



OPERATIONSTEAMETS ARBETE FÖR ATT GÖRA PATIENTEN DELAKTIG I SIN POSITIONERING PÅ OPERATIONSBORDET.

- En kvalitativ observationsstudie

THE WORK OF THE SURGICAL TEAM TO INVOLVE THE PATIENT IN THEIR POSITIONING, ON THE OPERATING TABLE.

- A qualitative observational study

Examensarbete för specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot operationssjukvård och magisterexamen med huvudområdet omvårdnad

Avancerad nivå 15 högskolepoäng

Vårtermin 2023

Student: Martina Hansson & Ida Karlsson

Handledare: Mikaela Ridelberg

Examinator: Anna Kjellsdotter

SAMMANFATTNING

Titel:	Operationsteamets arbete för att göra patienten delaktig i sin positionering på operationsbordet
Författare:	Hansson, Martina; Karlsson, Ida
Institution:	Institutionen för hälsovetenskaper, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Examensarbete i omvårdnad - Operationssjuksköterska A1F OM865U
Handledare:	Ridelberg, Mikaela
Examinator:	Kjellsdotter, Anna
Sidor:	38
Nyckelord:	delaktighet, operationsbord, operationsteam, positionering, teamarbete

Bakgrund: Inom slutenvården i Sverige varje år utförs cirka 800 000 operationer där patienter skall positioneras inför operationen på ett säkert sätt för att förebygga vårdskador. Den perioperativa vården utgör därmed en central del. Ett operationsteam som arbetar tillsammans och använder sina unika kunskaper ihop stärker patientsäkerheten. Delaktighet är centralt i allt vårdande men det saknas kunskap om hur detta synliggörs i patientens positionering på operationsbordet. **Syfte:** Syftet med denna studie var att undersöka hur operationsteamet gör patienten delaktig i sin positionering på operationsbordet. **Metod:** En kvalitativ icke-deltagande observationsstudie genomfördes på två sjukhus i sydvästra Sverige. Insamlad data analyserades med hjälp av Graneheim och Lundmans beskrivning av en kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Operationsteamet gör patienten delaktig i sin positionering på operationsbordet på olika sätt; genom att guida patienten genom processen, inge trygghet och lugn på operationssalen, ge information, ge bekräftelse och inkludera patienten i teamet. I några fall var patienten inte i fokus och gjordes inte delaktig, därmed exkluderades patienten ur teamet. **Slutsats:** Operationsteamet är oftast väl rutinerade i hur de skall delaktiggöra patienten i sin positionering på operationsbordet. Att teamet är välfungerande och kan lyssna på och bekräfta patienten samt förmedla lugn och trygghet, bidrar till ökad delaktighet.

ABSTRACT

Title: The work of the surgical team's work to involve the patient in their positioning, on the operating table

Author: Hansson, Martina; Karlsson, Ida

Department: School of Health Sciences, University of Skövde

Course: Master Degree Project in Nursing, 15 ECTS

Supervisor: Ridelberg, Mikaela

Examiner: Kjellsdotter, Anna

Pages: 38

Keywords: patient participation, positioning, surgical table, surgical team, teamwork

Background: Within Swedish inpatient care around 800000 surgeries are performed each year and where patients are positioned on the operating table in a way that prevents injuries. An operating team that works and uses their unique skills together can prevent life-threatening complications. Patient participation is central to all care but there is a lack of knowledge about how this is made visible in the patient's positioning on the operating table. **Aim:** Investigate the work of the surgical team to involve the patient in their positioning on the operating table. **Method:** A qualitative non-participation observational study was conducted in two hospitals in south-western Sweden. Collected data was analyzed using Graneheim and Lundmans description of a qualitative content analysis. **Results:** The surgical team usually involves the patient in their positioning and this in several different ways; by guiding the patient through the process, offering safety in the operating room, providing information, confirmation and including the patient. In some cases, the patient was not involved and excluded from the team. **Conclusion:** The operating team is usually very familiar with how they're going to involve the patient in their positioning. A team that is well-functioning listens to and confirm the patient and offer security, contributes to increased participation.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Perioperativ vård	1
Operationsavdelning	2
Teamarbete på operationssalen	2
Operationssjuksköterskans funktion	3
Att vara patient och delaktig	4
Patientsäkerhet.....	4
Positionering på operationsbordet.....	5
Ämnet omvårdnad och teoretisk referensram.....	6
Imogene Martina Kings kommunikationsteori	6
Lidande.....	7
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE	8
METOD	9
Ontologi, epistemologi och etnografi	9
Urval	10
Datainsamling.....	11
Analys.....	13
Etiska överväganden	14
Förförståelsen.....	16
RESULTAT	17

Vårda en unik människa	17
Teamets lyhördhet	17
Inge trygghet	18
Visa vägen.....	19
Guida och leda.....	19
Göra patienten till en del av teamet	20
Ge information	20
Ge bekräftelse.....	21
Exkludering och delaktighetens frånvaro	22
Resultatsammanfattning.....	23
DISKUSSION.....	24
Metoddiskussion.....	24
Resultatdiskussion.....	27
Konklusion	31
Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet.....	31
REFERENSER.....	
BILAGA 1 OBSERVATIONSPROTOKOLL.....	
BILAGA 2 BREV TILL VERKSAMHETSCHEF.....	
BILAGA 3 MEDGIVANDEBLANKETT	

INLEDNING

Inom slutenvården i Sverige varje år utförs cirka 800 000 operationer där patienter skall positioneras inför operationen på ett säkert sätt för att förebygga vårdskador. Den perioperativa vården utgör därmed en central del i vårdandet. Ett operationsteam som samarbetar, kommunicerar och arbetar med engagemang, tillit och respekt för varandra minskar riskerna betydligt för komplikationer. Att arbeta patientsäkert och förebygga skador vid positionering på operationsbordet är, trots att vårdskador ibland sker, oftast en självklarhet i operationsteamets arbete. Att involvera patienten i detta arbete är däremot inte lika självklart. Det finns mycket tidigare forskning om patientdelaktighet men det saknas kunskap om hur detta synliggörs vid operationsteamets arbete i positioneringen av patienten på operationsbordet. Delaktighet är en central del i allt vårdande, därför behövs detta fenomen studeras vidare.

BAKGRUND

Perioperativ vård

Inom operationssjukvård benämns den specifika omvårdnaden som perioperativ omvårdnad. Perioperativ omvårdnad kännetecknas av medkänsla, lyhördhet, integritet samt trovärdighet (Riksföreningen för operationssjukvård, 2020). Ordet Perioperativ har sitt ursprung från grekiskans prefix peri- som innebär allt runt omkring och från latinets operari som innebär att arbeta eller utföra någonting (Lindwall & von Post, 2008). Perioperativ vård omfattar tre faser: pre- intra- samt postoperativ fas - alltså vården före, under och efter en operation (Lindwall & von Post, 2008; Riksföreningen för Operationssjukvård, 2020). Den preoperativa fasen kan för patienten innebära allt från några minuter vid akut insjuknande till många månader i väntan på operation (Lindwall & von Post, 2008). Den preoperativa fasen inrymmer samtliga undersökningar, bestämmande om operation skall göras och operationsförberedelser. Då patienten mottages av personal på operationsavdelningen och genomgår sin operation påbörjas den intraoperativa fasen och den avslutas när operationen är avklarad och patienten rapporteras över till den postoperativa avdelningen. Här börjar den postoperativa fasen (Lindwall & von Post, 2008).

Patienter som får god kontakt med en perioperativ sjuksköterska kan bidra till ökad känsla av delaktighet i det operativa vårdförloppet (Pulkkinen et al., 2016). I denna studie är den

perioperativa sjuksköterskan en anesthesi- eller operationssjuksköterska på en operationsavdelning. Den perioperativa dialogen har stor betydelse för att den perioperativa omvårdnaden av patienten skall bli god (Rudolfsson et al., 2007). Detta kan visas genom att lova patienten att denna blir väl omhändertagen, att patienten skall få vara sig själv samt att vägleda patienten genom vad som händer och kommer att hända - ett löfte om att patienten inte kommer att bli lämnad och att den perioperativa sjuksköterskan tar ansvar för att hålla detta löfte (Rudolfsson et al., 2007). Den perioperativa sjuksköterskan skall skapa trygghet, och etablera en god vårdrelation med patienten (Blomberg et al., 2015). Under en operation vilar ansvaret hos den perioperativa sjuksköterskan att skydda patientens kropp och värdighet samt främja kontinuitet. Patienten förlorar kontrollen över sin kropp när hen får anestesi. Då har den perioperativa sjuksköterskan en betydande roll att förhindra att patienten råkar ut för skada i samband med operationen (Blomberg et al., 2015). Under hela operationsprocessen skall patienten känna sig säker och trygg med bibehållen värdighet (Lindwall & von Post, 2008) vilket hela operationsteamet står ansvariga för (Riksföreningen för operationssjukvård, 2020). Ett ömsesidigt ansvar i operationsteamet är att visa hänsyn till patienten och arbeta på ett sätt som gör att patienten alltid är i fokus (Blomberg et al., 2018) eftersom en operationsavdelning är obekant för många patienter (Wright et al., 2021).

Operationsavdelning

En operationsavdelning är en högteknologisk avdelning där genomförandet av operationer skall ske med minimal risk för patienten, vilket erfordrar speciella krav på avdelningens innehåll samt konstruktion (Brekken & Dävøy, 2012). På operationsavdelningar gäller högre krav än andra avdelningar på ventilation och hygien (Brekken & Dävøy, 2012). Den är en verksamhet grundad på effektivitetskrav och för säker vård krävs därmed en god kommunikation teamet sinsemellan. Patienten får inte påverkas negativt, därav skall missförstånd undvikas i operationssalen (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Operationssalen skall vara av storlek så pass att operativ- samt anestesiverksamhet och teknisk utrustning kan fungera utan att hindra varandra (Myklestul- Dävøy et al., 2012). Patienten befinner sig i en utsatt situation på grund av den obekanta operationsmiljön och försätts i ett sårbart tillstånd när nödvändiga åtgärder för ingreppet som exempelvis positionering på operationsbordet, sövning samt när medicinering sker (Wright et al., 2021). Patienterna behöver överlämna sig till operationsteamet på salen och eventuellt ge upp sin autonomi samt förlita sig på att de skyddas mot skada (Wright et al., 2021).

Teamarbete på operationssalen

Begreppet ”kommunikation” har sin utgångspunkt i latinets ”communicatio” eller ”communicare” som innebär ömsesidigt utbyte eller gemenskap (Sharp, 2012). God kommunikation främjar patientsäkerhet (Murphy, 2019) och förutom checklistor för säker kirurgi (World health organization (WHO), 2009) så ökar chansen för en komplikationsfri

operation även med gemensamt engagemang, tillit och respekt (Murphy, 2019). För att kommunikationen skall fungera optimalt i ett team måste alla uppleva att deras kompetenser respekteras och tas tillvara och att alla är lyhörda för varandra samt har rätt att ställa frågor (Sharp, 2012). Ett team som arbetar framgångsrikt tillsammans använder sina unika kunskaper och förmågor i kombination för patientens bästa, vilket kan förebygga en betydande andel livshotande komplikationer (WHO, 2009). I det interprofessionella operationsteamet ingår det operatörer med olika specialiteter, operationssjuksköterska, cirkulerande personal eller undersköterska, anestesijuksköterska samt anesthesiolog (Dåvoy et al., 2012; Kang et al., 2015; Riksföreningen för operationssjukvård, 2016; von Vogelsang & Andersson, 2022a).

Anestesisjuksköterskans arbete innefattar samverkan med andra professioner samt ansvar för anestesi, cirkulation, respiration, smärtlindring, vätskebalans samt temperatur. Gemensamt med de andra yrkesprofessionerna skall de förebygga att patienten på något sätt far illa under operationen. Kommunikationen teammedlemmarna emellan bör ske i en ömsesidig dialog samtidigt som det bör finnas utrymme för varje enskild professions viktiga specialkompetenser (Svensk sjuksköterskeförening, 2016)

I denna studie innebär cirkulerande personal undersköterskor. Undersköterskans roll i operationsteamet är framför allt att vara operationssjuksköterskans "högra hand" under pågående operation (Sandelin & Gustavsson, 2015). Genom undersköterskans goda arbetsvana på operationsavdelning kan ett smidigt samarbete mellan operationssjuksköterska och undersköterska ske samt även i hela operationsteamet i sig, hela teamet är beroende av ömsesidig kommunikation för att fungera (Sandelin & Gustavsson, 2015).

Operationssjuksköterskans funktion

Enligt Bäckström (2012) utspelar sig operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad i en avancerad samt högteknologisk vårdmiljö, där patienten vid sin operation skall erbjudas välbefinnande och trygghet. Operationssjuksköterskan främjar hälsa, välbefinnande, samt förhindrar ohälsa och lidande via infektions- samt komplikationsförebyggande insatser och behandlingar (Riksföreningen för operationssjukvård, 2020). Operationssjuksköterskan innehar arbetsuppgifter som att assistera och instrumentera vid kirurgiska ingrepp samt att både före, under samt efter ingreppet räkna materialet för att förebygga att något material skulle riskera bli kvar i patienten. I ansvaret ingår även hygieniska samt aseptiska åtgärder för att minska och förebygga smittspridning (Riksföreningen för operationssjukvård, 2020). Viktiga förmågor hos operationssjuksköterskan under en operation är också att kunna instrumentera effektivt och säkert samt att kunna samarbeta men också leda arbetet på operationssalen (Sonneborn & Stacey, 2022).

Att vara patient och delaktig

Begreppet patient kommer från latinet och innebär att vara lidande, tålmodig, uthållig och att inneha behandling (Graubæk, 2012). Vid behov av hjälp från andra för att bevara sin egen hälsa krävs två parter - en hjälpare och en mottagare (Lassen, 2012). Enligt Patientlagen (SFS 2014:821) skall all hälso- och sjukvård utföras och planeras tillsammans med patienten och skall även ha sin grund i patientens egna önskemål och förutsättningar. All vård skall ges med respekt för den enskilda människans värdighet och med respekt för patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet (SFS 2017:30). Patientens ställning skall tydliggöras och stärkas inom hälso- och sjukvårdsverksamhet och delaktighet, autonomi och integritet skall främjas (SFS 2014:821). Sjuksköterskan har ett etiskt ansvar, där det ingår att patienten skall vara delaktig och välinformerad i sin vård, för att på så vis bringa trygghet (Svensk sjuksköterskeförening, 2021; Lindwall & von Post, 2008). Central del i allt vårdande är att ha patienten i fokus och ses som en unik person (SLS, 2019 med sin egen historia (Lindwall & von Post, 2008). För att patienten skall erhålla inflytande i sin vård är det en förutsättning att personens egen berättelse beaktas (Henderson, 2003; SLS, 2019).

Delaktighet ligger nära begreppen personcentrerad vård, ett gemensamt beslutsfattande, samproduktion och egenmakt men även engagemang och medverkan (Eldh, 2018). Delaktighet är mångtydigt men är centralt i vårdandet. I sjukvården kännetecknas det av att patienten på olika nivåer är med i beslutsfattandet kring sin egen vård och som påverkar deras liv (Castro et al., 2016). Delaktighet kräver engagemang från både vårdare och vårdtagare och skapar ett partnerskap som innefattar tillit och respekt. Delaktighet kretsar kring en patients möjlighet att påverka och engagera sig i sin vård och att vården i sig utförs i dialog med patienten och sker utefter varje enskild människas unika preferenser och potential i kombination med vårdgivarens expertkunskaper (Castro et al., 2016; Henderson, 2003). En patient skall erhålla en hälso- och sjukvård där denne så långt det är möjligt får vara delaktig i sin vård, gällande dess upplägg och utförande (SFS:2010:659).

Patientsäkerhet

Enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) innebär patientsäkerhet att skydda patienten mot vårdskada med ett lidande som följd. Lidandet innehåller en kroppslig eller psykisk skada, sjukdom samt dödsfall som uppkommer med anledning av brister i hälso- och sjukvården. Vårdgivare har ett ansvar i att förhindra att patienter råkar ut för vårdrelaterade skador (SFS 2010:659). I operationsteamet är medlemmarna specialister inom sina professioner och för att en god och säker vård skall kunna garanteras patienten, så är professionerna i ömsesidigt behov av varandras unika yrkeskompetenser (Riksföreningen för operationssjukvård, 2016; Teunissen et al., 2020). Fysisk skada i operationssalen är en av flera risker som patienten utsätts för som kan ske exempelvis vid positionering på operationsbordet. Operationssjuksköterskan skall i samverkan med de övriga medlemmarna

i teamet exempelvis säkerställa att: patientidentiteten är säkerställd, korrekt positionering av patienten på operationsbordet, att kontinuerlig uppsikt av positionering under operation utförs för att förebygga nerv-, tryck-, skjuv- och brännskador samt maceration (Riksföreningen för operationssjukvård, 2020). En central del för operationssjuksköterskan är att arbeta för att vårdskador förebyggs genom att i anslutning med operativa ingrepp uppmärksamma samt minimera oönskade händelser (Riksföreningen för operationssjukvård, 2020).

Enligt Svensk sjuksköterskeförenings (2016) beskrivning av kärnkompetensen Säker vård anses det innebära att ha kunskap om risker i vården och att arbeta på ett sådant sätt att riskerna minimeras. Inom operationsteamet är den säkra vården ett ömsesidigt ansvar om det uppstår risker som därefter leder till lidande för patienten. Vårdskador undviks genom god yrkeskunskap, ett etiskt förhållningssätt och ett tätt interprofessionellt och verksamhetsöverskridande samarbete grundat på respekt för och kännedom om sin egen och andra professioners kompetenser. I teamet är patienter och närstående betydelsefulla medlemmar som skall mötas av empati, för med sin närvaro bidrar de till en säkrare vård (Svensk Sjuksköterskeförening, 2016). Det interprofessionella teamarbetet är viktigt för en säker och effektiv patientvård i dagens högspecialiserade och komplexa sjukvård (Falk-Brynhildse et al., 2019). Säker vård skall innefatta trygghet, tillit samt delaktighet och genom en tillförlitlig samt tillgänglig vård uppnås detta (Mako et al., 2016)

Positionering på operationsbordet

Varje år inom slutenvården i Sverige utförs cirka 800 0000 där patienterna skall positioneras inför operationen på ett säkert sätt för att förebygga vårdskador. I den svenska sjukvården utgör därmed den perioperativa vården en central del. När patienter går igenom en operation utsätts de för omfattande påfrestning för kroppen samt komplikationsrisker (Ljungqvist et al., 2021). Kirurgi kan genomföras på i princip hela kroppen, därmed kan patientens positionering på operationsbordet emellanåt leda till onaturliga kroppspositioner (Fawcett, 2019). Enligt Blomberg et al. (2015) och von Vogelsang & Andersson (2022a) är positioneringens mål i huvudsak att undvika att positionsrelaterade tryckskador uppstår hos patienten. Enligt Fawcett (2019) är målet bland annat också att ge optimal kirurgisk tillgång till operationsområdet, kunna underhålla och bibehålla patientens andning och cirkulation samt beakta hudstatus. Placeringen av patienten på operationsbordet inför operation skall ge möjlighet för operationsteamets deltagare att på ett säkert sätt utföra vårdhandlingar och ansvaret för att förhindra detta ligger hos hela operationsteamet (Fawcett, 2019; Blomberg et al., 2015; von Vogelsang & Andersson, 2022a). De skall se till att en god positionering sker genom en bra avlastning för utsatta kroppsdelar med utgångspunkt utifrån patientens kroppsbyggnad och behov, utifrån vilken operationsmetod samt vilken typ av anestesi som används (Johnsen et al., 2020; von Vogelsang & Andersson, 2022a). Så långt det är möjligt skall positioneringen ske i samarbete mellan operationsteamet och patienten, dels för att

denne skall kunna uppge om positionen känns bekväm (Hansen & Brekken, 2012; von Vogelsang & Andersson, 2022a) men även för att patientens integritet och självbestämmande skall beaktas (Hansen & Brekken, 2012).

I operationssjuksköterskans arbete är en av de svåraste uppgifterna just positionering som dessutom kan vara ansevärt tidskrävande (Elgaard et al. (2016). Därmed krävs ett gott samarbete i operationsteamet (Elgaard et al., 2016). I en studie av Kolvered et al. (2012) framkom det att operationssjuksköterskor kände stort ansvar för patientens positionering på operationsbordet, att den gjordes patientsäkert och att den genomfördes så att den mest optimala positioneringen användes för att förhindra tryck- eller nervskador. Operationssjuksköterskorna såg det även som sitt ansvar att se till att vara uppmärksam på att andra i operationsteamet inte orsakade positioneringsrelaterade skador på patienten under operation. För att kunna visa respekt till patientens individuella hälsotillstånd och situation behövde det därav ske positionering i samråd med patienten (Kolvered et al., 2012).

Ämnet omvårdnad och teoretisk referensram

Institutionen för hälsa och lärande på högskolan i Skövde (2017) definierar begreppet omvårdnad som den vetenskap som skapar kunskap om vårdande handlingar med utgångspunkt i patientens livssamband och stödandet i psykisk, fysisk, social samt existentiell hälsa. De centrala begreppen inom omvårdnad är: människa, hälsa och välbefinnande, vårdande samt livssammanhang och miljö. Omvårdnadens mål är att förhindra ohälsa och sjukdom, förstärka hälsa och välbefinnande, återuppbygga samt bibehålla hälsa med utgångspunkt i patientens personliga behov och möjligheter. Omvårdnad syftar även till att lindra lidande och ge alternativ till en värdig död. Den är en del av den specifika kompetens som en legitimerad sjuksköterska innehar. (Högskolan i Skövde, 2017). På grund av att patienten under operation är oförmögen att röra på sig och berätta hur hen mår så är det då av särskild vikt att sjuksköterskan värnar om patientens säkerhet och välbefinnande. Detta speglas och kan kopplas till ICN:s etiska kod för sjuksköterskor som beskriver att sjuksköterskans grundläggande ansvar är att hjälpa människor som är i behov av omvårdnad och uppvisar egenskaper som lyördhet, respekt, omsorg, empati, medkänsla, tillit, integritet samt rättvisa. (Svensk sjuksköterskeförening, 2021).

Imogene Martina Kings kommunikationsteori

Kommunikation i operationsteamet är en del av essensen i ett välfungerande teamarbete på operationssalen och är en förutsättning för säker vård (Murphy, 2019). För att kunna se och diskutera relationen och det som händer, mellan vårdpersonal och patient men även personal

emellan, i mötet vid patientens positionering på operationsbordet i föreliggande studie används Imogene Martina Kings (1981) kommunikationsteori som teoretisk referensram. Enligt Imogene Martina King (1981) har människor tre grundläggande vårdbehov;

1. Vård och vårdinformation när de behöver den och har möjlighet att använda den
2. Förebyggande vård
3. Vård när de inte kan ta hand om sig själva

Sjuksköterskor är i positionen att kunna bedöma vad människor tycker, känner och vet om sin hälsa - och hälsa i sig är centralt i hela dimensionen omvårdnad. Kunskap, förståelse och förmåga att utvärdera människors beteenden menar King (1981) är grundläggande för att arbeta som en professionell sjuksköterska. Mellan vårdpersonal och patienter menar King (1981) att det sker en ständig interaktion och båda parter påverkar varandra genom en interaktionsprocess. King (1981) har utformat en begreppsram för att beskriva denna process och det dynamiska kommunikationssystemet som sker genom att använda följande begrepp; personliga system, interpersonella system samt sociala system.

Personliga system är individen i sig och representerar det som sker inom en människa, både sjuksköterskan och patienten har ett personligt system - båda unika och är helt egna "jag". För att förstå människor som unika personer behöver följande begrepp innefattas; Perception, jaget, kroppsbild, tillväxt och utveckling, tid samt utrymme. Interpersonella system är våra interaktioner, människor emellan. Det kan gälla både små och stora grupper människor. Essentiella begrepp för att förstå detta är roller, interaktion, kommunikation, transaktion samt stress. Sociala system är grupper med samma intressen i ett samhälle - gemenskaper. Exempelvis familjekonstellationer, religiösa gemenskaper eller som är mest relevant i sjuksköterskans fall - olika vårdorganisationer eller gruppkonstellationer. Därmed är omvårdnadens mål att hjälpa människor att erhålla, behålla och återfå hälsa samt om detta ej är möjligt få dö med värdighet och sjuksköterskans uppgift i detta identifieras i omvårdnadsprocessen (King, 1981).

Lidande

Grundmotivet för vårdandet är att vilja en annan individ väl. Vårdandet samt vårdprocessen har alltid existerat, exempelvis - en moder omhändertar och vårdar sitt barn (Eriksson, 2018). Lidandet är en naturlig del av människans liv och är individuellt hur människor upplever sitt lidande. Lidandet utformas dels av människan själv, men även av människans omgivning. Inom sjukvården beskrivs tre typer av lidande: sjukdomslidande, vårdlidande samt livslidande (Eriksson, 1994).

Det lidande som uppkommer i relation till sjukdom och behandling är sjukdomslidande och kan både vara av psykisk samt fysisk karaktär. Exempel på kroppsligt lidande kan vara fysisk smärta. När det gäller andligt och själsligt så kan det lidandet uttrycka sig när människan

erfar känslor av förnedring, skam samt skuld relaterat till sjukdom eller behandling. Vårdlidande är det lidande som orsakas av vården och sker när patientens behov samt begär inte är förenlig med den attityd, kunskap samt inställning som sjuksköterskan har gentemot den lidande individen. Vårdlidandet uppstår när vården har orsakat lidandet eller om vården har uteblivit. Patientens liv kan påverkas på flera plan vid sjukdom eller ohälsa. När lidandet uppkommer med anledning av negativ inverkan på människans vardagsliv orsakad av ohälsa samt sjukdom uppstår istället ett livslidande (Eriksson, 1994). Operationssalen kan erfaras av många patienter som en skrämmande miljö vilket gör att patienten upplever sig utsatt till följd av sänkt autonomi och i vårdrelationen uppstår ett starkt beroende (Lindwall & von Post, 2008). Generellt är patienten som ankommer till operationssalen en lidande individ med en försämrad hälsa (Lindwall & von Post, 2008). Lidandet är något som uppkommer när patienten inte kunnat skyddas mot vårdskada (SFS 2010:659). Lidandet kan enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2010:659) innebära en kroppslig eller psykisk skada samt dödsfall som uppkommer med anledning av brister i vården. Detta är något som även kan ske på operationsbordet.

PROBLEMFORMULERING

Det finns tidigare forskning kring patienters positionering på operationsbordet ur vårdpersonalens perspektiv och det finns även tydliga styrdokument som används i verksamheterna för att skapa en god och säker positionering av patienten på operationsbordet men det saknas kunskap kring hur patienterna själva involveras i detta. Det finns gedigen kvalitativ forskning kring patienters delaktighet vid en mängd olika sjukdomstillstånd och behandlingar men inte på specifikt operationsbordet under positionering. Det saknas studier om hur patienten görs delaktig i sin positionering på operationsbordet vilket är en viktig aspekt att ta hänsyn till och skall vara en självklar del i den perioperativa vården. Därmed fanns intresset att undersöka hur patienten görs delaktig i sin positionering på operationsbordet. Föreliggande studie kan bidra till betydelsefull kunskap samt ökad förståelse för hur operationsteamet arbetar för att göra patienten delaktig i sin positionering på operationsbordet. Författarna tror att studien kan bidra till förbättringsområden och leda till ökad patientsäkerhet. Således kan samtliga professioner i operationsteamet få god nytta av denna kunskap.

SYFTE

Syftet med examensarbetet var att undersöka hur operationsteamet gör patienten delaktig i sin positionering på operationsbordet.

METOD

För att svara till studiens syfte genomfördes en kvalitativ strukturerad icke-deltagande observationsstudie med induktiv ansats, detta för att kunna observera så förutsättningslöst som möjligt (Priebe & Landström, 2017). Observation som datainsamlingsmetod valdes så att olika beteenden eller interaktioner kunde observeras som svarade på syftet och genom detta synliggöra både verbala samt icke-verbala kommunikationssätt, som bidrog till att delaktiggöra patienten i sin positionering på operationsbordet. Det insamlade materialet analyserades med hjälp av Graneheim & Lundmans (2004) metod för kvalitativ innehållsanalys på latent nivå för att på så vis kunna möjliggöra användning av så mycket observerad data som möjligt. Därmed få med underliggande budskap och interaktioner i teamets arbete för att delaktiggöra patienten i sin positionering på operationsbordet.

Ontologi, epistemologi och etnografi

Ordet "ontologi" kommer från grekiskans "läran om varandet", alltså undersöks något hur det faktiskt är, ett fenomenets verklighet (Priebe & Landström, 2017). Författarna till denna studie utgår från den vårdvetenskapliga ontologin som är humanistisk i sin grund, där det förutsätts att människan skall visas respekt (Lindwall & von Post, 2012). Dess kärna består av vårdandets relation till människan och dennes lidande. Människans lidande ses även i förhållande till dennes upplevelser av hälsa och sjukdom (Lindwall & von Post, 2012). Således har författarna i denna studie en syn på världen där man utgår från att den perioperativa sjuksköterskan ser till patientens djupare behov och har intentionen att öka patientens känsla av hälsa och välbefinnande. Epistemologi betyder "lära om kunskap" eller "läran om vetandet" och betonar hur vi kan veta det vi vet, hur vi kan ha den kunskap vi har om någonting. Omvårdnadsforskaren behöver förstå och kunna applicera dessa begrepp när just bemötande studeras för att föreställa sig om det faktiskt är möjligt att på ett fulländat sätt förstå och dessutom beskriva bemötandets fulla ontologi - verklighet (Priebe & Landström, 2017). I denna studie visar sig detta genom att ny kunskap förhoppningsvis skapas genom kvalitativa observationer. Den kunskap som fås via kvalitativa studier är exempelvis en insyn i människors beteenden, upplevelser, erfarenheter och sociala strukturer eller som i denna studie där etnografi används - få förståelse kring en grups kultur och beteenden (Polit & Beck, 2021). Författarna har i genomförandet av detta haft ett kritiskt förhållningssätt till den kunskap som inhämtas under studiens gång - bland annat genom att ha med sin förförståelse, i målet att skapa så trovärdigt resultat som möjligt.

Etnografi innebär att tolka och beskriva kulturella beteenden i en grupp (Polit & Beck, 2021). En etnograf försöker förstå och hämta kunskap från en grups syn på världen. De anser att varje grupp människor till slut alltid bildar en kultur som föranleder gruppmedlemmarnas syn på sin omvärld och hur de uppfattar sina erfarenheter (Polit & Beck, 2021). Fokus vid etnografisk forskning blir då observationer av händelser och handlingar inom en specifik

grupp (Carlsson, 2012). I etnografiska studier är fält, eller fältet, grundläggande begrepp. Det beskriver både det fenomen som observeras samt den plats där studien genomförs (Henricson & Billhult, 2017). En viktig aspekt är fältanteckningar vilka är de anteckningar som forskaren gör under observationen (Henricson & Billhult, 2017). I denna studie används fältanteckningar i form av anteckningar via ett observationsprotokoll (Bilaga 1) som svarar för vad som skall observeras, vart och under hur lång tid. Operationssalen är således fältet, platsen, för observationerna. Författarna till denna studie använder sig av ett etnografiskt tillvägagångssätt då författarna vill hämta information från den kommunikation som sker i teamet på operationssal för att därmed kunna se och beskriva vad som leder till patientens delaktighet vid positionering på operationsbordet. I den här studien kommer även ett Etic-perspektiv (Carlsson, 2012) användas som betyder att det fenomen som studeras beskrivs utifrån forskarnas sida och inte de studerades sida.

Urval

Ett bekvämlighetsurval (Polit & Beck, 2021) tillämpades vid urval av de operationer där observationer skulle genomföras. Med det menas att författarna valde operationer utifrån vad som fanns på operationsschemat den valda dagen samt utifrån aktuella inklusionskriterier. Enligt Polit och Beck (2021) innebär bekvämlighetsurval att man väljer deltagare utefter de som finns till hands, alltså de deltagare som vill vara med eller är tillgängliga att inkludera i studien. Således i denna observationsstudie visar sig detta genom att författarna observerar de operationsteam och operationer som passar in på de valda inklusions- och exklusionskriterierna. Observationsstudien genomfördes på två operationsavdelningar på två olika sjukhus i Västra Götaland under veckorna 3-5, ett mellanstort länsdelssjukhus (1) och ett mindre länsdelssjukhus (2).

Inklusionskriterier: Vuxna patienter som sövdes inne på salen efter genomförd positionering. Detta för att patientens möjlighet att delta och kommunicera kring sin positionering avslutas när patienten somnat. Varierande operationer med olika positionslägen, exempelvis gynekologi-, urologi-, samt kirurgioperationer. Då studiens syfte var att undersöka hur operationsteamet gjorde patienten delaktig i sin positionering på operationsbordet så observerade författarna från det att patienten kom in på operationssalen fram till att patienten blivit sövd, då det tidsspännet var väsentligt för att ge svar på studiens syfte. Patienter som får spinalanestesi på operationssal och sövs därefter inkluderades också.

Exklusionskriterier: Alla operationer där patienten sövdes innan positionering inne på operationssalen. Ortopedioperationer exkluderades även med anledning av att vid dessa operationer så är hygien extra viktig. Patienterna får ofta implantat eller skruvar insatta i kroppen och som observatörer är vi extra personer på salen vilket ökar antalet mikrober i luften, vilket kan utgöra en risk för patienten (Myklestul-Davoy et al. 2012). För att minska

föreningar skall därmed så få människor som möjligt vistas i operationssalen (von Vogelsang & Erichsen Andersson, 2022b).

Författarna observerade således alla operationsteam författarna hade möjlighet att bevittna inom planerat tidsspann där patienten positionerades innan sövning. Innan varje tilltänkt observation påbörjades kontrollerade författarna med koordinator för operationsschemat för dagen när planerade operationer skulle ske för att kunna närvara på de operationer som stämde överens med valda inklusions- och exklusionskriterier. Genom att observera några operationsteam per dag fick författarna rikt med material under perioden för datainsamling för att sedan kunna analysera till ett resultat. Författarna tittade på aspekter som interaktioner, beteenden och kommunikation för att svara till syftet (bilaga 1). Enligt Polit och Beck (2021) används en strukturerad observation för att anteckna interaktioner, beteenden samt händelser på ett systematiskt sätt. En strukturerad observation betyder att formella instrument används samt protokoll som fastställer vad som ska observeras, hur information ska registreras samt hur länge det ska observeras (Polit och Beck, 2021).

Datainsamling

En strukturerad icke-deltagande observationsstudie med kvalitativ ansats valdes till denna studie då författarna ville titta på hur och på vilket sätt operationsteamet gjorde patienten delaktig i sin positionering på operationsbordet. Fördelen med observationer är att de kan utföras direkt via de mänskliga sinnesorganen (Polit & Beck, 2021), ögon och öron i detta fall. Det valda beteendet eller interaktionen observerades direkt på plats. Det synliggörs både verbala samt icke-verbala kommunikationssätt, till skillnad mot intervjuer eller insamling av enkäter som möjligtvis inte skulle ge fullt tillförlitliga svar. Valet av observationsmetod kan tillämpas för att samla ihop information om ett stort urval av fenomen exempelvis om verbal kommunikation, dialog mellan sjuksköterska och patient (Polit & Beck, 2021). Författarna planerade att observera cirka 15-20 stycken operationer jämnt fördelat på de olika inklusionskriterierna så det skulle bli ett så varierat resultat som möjligt utifrån tiden som var tilltänkt för studien.

För att på bästa sätt svara till denna studies syfte var observation en lämplig metod för att undersöka hur operationsteamet gjorde patienten delaktig i sin positionering på operationsbordet, utan att författarna till studien skulle påverka resultatet, alltså en icke-deltagande observation (Polit & Beck, 2021). Det finns två sätt som en observation delas in i: deltagande samt icke-deltagande. En deltagande innebär att observatören medverkar i studien. En icke-deltagande observation innebär att observatören står vid sidan av det som skall observeras och skall studera det fenomen som avses utan att själv medverka på något sätt. Fördelen med ett icke-deltagande tillvägagångssätt är att beteendet hos de som studeras ej påverkas aktivt av observatören vilket leder till ett mer objektiva resultat som inte är färgat av observatörens handlingar (Polit & Beck, 2021).

Ett brev med information om studiens syfte och tillvägagångssätt skickades till verksamhetschefen för de valda sjukhusen för studien. När ett godkännande hade erhållits från verksamhetschefen, skickades samma brev med information om och syfte med studien ut via mejl till berörda operationsavdelningars enhetschefer innan studiens start (bilaga 2) för att inhämta ett godkännande till att genomföra studien. Efter ett godkännande från respektive enhetschef planerades därefter dagar in för datainsamling. Enhetscheferna fick vidare informera sina berörda anställda om studien. Författarna önskade att enhetscheferna informerade sina medarbetare om att en observationsstudie skulle göras på operationsavdelningen för kännedom. Eftersom denna studie var en observationsstudie så kunde resultatet påverkas om deltagarna i studien hade kännedom om vad som skulle undersökas. Med anledning av detta fick studiedeltagarna veta så lite som möjligt om studien. De fick veta att en observationsstudie pågick och att det berörde teamarbete men inte vad som observerades. När som helst hade deltagarna i studien full rätt att avböja sitt deltagande genom att de fick möjligheten att innan patienten ankom uppge om de ville bli observerade eller avböja genom att be observatörerna att gå ut ur operationssalen då de ej ville bli observerade. Inget bortfall skedde på grund av detta.

Observationsstudien benämns som strukturerad då författarna innan genomförandet valt ut vad som skulle observeras och skrivit ned detta på ett organiserat sätt i ett observationsprotokoll (bilaga 1). Författarna genomförde en pilotstudie vid sjukhus 1 där båda författarna observerade tillsammans. Detta för att se att liknande saker observerades och att observationsprotokollet fungerade väl relaterat till syftet. En pilotstudie är bland annat utformad för att bedöma genomförbarheten av att utföra en intervention (Polit & Beck, 2021). Pilotstudier är även konstruerade för att stödja förbättringar av de metoder, protokoll samt procedurer som skall användas i en större undersökning av en intervention (Polit & Beck, 2021).

Efter pilotstudien såg författarna att de hade observerat liknande saker men inte helt. Författarna insåg också att observationen gick ganska snabbt och bedömde utifrån detta att fortsätta observera tillsammans - för att öka resultatets trovärdighet. Utav 18 observationer genomfördes 16 av författarna tillsammans, de övriga två gjordes av författarna var för sig utav praktiska skäl. En av de 18 observationerna fick exkluderas då ingen av författarna kunde uppfatta all kommunikation som skedde på salen på grund av mycket bakgrundsljud från medicinsk apparatur, således slutade det med 17 stycken kompletta observationer. Observationstiden för vardera observation varade mellan 10-30 minuter och den totala observationstiden var 3 timmar 50 minuter. Under observationerna presenterade sig författarna för teamet på salen och informerade återigen om frivilligt deltagande. Författarna positionerade sig på så långt avstånd ifrån som möjligt från teamet för att inte vara ivägen samt minimera risken att de höga kraven på god hygien och steriliteten i operationsområdet skulle äventyras. Detta bidrog även till att författarna blev så anonyma som möjligt med mål att inte påverka eller inverka på teamets arbete på något sätt. Författarna fick även dagligen anpassa sig till det föränderliga operationsschemat och de sedan innan valda inklusions- och

exklusionskriterierna, vilket resulterade i just de observationer som denna studies resultat innefattar.

Totalt insamlades 17 stycken kompletta observationer som låg till grund för studiens resultat och utav dessa var fyra stycken gynekologiska operationer, fem stycken urologiska och åtta stycken övrig kirurgi (mag-tarmoperationer, öron-näsa-halsoperationer samt överviktsoperationer). Författarna skrev ned fältanteckningar på observationsprotokollen (bilaga 1) och jämförde och diskuterade dessa direkt efter varje observerad operation och förde in anteckningarna till ett Google Docs dokument för renskrivning. Detta gjordes på författarnas lösenordsskyddade datorer. Med hjälp av detta dokument analyserades därefter datamaterialet.

Analys

Analys av resultatet skedde med hjälp av kvalitativ latent innehållsanalys enligt Graneheim och Lundmans (2004) metod för att kunna hitta framträdande mönster i studiedeltagarnas kommunikation och interaktioner. Latent innehållsanalys applicerades för att på så vis kunna använda all observerad data till fullo och få med underliggande budskap och interaktioner i operationsteamets arbete för att delaktiggöra patienten i sin positionering på operationsbordet (Graneheim och Lundmans, 2004). Vid latent analys tolkas innehållet på en djupare nivå medans vid manifest analys görs viss tolkning men i grunden beskrivs en texts faktiska innehåll så som det faktiskt är med minsta möjliga påverkan av författarnas förståelse (Graneheim & Lundman, 2004).

Materialet som erhöles genom observationerna kom att generera i meningsbärande enheter, sedan subteman följt av teman som kunde beskriva det studerade fenomenet. Författarna började läsa igenom materialet som var 21 stycken A4-sidor flertalet gånger för att bekanta sig med innehållet och få en uppfattning av helheten av texten. Därefter delades analysmaterialet upp mellan författarna för att ha möjlighet till fördjupning av textinnehållet samt för att ge återkoppling till varandra. Författarna gick sedan även igenom varandras steg och tolkningar i analysprocessen. Författarna gick fram och tillbaka i analysprocessens steg. Studiens syfte var hela tiden med i analysarbetet för att inte tappa fokuset från det studerade fenomenet. Med studiens syfte som utgångspunkt plockades de meningsbärande enheterna ut ur texten. Meningsbärande enheter kan beskrivas som den minsta beståndsdel av en text som ger betydelsefull information och som alltså sedan, tillsammans med flera andra meningsbärande enheter, fånga innehållet hos ett fenomen (Graneheim & Lundman, 2004). Enligt Graneheim och Lundman (2004) kan en meningsbärande enhet vara meningar, ord eller stycken som är kärnan för texten. I nästa steg skall vanligtvis texten kondenseras, dock var detta inte möjligt i författarnas fall då de meningsbärande enheterna var mycket korta och innehållet fyllde syftet. Hade kondensering gjorts så hade essensen i innehållet gått förlorat och en kondensering görs för att kunna behålla just essensen (Graneheim &

Lundman, 2004), således behövdes inte steget kondensering. Därefter kodades alla meningsbärande enheter för att lättare kunna se dess innehåll på flera sätt och kunna se likheter och samband (Graneheim & Lundman, 2004). Gemensamt diskuterade författarna de meningsbärande enheternas text för att på så vis kunna hitta gemensamt innehåll som kunde bilda koder för att lättare kunna koppla ihop de meningsbärande enheterna. När alla enheter hade kodats sattes koderna ihop till slutligen fem subteman. Dessa kopplades sedan ihop och bildade tre teman som svarade till syftet och speglade det underliggande latent innehåll i texten. Författarna hade kontinuerlig kontakt med varandra genom hela analysen.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen. Observation nr 2.

MENINGSBÄRANDE ENHETER	KOD	SUBTEMA	TEMA
En hand läggs på patientens axel	•Ge beröring och trygghet.	•Inge trygghet	•Vårda en unik människa
medans patienten guidas in på salen av undersköterska.	•Visar vägen till operationsbordet	•Guida och leda	•Visa vägen
Patient får information om position av operationssjuksköterskan och att positionen kommer ändras efter patient somnat. Patient informeras om vad som kommer att hända.	•Ge information om position och om vad som komma skall.	•Ge information	•Göra patienten till en del av teamet.
Patienten tillfrågas av undersköterska om hen har ont i höfter r/t kommande position i benstöd. "Känns allt okej?"	•Blir sedd, blir involverad i positioneringen	•Ge bekräftelse	•Göra patienten till en del av teamet.

Etiska överväganden

Det har i denna studie tagits hänsyn till Helsingforsdeklarationens grundregler gällande forskning som berör människor. Där individer ingår i en studie skall enligt Helsingforsdeklarationen, risker samt nyttan med studien övervägas (World Medical Association [WMA], 2022). Författarna har bedömt att studiedeltagarna inte utsatts för någon risk i och med sitt deltagande. Inte heller ser författarna att vården av patienterna skulle påverkas negativt. För att garantera deltagarnas anonymitet nämndes inte deltagarna med några namn i studien. Förvaring av allt material har skett på ett säkert sätt under studiens

gång och när examensarbetet är färdigt och godkänt, kommer allt material förstöras. De som studerats kommer genom sitt deltagande att bidra med en ökad lärdom inom området. Enligt Lagen om etikprövning av forskning som avser individer (SFS 2003:460), och om studien inriveras i högskoleutbildning på en avancerad nivå, vilket denna studie gör, så behöver ingen etikprövning genomgå.

Enligt Vetenskapsrådet (2022) kan det grundläggande individskyddskravet konkretiseras i fyra allmänna huvudkrav; informations-, samtyckes-, konfidentialitets-, samt nyttjandekravet. Enligt informationskravet skall ansvarig forskare informera berörda deltagare om studien och dess syfte samt de villkor som gäller för deltagandet (Vetenskapsrådet, 2022). Detta tas hänsyn till i denna studie, trots att syftet med observationen i sin helhet inte avslöjats för studiedeltagarna utan bara till verksamhetschef och enhetschef. För att minska påverkan på studiens resultat informerades studiedeltagarna att syftet med studien var observation av teamarbete. Studiedeltagarna har både skriftligt och muntligt informerats om frivilligt deltagande i studien. Information om studien sändes ut innan studiens start till verksamhetschef och enhetschefer. Det bifogades även ett informationsbrev till berörda enhetschefer att skicka ut till sina medarbetare, potentiella studiedeltagare, om hur och när studien skulle och med stor vikt på att deltagandet var frivilligt.

Avseende samtyckeskravet så innefattar det enligt Vetenskapsrådet (2022) att deltagare i en undersökning har själv rätt att bestämma över sitt deltagande. Det innebär att forskaren till studien innan genomförande av studien måste inhämta ett samtycke från deltagare i studien. Detta krav uppfylldes i denna studie genom att en samtyckesblankett skickades tillsammans med informationsbrevet till verksamhetschef och enhetschefer som informerade sina medarbetare, således potentiella studiedeltagare, att studien skulle ske och under vilka veckor. Studiedeltagarna erhöll även muntlig information på plats av författarna att det när som helst går att tacka nej till deltagande under studien. Gällande konfidentialitetskravet innebär detta att människor som deltar i studien inte skall identifieras (Vetenskapsrådet, 2022). Förvaring av deras personuppgifter skall ske på ett sätt så att inte obehöriga personer kan få tillgång till dem. Personer i denna studie har ej identifierats, alla personer som observerats är således anonyma och insamlat material har enbart handskats av författarna och har samlats i författarnas lösenordsskyddade datorer. Detta så att inga obehöriga kan få tillträde till informationen. Det fjärde och sista kravet är nyttjandekravet. Detta innebär att insamlade uppgifter om enskilda individer får enbart användas för ändamål för forskningen. Detta görs i denna studie då materialet som insamlats och analyserats till denna studies resultat, kommer att raderas efter att detta examensarbete är godkänt (Vetenskapsrådet, 2022).

Författarna har även haft i åtanke att även om själva patienten inte observerades till studiens resultat så har denne ändå varit med i rummet. Författarna har försökt göra sin närvaro på operationssal så omärkbar som möjligt då författarna dels inte ville påverka resultatet men också för att inte vården skulle vara eller kännas annorlunda för patienten. Enligt

Vetenskapsrådet (2002) får en studie inte ske så att människorna som innefattas i den på något sätt kränks eller skadas, alltså benämnt individskyddskravet. Författarna har bedömt innan studiens start att risken att någon patient skulle komma till skada varit mycket låg och kan efter studiens genomförande inte se att någon patients vård har påverkats negativt.

Förförståelsen

Författarna till studien har en viss förförståelse till hur arbetet kring positionering på operationsbord av en patient på en operationssal kan gå till och har sett att det inte alltid är så att patienten blir delaktig i sin positionering på operationsbordet. Författarna har alltså sett att detta ämne som syftet avser, behöver undersökas då de stött på liknande händelser i verkligheten. Sedan är författarna bekanta med de valda sjukhusen sedan tidigare i regionen och författarna har därav tidigare sett och vårdat patienter inför deras operationer. Författarna har på grund av detta även en viss kunskap om själva verksamheten i sig. Enligt Priebe & Landström (2017) syftar förförståelsen på det verkliga förhållandet, att innan en studie påbörjas så kan vi och har kännedom om redan en hel del saker. Alltså att vi förstår något innan vi har genomfört studien om det valda objektet, vi har med oss kunskap sedan tidigare. Förförståelsen innefattar även erfarenheter samt värderingar från livet, inte bara lärdom om det aktuella fenomenet (Henricson & Billhult, 2017 och Priebe & Landström, 2017). Således bär författarna med sig en tidigare erfarenhet av fenomenet som oundvikligen påverkat analysprocessen då författarna tolkat innehållet på en djupare nivå samtidigt som tolkandet också är essentiellt för just denna analysprocess (Graneheim & Lundman, 2004).

RESULTAT

I denna studie kunde författarna se att patientdelaktigheten under deras positionering på operationsbordet synliggjordes på olika sätt. Det var olika yrkesprofessioner som interagerade och kommunicerade och olika mycket gällande att göra patienten delaktig i sin positionering. För det mesta var den cirkulerande personalen på salen den som var mest aktiv i patientdelaktigheten. I denna studie var det undersköterskan som var den cirkulerande personalen och hade en mycket central roll. Studiens resultat baserades på 17 stycken observationer. Analysen av observationerna resulterade i tre teman: *vårda en unik människa*, *visa vägen*, *göra till del av teamet* följt av sex subteman: *teamets lyhörddhet*, *inge trygghet*, *guida och leda*, *ge information*, *ge bekräftelse* samt *exkludering och delaktighetens frånvaro* (tabell 2).

Tabell 2. Översikt av tema och subtema

TEMA	SUBTEMA
Vårda en unik människa	<ul style="list-style-type: none">● Teamets lyhörddhet● Inge trygghet
Visa vägen	<ul style="list-style-type: none">● Guida och leda
Göra patienten till en del av teamet	<ul style="list-style-type: none">● Ge information● Ge bekräftelse● Exkludering och delaktighetens frånvaro

Vårda en unik människa

Under det första tema som framkom fick författarna fram följande subtema: *Teamets lyhörddhet* samt *Inge trygghet*. Här framhövdes det centrala i vårdandet: patienten är i fokus. Operationsteamet var lyhörda för patienten och gav tid till att lyssna på denne. De använde ofta en lugn ton och stämning samt använde olika sätt för att inge trygghet genom beröring, närhet och samtal, vilket tolkades få positiv effekt för patientens mående.

Teamets lyhörddhet

För att kunna anpassa och skraddarsy operationssalen utefter patienten så förberedde sig personalen genom att läsa i journalen om någon vikt och längd fanns dokumenterat och på så vis kunde de förbereda och anpassa operationsbordet utefter patientens individuella och fysiska förutsättningar.

I många av observationerna märktes det att operationsteamet hade patienten central i vårdandet utan att de nödvändigtvis kommunicerade verbalt. De var ofta lyhörda för patientens behov gällande sin positionering på operationsbordet och såg vad just den patienten behövde för utrustning för att möjliggöra en bra positionering på operationsbordet. Teamet hade patienten i fokus genom att de lyssnade till vad patienten hade att säga och beaktade dennes behov. Patienten tillfrågades hur det kändes i aktuell position på operationsbordet för att se så att patienten låg bekvämt och inte hade ont, samt att teamet var alerta på patientens egen förmåga att hjälpa till och beaktade denna inför positionering om det var möjligt.

Klarar du själv att flytta över eller ska vi hjälpa dig? Nej uppger patienten. Personal hjälper patienten att flytta över efter patientens önskemål då patienten hade ont och var trött. Patienten är i fokus, tillfrågades flera gånger om hen ligger bra och teamet är försiktiga med positioneringen på grund av smärtan (Nr 5).

I observationerna framgick det tydligt att ett fungerande och sammansvetsat team kunde påverka patienten positivt. Teamet kunde arbeta under tystnad utan att behöva kommunicera verbalt med varandra, de verkade veta precis vad de skulle göra vilket föreföll bidra till att patienterna blev lugnare. I de fall där teamarbetet var sammansvetsat så uppvisade teamet stor lyhördhet för patienten genom att genomgående under tiden patienten var vaken tillfråga denne om hur situationen i den pågående positioneringen kändes, om något upplevdes obehagligt eller gjorde ont. Att teamet lyssnar på patienten och ger patienten bekräftelse på detta sätt sågs som en röd tråd genom de flesta patientmöten. I många fall kunde det ses att det framför allt var undersköterskan som var den som återkommande var i närheten av patienten och redo att lyssna till denne.

Därmed sågs det att när teamet var sammansvetsat och välfungerande, då kunde det ses att patienten bemöttes med mer patientfokus. Detta kunde ses i form av att teamet lade märke till snabbt när patienten var orolig och anpassade sitt bemötande och information utefter detta. Det observerades att teamet inte bara lyssnade på patientens behov i form av ord utan det lades även märke till att många av teamets medlemmar ofta var alerta på patientens stämningsläge och kroppsspråk redan när denne ankom till operationssalen. Det framgick att många av teammedlemmarna stod redo att möta patientens blick och som det tolkades kunna göra en bedömning av vilket bemötande just denna patient behövde.

Inge trygghet

Det kunde återkommande observeras att operationsteamet gav stöd och trygghet till patienten i sin positionering på de sätt som var möjliga, genom beröring eller samtala i lugn ton, vilket tolkades som en trygghet - att teamet i form av närhet och samtal förmedlade lugn till patienten som fick denne att slappna av. Tiden som fanns tillgänglig för positionering var

i många fall kort. Det observerades att operationsteamet oftast gjorde kommunikationen med patienten så effektiv och trygg som möjligt under de förutsättningar som fanns. Exempelvis genom att använda sig av beröring och lägga en hand på patientens axel, arm eller ben och detta samtidigt som någon i teamet förde samtal med patienten. Detta tolkades skapa ett lugn för patienten genom att patientens mimik i ansiktet uppvisade ett leende eller var avslappnat. Vid ankomst till operationssalen kunde en personal ur operationsteamet hålla en hand runt patientens axel eller stöttade upp med en hjälpande hand. ”Patienten ses vara i fokus. Personal lade en hand på axeln, undersköterskan står vid patientens sida- lade en hand på patienten vid kommunikation. Undersköterskan väldigt alert på teamet och patientens behov. Teamet inger trygghet. Patienten ter sig lugn” (Nr 9).

I flera av fallen så verkade operationsteamet samspelta och rutinerade i att skapa ett lugn på salen och detta såg ut att påverka patienten positivt i sin positionering. Genom lugnt bemötande, avslappnad atmosfär på operationssalen och stämning teammedlemmarna emellan så skapade det ett lugn på salen, detta oavsett hur mycket verbal kommunikation som skedde. Således verkade en lugn stämning och lugnt bemötande spela roll i hur trygg patienten verkade i sin positionering på operationsbordet även om ord inte alltid användes. För vissa patienter var operationsmiljön något helt nytt vilket uttrycktes med nervositet och rädsla, hos vissa även tårar. Teamet var då där och informerade att de är där för patienten och finns vid dennes sida. ”Teamet är observant på att patienten är nervös och lite ledsen. Det läggs en hand på patienten. Patienten är ej lämnad vid något tillfälle” (Nr 7).

Visa vägen

Under detta tema fick författarna fram följande subtema i sin analys: *Guida och leda*. Det uppmärksammades att när patienten ankom till operationssalen, blev denne ofta guidad till operationsbordet, och som det tolkades av författarna, direkt mottagen i trygga händer, vilket här menas med ett operationsteam som samtalar i lugn i ton och speglar detta i sitt kroppsspråk till patienten. Vem i operationsteamet som visade vägen var varierat, ibland enskild personal och emellanåt sågs ett gemensamt ledarskap där flera i teamet visade patienten till operationsbordet. Varje subtema förklaras mer ingående nedan.

Guida och leda

När patienten kom in till operationssalen, oftast tillsammans med anestesijuksköterskan, blir denne i de flesta fall guidad till operationsbordet där det är tänkt att patienten skall ligga och positioneras inför kommande operation. I flera fall har det observerats återkommande att en personal i teamet, oftast en undersköterska, tar emot patienten på ett tydligt sätt när denne kommer in på salen och personalen blir då som en vägvisare till operationsbordet.

Operationsteamet bemötte oftast patienten med förutsättning att denne skulle kunna vara nervös inför sin operation. Det observerades många gånger att operationsteamets medlemmar verkade agera som trygga pelare för patienten då det sågs att teamet hade ett stabilt och lugnt sätt att bemöta patienten som inkom till den för denne, som det oftast tedde sig, okända operationsmiljön.

Det observerades att ledarskapet i operationsteamet och patientens positionering kunde ta olika former. I många fall tog teamet ett gemensamt ansvar för att göra patienten delaktig i sin positionering på operationsbordet men i några fall har det syntts att operationssjuksköterskan tagit en mer ledande roll. I dessa fall har då operationssjuksköterskan givit patienten tydliga direktiv och information direkt när denne kom in på salen gällande exempelvis vart patienten skulle gå, hur patienten skulle ligga på operationsbordet och sedan positioneras. Dessa tydliga och raka direktiv tedde sig under observationerna ha en lika positiv effekt för patientens delaktighet i sin positionering, som när hela teamet guidar patienten. Genom att det likaså i dessa fall resulterade i en lugn patient. Ibland har det även kunnat ses ett sorts gemensamt ledarskap mellan undersköterska och operationssjuksköterska. Författarna lade märke till detta då det typiska teamarbetet, när hela teamets medlemmar arbetar gemensamt, var något mindre framträdande men att då operationssjuksköterskan och undersköterskan tillsammans guidade patienten till operationsbordet och tillsammans gav raka och tydliga direktiv hur denne skulle lägga sig på operationsbordet och sedan positioneras. Det tolkades som att undersköterskan och operationssjuksköterskan kanske hade ett tätare samarbete än med övriga teammedlemmar.

Göra patienten till en del av teamet

Under detta sista tema uppkom följande subteman: *Ge information, Ge bekräftelse* samt *Exkludering och delaktighetens frånvaro*. Under detta avsnitt beskrivs olika sätt hur medlemmar i operationsteamet gjorde patienten till en del av teamet och hur detta inverkar positivt för patientdelaktigheten. Operationsteamet gav ofta tydlig information till patienten om hur denne skulle positioneras på operationsbordet samt vad som skulle hända innan operationens start. De gav även patienten bekräftelse många gånger genom att återkommande kommunicera med patienten kring dennes mående och att hen verkligen låg bra på operationsbordet. Sedan fanns det några fall där patientdelaktigheten var mindre synlig vilket resulterade i att patienten blev lidande. Därav bildades detta sista subtema som synliggör när delaktigheten inte är en självklar del i operationsteamets arbete.

Ge information

I många av observationerna synliggjordes det tydligt hur personalen informerade patienten om vad som pågick kontinuerligt. I de allra flesta fall informerades patienten om den position

denne skulle befinna sig i under operationen, exempelvis i ryggläge eller ligga med benen upphöjda från kroppen, och hur detta kunde påverka kroppen genom exempelvis när kroppsdelar blir extra utsatta för tryck. Samtliga av operationsteamets medlemmar men med olika frekvens berättade vad som skulle ske inne på operationssalen och vad det kunde ha för betydelse för patienten. Operationsteamet, men ofta operationssjuksköterskan eller undersköterskan, berättade i de flesta fall utförligt hur respektive position gick till, hur det kunde kännas efteråt hur patienten kunde må när denne vaknade igen. De informerade patienten oftast väl om det kirurgiska ingreppet och utifall att en spinalanestesi skulle ges så informerade de om det och hur det gick till. I de fall patienten skulle ligga i enbart ryggläge informerades det inte lika ofta som vid andra positioner hur den kunde komma att kännas för patienten. När operationen skulle ske i benskålar eller benstöd där benen skulle vara upphöjda från kroppen och ibland vinklade utåt så kunde det ses att operationsteamet informerade patienten i högre grad om sin positionering. "Har du problem med dina höfter eller knän? För du kommer att höjas upp i benstöd när du har somnat" (Nr 7).

Vem i teamet som gav informationen var varierande, ofta berodde det på om operationssjuksköterskan eller anestesijüksköterskan var upptagna med andra arbetsuppgifter och förberedelser. När så var fallet, var det ofta undersköterskan som var den som var hos patienten och informerade denne om dess positionering och vad som pågick i operationssalen. I många fall tog ofta operationssjuksköterskan plats tidigt och informerade patienten om dennes positionering på operationsbordet. Patienten fick då veta hur denne skulle ligga och varför just den positionen behövdes för just det ingreppet. Det tolkades som att det var viktigt för operationssjuksköterskan att positioneringen blev bra från början för att förebygga besvär för patienten men även förhindra problem under operationen på grund av en felaktig positionering.

Ge bekräftelse

Efter att patienten fått information om hur denne skulle ligga på operationsbordet återkopplade teamet ofta med patienten för att se så att denne verkligen mådde väl. En tydlig kommunikation mellan operationsteamet och patienten kunde frekvent ses och personalen tillfrågade ofta patienten direkt när patienten kommit upp på operationsbordet om patienten hade problem med höfter eller knän relaterat till kommande positionsläge i exempelvis benskålar eller benstöd.

Operationsteamet instruerade i många fall patienten noggrant hur denne skulle lägga sig på operationsbordet och förflytta sig själv så länge patienten kunde det. I vissa fall fick operationsteamet hjälpas åt att förflytta patienten, efter patientens önskan eller behov, från sin säng till operationsbordet och resterande lägesändringar som behövdes. Genom detta sågs det att de försökte beakta patientens egen förmåga och bekräfta denna, oavsett

patientens grad av sjukdom eller immobilitet. ”Går det bra att ta sig över till operationsbordet eller ska vi hjälpa dig? (Nr 5).

Operationsteamet uppvisade stor noggrannhet och lyhördhet genom att hela tiden samtala med patienten när de ändrade positionering, vilket uppfattades synliggöra patientens fortsatta delaktighet. Författarna kunde se i de flesta fallen att patienten var i teamets fokus och teamet pratade hela tiden till patienten och gjorde patienten delaktig i det som hände och skulle hända på operationssalen. Det kunde ses som att operationsteamet gjorde patienten till en del av teamet. En del personal kommunicerade väldigt aktivt i form av både verbal och icke verbal tydlig kommunikation i allt de gjorde med patienten genom hela positioneringen. Detta genom att förklara och visa patienten kontinuerligt vad som skedde, från det att patienten kommit upp på operationsbordet tills dess att patienten skulle sövas. Den teammedlem som författarna återkommande kunde se som var mest aktiv i att involvera patienten var undersköterskan. Detta kunde ses i många observationer och var genomgående i patientvården som en röd tråd, undersköterskan var den som ofta var nära patienten och ofta den som involverade patienten i vad som skulle hända redan vid ankomst till operationssalen.

Exkludering och delaktighetens frånvaro

Vid ett flertal observationer förekom det genomgående under operationsteamets patientmöten att patienten inte gjordes delaktig i sin positionering på operationsbordet, vilket i dessa fall syntes i flera andra avseenden än själva positioneringen. Vid en observation ramlade en patient nästan ned från operationsbordet för att denne lämnades själv till att ta sig dit. I dessa fall där patienten lämnades ensam var operationsteamet ofta upptagna med andra arbetsuppgifter som inte involverade patienten och då saknades kommunikation med patienten. Det kunde ses att patienten var exkluderad ur teamet och inte i fokus. Det som då återkommande sågs var att patienten fick lägga sig själv på operationsbordet utan guidning och sedan lämnades där utan information, bekräftelse eller trygghet. Ingen personal var intill patienten eller kommunicerade med patienten.

När patientdelaktigheten var bristfällig ledde det till att en patient fick ont i ett fall när en teammedlem skulle placera benen i benstöd. Patienten hade inte blivit tillfrågad innan om denne hade problem med höfter och knän vilket ledde till ett lidande för patienten, patienten uttryckte smärta. I några fall saknades operationssjuksköterskans närvaro vid patientens positionering på operationsbordet och i vissa fall var inte operationssjuksköterskan involverad alls och kontrollerade heller inte positioneringen innan operationsstart med patienten eller operationsteamet. Ett återkommande moment som kunde observeras som tydligt satte delaktighet och patientfokus i andra hand var att personal ofta satte på benremmar för att säkra position och förhindra att patienten ramlar ned från operationsbordet, utan att informera patienten om att detta skedde och varför de gjorde det.

Detta kunde även ske gällande påtagning av strumpor eller ibland även vid justering av de bord som patientens armar skall ligga på. Det kunde ses att arbetsmomenten utfördes på patienten men utan att denne fick någon information om vad som pågick eller möjlighet att ställa frågor om situationen. "Nu fäller vi dig bakåt lite, dags för sövning" (Nr 18).

I något fall var inte anestesisjuksköterskan påläst om patienten och sade fel namn till patienten några gånger, vilket kunde ses orsaka en otrygghet hos patienten under dennes vakna tid på operationsbordet. Något som författarna tolkade påverka operationsteamets möjlighet att kunna delaktiggöra patienten var den underliggande stress som personalen verkade inneha, det märktes på samtliga operationssalar att det alltid var tidspress och produktionskrav på operationerna. Operationsteamen observerades vara snabba och effektiva i sitt arbete men det tolkades att just detta ibland kunde gå ut över patientmötet.

Resultatsammanfattning

Denna studies resultat visar på att när operationsteamet är sammansvetsat och alerta på patientens behov under dennes positionering så leder det till patientdelaktighet och en känsla av inkluderande av patienten i operationsteamet. I några fall tog vissa teammedlemmar mer ledande roller och i vissa fall var en del mer eller mindre närvarande i patientmötet. I några få fall var patientdelaktigheten bristande där patienten inte blev sedd och patienten tolkades då bli exkluderad ur teamet. Att kunna erbjuda vägledning under operationsförberedelserna och information om positioneringen och vad som skulle ske verkade essentiellt. Att sedan även bekräfta patienten, att denne förstått informationen och mådde väl verkade också vara av stor betydelse. Ett återkommande fenomen som kunde ses var att det ofta var undersköterskan som var den teammedlem som fanns nära patienten och kunde erbjuda denna information och bekräftelse och därmed trygghet.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med denna studie var att undersöka hur operationsteamet gör patienten delaktig i sin positionering på operationsbordet. Studien är genomförd som en strukturerad kvalitativ icke-deltagande observationsstudie. Fördelen med observationer är att de kan utföras direkt via de mänskliga sinnesorganen (Polit & Beck, 2021), ögon och öron i detta fall. Denna metod svarar bäst till syftet i detta fall då interaktioner och beteenden skulle studeras vilket författarna bedömer som svårt att fånga upp via exempelvis en intervjustudie eller enkätstudie. Författarna ville inte att studiedeltagarna eller deras eventuella vetskap om syftet skulle påverka resultatet, därmed bedömde författarna att en icke-deltagande observationsstudie kunde vara det bästa metodvalet och ser det som en styrka med metoden att det gjordes en observationsstudie. En styrka hade dock varit att genomföra intervjuer och därmed fått med patientperspektivet. Enligt Kjellström (2017) bör författarna forska om ämnen som är av betydelse och syftet med studien kan bidra till ny kunskap. Även Mårtensson och Fridlund (2017) säger att forskning ska gynna till tänkbar nytta för omvårdnaden samt delta till att ny kunskap frambringas för att främja hälsa, förhindra ohälsa och lindra lidande. Då det finns en kunskapslucka inom området valde författarna att studera hur operationsteamet delaktiggör patienten i sin positionering på operationsbordet. Resultatet kan förhoppningsvis leda till att ämnet uppmärksammas och kan förbättra arbetet på operationssalen.

Observationerna utfördes på två stycken operationsavdelningar på två sjukhus i sydvästra Sverige som valdes ut genom ett bekvämlighetsurval. Polit och Beck (2021) beskriver att ett bekvämlighetsurval kan vara en rimlig urvalsmetod när deltagarna i studien behöver förekomma inom en viss organisation eller kontext. I föreliggande studie avser det i detta fall inom operationsverksamhet. Fördelen med ett bekvämlighetsurval är att det är ett lätt sätt att få deltagare till sin studie och är dessutom den vanligaste förekommande urvalsmetoden (Polit & Beck, 2021). Dock är det den minst tillförlitliga då det finns risk att studiedeltagarna inte motsvarar en varierad population (Polit & Beck, 2021), detta kan ses som en svaghet med studien. Dessutom om författarna hade hunnit med att inkludera fler operationsavdelningar i regionen hade det inneburit fler studiedeltagare och troligen en mer varierad population och detta hade förmodligen kunnat öka studiens trovärdighet (Mårtensson & Fridlund, 2017)

Innan datainsamlingen sattes igång utförde författarna en pilotstudie för att se så att studien var praktiskt genomförbar och för att testa om det observationsprotokoll som skapats av författarna svarade på studiens syfte. Efter pilotstudien kom författarna fram till att

observationsprotokollet var bra konstruerat, vilket innebar att författarna kunde fortsätta använda det som stöd i sina observationer. Med stöd av protokollet gjordes observationerna strukturerade vilket författarna ser som en styrka i metoden men även att det ökar studiens pålitlighet (Polit & Beck, 2021), då andra forskare skulle kunna använda sig av detta observationsprotokoll för att studera samma fenomen och skulle troligen få liknande resultat. Hade författarna istället valt att utföra observationerna via öppna anteckningar, hade risken varit att fel saker lagts fokus på i fältanteckningarna. Då observationstiden inte kom att vara så lång så beslutade författarna att observera alla operationer tillsammans, förutom två stycken. Detta bedömer författarna kan stärka studiens trovärdighet genom att chansen för att resultatet är sant borde te sig mer sannolikt då det är två personer som samlar in data och jämför denna. Vid genomförandet av en observationsstudie finns alltid en risk att deltagarna i en observationsstudie ändrar sitt beteende på grund av försök att passa in i det de tror observeras vilket benämns Hawthorne-effekten (Polit & Beck, 2021). Därmed är det av betydelse att observatören placerar sig så passivt som möjligt samt inte interagerar med de som blir observerade. Den som observerar skall vara en inaktiv åskådare, resultatet riskerar annars att bli vinklat (Polit & Beck, 2021). Detta försökte författarna i denna studie göra efter bästa förmåga vid varje observation. Under själva observationstiden från det att patienten kom in så involverades inte författarna på något sätt. Författarna bedömer att deras närvaro inte påverkat patientens vård på ett negativt sätt.

Det slutliga materialet landade i 17 observationer som låg grund för analysarbetet. Totala observationstiden blev 230 minuter (3 timmar 50 minuter). Enligt Polit & Beck (2021) skall den rimliga siffran för studien innehålla fullgod urvalsstorlek att inte ny fakta uppstår. Författarna upplevde att när 17 kompletta observationer var gjorda så var det tillräckligt med material insamlat till svar på syftet då det återkommande uppkom mycket liknande saker i observationerna till slut. Författarna tyckte det var svårt att observera då vissa salar var stora och inte hade så mycket apparatur, vilket gjorde att observatörerna blev mer synliga av deltagarna samt att det ibland var svårt att höra vad medlemmarna i teamet sade, vilket i ett fall gjorde att en observation inte kunde inkluderas i analysen. En ytterligare svårighet författarna upplevde med att observera var att det svårt att formulera hur olika värdeord, exempelvis trygghet, kan beskrivas i ord och återspeglas på ett kondenserat men beskrivande sätt i resultatet.

Pålitlighet i ett examensarbete kan uppvisas genom att författarnas förförståelse har beskrivits, vilket framkommer i denna studie. Även författarnas tidigare erfarenheter och hur dessa påverkat datainsamling samt dataanalys behöver klargöras (Mårtensson & Fridlund, 2017). Författarnas tidigare erfarenheter har inte påverkat datainsamlingen och dataanalysen nämnvärt och den erfarenhet de har är att de haft verksamhetsförlagd utbildning på platsen samt känner till miljön och en del av personalen. Förförståelsen har författarna efter bästa förmåga försökt lägga bakom sig under datainsamlingen och dataanalysen men då en tolkning gjorts av observationerna går det aldrig helt att göra sig fri från sin förförståelse. Ett

sätt för att ytterligare stärka pålitligheten är att visa hur analysen har gått till, exempelvis via en tabell (Graneheim & Lundman, 2004) vilket författarna visar i denna studie, se avsnittet Analys.

Valet av analysmetod för denna studie landade i Graneheim och Lundmans (2004) metod för kvalitativ innehållsanalys där författarna använde sig av en latent innehållsanalys för att verkligen kunna använda allt observerat material. Latent innehållsanalys innebär att innehållet kan tolkas på en djupare nivå (Graneheim & Lundman, 2004) till skillnad från manifest innehållsanalys där innehållet beskrivs så som det är och inte tolkas. Författarna började med manifest innehållsanalys för att just beskriva det studerade fenomenet men insåg snabbt att mycket av innehållet från observationerna då skulle gå förlorat eftersom det framkom mycket underliggande kommunikation och interaktioner. Således var en latent innehållsanalys mest rimlig för att kunna svara på syftet. I och med att författarna först hade tänkt sig den manifesta innehållsanalysen (Graneheim & Lundman, 2004) började kategorier och subkategorier tas fram. Dock då det under analysens gång uppkom liknande saker som gick in i varandra, så valdes istället teman med subteman för att på ett optimalt sätt uppvisa det underliggande innehållet från analysen. Därmed valdes istället en latent innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004) som mest lämplig analysmetod.

Om analysprocessen är väl beskriven i examensarbetet och författaren noga säkerställer sina ställningstaganden under hela forskningsprocessen och håller sig neutral ökar bekräftelsebarheten (Mårtensson & Fridlund, 2017), vilket författarna anser har skett under detta examensarbetets process. I och med att en tolkning har gjorts under analysprocessen har författarna kontinuerligt stämt av med varandra i skapandet av texten att ingen av författarna lägger in egna värderingar och värdeord, detta för att öka bekräftelsebarheten (Mårtensson & Fridlund, 2017), att författarna behåller sin neutralitet trots en viss tolkning. I samband med de handledningstillfällena författarna har haft, har de också fått hjälp att lokalisera och korrigera eventuella värdeord som av misstag kan ha framkommit under analysprocessen, således har resultatet hållits så neutralt som möjligt trots tolkningen som skett. Författarna ser det även som värdefullt och positivt för bekräftelsebarheten att de varit två stycken och i och med detta hela tiden kunnat diskutera med varandra för att hålla god kvalitet genom examensarbetet (Mårtensson & Fridlund, 2017). Att ha en studiekamrat eller en handledare att bolla tankar med ökar trovärdigheten. Författarna har även haft kontakt med sin handledare och studiekamrater kontinuerligt vilket även detta kan stärka trovärdigheten i en studie genom att andra då ser arbetet och kan diskutera med författarna som gynnar studiens kvalitet (Carlson, 2017).

Enligt Vetenskapsrådet (2022) så finns det fyra stycken huvudkrav som skall beaktas vid forskning på människor. Dessa krav är informations-, samtyckes-, konfidentialitets-, samt nyttjandekravet. I denna studie har dessa beaktats och innan datainsamlingen påbörjades så skickades informationsbrev ut till verksamhetschef och berörda enhetschefer och gav ett

godkännande att få genomföra observationsstudien. De berörda enhetscheferna informerade i sin tur sin personal, alltså eventuella studiedeltagare, via mail att studien skulle komma att ske och när. Studiens syfte delgavs dock endast till verksamhetschef och enhetschef då studiens resultat skulle påverkas markant om studiedeltagarna visste om vad som studerades. Författarna ville att operationsteamet skulle vara så opåverkade som möjligt av att studien pågick och att de blev observerade. Deltagarna fick dock veta att observationerna berörde teamarbete. Författarna var också mycket noggranna med att alla deltagare skulle känna sig trygga med sitt medverkande, författarna påminde flera gånger att de kunde avböja deltagandet. Författarna har inte kunnat se att patienterna påverkats negativt av observatörernas närvaro i operationssalen. Författarna bedömde innan studiens start att risken att patienten skulle komma till skada skulle vara mycket låg och efter studiens genomförande sågs inte att någon patients vård har påverkats negativt. Eftersom författarna studerar på högskola på avancerad nivå så behövde ingen etikprövning genomföras (SFS 2003:460). Den data som insamlats har förvarats inlåst och resultatet av den insamlade datan har enbart använts i föreliggande studie. För att bibehålla konfidentialiteten har det insamlade materialet avidentifierats och raderats efter den blivit godkänd.

Resultatdiskussion

Syftet med examensarbetet var att undersöka hur operationsteamet gör patienten delaktig i sin positionering på operationsbordet. Studiens huvudsakliga fynd var att ett starkt teamarbete främjar patientdelaktigheten och patientsäkerheten och att operationsteamet använder sig av olika sätt för att vara lyhörda och inge trygghet. Verbal kommunikation men även icke verbal så som beröring tolkades bidra till att patienten blev trygg i sin positionering på operationsbordet men verkade också återkommande bidra till att patienten blev inkluderad i teamet. I ett mindre antal fall var patientdelaktigheten bristande, där patienterna inte blev sedda eller lyssnade till. Detta sågs bidra till en exkludering från teamet. Ett oväntat fynd var att undersköterskan i operationsteamet hade en mycket central roll att göra patienten delaktig i sin positionering på operationsbordet. Undersköterskan såg till att patienten aldrig blev lämnad ensam och den som gav mest information och bekräftelse. Det finns mycket lite forskning om undersköterskans roll i operationsteamet. I många länder består denna roll istället ofta av en ytterligare operationssjuksköterska som innehar rollen som cirkulerande personal. Det finns forskning kring den cirkulerande personalen i denna form där det påvisas att uppgifter som ledarskap, situationsmedvetenhet, god uppgiftshantering, ledarskap samt gott teamarbete är centrala (Redaelli, 2018). Detta kan kopplas även till föreliggande studie då just situationsmedvetenhet var något som var framträdande i undersköterskans roll i operationsteamet. Författarna till denna studie observerade återkommande att undersköterskan var den i operationsteamet som var mest observant på patientens behov och ofta var väldigt närvarande i sitt vårdande samtidigt som hen också var alert på operationsteamets behov.

Det författarna kunde se under majoriteten av observationerna var att operationsteamet arbetade väl tillsammans och visade respekt för varandra och hjälptes åt när patienten hade inkommit till operationssalen. Teammedlemmarna kommunicerade oftast tydligt med varandra och varje teammedlem fick tid att ställa de frågor de behövde till patienten inför operation. Det uppmärksammades i denna studie att operationsteamet hjälptes åt vid förflyttning av patienten och stämde av med varandra att det var en optimal position där arbetet kunde ske obehindrat. Enligt Nordström & Wihlborg (2019) är det betydelsefullt för den perioperativa sjuksköterskan att i operationsteamet visa respekt för varandras professioner och ansvarsområden och att vården sker med gemensamma mål. I denna studie synliggjordes fördelarna med ett sammansvetsat operationsteam och sannolikt kanske detta har sin grund i att teammedlemmarna kan kommunicera väl och respektera varandra i patientarbetet. Författarna tolkar det som att erfarna yrkesprofessioner och som har jobbat tillsammans länge vet hur sina kollegor arbetar, därför fungerar teamarbetet bättre utan att de behöver kommunicera med ord. Tidigare forskning lyfter vikten av att respektera varandras yrkesprofessioner och jobba just sammansvetsat (Sandelin & Gustavsson, 2015; Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Alla är betydelsefulla och för en patientsäker vård krävs en bra kommunikation i operationsteamet (Svensk sjuksköterskeförening, 2016) samt för att förhindra att allvarliga vårdskador uppstår (Marshall & Finlayson, 2018). Murphy (2019) beskriver vidare att patientsäkerheten främjas genom just god kommunikation. För ett välfungerande teamarbete på operation är det en förutsättning att kommunikationen sker respektfullt med varandra och varandras unika kunskaper respekteras (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018; Sandelin & Gustafsson, 2015; Sandelin et al., 2019; Sundqvist et al., 2018).

Att patientdelaktigheten uppmärksammas i vården är av stor vikt (Kao et. al., 2022). Att vårdpersonal tar sin tid och är lyhörda för patienten är essentiellt och bidrar till att patienter känner sig sedda skapar ett lugn (Kao et. al., 2022). Detta framkom även i denna studies resultat - att vårdpersonal var lyhörda för patienten vilket resulterade ett lugn på salen. Att teamet gemensamt ser hela patienten och inte lämnar denne ensam i en kanske skrämmande operationsmiljö, som det tolkades i denna studie, är betydande även enligt Ellingsen (2012). Där belyses att operationsmiljön kan vara just mycket skrämmande med dess starka belysning och ett mycket begränsat synfält för patienten som ligger på operationsbordet (Ellingsen, 2012). Andra saker kan vara att operationsbordet är hårt och därmed upplevs obehagligt, en okänd miljö där patienterna förlorar kontrollen över situationen (Ericsson et al., 2018). Även tidigare (Blomberg et al., 2018; WHO, 2009) och nyare forskning (Sundqvist et al., 2018) påvisar just att ett gemensamt ansvar skall ske i operationsteamet och att visa hänsyn till patienten och se till att denne är i fokus och bemöts med respekt, vilket kunde uppmärksammas även i denna studies resultat. Patienten kan även uppleva sig utsatt till följd av sänkt autonomi samt att det existerar ett starkt beroende i vårdrelationen mellan patienten och personalen (Lindwall & von Post, 2008). Detta påvisades även i denna studie då operationsteamet verkade förutsätta i sitt bemötande att patienten skulle känna sig

nervös inför sin operation. Det är viktigt för att skapa trygghet och minska oro hos patienten, att den perioperativa sjuksköterskan betraktar patienten som värdefull och skapar en god relation (Blomberg et al., 2015). Detta kan även kopplas till lagstadgade författningar - vården skall ges med respekt för den enskilda individens värdighet samt med respekt för patientens behov av trygghet, kontinuitet samt säkerhet (SFS 2017:30). Rudolfsson et al. (2007) och Sundqvist et al., (2018) lyfter att den perioperativa dialogen utgör en betydande del för att den perioperativa omvårdnaden av patienten skall bli god. Det visade sig återkommande i denna studie att underliggande så var den perioperativa dialogen central för patientens delaktighet i sin positionering på operationsbordet. Patienter är i ett stort behov av en dialog, att tid finns avsatt för dem och att tid finns för dem att bli lyssnade till (Arakelian et al., 2016). Att för patienten kunna erbjuda trygghet och lugn visade sig i denna studie genom att operationsteamet på något sätt oftast var nära och lyhörd för patienten och de kunde även använda sig av beröring som medel för att möta den oroliga patienten. Även enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor är förmågor som att visa empati och lyhördhet essentiellt i vårdandet (Svensk Sjuksköterskeförening, 2021). Just beröring är ett medel som med fördel kan användas i kommunikationen med patienten då det i kombination med vårdpersonalens närhet representerar en viktig del i personcentrerad vård (Arakelian et al., 2016) och ett verktyg i den perioperativa dialogen (Abelsson et al., 2020). Beröring kan ha positiva effekter för patientens mående då de kan uppleva mindre postoperativa komplikationer i form av exempelvis smärta och illamående (Selimen, 2011).

Castro et al. (2016) lyfter att delaktighet kretsar kring en patients möjlighet att påverka och engagera sig i sin vård och att vården i sig utförs i dialog med patienten och sker utefter varje enskild människas unika preferenser och potential i kombination med vårdgivarens expertkunskaper. Det betonas även i Sundqvist et al. (2018) studie, att en bra kommunikation patient och vårdpersonal sinsemellan bidrar till ökad delaktighet. I tidigare forskning berättar patienter om upplevelser där de känner sig sedda och att det är en betydande del gällande sin egen omvårdnad, vilket skapar trygghet hos dem (Blomberg et al., 2015). Relaterat till resultatet i denna studie skapades en trygghet hos patienterna, som författarna tolkade det, genom operationsteamets patientfokuserade arbete, i form av att se och bekräfta patienten. I vissa fall var det inte märkbart hur patienten delaktiggjordes i sin positionering på operationsbordet. Det kunde observeras att patienten i princip blev exkluderad ur teamet genom utebliven information eller bekräftelse. I vissa fall var inte operationssjuksköterskan involverad alls och kontrollerade heller inte patientens positionering innan operationsstart. Det ligger i operationssjuksköterskans ansvar att kontrollera positioneringen inför operation för att förhindra tryck-och nervskador (Riksföreningen för operationssjukvård, 2020) som annars kan resultera i ett vårdlidande för patienten (Lindwall & von Post, 2008). I denna studie visade det sig vid ett tillfälle leda till att en patient fick ont när en medlem i operationsteamet flyttade patientens ben och skulle placera dem i benstöd. Bättre kommunikation kunde tolkas vara av betydelse. Patientsäkerheten främjas genom god kommunikation (Murphy, 2019; WHO, 2009). Är

patienten delaktig och välinformerad, vilket framhövdes i föreliggande studie, bidrar det till en trygghet hos patienten (Svensk sjuksköterskeförening, 2021; Lindwall & von Post, 2008).

Enligt Arakelian et al. (2016) upplever många patienter en förlust av sin autonomi genom att vara sövd och genomgå en operation, vilket stärker känslan av hjälplöshet samt ökat beroende av andra. Patienter i föreliggande studie som befinner sig på operationssalen, är i behov av operationen av någon anledning och enligt Eriksson (1994) befinner sig människan då i ett livslidande. Livslidande uppstår när ett lidande uppkommer på grund av negativt inflytande på människans vardagsliv vilket orsakats av ohälsa och sjukdom. I denna studie visades patienten med hänsyn samt respekt och kunde därmed uppleva känslan att vara en betydelsefull människa, delaktig i sin vård samt av detta kunde vårdlidande (Eriksson, 1994) förhindras i de flesta fall.

I denna studie har Imogene Martina King's (1981) kommunikationsteori använts för att kunna relatera och påvisa interaktioner och beteenden som pågår mellan vårdpersonal och patient samt vårdpersonal sinsemellan i mötet vid patientens positionering på operationsbordet. Enligt Imogene Martina King (1981) erhåller individer tre grundläggande vårdbehov: Vård och vårdinformation när de behöver den och har möjlighet att använda den, förebyggande vård samt vård när de inte kan ta hand om sig själva (King, 1981). I denna studie befinner sig patienten i en sårbar situation där en operation är nödvändig. Patienter är i behov av vård och att få information om vad som händer och sker. Enligt King (1981) sker en konstant interaktion mellan vårdpersonal och patienter och båda parter påverkar varandra genom en interaktionsprocess. Detta kan relateras till föreliggande studies resultat då interaktionen mellan patienten och vårdpersonal var en central del för en optimal positionering av patienten på operationsbordet. För att göra patienten delaktig i sin positionering på operationsbordet så krävs en aktiv interaktion mellan patienten och vårdpersonal. Även interaktion operationsteamet sinsemellan var essentiellt för att kunna delaktiggöra patienten i sin positionering. Således skedde interaktioner som svarade på denna studies syfte genom både interpersonella och sociala system (King, 1981) då ett samspel och utbyte skedde både mellan sjuksköterska och patient men även mellan sjuksköterskan och resten av teamet som grupp.

I denna studies resultat var kommunikationen och samspelet operationsteamet emellan en central del för säker positionering på operationsbordet som även kan stärkas av ny forskning (Bjørø et al., 2023). Det kan för operationssjuksköterskor upplevas som stor utmaning med patientens positionering (Bjørø et al., 2023). De uppgav vikten av att säkerställa att positioneringen blir korrekt samt kontrollera den för att förhindra uppkomst av tryck- eller nervskador och då är samspelet i teamet essentiellt (Bjørø et al., 2023; Kolvered et al., 2012). Göras et al. (2020) beskriver hur operationssjuksköterskor planerade och förberedde sig utifrån patientens och kirurgens behov och påvisade således att ett sammansvetsat teamarbete krävdes för att kunna skraddarsy operationssalen för patienten, vilket återigen pekar på vikten av ett gemensamt tankesätt så som denna studies resultat också

konstaterat. Detta betonas vidare av Sundqvists et al. (2018) studie där bra kommunikation och samspel framkommer som essentiellt mellan patient och vårdpersonal samt mellan yrkesprofessioner. Således visade resultatet i denna studie att operationsteamet gör oftast så mycket det är möjligt för att kunna göra patienten delaktig i sin positionering på operationsbordet. Det går dock att se utvecklingsmöjligheter då operationsteamerna inte alltid var lika sammansvetsade och tydliga mot patienten i sitt bemötande men sammantaget sågs det att teamen hade sin grund i ett gott vårdande.

Konklusion

Föreliggande studie visar på att operationsteamet använder olika sätt för att inkludera patienten i sin positionering på operationsbordet. Patienten görs delaktig genom att operationsteamet arbetar utifrån ett patientsäkert omhändertagande och en personcentrerad vård. Att teamet är välfungerande och kan lyssna och bekräfta patienten samt förmedla lugn och trygghet bidrar till att öka delaktigheten. Ibland delaktiggjordes inte patienten och då var det avsaknad av faktorer som att ge information, bekräftelse och trygghet. Studien visar vidare på att det är viktigt att operationsteamet arbetar med patientdelaktigheten och kommunikationen både mellan teamet och patient men även teammedlemmarna sinsemellan för att stärka patientsäkerheten.

Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet

Studien påvisar vikten av ett teamarbete för att möjliggöra patientdelaktigheten och förhindra ett vårdlidande vid positionering på operationsbordet och hur detta bidrar till att synliggöra en personcentrerad vård. Denna studie kan bidra till en ökad förståelse och kunskap kring liknande kontext på andra operationsavdelningar i landet då liknande fenomen kan observeras och ett liknande observationsprotokoll kan användas som stöd. Ett förslag kan vara att utveckla studien genom att inkludera mer studiedeltagare eller göra en intervjustudie av operationsteamets medlemmar för att ännu djupare kunna komma in på essensen av teamarbetet och hur det ytterligare kan stärka patientsäkerheten. Förslag på vidare forskning kan framför allt vara att forska vidare kring ämnet ur patientens perspektiv där det saknas tidigare studier och skulle kunna ge mer djup i ämnet, genom en kvalitativ metod i form av intervjuer.

REFERENSER

Abelsson, A., Falk, P., Sundberg, B. & Nygårdh., A. (2020) Empowerment in the perioperative dialogue. *Nursing open* 8(1), 96-103. DOI: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1002/nop2.607>

Arakelian, E., C. L. Swenne, Lindberg, S., Rudolfsson, G., & Vogelsang, A. (2016). The meaning of person-centred care in the perioperative nursing context from the patient's perspective - an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(17–18), 2527–2544. DOI: <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/jocn.13639>

Bjøro, B., Ballestad, I., Rustøen, T., Fosmark, M. H., & Bentsen, S. B. (2023). Positioning patients for robotic-assisted surgery: A qualitative study of operating room nurses' experiences. *Nursing Open*, 10(2), 469–478. DOI: <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1002/nop2.1312>

Blomberg, A.-C., Bilsholt, B., Nilsson, J., & Lindwall, L. (2015). Making the invisible visible: Operating theatre nurses' perceptions of caring in perioperative practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 361-368. DOI: <https://www-doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/scs.12172>

Blomberg, A., Bisholt, B., & Lindwall, L. (2018). Responsibility for patient care in perioperative practice. *Nursing Open*, 5(3), 414–421. DOI: <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1002/nop2.153>

Brekken, R.S., & Myklestul Dåvøy, G. (2012). Operationsavdelning. I: G. Myklestul Dåvøy, P. Hege Eide & I. Hansen (red.). *Operationssjukvård - Operationssjukköterskans perioperativa omvårdnad*. (1:a uppl.) (s. 103-114). Studentlitteratur.

Bäckström, G. (2012). Operationssjukköterskans profession. I: Myklestul Dåvøy, G., Hege Eide, P. & Hansen, I. (red.) *Operationssjukvård: Operationssjukköterskans perioperativa omvårdnad*. (s. 29-45). Studentlitteratur.

Carlsson, E. (2017). Etnografi och deltagande observation. I Henricson, M. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2:a uppl.) (s. 189-204). Studentlitteratur.

Castro, E. M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Walter, S. & Van Haecke. A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient centeredness in hospital care - a concept analysis based on a literature review. *Patient education and counseling*, 99(12), 1923-1939. DOI: <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.pec.2016.07.026>

Danielsson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I Henricson, M. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2:a uppl.) (s. 143-154). Studentlitteratur.

Dåvøy, G.M., Hansen, I., & Eide, P.H. (red). (2012). *Operationssjukvård - operationssjukköterskans perioperativa omvårdnad*. Studentlitteratur.

Eldh, A.C. (2018). Introduktion. I Eldh, A.C. (Red.), *Delaktighet och patientmedverkan*. (uppl.1) (s. 17-23). Studentlitteratur.

Elgaard Sørensen, E., Hoffmann Kusk, K. & Grönkjaer, M. (2016). Operating room nurses' positioning of anesthetized surgical patients. *Journal of Clinical Nursing*, 25(5–6), 690–698. DOI: <https://www-doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/jocn.13000>

Ellingsen, S. (2012). Peroperativ smärtlindring. I: Dåvøy. G.M., Eide, P.H., Hansen, I. (red.), *Operationssjukvård; Operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad* (1 uppl. s.321–330). Studentlitteratur.

Ericsson, A., Hult, C., & Kumlien, C. (2018). Patients' Experiences During Carotid Endarterectomy Performed Under Local Anesthesia. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 33(6), 946–955. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.jopan.2017.09.011>

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Liber.

Eriksson, K. (2018). *Vårdvetenskap: Vetenskapen om vårdandet om det tidlösa i tiden*. Liber.

Falk-Brynhildsen, K., Jaensson, M., Gillespie, B. M., & Nilsson, U. (2019). Swedish Operating Room Nurses and Nurse Anesthetists' Perceptions of Competence and Self-Efficacy. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 34(4), 842–850. DOI: <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.jopan.2018.09.015>

Fawcett, D. L. (2019). Positioning the patients for surgery. I Alexander, E.L., Rothrock, J.C. & McEwen, D.R. (red.). *Alexander's care of the patient in surgery* (16 uppl., (s. 142-175). Elsevier.

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Science direct*, 24 (2), s. 105-112. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Graubæk, A. (2012). Inledning. I Graubæk, A. (Red.). *Patientologi: personcentrerad vård i teori och praktik*. (Uppl 1., s.19-26.) Natur & Kultur.

Göras, C., Nilsson, U., Ekstedt, M., Unbeck, M. & Ehrenberg, A. (2020). Managing complexity in the operating room: a group interview study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1–12. DOI: <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1186/s12913-020-05192-8>

Hansen, I. & Brekken, R.S. (2012). Positionering av patienten på operationsbädden. I: Dåvøy. G.M., Eide, P.H., Hansen, I. (red.), *Operationssjukvård; Operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad* (1 uppl. s.201–230). Studentlitteratur.

Henderson, S. (2003). Power imbalance between nurses and patients: a potential inhibitor

of partnership in care. *Journal of Clinical Nursing (Wiley-Blackwell)*, 12(4), 501–508.
<https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1046/j.1365-2702.2003.00757.x>

Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ Metod. I Henricson, M. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2:a uppl.) (s. 111-120). Studentlitteratur.

Henricson, M. (2017). Diskussion. I Henricson, M. (Red.): *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 411-419). (2:a uppl.). Studentlitteratur.

Högskolan i Skövde. (2017, 5 oktober). *Ämnet omvårdnad – definition, beskrivning och progression* (Diarienummer 2017/786). Hämtad 29 oktober, 2022, från
<https://www.his.se/utbildning/fristaende-kurser/omvardnad/amnesbeskrivning-omvardnad/>

Ingvarsdottir, E., & Halldorsdottir, S. (2018). Enhancing patient safety in the operating theatre: from the perspective of experienced operating theatre nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 951–960. DOI: <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/scs.12532>

Johnsen Brooker, K., Vikan, M., & Thyli, B. (2020). A Qualitative Exploratory Study of Norwegian OR Nurses' Patient Positioning Priorities. *AORN Journal*, 111(2), 211–220. DOI: <https://aornjournal-onlinelibrary-wiley-com.libraryproxy.his.se/doi/pdfdirect/10.1002/aorn.12930>

Kang, E., Massey, D., & Gillespie, B-M. (2015). Factors that influence the non-technical skills performance of scrub nurse: a prospective study. *Journal of Advanced Nursing*, 71(12), 2846–2857. DOI: <https://onlinelibrary-wiley-com.libraryproxy.his.se/doi/10.1111/jan.12743>

Kao, H.-F. S., Hung, C.-C., Lee, B.-O., Tsai, S.-L., & Moreno, O. (2022). Patient participation in healthcare activities: Nurses' and patients' perspectives in Taiwan. *Nursing & Health Sciences*, 24(1), 44–53. DOI: <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/nhs.12911>

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

King, I. M. (1981). *A theory for nursing: systems, concepts, process*. Wiley.

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (red). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2:a uppl.). (s. 57–80). Studentlitteratur.

Lassen, T. (2012). Patientkultur i ett historiskt perspektiv. I Graubæk, A. (Red.). *Patientologi: personcentrerad vård i teori och praktik*. (Uppl 1., s.27-48.) Natur & Kultur.

Lindwall, L., & von Post, I. (2008). *Perioperativ vård – att förena teori och praxis*. Studentlitteratur.

Ljungqvist, O., Eriksson, L-I., Nygren, J & Thorell, A. (2021). Perioperativ vård. I Ljungqvist, O., Naredi, P., Sund, M. & Thorlacius, H. (red.). *Kirurgi*. (5:e uppl.). (s. 25–39). Studentlitteratur.

Mako, T., Svanäng, P., & Bjerså, K. (2016). Patients' perceptions of the meaning of good care in surgical care: a grounded theory study. *BMC Nursing*, 15, 1–9. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1186/s12912-016-0168-0>

Marshall, D. C., & Finlayson, M. P. (2018). Identifying the nontechnical skills required of nurses in general surgical wards. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 27(7-8), 1475-1487. DOI: <https://onlinelibrary-wiley-com.libraryproxy.his.se/doi/pdfdirect/10.1111/jocn.14290>

Murphy, E. (2019). Patient safety and risk management. I Alexander, E.L., Rothrock, J.C. & McEwen, D.R. (red.). *Alexander's care of the patient in surgery*. (16 uppl., s.15-36). Elsevier.

Myklestul- Davoy, G., Hansen, I. & Hege-Eide, P. (2012). *Operationssjukvård- Operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad*. Studentlitteratur AB.

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2:a uppl.). (s. 421–438). Studentlitteratur.

Nordström, A., & Wihlborg, M. (2019). A Phenomenographic Study of Nurse Anesthetists' and OR Nurses' Work Experiences. *AORN Journal*, 109(2), 217-226. DOI: <https://aornjournal-onlinelibrary-wiley-com.libraryproxy.his.se/doi/pdfdirect/10.1002/aorn.12582>

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11 uppl.). Wolters Kluwer.

Priebe, G. & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I Henricson, M. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2:a uppl.) (s. 25-42). Studentlitteratur.

Pulkkinen, M., Junttila, K., & Lindwall, L. (2016). The perioperative dialogue - a model of caring for the patient undergoing a hip or a knee replacement surgery under spinal anaesthesia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(1), 145-153. DOI: <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/scs.12233>

Redaelli, I. (2018). Non-technical skills of the operating theatre circulating nurse: Sn ethnographic study. *Journal of Advanced Nursing* 74(12), 2851-2859. DOI: 10.1111/jan.13800

Riksföreningen för operationssjukvård (2016). *Riksföreningen anser och rekommenderar om operationssjuksköterskans specialistkompetens för patientsäker vård i operationsrummet*. Hämtad den 21 oktober, 2022, från <http://www.rfop.se/media/4lmheuph/riksfoeringen-anser-och-rekommenderar-om-operationssjukskoeterskans-specialistkompentens.pdf>

Riksföreningen för operationssjukvård (2016).. *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning mot operationssjukvård*. Hämtad 8 oktober, 2022, från http://www.rfop.se/media/nrpdvt1e/kompetensbeskrivning-2020_webb.pdf

Rudolfsson, G., von Post, I. & Eriksson, K. (2007). The expression of caring within the perioperative dialogue: A hermeneutic study. *International Journal of Nursing Studies* 44(6), 905-915. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.02.007>

Sandelin, A., & Gustafsson, B. Å. (2015). Operating theatre nurses' experiences of teamwork for safe surgery. *Nordic journal of nursing research*, 35(3), 179-185. DOI: <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1177/0107408315591337>

Sandelin, A., Gustafsson, B. Å., & Kalman, S. (2019). Prerequisites for safe intraoperative nursing care and teamwork—Operating theatre nurses' perspectives: A qualitative interview study. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 28(13/14), 2635–2643. DOI: <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/jocn.14850>

Selimen, D. (2011). The importance of a holistic approach during the perioperative period. *AORN Journal*, 93(4), 482-487. DOI: 10.1016/j.aorn.2010.09.029

SFS (2003:460). *Lagen om etikprovning av forskning som avser människor*. Utbildningsdepartementet. Hämtad 8 oktober, 2022, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

SFS (2010:659). *Patientsäkerhetslagen*. Socialdepartementet. Hämtad 16 oktober, 2022, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

SFS (2014:821). *Patientlagen*. Socialdepartementet. Hämtad 1 januari, 2023, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821#K5

SFS (2017:30). *Hälso- och sjukvårdslagen*. Socialdepartementet. Hämtad 28 januari, 2023, från *Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) Svensk författningssamling 2017:2017:30 t.o.m. SFS 2022:1255 - Riksdagen*

Sharp, L. (2012). *Effektiv kommunikation för säkrare vård*. Studentlitteratur.

SLS (2019). *Personcentrerad vård – en kärnkompetens för god och säker vård*. Svensk sjuksköterskeförening, Svenska Läkaresällskapet och Dietisternas Riksförbund. Hämtad

den 4 november, 2022, från https://www.sls.se/globalassets/sls/dokument/personcentrerad-vard-2019_digital.pdf

Socialstyrelsen (2015). Basal hygien i vård och omsorg. Hämtad den 17 februari, 2023, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2015-5-10.pdf>

Socialstyrelsen (2020). *Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020 – 2024- Agera för säker vård*. Hämtad den 18 oktober, 2022, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-1-6564.pdf>

Socialstyrelsen (2022). *Trycksår- Patientsäkerhet*. Hämtad den 22 oktober, 2022, från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varidskador/varidskador/trycksar/>

Sonneborn, O & Stacey, P. (2022). Benefits of and impacts of the PSNA role: surgeon and nurse perspectives. *Australian Journal of Advanced Nursing* 39(4), 12-22. DOI: <https://doi.org/10.37464/2020.394.580>

Sundqvist, A-S., Nilsson, U., Holmefur, M. & Anderzén-Carlsson, A. (2018). Promoting person-centred care in the perioperative setting through patient advocacy: An observational study. *Journal of clinical nursing*, 27(11-12), 2403-2415. DOI: <https://onlinelibrary-wiley-com.libraryproxy.his.se/doi/pdfdirect/10.1111/jocn.14181>

Svensk Sjuksköterskeförening (2016). *Säker vård - en kärnkompetens för vårdens samtliga professioner*. Hämtad: 16 oktober, 2022, från <https://swenurse.se/download/18.1dbf1316170bff6748cd964/1584345995743/s%C3%A4ker%20v%C3%A5rd%202016.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (2021). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm:

Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 4 november, 2022, från <https://SvenskSjukskoeterskeforening.se/download/18.7104a0bd1817fce0092f0132/1656659417909/A4%20ICN%20Etiska%20kod%20enkelsidor.pdf>

Teunissen, C., Burrell, B., Maskill, V. (2020). Effective Surgical Teams: An Integrative Literature Review. *Western Journal of Nursing Research*, 42(1), 61-75. DOI: <https://journals-sagepub-com.libraryproxy.his.se/doi/epub/10.1177/019394591983486>

Vetenskapsrådet (2022). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Erlanders Gotab. Hämtad 3 november, 2022, från <https://www.vr.se/om-vr/forskningsetiska-principer-inom-humanistisk-samhallsvetenskaplig-forskning> - Vetenskapsrådet (vr.se)

Von Vogelsang, A-C. & Andersson, E., A. (2022a). *Peroperativ vård*. Hämtad den 18 oktober, 2022, från <https://www.varhandboken.se/varhygien-infektioner-och-smittspridning/operationssjukvard/peroperativ-vard-intraoperativ-vard/>

Von Vogelsang, A-C. & Andersson, E., A. (2022b). *Arbetsrutiner i operationsrum*. Hämtad den 4 november, 2022, från <https://www.vardhandboken.se/vardhygien-infektioner-och-smittspridning/operationssjukvard/arbetsrutiner-i-operationsrum/>

World Medical Association (WMA). (2022). *Declaration of Helsinki – Ethical principles of medical research involving human subjects*. Helsingfors. World Medical Association. Hämtad 8 oktober, 2022, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

World Health Organisation [WHO]. (2009). *Patient safety, Safe Surgery Saves Lives*. Geneva: World Health Organization. Hämtad den 17 oktober, 2022, från <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/safe-surgery>

Wright, M. I., Polivka, B., & Abusalem, S. (2021). An Examination of Factors That Predict the Perioperative Culture of Safety. *AORN Journal*, 113(5), 465–475. DOI: <https://aornjournal-onlinelibrary-wiley-com.libraryproxy.his.se/doi/pdfdirect/10.1002/aorn.13373>

BILAGA 1 OBSERVATIONSPROTOKOLL

OBSERVATIONSPROTOKOLL	
Syfte: hur delaktiggörs patienten i sin positionering på operationsbordet?	
Datum:	
Klockslag/antal min observation	
Typ av operation:	
Typ av positionering:	
Vad säger/frågar personalen pat?	
Vilken <u>kommunikation</u> ses?	
Vem är det som kommunicerar m pat?	
Vilka <u>interaktioner</u> ses i rummet r/t delaktigheten?	
Vad för <u>beteenden</u> kan ses?	

BILAGA 2 BREV TILL VERKSAMHETSCHEF

Till verksamhetschef och enhetschef på respektive berörd operationsavdelning. Förfrågan om tillstånd att genomföra studien ”Operationsteamets arbete för att göra patienten delaktig i sin positionering på operationsbordet” – en kvalitativ observationsstudie.

Vi har som författare sett att det finns god kunskap hur säker vård genomförs vid positionering inför operation men skulle vilja undersöka närmare hur patienten delaktiggörs i detta, vi vill därför studera detta i verksamheten och vill titta på hela operationsteamets roll. En icke-deltagande observationsstudie med kvalitativ ansats kommer göras med önskemål om ett antal på cirka 15-20 observationer. Således önskar vi att studiedeltagarna ej får veta studiens syfte för att inte äventyra studiens resultat men att de däremot självfallet får veta att en observationsstudie genomförs.

Inklusionskriterier: Patienter som sövs efter positionering genomförs. Patienter som sövs inne på salen då det är själva observationsplatsen. Olika positionslägen, exempelvis: gynekologi-, urologi-, samt kirurgioperationer. Exklusionskriterier: Alla operationer där patienten sövs innan positionering samt patienter som sövs utanför operationssalen. Alla ortopedioperationer kommer även att exkluderas på grund av minska risken för mikrofober, antalet personer på salen. Datan kommer att analyseras med hjälp utav kvalitativ innehållsanalys.

Deltagande i studien är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att uppge varför. Den information som inhämtas vid observationerna kommer behandlas konfidentiellt, dvs. att inte någon obehörig får tillgång till den. Allt material kommer att aidentifieras, så att enskilda individer inte kan urskiljas. Resultat kommer att presenteras på gruppnivå, vilket innebär att uppgifter om enskilda personers inte kommer att redovisas för sig.

Om du är intresserad kan vi delge dig resultatet. Vänligen besvara denna förfrågan om att operationsteam i din verksamhet tillfrågas om deltagande genom att skicka ett meddelande där du informerar om studien medges eller inte via e-post till någon av de undertecknande studenterna. Du kan skriva i den medskickade blanketten för samtycke. Studien ingår som examensarbete i Specialistutbildningen till Operationssjuksköterska

Om du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänliga hälsningar

Operationssjuksköterskestudent
Ida Karlsson
Högskolan i Skövde
Tel nr: xxxxxxxxxxxx

Operationssjuksköterskestudent
Martina Hansson
Högskolan i Skövde
Tel nr: xxxxxxxxxxxx

Handledare
Mikaela Ridberg
Högskolan i Skövde
mikaela.ridelberg@his.se

BILAGA 3 MEDGIVANDEBLANKETT

Blankett för medgivande av verksamhetschef eller motsvarande

”Operationsteamets arbete för att göra patienten delaktig i sin positionering på operationsbordet” – en kvalitativ observationsstudie.

Er anhållan:

- Medgives
- Medgives inte

Ort

Datum

Underskrift

Verksamhetsområde