterska och avslutas när patienten överlämnas till en sjuksköterska på den postoperativa avdelningen (Lindwall & von Post, 2009) Den intraoperativa fasen innefattar mottagande av patienten, patientens placering på operationsbädden, steriltvättning på patientens kropp där ingreppet ska utföras och den anesthesiologiska och kirurgiska vården. Den intraoperativa fasen kan vara i flera timmar beroende på operationens omfattning (ibid). Leinonen och Leino-Kilpi (1998) visar att de flesta studier i den intraoperativa fasen belyser sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder och endast ett fåtal belyser patientens upplevelse. Orsaken till detta menar författarna kan vara att patienten inte kan beskriva sin upplevelse på grund av lugnande förberedande medicin och bristande kunskap samt oro (ibid).

En studie visar dock att många äldre patienter upplever obehag i operationssalen (Lindberg, Lindwall & von Post, 2010). Några minns med skräck hur de som barn hölls fast med våld

under sövning, men det är oftast inte själva sövningen som de oroar sig för mest. Det kan vara tankar om hur de ska förstå informationen inför själva sövningen när de inte kan ha sin hörapparat eller att de inte kan tala utan att sluddra när de inte kan ha sin tandprotes i munnen (ibid). Lindwall och von Post (2005) menar att det har stor betydelse för patienten hur sjuksköterskan tar hänsyn till och tar på patienten för att kunna känna sig som en hel människa och i lugn och ro vila på operationsbädden. Ibland känner patienten maktlöshet och känslor av intrång i kroppen blir påtaglig. Att bli betraktad medan man sover kan kännas utlämnande. Etiskt laddade situationer kan uppstå när kroppen görs naken och det är viktigt att tillåta patienten att tala om sin känsla av skuld och skam som kan uppträda då kroppen utsatts av sjukdom och blivit placerad på en operationsbädd med alla lampor riktade mot det som ska behandlas (ibid). Rudolfsson, von Post och Eriksson (2007) har också beskrivit patientens upplevelse av vården utifrån den perioperativa dialogen. Patienten upplever att sjuksköterskan har i en överenskommelse med patienten avgivit ett löfte om att hon/han inte ska överge patienten. Löftet betyder att sjuksköterskan tar patienten på allvar, skapar en lugn atmosfär och är den som patienten kan lämna över ansvaret till. Patienten upplever att sjuksköterskan förmedlade en känsla av säkerhet i operationssalen som gör att patienten känner sig lugn på operationsbordet (ibid).

### *Postoperativ fas*

Postoperativ fas omfattar tiden från det att patientens kirurgiska ingrepp är avslutat tills patienten inte längre är i behov av omvårdnad (Leinonen & Leino-Kilpi, 1998). Patienterna upplever att den goda vård de får under operationsdagen står i skarp kontrast till den brist på stöd de upplever efter hemkomsten (Berg, 2012; Mottram, 2011). Berg (2012) och Mottram (2011) menar också att patienten inte känner sig tillräckligt förberedd och saknar information om den postoperativa vården i hemmet. De anhöriga upplever också att de har ett tungt ansvar och vet inte vart de ska vända sig med frågor som uppstår. Smärta, illamående och kräkningar är vanliga besvär efter hemkomsten och påverkar patientens förmåga att återgå till sitt normala liv (ibid). För att hantera situationen i hemmet bör patienten förberedas redan innan operationen om vad som kan förväntas som till exempel fysisk aktivitet, sårvård, smärta och hur närstående kan underlätta situationen hemma. Det är också viktigt att den anhörige eller annan person som blir ansvarig för skötseln i hemmet får närvara vid utskrivningen. Detta för att inte riskera att brist på information leder till osäkerhet mellan patienten och den anhörige (Berg, 2012; Majholm, Esbensen, Thomsen, Engbäck & Möller, 2012). Det är viktigt att patienten kan kontrollera sin smärta då studier visar att okontrollerad

smärta är den främsta orsaken till att patienten behöver läggas in efter en planerad dagkirurgisk operation (Mitchell, 2004). Patienter som erhållit information via internet om smärtlindring upplevde signifikant mindre smärta i den postoperativa fasen (Goldsmith & Safran, 1999). Uppfattningen i litteraturen är att patienten behöver specifik information som innefattar smärtbehandling, hur man upptäcker postoperativa komplikationer samt rekommendationer för fortsatt rehabilitering. En telefonkontakt med patienten i hemmet inom ett dygn rekommenderas också (Berg, 2012; Mottram, 2011; Rhodes et al. 2006). Mistiaen och Poot (2008) menar dock att viss forskning har visat att telefonuppföljning är möjlig och att patienterna uppskattar sådana samtal men det är inte bevisat hur effektiv telefonuppföljningen är (ibid).

### ***Problemformulering***

Det är den perioperativa sjuksköterskans ansvar att ge en god perioperativ omvårdnad till den dagkirurgiska patienten för att han/hon ska känna sig trygg, delaktig och välinformerad (Riksföreningen för anestesi och intensivvård, 2012; Riksföreningen för operationssjukvård, 2011). Problemet är den korta vårdtiden vid en dagkirurgisk operation som gör det svårt för patient och sjuksköterska att mötas och kunna planera och utvärdera omvårdnaden tillsammans. Många patienter är nöjda med den vård som ges men fler studier visar dock att det finns brister och den perioperativa omvårdnaden behöver därför förbättras och utvecklas ytterligare (Berg, 2012; Mottram, 2011). På en öron- näs och halsklinik i södra Sverige är bland annat målen att ge patienten en god telefontillgänglighet och att det finns lättillgänglig och lättförståelig information. Den bästa tillgängliga kunskapen ska spridas och användas. Vården ska också vara säker och av hög kvalitet. Patienterna ska bli delaktiga och målet ska bland annat vara en informerad och aktiv patient som tar ansvar för att hantera sin hälsa och sjukdom. Målen utgår från landstingsplanen 2012-2014 ([www.ltblেকেing.se](http://www.ltblেকেing.se)). Patienternas uppfattning om hur vi lyckas med dessa mål kan mätas. Enligt svaren från den nationella patientenkäten när det gällde slutenvård så upplevdes vården som god och patienterna kände sig delaktiga (SKL, 2012). Någon studie av patienters upplevelse av en dagkirurgisk operation på den aktuella kliniken är inte tidigare gjord. Av den anledningen är det av vikt att få ta del av patientens upplevelse av den perioperativa omvårdnaden i samband med ett dagkirurgiskt ingrepp vid en öron- näs och halsklinik.

### ***Syfte***

Syftet med studien var att beskriva patientens upplevelse av den perioperativa omvårdnaden i samband med ett dagkirurgiskt ingrepp vid en öron- näs och halsklinik.

## Metod

Studien utgår från det naturalistiska paradigmet som kan beskrivas som en syn på världen, där individen tolkar verkligheten som den är. Kunskapen baseras på individens upplevelser, erfarenhet och förståelse för sin värld och den kvalitativa forskningsmetoden är den som förknippas med det naturalistiska paradigmet (Polit & Beck, 2012). I denna studie som beskriver patientens upplevelse är en kvalitativ metod lämplig.

## Urval/Rekrytering

Inklusionskriterierna för studien var patienter som genomgått en dagkirurgisk operation, var över 18 år, kunde tala och förstå svenska språket samt hade samtyckt till att medverka i studien.

Patienterna som uppfyllde kriterierna fick muntlig och skriftlig information (bilaga 1) om studien av författaren efter utskrivning i samband med hemgång. Vid de tillfällen då författaren inte hade möjlighet att närvara gavs informationen av tjänstgörande sjuksköterska vid den postoperativa avdelningen alternativt mottagningen. Vid samtliga tillfällen fick patienten också ta del av skriftlig information som beskrev syftet med studien samt patientens rättigheter. Patienten fick anmäla sitt intresse genom att fylla i ett formulär med sina kontaktuppgifter. Formuläret lämnades till författaren eller till den sjuksköterska som tjänstgjorde. Patienten kunde också välja att fylla i formuläret hemma och sedan skicka detta till författaren i ett bifogat frankerat kuvert.

De patienter som anmält sitt intresse blev uppringda av författaren någon eller några dagar efter operationen och information om studien upprepades vid detta samtal. Om patienten fortfarande var intresserad och samtycke gavs bokades tid och plats för intervjun. Urvalet kom att påverkas av vilka patienter som opererades dagkirurgiskt under de veckor som var avsatta för datainsamlingen. Sammanlagt tillfrågades 11 patienter och av dessa tackade åtta ja till att medverkade i studien. Av dessa avbokade en patient intervjun på grund av sjukdom och en patient skickade in intresseanmälan efter det att tiden för intervjuerna ansågs vara avslutad. Sex patienter kom att ingå i studien och det överensstämmer med litteraturen som menar att det är vanligt med färre deltagare vid en kvalitativ studie (Polit & Beck, 2012). Det slutliga urvalet kan ses i tabell 1.

Tabell 1. Urval av patienter som ingår i studien.

Deltagare	Kön	Ålder	Typ av operation
1	Kvinna	19	Borttagning av halsmandlarna
2	Man	39	Operation av nässkiljeväggen
3	Man	52	Operation av näsans bihålor
4	Man	55	Borttagning av polyper i näsan
5	Kvinna	56	Operation av näsans bihålor
6	Kvinna	63	Tårsäckskirurgi

### Kontext

Studien genomfördes på en öron- näs och halsklinik vid två mindre sjukhus i södra Sverige där det under 2011 utfördes dagkirurgiska operationer på 1065 patienter. Av dessa var 669 patienter över 20 år (Socialstyrelsen, 2013). På vald klinik består verksamheten av operationer, undersökningar och behandlingar i öron-, näs- och hals- regionen. Dessutom utförs undersökningar av matstrupe och magsäck, gastroskopi, och lungundersökningar, bronkoskopi ([www.ltblekinge.se](http://www.ltblekinge.se)). Dagkirurgiska operationer förekommer i alla åldrar. De vanligaste ingreppen på vald klinik i dagkirurgi på vuxna är borttagning av halsmandlar och operation av näsans bihålor.

### Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes som enskilda intervjuer med patienterna. Patienten fick själv välja tid och plats. Tre patienter hade önskemål om att intervjun skulle genomföras på sjukhuset där de kände till lokalerna och det var lätt att hitta. Författaren valde att boka ett rum som tillhör kliniken men som inte ligger i anslutning till operationsavdelning eller dagkirurgisk avdelning. Övriga intervjuer gjordes i patientens hem. Intervjuerna spelades in med hjälp av diktafon och författarens mobiltelefon som en ytterligare säkerhetsåtgärd för att möjliggöra en ordagrann utskrift. Polit och Beck (2012) menar att anteckningar tenderar till att bli ofullständiga då det är svårt att komma ihåg allt i efterhand och att inspelningar därför bör göras. Intervjuerna var halvstrukturerade vilket kan vara korrekt enligt Polit och Beck (2012) om intervjuaren önskar svar på bestämda frågor. Kvale och Brinkman (2009) beskriver den halvstrukturerade livsvärldsintervjun som ett försök att förstå teman i den levda

vardagsvärlden ur personens eget perspektiv. Samtalet kan liknas vid ett vardagssamtal men kan utföras med en intervjuguide som fokuserar på vissa teman (ibid). Teman i intervjun utgick från patientens upplevelse av omvårdnaden före, under och efter en dagkirurgisk operation.

En pilotintervju genomfördes för att testa och möjliggöra förbättringar i intervjufrågorna. Intervjun utgick från frågeguiden. Efter avslutad intervju diskuterades frågorna igenom med patienten. Patienten var nöjd med frågorna men författaren upplevde att patienten gick långt tillbaka i tiden vid den inledande frågan och beskrev situationer som inte var relevant för syftet med studien. Den inledande frågan var vid första intervjun: *Kan du berätta hur du har upplevt situationen innan operationsdagen?* Denna formulerades om till: *Kan du berätta hur du upplevt situationen från det att operationen blev bestämd tills operationsdagen?* (bilaga 2). Intervjun varade sammanlagt i 21 min och den inledande texten som berörde patientens upplevelse från vårdinstanser långt tillbaka i tiden togs bort vilket motsvarade två minuter. Resterande text från det att operationen blev bestämd användes och pilotintervjun inkluderades i studien.

Vid intervjuerna var endast författaren till studien och patienten närvarande. Patienten hade vid den första telefonkontakten informerats om syftet och att intervjun skulle spelas in. Under det samtalet hade patienten även möjlighet att ställa frågor om studien. I inledningen till intervjun fick deltagaren möjlighet att ställa ytterligare frågor som kan ha uppkommit efter telefonsamtalet. Samtliga var nöjda med den skriftliga och muntliga information som de erhållit och det var ingen som hade någon ytterligare fråga. Under intervjun tilläts patienten att prata fritt utifrån fyra bestämda frågor som tematiskt utgick från omvårdnaden före, under och efter den dagkirurgiska operationen. Följdfrågor ställdes under hela intervjun och det menar Polit och Beck (2012) bör ingå för att få mer detaljerad information. Exempel på följdfrågor är *”Är det något speciellt du tänker på?”*, *”Kan du ge exempel på det?”*, *”Finns det något annat som du har tänkt på eller som du kan berätta mer om just i samband med....”*. Det förekom också tystnad då patienten fick möjlighet att reflektera. Under intervjuerna gjordes inga anteckningar vilket kan vara en fördel enligt Polit och Beck (2012) som menar att anteckningar kan distrahera författaren som behöver koncentrera sig på att lyssna. Intervjuerna ägde rum under mars - april 2013 och varade mellan 13 - 22 min vilket gav en medeltid på 17 min.

Datinsamlingen avslutades med att transkribera intervjuerna, vilket innebär att överföra från tal till skrift ([www.svenskaakademin.se](http://www.svenskaakademin.se)). Författaren utförde själv transkriberingen och förde över talet från diktafon till dator med hjälp av USB minne. Genom att lyssna på och skriva ner det inspelade materialet omvandlades talet till text och sparades i ett Word dokument. Författaren lyssnade vid ett flertal tillfällen på de inspelade intervjuerna och jämförde med texten för att se att orden uppfattats korrekt. Skratt och upprepningar noterades också.

### Dataanalys

Enlig Polit och Beck (2012) är kvalitativ dataanalys ett utmanande arbete. Det finns inte några universella regler och avsaknaden av standards gör det svårt att förklara hur en analys ska göras. Metoderna som finns beskrivna är viktiga verktyg för att öka trovärdigheten. Syftet med dataanalysen är att organisera, strukturera och få fram det som avses i texten (ibid).

Enligt Graneheim och Lundman (2004) används innehållsanalys inom olika forskningstraditioner och den kvalitativa metoden används ofta inom omvårdnadsforskning.

Graneheim och Lundman (2004) menar också att ett sätt att förstå det teoretiska underliggande antagandet i en kvalitativ innehållsanalys är att relatera metoden till en kommunikationsteori beskriven av Watzlawick, Beavin Bavelas och Jackson (1967). Texter baserade på intervjuer och observationer är utformade i en interaktion mellan forskaren och deltagarna och kan ses som ett kommunikationsverktyg (ibid). Graneheim och Lundman (2004) har skapat ett dokument utifrån den litteratur som finns inom området och ger en översikt över viktiga begrepp som kan användas i den kvalitativa innehållsanalysen.

Begreppen som beskrivs är till exempel meningsenheter, koder och kategorier. De menar att forskning som bygger på data från berättelser kräver förståelse och samarbete mellan forskare och deltagare så att text baserad på intervjuer är ömsesidig och innehållsbaserad. Till denna studie valdes en kvalitativ innehållsanalys utifrån den metod som beskrivs av Graneheim och Lundman (2004). Författaren till denna studie anser att Graneheim och Lundman (2004) ger en pedagogisk beskrivning av de begrepp som ska användas. Graneheim och Lundman (2004) menar att deras dokument är avsett att användas i omvårdnadsforskning och utbildning och de menar att en lämplig utgångspunkt är att analysera innehållet nära texten, det vill säga, det manifesta (ibid).

Inledningsvis av analysen lästes texten igenom upprepade gånger för att skapa en helhetsbild av materialet. Därefter skapades innehållsområden som Graneheim och Lundman (2004) menar belyser ett specifikt uttryckligt område av innehåll som identifierats, det kan också

vara delar av texten som behandlar ett visst ämne i en intervjuanalys (ibid). Detta gjordes för att ge arbetet struktur genom att följa studiens indelning, den pre, intra och postoperativa fasen. Därefter använde sig författaren av ”kopiera och klistra teknik” för att ta ut meningsbärande enheter ur texten. Det innebär att med datorns hjälp kopiera textstycken ur intervjumaterialet och föra över till ett blankt word- dokument. Enligt Graneheim och Lundman (2004) kan en meningsbärande enhet ses som stycken eller meningar som innehåller aspekter till varandra genom sitt innehåll och sammanhang. I nästa skede skapades ett nytt dokument med tabeller där de meningsbärande enheterna klistrades in och kondenserades. Graneheim och Lundman (2004) menar att kondensation hänvisar till en process att förkorta texten men att samtidigt behålla kärnan. Ur den kondenserade texten skapades därefter koder som enligt Kvale och Brinkman (2012) är korta och definierar den erfarenhet som beskrivs av intervjupersonerna. Koderna kan enligt Graneheim och Lundman (2004) tilldelas händelser och bör förstås i relation till sammanhanget. Koderna kan jämföras baserat på skillnader och likheter och sorteras därefter i kategorier som kan beskrivas som en grupp av innehåll som är likartad (ibid). Koderna och kategorier bearbetades, jämfördes och ändrades flera gånger. Även här använde sig författaren av ”kopiera och klistra teknik” för att skapa nya kopior av materialet där koderna och kategorierna kunde sättas in i rätt sammanhang. När det första området var analyserat av författaren tog studiens handledare del av intervjumaterialet och gjorde en egen analys. Vid en fysisk träff jämfördes analyserna med varandra. Dessa stämde till en del och med handledarens hjälp kunde koder och kategorier tydliggöras. Författarens analys av övriga områden diskuterades tillsammans med handledaren. Slutligen valdes en huvudkategori som enligt Graneheim och Lundman (2004) kan ses som ett uttryck av innehållet i texten.

Exempel på analysförfarande kan ses i tabell 2.



Tabell 2. Beskrivning av analysförfarandet.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Huvudkategori
Ah, det var väl mest det där dom hade sagt att man, att det är extra noga med att, när man över 30 eller vad det hette tror jag att det var när man ska sövas ner och kolla att man verkligen att allting funkar o så där va. Det kan bli komplikationer vid uppvaket o så där. Så det man ju o tänkte på. Tänk om man inte vaknar (skratt) så där	Dom hade sagt att det var extra noga när man är över 30. Det kan bli komplikationer vid uppvaket. Tänk om man inte vaknar.	Oro	Förväntan och oro inför operationen	Patientens väg genom den perioperativa omvårdnadsprocessen
Ja, det kändes ju bara bra, var det nu ett stopp i näsan så ville jag ju få det åtgärdat så	Bra att få det åtgärdat	Efterlängtd operationstid		
Jag märkte ju liksom att jag var lite halvt om halvt vaken ibland och sen så sakta men säkert så men det tog väl sin lilla tid innan jag vaknade riktigt men det var inget konstigt och så sitter ju sköterskan andra sidan glasrutan där.	Jag var lite halvt om halvt vaken. Det var inget konstigt. Så sitter ju sjuksköterskan bakom glasrutan. Det kändes bara tryggt.	Trygg	Personalens åtgärder skapar en lugn och trygg känsla	
Det var bara helt och hållet trevligt. Jag kände ingen oro alls där för alla var liksom så lugna.	Ingen oro alls där för alla var så lugna.	Lugn		

## Etiska Övervägande

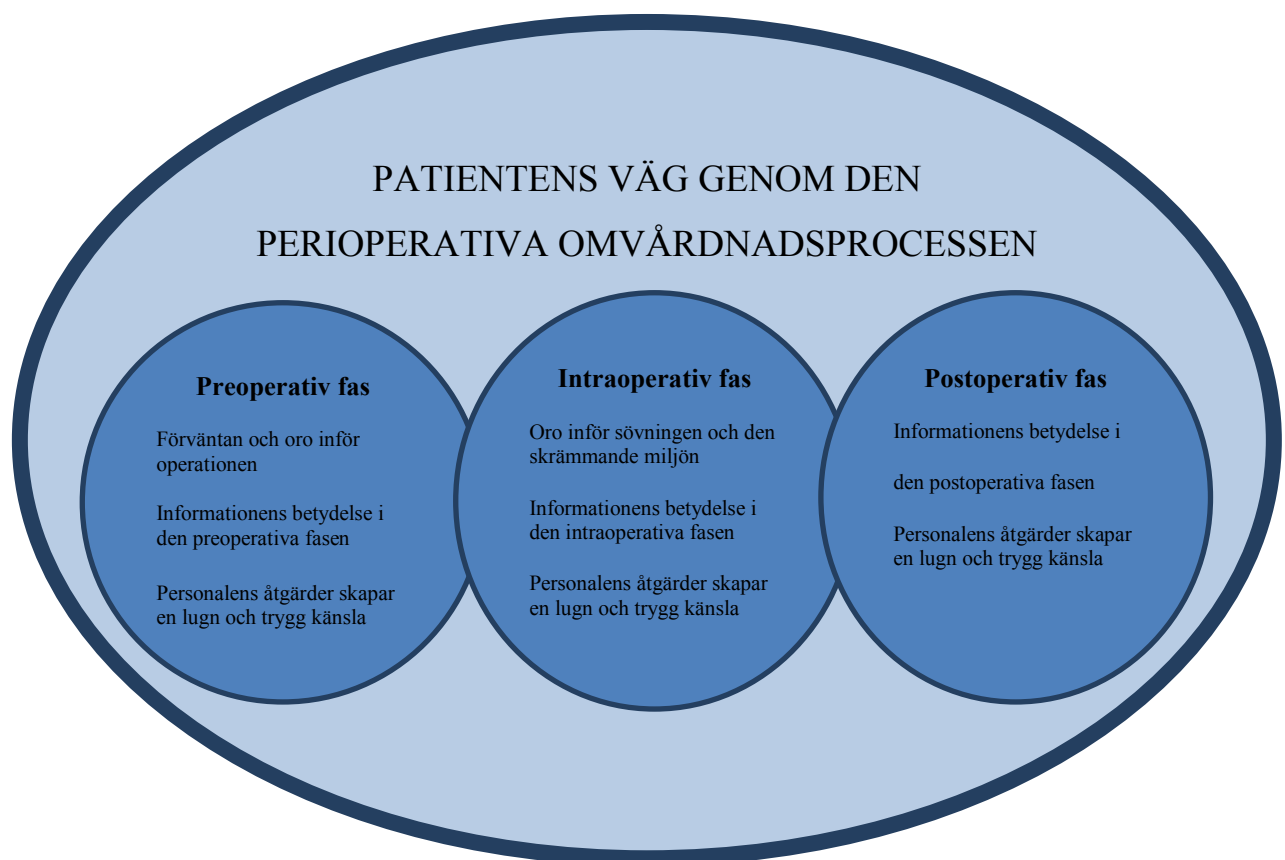
Etiska aspekter har beaktats under hela planeringen och genomförandet av denna studie. Verksamhetschefen vid den berörda kliniken besöktes inledningsvis personligen för muntlig och skriftlig information om studien (bilaga 3) och ett godkännande att bedriva studien inhämtades (bilaga 4). Helsingforsdeklarationens forskningsetiska principer om informations-, samtyckes- och konfidentialitetskrav har följts (Vetenskapsrådet, 2002). Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning har följts ([www.vr.se](http://www.vr.se)) och patienterna har informerats muntligt och skriftligt om syftet, frivilligheten och rätten att avbryta under pågående intervju. Information gavs efter operationen i samband med hemgång. Eftersom operationen redan var utförd minskade risken att patienten upplevde någon form av beroendeställning gentemot författaren eller oro att hans/hennes vård skulle påverkas av beslut om att inte medverka i studien. Författaren deltog inte i omvårdnaden vilket ytterligare borde minimera denna risk. Dessa ställningstaganden stöds av Polit och Beck (2012) som

anser att det är forskarens skyldighet att undvika och minimera skador och deltagarna får inte utsättas för obehag (ibid). I resultatet har inte data som kan identifiera patienten avslöjats och det är extra viktigt vid kvalitativa studier enligt Polit och Beck (2012) som menar att det blir mer privat data vid kvalitativa studier samtidigt som det är ett mindre antal deltagare. Enligt etikprövningslagen (SFS 2003:460, 2§) behöver inte denna typ av studier inom ramen för högskoleutbildning prövas. *”I denna lag avses med forskning: vetenskapligt experimentellt eller teoretiskt arbete för att inhämta ny kunskap och utvecklingsarbete på vetenskaplig grund, dock inte sådant arbete som utförs inom ramen för högskoleutbildning på grundnivå eller på avancerad nivå”*. En egen granskning gjordes vilket ledde till en ansökan hos Etikkommitté Sydost. Ett etiskt rådgivande yttrande erhöles med ett godkännande och rekommendationer (dnr.150-2013). Utifrån dessa rekommendationer gjordes förändringar i informationsbrevet till patienten innan studien påbörjades.

## Resultat

Resultatet av analysen utmynnade i en huvudkategori och åtta underkategorier.

Underkategorierna presenteras i den pre, intra och postoperativa fasen och ryms under huvudkategorin ”Patientens väg genom den perioperativa omvårdningsprocessen”. Se figur 1.



Figur 1

## Patientens väg genom den perioperativa omvårdnadsprocessen

Patienterna upplevde nöjdhet med den perioperativa omvårdnaden i samband med ett dagkirurgiskt ingrepp, men uppgav brister i information och tillgänglighet. Det var sjuksköterskornas bemötande och omhändertagande som gjorde att patienterna kände sig nöjda. Bristerna bestod i otillräcklig och ibland skrämmande information. Patienterna uppgav också brister i möjligheten att kontakta vården för ett individuellt samtal och för tidsbokning.

### Preoperativ fas

#### *Förväntan och oro inför operationen*

När läkare och patient var överens om att en dagkirurgisk operation skulle göras upplevde patienten en tid av förväntan. Patientens besvär skulle bli åtgärdade och det gav en bra känsla men det gav också en tid för funderingar. Några av patienterna hade haft livslånga besvär innan de bestämt sig för operation och trots att läkaren i något fall inte kunde ge någon garanti för att besvären skulle bli bättre så var det nödvändigt för patienten att göra ett försök.

*”Jag måste ju prova ju, det var den tanken bara. Jag orkar inte ha det som jag har det.”*

Patientens funderingar inför operationen kunde röra sig om hur operationen skulle gå men också om praktiska ting som sjukskrivning, barnomsorg och annat som hör till det sociala livet. Väntan på operationen innebar också en tid av otålighet och när operationen var bestämd ville patienten få en tid så snart som möjligt. För de flesta fungerade det bra och de som blev uppringda av sjukvården för att erbjudas en tid var nöjda. Det som fungerade mindre bra var när patienten själv skulle ringa till telefonrådgivningen för att beställa tid. Vid mottagningsbesöket när operationen blev bestämd uppmanades patienten att själv kontakta vården för en operationstid. De fick en lapp med information om telefonnummer och telefontid. Telefontiden var begränsad till en timma varje eftermiddag och någon upplevde att det var svårt att komma fram under den tiden.

*”Det enda jag upplevde var att jag skulle ringa in efter två dagar, så var det ju. Jag skulle ringa in och beställa tid efter två dagar och då var det tid mellan halv fyra och halv fem tror jag det var och på fyra dagar kom jag inte fram för då var tiderna fulla så fort jag ringde.”*

Att få veta tiden några veckor i förväg upplevdes som positivt och patienten hann förbereda sig både mentalt och praktiskt. När operationstiden blev framflyttad en vecka kändes det inte

som något problem men fick patienten sin planerade operationstid flyttad både en och två gånger kunde de uppleva en förlust av kontroll som skapade otrygghet.

Patienterna upplevde oro i den preoperativa fasen och det som oroade mest var att inte veta vad som skulle ske. Någon menade att det var själva sövningen och inte operationen som oroade. Att sövas skulle innebära att förlora medvetandet vilket innebar att förlora kontrollen och det upplevdes som jobbigt. Det var också en oro över att drabbas av komplikationer och även om patienterna var medvetna om att allvarliga komplikationer var sällsynta så oroade de sig över att något kunde gå fel. Det var framförallt oro för smärta och blödning efter operationen men även oro för långvariga komplikationer.

*”Man blev lite orolig för det här med blödningen som eventuellt kunde bli.”*

En viss oro fanns också för att operationen skulle bli uppskjuten på grund av förkylning och för komplikationer i samband med uppvaknandet. Oron orsakades av att läkaren hade sagt att komplikationer alltid kunde förekomma och av den anledningen var det viktigt att vara frisk när man skulle sövas. Tankar om att inte vakna efter operationen fanns också. Det var ingen skillnad i oro om det var första gången eller om patienten opererats tidigare. De flesta lyckades avleda oron hemma genom att leva som vanligt i väntan på operationen. Någon patient hade uppskattat möjligheten att kunna ringa in och prata med någon sjuksköterska om hur operationen skulle gå till.

*”Jag hade gärna velat prata med någon när man väl kom hem om hur operationen går till. Där hade jag känt att hade jag bara kunnat ringa och pratat med någon då i lugn och ro om det och få förklarat det som sköterskan förklarade då jag kom dit.”*

De flesta upplevde också en känsla av nyfikenhet över hur operationen skulle gå till. Hälften av patienterna uppgav att de hade sökt kunskap via internet. Denna kunskap visade sig ha förvärrat oron i samtliga fall eftersom de hade fått felaktig information om ingreppet. Informationen på Internet hade varit från andra sjukhus och beskrev annorlunda operationsmetoder. Någon hade sett en film där patienter medverkade som berättade om hur jobbigt det var i efterförloppet. Det var bland annat nässköljningen som påstods vara ett heltidsjobb. Patienterna i filmen beskrevs också som svullna som en fotboll i ansiktet. Denna kunskap gav en onödig oro eftersom det inte stämde med verkligheten.

### *Informationens betydelse i den preoperativa fasen*

De flesta var nöjda med den information som gavs innan operationen men för några skapade den oro. Vid besöket när operationen blev bestämd fick patienten en informationsbroschyr som beskrev förberedelser, operationsmetod och vad som kunde hända efter operationen.

För några patienter var det informationsbroschyren i sig som skapade oro. En patient berättade om hur hon upplevde en stark oro för de bedövningsremsor som hon läst om i broschyren. Bedövningsremsorna beskrevs som tygremsor indränkta med lokalbedövningsmedel och avsvällande medel som skulle läggas in i näsan före operationen.

*”Sen var det ju den här lilla biten då att jag visste att jag skulle men jag visste inte var, när eller hur. Är det inne på operationsbordet de ska sätta de där bedövningsremsorna. Jag var så insnöad på oron av det så jag visste inte riktigt. Hade jag bara vetat att de skulle ta in mig i ett annat rum så jag fick ligga i en säng ja även att någon kunde stanna hos mig och lugna ner mig så hade jag inte varit ett skit orolig.”*

Även de som läst om bedövningsremsorna men inte tänkt så mycket på det innan blev överaskade och tyckte att det var obehagligt. Någon patient hade funderingar över att det stod i broschyren om att man inte bör åka hem själv efter operationen. Han oroade sig för vad som kunde hända men ville inte fråga. Patienten hade funderingar över om det var mardrömmar, psykiska traumatiska upplevelser eller om det var så att man kunde tuffa av när man kom hem. Detta gjorde att patienten upplevde en osäkerhet och det skapade funderingar över om det inte vore bättre att stanna kvar över natten och få professionell övervakning i stället.

De som fick komma på ett så kallat förbesök innan operationen var mycket nöjda. Vid detta besök fick patienten träffa operatör och anestesiläkare och fick då möjlighet att ställa frågor. Operatören gav då en muntlig och visuell information. I samband med besöket togs också EKG och prover och det upplevdes bra att alla förberedelser gjordes vid samma tillfälle.

När operationstiden var bestämd fick patienten ett kallelsebrev hemskickat. I brevet fanns förutom operationstiden även fasteföreskrifter och en lista med läkemedel som skulle undvikas innan operationen. Där fanns också information om hur anmälan skulle gå till operationsdagen och i vilken byggnad operationsavdelningen låg. Denna information beskrev patienterna som tydlig och den skapade inga ytterligare funderingar.

### ***Personalens åtgärder skapar en lugn och trygg känsla***

När patienterna kom till operationsavdelningen på operationsdagen kände de en viss oro. De flesta blev omhändertagna direkt och fick byta om till operationskläder och blev tilldelade ett eget rum. Några hade sina anhöriga med och det kändes bra. För de som fick sitta en stund i ett väntrum förstärktes oron. En patient berättade att hon var nära att gå därifrån. Oron minskade dock efter hand och personalens åtgärder skapade en lugn och trygg känsla.

*”När jag väl kom upp på operation så var jag ja, jätterädd för detta elände då som jag trodde jag skulle gå igenom men hade turen att träffa en underbar sköterska där uppe som lugnade ner mig och förklarade.”*

Personalen beskrevs som mycket trevlig och deras bemötande gjorde att patienterna kände sig väl omhändertagna. Patienterna upplevde att personalen gjorde en individuell bedömning av hur oroliga de var och detta upplevdes mycket positivt.

*”Sedan stannade en sköterska hos mig en stund. Det brukar de inte göra men jag såg att de såg att jag var orolig så de stannade hos mig tills jag själv sa att nu går det bra, nu kan ni gå ut ni har ju annat att göra. Då kom de in och tittade till mig o jag fick en knapp o trycka på. Då var det ingenting så då låg jag där i lugn och ro igen.”*

Någon beskrev att rädslan som fanns innan för förberedelserna hade varit helt obefogad.

### **Den intraoperativa fasen**

#### ***Oro inför sövningen och den skrämmande miljön***

I den intraoperativa fasen upplevde ett fåtal av patienterna oro inför sövningen och för några var det blandade känslor.

*”Man kanske inte riktigt vet vad som händer där inne så det var väl både positivt och negativt.”*

En patient som upplevde operationssalen som skrämmande hade önskat att få bli sövd innan hon kom in. Hon beskrev en konstig känsla av att lägga sig på bädden där man skulle bli opererad och det kändes överkligt att ligga och se alla instrumenten. Någon annan som såg instrumenten hade funderingar över att de var så långa och var de skulle användas till.

### ***Personalens åtgärder skapar en lugn och trygg känsla***

De flesta upplevde dock en positiv och trygg känsla och beskrev personalen i operationssalen som snälla, trevliga och humoristiska. Det som uppskattades var att alla hälsade och

presenterade sig och att deras uppträdande var så lugnt. Det var också en del skämt och skratt som gjorde att situationen upplevdes som lättsam.

*”Det var bara helt och hållet trevligt. Jag kände ingen oro alls där för alla var liksom så lugna.”*

Samtliga var överens om att det var ett snabbt och professionellt omhändertagande och de flesta hann inte uppleva så mycket innan de somnade.

### ***Informationens betydelse i den intraoperativa fasen***

Patienternas upplevelser handlade om att det var flera på operationssalen som gjorde saker samtidigt. Patienterna minns att de blev fastspända på operationsbädden och att de fick lugnande läkemedel genom en nål i armen och därefter andningsmasken som de fick andas i innan de somnade. Inget av detta upplevdes som obehagligt eftersom alla sa vad de gjorde och förklarade varför.

*”Alla sa ju vad de gjorde och det uppskattade jag.”*

En patient beskrev att hon hade massor av frågor om själva sövningen som hon funderat på och som hon fick svar på innan hon somnade.

### **Postoperativ fas**

#### ***Personalens åtgärder skapar en lugn och trygg känsla***

Efter operationen vaknade patienterna i ett uppvakningsrum där de flesta upplevde ett lugnt och tryggt uppvaknande. De beskrev att de inte kunde orientera sig till en början men att de succesivt vaknade och kände en trygghet av att se sjuksköterskorna som befann sig bakom ett fönster. Någon hade sin anhörig vid sidan om sängen och det bidrog också till en trygg känsla. En del av patienterna minns inte den första tiden. En patient berättade att han vaknade smärtfri och det upplevdes mycket positivt. De flesta var själva i rummet vid uppvaknandet.

Många patienter och anhöriga i samma rum kunde däremot upplevas som störande. En upplevelse av att andra patienters anhöriga kunde se den nyopererade kändes obehagligt. Några i rummet åt glass och det kändes inte bra eftersom den nyopererade patienten var väldigt hungrig och inte fick äta på flera timmar. En patient upplevde sig hjälplös efter operationen och hade önskat att få vakna i en lugnare miljö.

*”Jag tyckte bara att det var så mycket folk, man känner sig så jag vet inte vad man ska säga nej men när man har varit nedsövd så känner man sig lite hjälplös kanske så att det hade varit skönare att vakna upp till en lugn miljö.”*

Några hade funderingar över att de var själva när de vaknade i rummet eftersom sjuksköterskorna befann sig i ett annat rum med fönster mellan. Någon menade att det beror på hur man är som person, för en del är det kanske viktigt att sjuksköterskan finns i samma rum och ger trygghet direkt. Samtidigt som samma patient konstaterade att sjuksköterskorna kom in i rummet så fort patienten öppnade ögonen och frågade hur det var och därmed var det inget problem. En patient blev orolig när det pep i övervakningsapparaten men en sjuksköterska kom direkt och kontrollerade orsaken. Sjuksköterskan förklarade att det inte var något fel på patienten och vad som var orsaken till larmet. Patienterna hade tillit till sjuksköterskorna på uppvakningsavdelningen och kände sig trygga.

Tiden efter uppvaknande innebar för de flesta en övervakningstid på minst två timmar och i något fall sex timmar. Någon patient flyttades till ett eget rum med TV men som saknade fungerande DVD. Detta upplevdes som tråkigt då patienten hade sett fram emot att få se en film som tidsfördriv. Under övervakningstiden samtalande sjuksköterskorna med patienterna och erbjöd glass och något att dricka när det var dags för det. De följde också med och väntade utanför vid toalettbesök. Det kändes tryggt eftersom patienterna kände sig vingliga när de steg upp ur sängen. En patient beskrev att hon var så yr att hon fick transporteras i rullstol med hjälp av anhöriga till bilen när hon skulle hem.

*”Det var hur bra som helst och de följde med en upp sen när man skulle på toaletten och stod utanför o lite så där så att man kände sig så väl omhändertagen.”*

Patienterna var nöjda med tiden på uppvakningsavdelningen och tyckte att det fungerat i stort sett som de tänkt sig. Patienterna var också nöjda med att få åka hem efter operationen.

*”Det är bättre med dagvård. När man bara opereras över dagen och åker hem för det är ju inte trevligt att ligga inne.”*

Patienterna beskrev det som en skön känsla att det var över och det var skönt att komma hem. De visste att de hade möjlighet att ringa om de behövde.

### ***Informationens betydelse i den postoperativa fasen***

Vid hemkomsten uppstod en del frågor. Det var frågor som rörde smärtstillande läkemedel, nässköljning och vad som var lämpligt att äta och dricka. Den första natten hemma upplevde



patienterna som besvärlig och de saknade information om efterförloppet i informationsbroschyren de fick innan operationen.

*”Där stod det ingenting. Det var väl mest innan operationen hur man skulle göra då så det står ingenting efter.”*

En patient kände ändå trygghet vid hemkomsten eftersom hon fått en lapp med telefonnummer som hon kunde ringa. En patient berättade att han blev positivt överaskad när han sköljde näsan. Han hade läst om det på internet och föreställt sig en svårare blödning.

De flesta patienter har upplevt besvär med komplikationer i efterförloppet. Det var framförallt blödningar och smärta som var problemen under de första dygna.

*”Första dagarna var ju lite halvjobbiga med mycket blödningar.”*

Några patienter hade bestående huvudvärk och menade att det hade underlättat om de blivit informerade om att det kunde inträffa innan hemgång. En patient fick besöka vården dagen efter på grund av smärtproblematik. Patienterna beskrev också att de var oroliga för att själva orsaka komplikationer i samband med fysisk aktivitet och menade att det var oklart vad de fick och inte fick göra.

Sammanfattningsvis framkommer informationens betydelse på hela den perioperativa fasen. Patienterna vill veta men informationen bör vara individuellt utformad. Miljön och bemötandet upplevde patienten som bra men informationen behövde vara tydligare.

*”Miljön och bemötandet och allt det har varit jättebra men det kanske kunde varit mer tydligt. Alltså all information om vad som ska göras och vad som kan hända och vad som inte kan hända allt det här då. Vad det skulle vara för komplikationer är ju också en sådan där sak som man vill vara medveten om.”*

Även om personalen upplevdes som trevliga, humoristiska, snälla och omtänksamma så saknade patienterna specifik information om ingreppet och möjligheten att ställa frågor. Någon beskriver att om de hade haft facit i hand innan operationen hade de inte behövt oroa sig lika mycket.

## Diskussion

### Metoddiskussion

Studien utgår från det naturalistiska paradigmet där antagandet är att verkligheten är mångfaldig och subjektiv och skapas av individen själv. Forskare inom naturalismen betonar

den inneboende komplexiteten hos människan, deras förmåga att skapa och forma sin egen verklighet som är den sanna verkligheten (Polit & Beck, 2012). Studien är en intervjustudie med kvalitativ design vilket enligt författaren till denna studie kan anses som lämpligt då syftet med studien är att beskriva patientens upplevelse av den perioperativa omvårdnaden.

För att utvärdera en kvalitativ studies kvalitet föreslår Lincoln och Guba (1985) följande begrepp som betydande. Trovärdighet, tillförlitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet. Dessa begrepp beskrivs också av Polit och Beck (2012) och författaren till denna studie har använt Lincoln och Guba (1985) som en jämförelse men har valt att utgå från Polit och Beck (2012) som ger en tydlig sammanfattning av innebörden i dessa begrepp. Enligt Polit och Beck (2012) är studiens trovärdighet ett övergripande mål för den kvalitativa forskningen och omfattar flera dimensioner. Innebörden är att genomföra studien så att resultatet är trovärdigt och att redovisa metodiskt hur studien har genomförts (ibid). I denna studie har samtliga moment redovisats vilket borde öka möjligheterna till trovärdighet. Enligt Polit och Beck (2012) hänvisar tillförlitligheten till om studien skulle få samma resultat om studien skulle upprepas med samma kriterier och urval eller liknande (ibid). Urvalets variation i denna studie representerar delvis de dagkirurgiska ingrepp som kan förväntas på en öron-näs och halsklinik men det var en övervägande majoritet av patienterna som genomgått en operation i näsan vilket möjligen kan påverka tillförlitligheten.

Bekräftelsebarheten fokuserar enligt Polit och Beck (2012) på att data presenteras utifrån den information som deltagarna gett och att resultatet reflekterar deltagarnas röster. I denna studie utgår resultatet från patienternas egna upplevelser och är redovisat med citat. Citaten har dock återgetts i skriftspråk med tanke på den lokala dialekten men enligt Kvale och Brinkman (2009) är detta en fördel och kan underlätta förståelsen för texten. Enligt Polit och Beck (2012) hänvisar överförbarheten till i vilken utsträckning resultatet kan överföras eller tillämpas i andra sammanhang eller till andra grupper (ibid). Det låga antalet patienter och brist på variation beträffande typ av operation gör att studien inte kan generaliseras till andra typer av avdelningar eller patientgrupper. Patienternas berättelser kan dock ge ett underlag för utveckling och förbättringar vid den aktuella öron-näs och halskliniken där studien bedrivits.

Enligt svar från en nationell patientenkät när det gällde slutenvård och mottagningsbesök på öron näs och halskliniken där denna studie genomförts upplevdes vården som god och patienterna kände sig delaktiga (SKL, 2012). Någon mätning av patienters upplevelse av den

perioperativa omvårdnaden under en dagkirurgisk operation är inte gjord vid vald öron-näs och halsklinik där denna studie genomförts och av den anledningen valdes kriteriet att patienten skulle genomgått en dagkirurgisk operation. Författaren har vid ett tidigare tillfälle utvärderat preoperativt möte med barn och föräldrar vid den valda kliniken och valde därför att patienten skulle vara 18 år eller över i denna studie. Enligt Kvale och Brinkman (2009) är en halvstrukturerad livsvärldsintervju ett försök att förstå teman i den levda vardagsvärlden ur personens eget perspektiv. Vid behov av tolk kan det enligt författaren till denna studie finnas en risk att patientens perspektiv omtolkas samt att intervjumaterialet inte kan skrivas ut ordagrant. Då skulle det bli tolkens ord som skrevs ut. Av den anledningen inkluderades endast de som förstod och pratade svenska språket.

Urvalet kom att påverkas av vilka patienter som opererades dagkirurgiskt under de veckor som var avsatta för datainsamlingen. Under de veckor då rekryteringen pågick var det få antal dagkirurgiska, vuxna patienter. Detta innebar att rekryteringen drog ut på tiden och analys och bearbetning fick på så sätt minskad tid. Under en vecka var det dessutom neddragen verksamhet vilket också påverkade antalet dagkirurgiska patienter enligt kriterierna. Några av patienterna som var tänkta att tillfrågas blev konverterade till slutenvård och fick därför utgå. Samtliga patienter som opererades dagkirurgiskt tillfrågades med undantag av en patient som gick hem innan vederbörande sjuksköterska hann informera.

Författaren vidtog åtgärder genom muntlig eller skriftlig information till sjuksköterskorna som skulle förmedla informationen vid de tillfällen då författaren inte hade möjlighet att närvara. Av de fem som fick information direkt av författaren samtyckte samtliga till intervju och av de sex som fick information av sjuksköterskan på avdelningen respektive mottagning var det tre som samtyckte. Att författaren informerade själv om studien kan ha varit en fördel vid rekryteringen. Enligt Polit och Beck (2012) är det viktigt att erhålla och behålla ett förtroende hos deltagaren. Vid tillfället för informationen var författaren privatklädd för att inte blanda vård och forskning men patienten informerades om att författaren arbetade som operationssjuksköterska på den valda kliniken.

Av de som deltog i studien var 3 män och 3 kvinnor. Detta borde inte påverka studien enligt författaren till denna studie även om Mitchell (2012) menar att kvinnor är mer oroliga än män och att de börjar oro sig tidigare. I denna studie upplevde både män och kvinnor oro men det fanns en tendens att kvinnorna oroade sig tidigare.

Antalet patienter i studien kan tyckas som lågt men enligt Polit och Beck (2012) kan ett litet antal deltagare innebära ett stort urval och ”informationsrika” deltagare kan delge författaren mycket information.

Etikkommitté Syd rekommenderade inte att intervjuerna skulle göras i samband med återbesök på kliniken med motiveringen att vård och forskning kan blandas samman och det kan vara svårt att framföra kritiska åsikter i samband med återbesök. Rekommendationerna vara att intervjuerna skulle genomföras på en plats som passade deltagarna. Patienterna fick själva avgöra var och när intervjuerna skulle genomföras. Tre patienter önskade att intervjun skulle genomföras på sjukhuset med motivering att det var lätt att hitta och de kände till lokalerna. Författaren ifrågasatte lämpligheten men det var patientens val och därför bokades ett rum som tillhör kliniken men som inte låg i anslutning till operationsavdelningen eller dagkirurgisk avdelning. Tre patienter valde att intervjuas i hemmet. Författaren arbetar som operationssjuksköterska på den klinik där studien har genomförts och är väl insatt i patienternas operationer. Detta medförde att en förförståelse för den perioperativa omvårdnaden fanns innan studien startade. Det kan innebära både en styrka och svaghet. Enligt författaren är styrkan att vara bekant med det som patienten beskriver och ha kunskap i ämnet. Svagheten kan vara att resultatet till viss del tolkas utifrån förförståelsen. Förförståelsens inverkan har beaktats och diskuterats med handledaren under hela studien. En intervju kräver förberedelse och erfarenhet och Kvale och Brinkman (2009) menar att det är genom att öva som man lär sig. Frågorna till intervjun var begränsade till antalet och var öppna i sin formulering. Författarens brist på erfarenhet av intervjusituationen kan ha påverkat djupet i svaren, men författaren tycker ändå att patientens upplevelse av omvårdnaden har framkommit på ett tydligt sätt.

Enligt Kvale och Brinkman (2009) krävs det kunskap om ämnet för att kunna ställa följdfrågor. Författaren hade kunskap om ämnet och det kan ses som en styrka. Intervjufrågorna upplevdes som enkla och var anpassade till studiens syfte men en patient önskade fler konkreta frågor då han ansåg sig ha svårt att fritt beskriva sina upplevelser. Enligt Kvale och Brinkman (2009) kan en forskningsintervju beskrivas som ett samtal om ett ämne som båda har gemensamt.

I litteraturen finns ett flertal artiklar som beskriver kvalitativ dataanalys (Elo & Kyngäs, 2008; Graneheim & Lundman, 2004). Elo och Kyngäs (2008) beskriver i sin studie att innehållsanalys kan användas på både kvantitativ och kvalitativ data och på ett induktivt eller

deduktivt sätt. Författarna menar att induktiv analys används i de fall när inte tidigare studier behandlat fenomenet och deduktiv analys är användbar om syftet är att testa en tidigare teori (ibid). Författaren till denna studie valde en kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats utifrån den metod som beskrivs av Graneheim och Lundman (2004).

Texten delades in i den pre, intra och postoperativa fasen. Detta var en fördel eftersom det gav struktur i materialet men det kan också vara en nackdel då helheten i patientens berättelse kan förloras. En risk finns att det induktiva angreppssättet blir styrt av fastställda ramar och författaren till denna studie har haft det i åtanke vid genomförandet av analysen. Genom att jämföra analysen med den ursprungliga intervjutexten har författaren till denna studie försökt att undvika den risken. I denna studie har allt material bearbetats med datorns hjälp vilket har upplevts av författaren som en fördel. Samtliga dokument har skrivits ut och texten i analysen har jämförts med texten i intervjuerna för att inte någon text skulle gå förlorad. Det har varit en nackdel att det varit så få patienter och att patienterna opererats på samma klinik. Detta har inneburit att text i intervjuerna som kunde avslöja patientens identitet inte har analyserats. Författarens handledare har fått tillgång till materialet allteftersom det bearbetats.

Handledaren gjorde också en egen analys ur delar av materialet. Att mer än en person har tagit del av och ge synpunkter på analysen kan vara en styrka för resultatets trovärdighet.

### **Resultatdiskussion**

Syftet med studien var att beskriva patientens upplevelse av den perioperativa omvårdnaden i samband med ett dagkirurgiskt ingrepp vid en öron- näs och hals klinik. Enligt författaren till denna studie kan patientens upplevelse av den perioperativa omvårdnaden användas som underlag vid förbättringsarbeten inom den egna kliniken.

I inledningen av resultatet beskriver författaren patientens väntan och otålighet inför operationen. Detta menar författaren ger en känsla för de tankar patienten har med sig vid den inledande kontakten med tidbokning. I resultatet framgår att flera patienter blev uppringda och fick besked om tiden och det kan möjligen vara så att dessa patienter behövde opereras med förtur. Det vanligaste tillvägagångssättet är annars att patienten själv får kontakta tidbokningen eller telefonrådgivningen som det också kallas för att få en operationstid. Resultatet visar att de som blev uppringda var nöjda men det fanns ett missnöje med framkomligheten till tidsbokningen. Tillgängligheten till tidsbokningen är ett problem som bör åtgärdas enligt författaren för att öka patienttillfredställelsen.

I resultatet framgår också att det upplevdes som positivt att få veta operationstiden några veckor i förväg och det påverkade inte någon patient i denna studie om operationstiden ändrades en gång. Om däremot operationstiden blev ändrad flera gånger påverkade det patienten som upplevde en känsla av otrygghet. Tidigare forskning har också uppmärksammat patientens känsla av besvikelse när operationen blir uppskjuten (Gilmartin, 2004). Att operationstiden ibland måste skjutas upp på grund av akuta operationer är enligt författaren till denna studie svårt att förhindra. Det bör dock undvikas att samma patient får sin operation uppskjuten mer än en gång. Enligt författaren till denna studie kan möjligen patientens ålder påverka besvikelsen. I denna studie var flertalet yrkesverksamma och enligt Gilmartin (2004) är de som vidtagit åtgärder för att vara lediga från sitt arbete mest besvikna (ibid).

Resultatet visar att patienterna upplever oro i den preoperativa fasen. Patienterna önskade att få veta mer. En patient uttalade specifikt en önskan om kontakt med en sjuksköterska inför operationen. Det finns också studier som beskriver patienttillfredställelse efter preoperativa samtal (Gilmartin, 2004; Lindwall & von Post, 2009; Rhodes et al, 2006). Rhodes et al. (2006) rekommenderar en kontakt med patienten för att ge specifik information om ingreppet och vad som väntar under den perioperativa perioden. I en studie från Sverige beskriver Lindwall och von Post (2009) den perioperativa dialogen som ett hjälpmedel för att planera och utvärdera vården tillsammans med patienten. Sjuksköterskan kan då få veta patientens kunskap om operationen, om vad de mer önskar veta samt om patienten har några speciella behov. Under dessa samtal kände patienterna att de var i säkra händer och kunde fråga och få svar. Gilmartin (2004) presenterar resultat från en förberedande sjuksköterskemottagning som visar att den informationen kan ge psykologiskt stöd och personcentrerad vård skulle kunna stärka patienten genom den perioperativa fasen även om några patienter i samma studie påpekade brister och menade att deras behov inte var tillgodosedda (ibid). Resultatet kan enligt författaren till denna studie väcka tankar om förberedande samtal för de som önskar på nämnda klinik.

Risken för komplikationer skapade också oro. Patienterna oroade sig för blödningar, smärta och att inte vakna efter operationen. Att inte vara vid medvetande under operationen skapade också oro. Preoperativ oro beskrivs på samma sätt i tidigare studier (Gilmartin & Wright, 2008; McIntosh & Adams, 2011; Mitchell, 2010; Mitchell, 2012 ). Resultatet i denna studie visar liknande resultat i en studie av Mitchell (2012) som belyser att kvinnor är mer oroliga än män och att de oroar sig tidigare. Enligt författaren till denna studie var det inte fler

kvinnor än män som uttryckte oro men kvinnornas oro var mer uttalad och det stöddes också av McIntosh och Adams (2011). I resultatet framgår att patienterna själva hade sökt kunskap genom att läsa om operationerna på internet. Edward et al. (2011) visar att kunskapsnivån höjs när patienten erhållit kunskap via internet. För patienterna i denna studie höjdes inte kunskapsnivån eftersom informationen om operationerna inte överensstämde med operationsmetoderna vid denna klinik. Oron förvärrades i samtliga fall vilket stämmer till viss del med Edward et al. (2011) som visar i sin studie att det inte var någon skillnad i minskning av oro hos patienter som erhållit muntlig och skriftlig information jämfört med nätbaserad information (ibid). Efter vad som framkom i resultatet menar författaren till denna studie att det finns behov av internetbaserad lokal information för varje sjukhus.

De flesta patienter var nöjda med den information som gavs före operationen men några blev oroliga. Informationsbroschyren gavs till patienterna i samband med besöket när operationen blev bestämd. Demir et al. (2008) menar också i att det fanns brister i de informationsmaterial som ingick i deras studie och kvalitén bedömdes som låg när det gällde innehåll och bilder (ibid). I denna studie framkom att kallelsebrevet som patienten erhöll innan operationen med tid för operationen, information om fasteföreskrifter och läkemedel som skulle undvikas var tydligt och skapade inga funderingar. Detta innebär enligt författaren till denna studie att informationsbroschyren behöver förbättras men att kallelsebrevet vid den aktuella kliniken inte behöver förändras i nuläget.

Resultatet beskriver också patientens upplevelse operationsdagen. De flesta blev omhändertagna direkt och fick byta om och erbjöds ett eget rum för att invänta operationen. För de som fick vänta en stund i ett väntrum förstärktes oron men det var ingen i denna studie som var upprörd över väntetiden operationsdagen vilket beskrivs i annan litteratur (Gilmartin & Wright, 2008; Rhodes et al. 2006). Några patienter beskrev att sjuksköterskorna gjorde en individuell bedömning av patientens oro och det upplevdes som mycket positivt. Enligt författaren till denna studie kan personcentrerad vård utvecklas med hjälp av den perioperativa modellen där sjuksköterskan enligt Rothrock (2011, kap.1) gör en omvårdnadsdiagnos vid första mötet för att identifiera patientens behov före, under och efter operationen. Patienterna upplevde att personalens åtgärder skapade en lugn och trygg känsla och de kände sig väl omhändertagna. Det som nämns är att personalen var humoristisk och vänlig. Det överensstämmer med Rhodes et al. (2006) som beskriver en rad åtgärder som gör att patienten upplever en tillfredställelse med vården. Åtgärderna kunde vara allt från bekväma stolar och behaglig värme till att få stöd och uppmuntran (ibid).

När patienterna kom till operationssalen upplevde de en lugn och positiv känsla. Personalens åtgärder beskrivs som en förklaring till detta. Leinonen och Leino-Kilpi (1998) menar också, i en litteraturöversikt, att i de flesta studier som rör den intraoperativa fasen belyses sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder mer än patienternas upplevelse. Det var endast en patient som upplevde operationssalen som skrämmande. Den patienten beskrev också tidigt en oro för själva sövningen och för att tappa kontrollen. Enligt författaren till denna studie hade möjligen patientens oro minskat om patient och sjuksköterska hade haft möjlighet att mötas innan i den perioperativa dialogen. Rudolfsson, von Post och Eriksson (2007) beskriver att under dialogen ger sjuksköterskan ett löfte om att inte överge patienten och patienten kan därmed lämna över ansvaret till sjuksköterskan under operationen.

Patienttillfredsställelse uppnås enligt Rhodes et al. (2006) om patienten erbjuds trivsam inredning med tv och tidningar. Det förekommer att patienten får vistas i eget rum under uppvakningsperioden. Det gäller framför allt de som ska kvarstanna upp till sex timmar efter operationen. I denna studie var patienterna nöjda med miljön förutom att det saknades en fungerande DVD i ett av rummen. Detta förhindrade möjligheten att se film som tidsfördriv.

Patienterna upplevde första natten i hemmet efter operationen som besvärlig. Det var framförallt blödningar och smärta som var problemet. De kände sig osäkra och det uppstod en del frågor. En av patienterna var tvungen att uppsöka vården dagen efter på grund av smärta och studier visar också att svårkontrollerad smärta är den vanligaste orsaken till att patienten behöver läggas in efter operationen (Mitchell, 2004). Enligt författaren till denna studie framkom betydelsen av telefonstöd. En patient beskrev att hon kände sig trygg eftersom hon fått en lapp med telefonnummer som hon kunde ringa vid hemkomsten. När frågor uppstod hade hon ringt och även om inte sjuksköterskan kunde svara direkt så hade patienten blivit uppringd och fått svar på sina frågor efter en kort stund och det hade känts bra. Författaren till denna studie menar att en telefonkontakt med patienten i hemmet inom ett dygn hade underlättat för patienten och det stöds också i litteraturen (Berg, 2012; Mottram, 2011; Rhodes et al. 2006). Däremot menar Mistiaen och Poot (2008) att det inte är bevisat hur effektiv en sådan telefonuppföljning är. Patienterna i denna studie var ändå nöjda med att få åka hem samma dag och de var inte säkra på att besvären blivit enklare att hantera om de varit inlagda på en avdelning över natten. Nöjdheten med hemgång samma dag kan möjligen bero på patientens ålder. I denna studie var det enbart unga och medelålders patienter och upplevelser från patienter över 63 år saknas. Den trygghet eller otrygghet som patienten



känner efter hemkomsten kan troligen också bero på vilken stöttning patienten får av anhöriga och vänner.

De flesta patienter uppgav brister i informationsbroschyren som erhöles före operationen. De menade att det stod mest hur man skulle göra innan och inte efter operationen. Patienterna var oroliga för att själva orsaka komplikationer i samband med aktiviteter och menade att det var oklart vad de fick och inte fick göra när det gällde fysisk aktivitet. Detta stöds också av Berg (2012) som belyser i sin avhandling om patientens återhämtning efter dagkirurgi att en del patienter blev överaskade av operationens inverkan på det dagliga livet (ibid). Enligt författaren till denna studie var patienterna i denna studie 19 - 63 år vilket möjligen kan påverka behovet av information om fysiska aktiviteter då de troligtvis lever ett aktivt liv. När patienterna talar om helheten av den dagkirurgiska operationen framkommer att patienter önskar mer och tydlig information innan operationen. Informationen bör vara specifik och utformas individuellt. Enligt författaren till den studie kan det vara spännande att involvera patienterna själva i utformningen av informationsmaterialet som beskrivs av Nielsen et al. (2013). Patienterna önskade att de hade haft facit i hand innan operationen och någon att fråga. Detta stöds också av Rhodes et al. (2006) som visar att patienttillfredställelse upplevs om patienten kontaktas i förväg och får muntlig, skriftlig, specifik och relevant information om vad som väntar under den perioperativa fasen (ibid). Även i denna fas kunde det enligt författaren till denna studie hjälpa patienten att arbeta utifrån den perioperativa modellen. Ett samtal efter operationen skulle enligt Rothrock (2011, kap.1) innebära en utvärdering tillsammans med patienten där också patienten ges möjlighet att ställa frågor.

### ***Slutsats***

Resultatet visade att patienterna upplevde den perioperativa omvårdnaden under ett dagkirurgiskt ingrepp vid en öron-näs och halsklinik som god men att det fanns brister i informationen. Patienterna var mycket nöjda med personalens omvårdnadsåtgärder som skapade en lugn och trygg känsla. De kände sig väl omhändertagna och beskrev ett individuellt bemötande. Personalen beskrevs som trevliga, humoristiska, snälla och omtänksamma. Informationen och tillgängligheten var det som patienterna hade synpunkter på. Ur patienternas berättelser framkom informationens påverkan på hela den perioperativa fasen. Patienterna vill veta mer, men informationen bör vara specifik och individuellt utformad. De saknade också möjligheten till personlig kontakt för att kunna ställa och få svar på frågor innan operationen. Om de haft mer information om den perioperativa fasen innan operationen så hade de inte behövt oroa sig lika mycket.

Patienternas berättelser tyder på att informationen och tillgängligheten på valda klinik behöver förändras och förbättras. Exempel på förbättringsarbeten kan vara att utforma lokal informationen på hemsidan gärna tillsammans med patienten. Ett annat exempel på förbättringsarbete är att arbeta utifrån den perioperativa modellen, vilket kan innebära att patienten blir uppringd av en operationssjuksköterska eller en anestesijuksköterska någon vecka eller några dagar före operationen. I första hand bör den sjuksköterskan som varit i kontakt med patienten möta upp utanför eller i operationssalen operationsdagen. Ett utvärderande samtal bör också ingå några dagar efter operationen. I framtiden kan det vara av värde att göra om studien men med ett större antal patienter och med större variation i ingreppen.

## Referenser

Berg, K. (2012). *Patients' perspectives on recovery from day surgery*. Doktorsavhandling. Linköpings universitet, Institutionen för vårdvetenskap.

Bolster, D., Manias, E. (2010). Person-centred interactions between nurses and patients during medication activities in an acute hospital setting: Qualitative observation and interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 154–165.

Cooke, M., Chaboyer, W., Schluter, P., & Hiratos, M. (2005). The effect of music on preoperative anxiety in day surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 47-55.

Demir, F., Ozaker, E., & Ozcan, A. (2008). The quality and suitability of written educational materials for patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 259-265.

Edward, G. M., Naald, N.V., Oort, F. J., de Haes, H. C. J. M., Biervliet, J. D., Hollmann, M. W., & Preckel, B. (2011). Information gain in patients using a multimedia website with tailored information on anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, 106, 319-324.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I-L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L-E., Rosén, H., Rydmark, M., & Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care - Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10, 248-251.

Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62, 107-115.

Gilmartin, J. (2004). Day surgery: patient's perceptions of a nurse-led preadmission clinic. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 243-250.

Gilmartin, J., & Wright, K. (2008). Day surgery: patients' felt abandoned during the preoperative wait. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2418-2425.

Goldsmith, D. M., & Safran, C. (1999). Using the Web to Reduce Postoperative Pain Following Ambulatory Surgery. *Annual Symposium Proceedings Archive*, 780-784.

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

Koay, C. B., & Marks, N. J. (1996). A nurse-led preadmission clinic for elective ENT surgery: the first 8 months. *Annals of the Royal College of Surgeon of England*, 78, 15-19.

Kvale, S., & Brinkman, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Landstinget Blekinge. Landstingsplanen 2012-2014. Hämtad 12 maj, 2013, från [www.ltblekinge.se/download/18.630af4331345b85742680001092/Landstingsplan+2012-2014.pdf](http://www.ltblekinge.se/download/18.630af4331345b85742680001092/Landstingsplan+2012-2014.pdf)

Landstinget Blekinge. Öron-näs och halskliniken. Hämtad 3 juni, 2013, från [www.ltblekinge.se/halsaochvard/blekingesjukhuset/klinikerochmottagningar/oronnasochhalskliniken/oronoperation.4.55e9c0c8110bbe113f180001776.html](http://www.ltblekinge.se/halsaochvard/blekingesjukhuset/klinikerochmottagningar/oronnasochhalskliniken/oronoperation.4.55e9c0c8110bbe113f180001776.html)

Leinonen, T., Leino-Kilpi, H. (1999). Research in peri-operativ nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 123-138.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publications.

Lindwall, L., Lindberg, A. C., & v Post, I. (2010). Older patients and the Perioperative Dialogue. *International Journal for Human Caring*, 14, 29-35.

Lindwall, L., & v Post, I. (2005) *Människan I det perioperativa vårdandet – Antropologisk och etisk reflektion*. Forskningsrapport. Karlstad Universitet, Institutionen för samhällsvetenskap.

Lindwall, L., & von Post, I. (2009) Continuity created by nurses in the perioperative Dialogue - a literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 395-401.

Lindwall, L., & von Post, I. (2009) *PERIOPERATIV VÅRD – att förena teori med praxis*. Lund: Studentlitteratur.

Majholm, B., Esbensen, A., Thomsen, T., Engbäck, J., & Möller, A. (2012). Partners´experiences of the postdischarge period after day surgery – a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2518-2527.

McEwen, M. & Willis, E. (2010). *Theoretical basis for Nursing* (3:rd ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

- McIntosh, S., & Adams, J. (2011). Anxiety and quality of recovery in day surgery: A questionnaire study using Hospital Anxiety and Depression Scale and Quality of Recovery Score. *International Journal of Nursing Practice*, *17*, 85-92.
- Mistiaen, P., & Poot, E. (2008). Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home. (Review). *The Cochrane Library*, Issue 3.
- Mitchell, M. (2004). Pain management in day-case surgery. *Nursing Standard*, *18*, 33-38.
- Mitchell, M. (2010). General anaesthesia and day-case patient anxiety. *Journal of Advanced Nursing*, *66*, 1059-1071.
- Mitchell, M. (2012). Influence of gender and anaesthesia type on day surgery anxiety. *Journal of Advanced Nursing*, *68*, 1014-1025.
- Mottram, A. (2011). They are marvelous with you whilst you are in but the aftercare is rubbish: a grounded theory study of patient's and their carer's experiences after discharge following day surgery. *Journal of Clinical Nursing*, *20*, 3143-3151.
- Nilsen, E. S., Myrhaug, H. T., Johansen, M., Oliver, S., & Oxman, A. D. (2013). Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material (review). *The Cochrane Library*, Issue 2.
- Pézier, T., Stimpson, P., Kanegaonkar, R. G., & Bowdler, D. A. (2009). Ear, nose and throat day-case surgery at a district general hospital. *Otolaryngology*, *91*, 147-151.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing Research, Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9:rd ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Rader, J., & Nordentoft, J. (2010). Dagkirurgi og anestesi. *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, *7*, 742-746.
- Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening (2012). *Kompetensbeskrivning för anestesisjuksköterskor*. Stockholm: Åtta45.
- Riksföreningen för operationssjukvård & Svensk sjuksköterskeförening (2011). *Kompetensbeskrivning för operationssjuksköterskor*. Stockholm: Åtta45.

Rhodes, L., Miles, G., & Pearson, A. (2006). Patient subjective experience and satisfaction during the perioperative period in the day surgery setting: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 178-192.

Rothrock, J. (2011). *Alexander's care of the patient in surgery* (14 ed.) St: Louise, Missouri: Mosby/Elsevier.

Rudolfsson, G., v Post, I., & Eriksson, K. (2007). The expression of caring within the perioperative dialogue: A hermeneutic study. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 905-915.

Socialstyrelsen. (2010). *DRG-baserad definition av dagsjukvård, dagkirurgi och dagmedicin 2011*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 25 januari, 2013, från [www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/norddrg/definitioner/Documents/Def%20DAGSJUKV%C3%85RD%2011.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/norddrg/definitioner/Documents/Def%20DAGSJUKV%C3%85RD%2011.pdf)

Socialstyrelsen. (2013). Socialstyrelsens statistikdatabas. (Elektronisk) Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2 februari, 2013, från [www.Socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas](http://www.Socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas)

Statens offentliga utredningar 1997:154. Hämtad 2 februari, 2013 från [www.regeringen.se/content/1/c6/02/51/07/d4c721ea.pdf](http://www.regeringen.se/content/1/c6/02/51/07/d4c721ea.pdf)

Svensk författningssamling 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hämtad 20 februari, 2013, från [www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/)

Svensk författningssamling SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Hämtad 22 april, 2013, från [www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning\\_sfs-2003-460/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/)

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Personcentrerad vård*.

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Svensk sjuksköterskeförenings strategi för utbildningsfrågor*. Bromma Brolins.

Svensk sjuksköterskeförening. (2011a). *Evidensbaserad vård och omvårdnad*.

Svensk sjuksköterskeförening. (2011b). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Åtta45.

Svenska Akademiens ordlista. Hämtad 4 april, 2013, från [www.svenskaakademien.se/svenska\\_spraket/svenska\\_akademiens\\_ordlista/saol\\_pa\\_natet/ordlista](http://www.svenskaakademien.se/svenska_spraket/svenska_akademiens_ordlista/saol_pa_natet/ordlista)

Sveriges kommuner och landsting. (2012). *Öppna svar från nationell patientenkät*. Blekingesjukhuset – ett pilotprojekt. Stockholm: LTAB.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 23 maj, 2013, från [www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf](http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf)

Vetenskapsrådet. (2003). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning*. Hämtad 22 april, 2013, från [www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/](http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/)

Walker, J. A. (2007). What is the effect of preoperative information on patient satisfaction? *British Journal of Nursing*, 16, 27-32.

## Bilageförteckning

Bilaga 1 Förfrågan om att medverka i en studie

Bilaga 2 Intervjuguide

Bilaga 3 Information till verksamhetschefen

Bilaga 4 Godkännande från verksamhetschefen



## Bilaga 1(4)



### Förfrågan om att medverka i en studie

En stor del av alla planerade operationer sker i dag inom dagkirurgi. Patienterna vistas allt kortare tid på sjukhuset och på en öron-näs och halsklinik är det vanligt att patienten kommer en timma före undersökning eller operation och åker hem samma dag. Mötena mellan sjuksköterska och patient blir allt kortare och detta innebär utmaningar för omvårdnaden före, under och efter en operation den så kallade, perioperativa omvårdnaden. För att kunna utveckla och förbättra den perioperativa omvårdnaden är det därför viktigt att få ta del av patientens upplevelse av denna vid en öron- näs och halsklinik.

Jag avser att genomföra en studie som syftar till att beskriva patienters upplevelse av den perioperativa omvårdnaden i samband med ett dagkirurgiskt ingrepp vid öron- näs och halskliniken. Studien kommer att ligga till grund för min magisteruppsats i vårdvetenskap som genomförs vid Blekinge Tekniska Högskola.

Ditt deltagande är frivilligt. Om Du väljer att delta i studien så kommer vi att träffas vid något tillfälle cirka en vecka efter operationen för en intervju som beräknas ta cirka 45 minuter. Intervjuerna kommer att genomföras på en plats som passar dig. Intervjun kommer att spelas in på band. Inspelningen behövs för att jag ska kunna skriva ner vad du sagt och bearbeta texten i efterhand. Uppgifterna kommer att behandlas konfidentiellt. Inga enskilda personer kommer att kunna identifieras i det material som kommer att presenteras och materialet kommer att behandlas så att inga obehöriga kommer att kunna ta del av det. Inga personuppgifter kommer att registreras. Du kan när som helst under intervjun avbryta helt eller undvika att svara på någon fråga utan att det påverkar den fortsatta vården. Denna undersökning är helt fristående från vården och att delta eller avbryta ditt deltagande påverkar inte din möjlighet att få vård.

Om du är intresserad av att delta i studien, ber vi dig lämna dina kontaktuppgifter till personalen på dagkirurgiska avdelningen eller via post i bifogat svarskvert

Har du några frågor eller funderingar om undersökningen så hör gärna av dig.

*Ansvarig*

Catarina Augustsson

Operationssjuksköterska

XXXXXX

XXXXXXX

XXXXXX

Tele: XXXX-XXXXXX

E-postadress: XXXX

*Handledare*

Hanna Tuve

Universitetslektor

Blekinge Tekniska Högskola

Tele: XXXX-XXXXXX

E-postadress: XXXX

Jag kan tänka mig att bli kontaktad för ytterligare informationen och eventuellt deltagande i en intervju.

Namn.....

E-postadress.....

Telefon hem .....

Telefon mobil.....

## Bilaga 2 (4)

### Intervjuguide

Ålder:

Typ av ingrepp:

Intervjufrågor:

Kan du berätta hur du har upplevt situationen från det att operationen blev bestämd tills operationsdagen?

Kan du berätta hur det var när du kom operationsdagen?

Kan du berätta hur du upplevde situationen i operationssalen?

Hur upplevde du vården efter operationen?

Följdfrågor:

Kan du berätta mer om det?

Kan du ge exempel på det?

Vad kände du då?

Var det något speciellt du tänkte på då?

Finns det något annat som du har tänkt på eller som du kan berätta mer om just i samband med....”.

## Bilaga 3 (4)



### **Till verksamhetschefen på öron- näs och halskliniken xxxxxxxx**

En stor del av alla planerade operationer sker i dag inom dagkirurgi. Patienterna vistas allt kortare tid på sjukhuset och på en öron-näs och halsklinik är det vanligt att patienten kommer en timma före undersökning eller operation och åker hem samma dag. Mötena mellan sjuksköterska och patient blir allt kortare och för de flesta patienter är en operation en okänd situation och många upplever oro och stress både preoperativt och på operationsdagen. För att kunna utveckla och förbättra den perioperativa omvårdnaden är det därför viktigt att få ta del av patientens upplevelse av denna vid en öron- näs och halsklinik.

Jag avser att genomföra en studie som syftar till att beskriva patienters upplevelse av den perioperativa omvårdnaden i samband med ett dagkirurgiskt ingrepp vid öron- näs och halskliniken. Studien kommer att ligga till grund för min magisteruppsats som genomförs vid Blekinge Tekniska Högskola.

Studien kommer att genomföras som en kvalitativ intervjustudie. För att få ett bra underlag till min studie behöver jag intervjua 8 patienter. Intervjun beräknas ta cirka 45 minuter i anspråk. Patienternas deltagande är frivilligt och de är informerade om att de när som helst kan välja att avbryta. Intervjuerna kommer att spelas in på band för att möjliggöra en noggrann analys. Materialet kommer att behandlas enligt lagstadgad sekretess. Resultatet kommer att presenteras så att patienten inte kan identifieras. Intervjuerna är planerade att genomföras under mars/april 2013.

Jag vore tacksam om jag fick rekrytera patienter till studien och genomföra den på kliniken. Har du några funderingar så hör gärna av dig.

Ansvarig  
Catarina Augustsson  
Operationssjuksköterka  
Xxxxxx  
Tele: xxxx-xxxxxx  
e-post: xxxx

Handledare  
Hanna Tuvevson  
Universitetslektor  
Blekinge Tekniska Högskola  
Tele: xxxx-xxxxxx  
e-post: xxxx

## Bilaga 4 (4)



### Godkännande av Verksamhetschef

Härmed godkänns att Catarina Augustsson genomför en studie på öron-näs och halskliniken i syfte att beskriva patienters upplevelse av den perioperativa omvårdnaden i samband med ett dagkirurgiskt ingrepp.

.....  
Ort och datum

.....  
Underskrift

.....  
Namnförtydligande