

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ
I VÅRDVETENSKAP
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2011:21

En KUPP på SÄS

Kvalitet ur patientens perspektiv på Anestesikliniken,
Södra Älvsborgs Sjukhus

Joakim Alriksson
Anci Carstensen



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: En KUPP på SÄS
Kvalitet ur patientens perspektiv på Anestesikliniken, Södra
Älvsborgs sjukhus
Författare: Joakim Alriksson
Anci Carstensen
Ämne: Vårdvetenskap
Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng
Kurs: Anestesisjuksköterskeutbildning
Handledare: Anders Jonsson
Examinator: Christer Axelsson

Sammanfattning

Vården ska fortlöpande utvecklas, utvärderas och kvalitetssäkras enligt lagar och förordningar. Nyligen infördes i lag ett ökat patientinflytande. Patientens delaktighet i vården ses som ett medel för att öka patienttillfredsställelsen och därmed vårdkvaliteten. Viktiga områden i upplevelsen av god vårdkvalitet är en god vårdrelation med ett gott bemötande, kommunikation, information och delaktighet. Anestesikliniken SÄS, Borås, önskade utvärdera vården på centraloperation utifrån ovanstående områden. Syftet var att undersöka vårdkvalitet ur patientens perspektiv samt identifiera eventuella områden i behov av kvalitetsförbättring. En kvantitativ enkätundersökning gjordes där KUPP, Kvalitet ur Patientens Perspektiv, användes som metod. Resultatet visade att vården överlag upplevs som god, bemötandet var det område som fick högst betyg av patienterna. Endast sju frågor av trettio identifierades ha brister i behov av att uppmärksammas. Dessa frågor handlade alla om delaktighet och information. En statistisk jämförelse genomfördes utifrån dessa sju frågor och hur dessa brister förhöll sig gentemot kön, ålder samt oro/rädsla. Skillnader påträffades i två urvalsgrupper; oroliga/rädda patienter upplevde signifikant mindre delaktighet i vården, så även kvinnor. Signifikanta skillnader uppvisade även gruppen med oro/rädsla; varannan kvinna kände oro/rädsla inför operation mot var tredje man. Resultatet antyder att det finns en förbättringspotential vad avser patienternas oro och delaktighet i vården där kommunikation och information utgör viktiga inslag. Personalens goda bemötande bör värnas om, det utgör en väsentlig och viktig del för patienterna inför och vid en operation. Att frigöra mer tid till det preoperativa mötet bör öka det individbaserade omhändertagandet. Skapas även ökad kontinuitet i vårdandet torde detta ge större förutsättningar för anestesisjuksköterskan att se, bemöta och tillgodose patienternas behov.

Nyckelord: Vårdkvalitet, KUPP, anestesi, vårdrelation, bemötande, delaktighet, information, oro

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<i>INLEDNING</i>	1
<i>BAKGRUND</i>	1
Lagar och förordningar	1
Framtidsforskning	1
Nationell Patientenkät - NPE	2
NPE och Anestesikliniken, uppdrag till annan part.....	2
Vårdkvalitet	2
Vårdrelationen	3
Anestesisjuksköterskans specifika kompetens, det perioperativa vårdandet	4
Bemötande, delaktighet och information inom anestesikontexten	5
Bemötande.....	5
Delaktighet.....	6
Information.....	7
Ålder och kön.....	8
<i>PROBLEMFÖRMULERING</i>	9
<i>SYFTE</i>	9
<i>METOD</i>	9
Metodutveckling	9
Operationalisering av modellen.....	11
Vidareutveckling av formuläret.....	12
Åtgärdsindex.....	12
Genomförande av KUPP-enkäten	13
Urval, inklusion/exklusion.....	13
Genomförande.....	13
Analys av resultatet.....	14
Etiska överväganden.....	14
<i>RESULTAT</i>	15
Urvalsspridning	15
Övergripande resultat	16
Resultat utifrån bemötande	16
Områden som bör uppmärksammas	18
Resultat utifrån delaktighet.....	18
Resultat utifrån information.....	18
Statistisk analys	19
Ingen oro kontra oro/rädsla.....	19
Kön.....	19
Kommentarer	20
<i>DISKUSSION</i>	21
Metoddiskussion	21
Resultatdiskussion	22
Praktiska implikationer.....	25
Fortsatt forskning.....	26
Slutsats.....	26
<i>REFERENSER</i>	27
<i>BILAGA 1 Resultatsammanställning SÅS</i>	31

INLEDNING

Nyligen lagstadgades valfrihet och vårdgaranti för att ge patienten ett ökat inflytande och ökade möjligheter att påverka sin vård. Till följd av detta kommer förmodligen andra och högre krav att ställas på den vård som bedrivs och levereras. Möjligen kommer det att krävas ett mer kundorienterat perspektiv på patienten från personal, sjukhusledning och styrande politiker för att säkra att ett specifikt sjukhus överlever ekonomiskt när patienten själv får välja vem som skall få uppdraget att vårda. Kommer en omfördelning av resurser att ske inom vården, med ett ökat patientinflytande, beroende av vad som bedöms som väsentligt av patienterna?

Hur är det egentligen ställt med vad patienten själv upplever och tycker väl inne i vårdapparaten idag? Om man utgår från patientens eget perspektiv – är de nöjda eller missnöjda? Vad behöver förbättras framöver för att möta och tillfredställa patientens vårdbehov?

BAKGRUND

Lagar och förordningar

Professionella vårdgivare är både enligt lag och etiskt vedertagna dokument skyldiga att informera, involvera och göra patienter delaktiga i beslut angående deras vård och behandling (Hälso- och sjukvårdslagen [HSL], SFS, 1982:763; World Health Organization [WHO], 1994). I SOSFS, 2005:12 Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, 4 kap. § 1, framkommer bemötande av patienter som ett specifikt område. Rutiner inom verksamheter skall bl.a. säkerställa att patientens värdighet och integritet respekteras, att de visas omtanke, informeras och görs delaktiga.

Ny lag (SFS, 1982:763) instiftades för att stärka patientinflytandet från den 1 juli 2010. Den ger patienten rätt att få individuellt anpassad information vid varje kontakt med vården vad gäller sjukdom eller diagnos, behandling, rätt till valfrihet och information om hur vårdgarantin fungerar när det gäller garantitider, återbud och ny vårdgivare (Västra Götalandsregionen, 2010).

Framtidsforskning

Framtidsforskare talar om ett paradigmskifte när det gäller synsättet på relationen mellan individen och hälso- och sjukvårdsaktören där individen förutsägs få en alltmer framträdande roll i utvecklingen av framtidens sjukvård. Man spår att ”medskaparen” kommer att revolutionera hälso- och sjukvården på olika sätt (Kairos Future, 2011) .

I Regionmagasinet, nr 1, 2010, Tema Patientinflytande, står att läsa att man anser att patienten är en outnyttjad resurs i sjukvården och gör man patienterna mer delaktiga i förbättringsarbetet blir kvaliteten på vården bättre. I en svensk studie om morgondagens vårdkonsument, *Opinion Hälsa*, deltog 4000 personer under år 2007-2010 där bl.a. Västra Götalands Regionen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) står som

medarrangörer. I denna studie visade sig kommunikationen vara det mest avgörande för hur nöjd man var med sjukvårdens kvalitet (Regionmagasinet, 2010).

Nationell Patientenkät - NPE

Under våren 2010 genomfördes nationellt en enkätundersökning inom slutenvården. Denna mätte patienttillfredsställelse, inom olika områden av vården, ur ett patientperspektiv. Jämförelser utifrån denna enkät kan göras mellan olika regioner, sjukhus och kliniker hur patienten skattat vården med hänsyn till sina erfarenheter. Enkäten heter Nationell Patientenkät (NPE) och genomfördes på uppdrag av SKL och Sveriges Landsting och regioner. NPE är tänkt att följas upp regelbundet för att utvärdera vårdkvaliteten i Sverige (SKL, 2010).

NPE och Anestesikliniken, uppdrag till annan part

Delar av Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS), valde att ingå i denna nationella enkätundersökning NPE, dock inte Anestesikliniken på SÄS. Ledningen valde att avstå medverkan i NPE 2010 då de önskade mer verksamhetsspecifika frågor kring patientens upplevelse av vården på kliniken. Vårdhögskolan i Borås fick förfrågan hösten 2010 om intresse fanns att genomföra en kvalitetsgranskning på Anestesiklinikens uppdrag. I uppdraget framkom en önskan från ledningen att få kunskap om huruvida patienten kände sig trygg och omhändertagen på operationsbordet, inför operation. Tre områden utkristalliserades sig som intressanta att undersöka; *information, delaktighet och bemötande*, med ovanstående fråga som grund. Information, delaktighet och bemötande är områden som undersöks även i NPE.

Anestesiklinikens uppdrag att undersöka patientens uppfattning om vårdkvalitet resulterade i en D-uppsats på specialistsjuksköterskenivå inom Anestesi. Intressant var att undersöka just information, delaktighet och bemötande inom anestesi-kontexten då anestesisjuksköterskan i mötet med patienten får möjlighet till en kort men viktig och sårbar kommunikation. Enligt Lindwall och von Post (2008) är det detta unika möte som ligger till grund för hur det fortsatta vårdandet gestaltas.

Vårdkvalitet

Den allmänna definitionen av begreppet *kvalitet* är ”alla sammantagna egenskaper hos en produkt som ger dess förmåga att tillfredsställa uttalade eller underförstådda behov” enligt Internationella standardiseringskommissionen (ISO). *Vårdkvalitet* i sin tur innebär ”graden av måluppfyllelse i vårdarbetet” enligt Nationalencyklopedin (NE). Målet med vårdarbetet är bl. a. att i första hand tillfredsställa patientens förväntningar och önskemål, lindra symtom och bota sjukdom samt ge god kroppslig och själslig omvårdnad (NE, 2011).

Att *kvalitetssäkra* vården innebär att fortlöpande mäta, värdera och förbättra kvaliteten. Ett vanligt sätt att bedriva ett kvalitetsarbete är genom patientenkäter där man får information om i vilken grad patienternas förväntningar och önskemål tillfredsställs. Socialstyrelsen har en central funktion i vårdens kvalitetsarbete. De gav 1993 ut föreskrifterna: Kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården inklusive tandvården, vilken

innebär att all vårdpersonal i sin yrkesverksamhet metodiskt, kontinuerlig och dokumenterat skall arbeta med att höja och bibehålla kvaliteten i vårdarbetet (NE, 2011).

Att mäta vårdkvalitet kan ses ur olika aspekter: vårdsystemets struktur, vårdandet som process eller vårdandets resultat. En aspekt är patientens uppfattning om vad som är viktigt. Ett önskvärt mål är hög patienttillfredsställelse, vilket i sin tur i vårdandet innebär att mål från professionella råd och anvisningar uppfylls. Sökandet av patientens uppfattning bidrar även till en känsla av delaktighet hos patienten (Wilde, 2001).

Vårdrelationen

Vårdvetenskapen grundar sin teori i respekt och vördnad för den unika människan. Denna humanvetenskapliga syn bör prägla mötet och människan bör där ses som en helhet som bygger på kropp, själ och ande (Eriksson, 1997; Wiklund, 2003). Människan skall förstås i relation till det sammanhang hon befinner sig i och behöver därför förstås ur begrepp som t.ex. livsvärld (Wiklund, 2003). Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) skriver att som vårdare ha ett livsvärldsperspektiv innebär att se, beskriva och förstå världen på det sätt som patienten upplever den. Detta görs genom att vårdaren sätter sig in i den enskilde patientens unika sätt att se den värld han lever i genom att lyssna till patientens egen berättelse och livshistoria.

Det finns mycket litteratur som beskriver vad en god professionell vårdrelation innebär. Denna speciella mellanmänskliga relation bör präglas av bl.a. respekt, närhet, värdighet samt att patienten ses som en unik individ (Dahlberg et al., 2003; Eriksson, 2000; Lagerström & Bergbom, 2006; Lindwall & von Post, 2008). Målintentionen i vårdandet bör vara att bidra till patientens välbefinnande och integration mot upplevd hälsa där syftet är att stärka patientens hälsoprocesser (Eriksson, 2000; Lindwall & von Post, 2008). Patienten är en medmänniska som ska lyssnas till, försvaras och tas hand om väl. Patienten får aldrig ses som en diagnos vilken skall botas utan bör behandlas som en lidande människa. I mötet med patienten bör sjuksköterskan ha en etisk hållning och visa hänsyn till patientens individualitet, ras, religion, kön, politiska uppfattning, diagnos och sociala status (Lindwall & von Post, 2008).

Dahlberg et al. (2003) menar att vårdrelationen mellan en patient och en vårdare är speciell på det sätt att vårdaren inte räknar med att få ut något för egen del. Det tolkas som ett professionellt engagemang. Denna professionella vårdrelation kräver en större öppenhet från vårdarens sida och bör präglas av reflektion och lyhördhet där patienten kan uttrycka sina behov och problem utan att relationen forceras. Vidare kan en vårdrelation bli positiv eller negativ, ansvaret för att den blir positiv ligger alltid hos vårdaren (Dahlberg et al., 2003).

Vår kontakt mot världen är kroppen som inte endast är vår fysiska gestalt. Det är genom kroppen vi handlar och förhåller oss till det vi möter samt bearbetar intryck (Wiklund, 2003). Enligt Lindwall och von Post (2008) ställer en människa ökade krav på hjälp då kroppen upplevs svikande vid en sjukdom. Varje människa har då rätt att känna värdighet och delaktighet då kroppen utsätts för ett kirurgiskt ingrepp.

Anestesisjuksköterskans specifika kompetens, det perioperativa vårdandet

Anestesisjuksköterskans arbete förutsätter goda kunskaper inom både omvårdnadsvetenskapliga, medicinska och tekniska områden. Anestesiologisk omvårdnad utgår från den enskilda patientens behov och resurser. Anestesisjuksköterskan ska ha kompetens och förmåga att skapa tillit och förtroende samt identifiera perioperativa vårdbehov i samråd med patienten utifrån den unika situationens specifika förutsättningar. Det innebär även att tillsammans med operationssjuksköterskan ansvara för att patienten ligger bra på operationsbordet för att förebygga t.ex. tryckskador. Patientens rätt till självbestämmande och information skall respekteras och tillvaratas av anestesisjuksköterskan. En professionell anestesiologisk omvårdnad innebär bl.a. att ge säker vård, skapa lugn och inge trygghet (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening – SSF, 2008).

En idealmodell för anestesisjuksköterskans arbetssätt och omvårdnad är det perioperativa vårdandet. Ett perioperativt vårdande är en vårdteori som bygger på kontinuitet för både patient och anestesisjuksköterska (Lindwall & von Post, 2008; Lindwall, von Post & Bergbom, 2003). Denna idealmodell förespråkar en dialog mellan anestesisjuksköterskan och patienten genom pre-, intra- och postoperativa möten. Idealsituationen innebär att samma anestesisjuksköterska följer patienten genom de olika mötena (Lindwall & von Post, 2008; Lindwall, et al., 2003; Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening – SSF, 2008).

Det preoperativa mötet och dialogen är en viktig start för att ge ökad trygghet till patienten. Vid detta samtal ges patienten möjlighet att ställa frågor, prata om eventuella rädslor och farhågor inför anestesi/operationen. Detta bidrar till ökad känsla av kontroll inför det okända, den förestående operationen. Utefter de behov patienten har ges information och planeringen av vården sker i samråd med patienten. Det preoperativa mötet bör äga rum i lugn avskild miljö helst dagen före ingreppet, genom detta samtal tydliggörs patientens djupare behov och önskan om att bli sedd och lyssnad till (Lindwall & Von Post, 2008). Dagens sjukvårdsorganisation möjliggör oftast enbart en kort stunds preoperativt möte mellan anestesisjuksköterskan och patienten, vilket sker omedelbart före anestesi/operationen. Det är en stor utmaning för anestesisjuksköterskan att ge så bra omvårdnad som möjligt till patienten vid detta korta första möte (Hovind, 2005; Lindwall et al., 2003; Lindwall & von Post, 2008).

I det perioperativa vårdandet fortgår omvårdnaden intraoperativt där patientens önskemål och behov, vilka framkommit och planerats tillsammans med patienten preoperativt, tillfredställs. Vid det postoperativa samtalet utvärderas omvårdnaden av patienten tillsammans med anestesisjuksköterskan. Då anestesisjuksköterskan arbetar efter denna arbetsmodell synliggörs den professionella omvårdnaden tydligare, arbetsmodellen ger även en ökad arbetstillfredsställelse genom kontinuiteten i vårdandet (Hovind, 2005; Lindwall et al., 2003; Lindwall & von Post, 2008).

Bemötande, delaktighet och information inom anestetikontexten

Bemötande

Inför en operation är det väsentligt för patienten med upplevelsen av kontroll. Känslan av kontroll har betydelse både för sjukdomsförloppet och för hur patienten betar sig och klarar av situationen (Hovind, 2005). Genom att ge patienten känslomässigt stöd, vara lyhörd för dennes behov och i bemötandet se och lyssna till sin patient som individ kan anestesisyjuksköterskan stärka patientens känsla av kontroll (Hovind, 2005; Susleck et al., 2007). Att kämpa för kontroll, förlust av kontroll, känsla av att få och bibehålla kontroll var upplevelser patienter i olika grad upplevde inför anestesi (Susleck et al., 2007).

Studier som gjorts inom anestetikontexten visar att kontroll för patienter handlar om en mängd olika aspekter (Hovind, 2005; Lagerström & Bergbom, 2006; Susleck et al., 2007). Dessa aspekter innebär bl.a. att tas om hand av kompetenta och skickliga professionella vårdare som i sitt bemötande lyssnar, tar sig tid att svara på frågor och informerar om vad de gör och vad som händer. Att fortlöpande bli informerad tillåter patienten att känna sig delaktig och ger dem möjlighet att påverka sin vård. När sjuksköterskan var medveten om och svarade på patienternas behov utan att de behövde påtala detta gav det en känsla av omtänksamhet och att vårdaren brydde sig. I motsats att behöva fråga om hjälp upplevdes som att inte bli väl omhändertagen. Då patienterna blev bemötta med respekt och vänlighet som unika individer, när vårdarna fanns nära tillhands för att hjälpa och om patienterna inte blev lämnade ensamma vid väntan inför operationen gav vårdarna ett "löfte om vård". Detta "löfte" resulterade i att patienterna kände förtroende när de överlämnade sig i vårdarnas händer. Patienterna uppskattade att personalen skämtade med dem, det minskade nervositet och oro inför operationen vilket gjorde det lättare att klara av situationen (Lagerström & Bergbom, 2006). Liknande resultat visar att god anesthesiologisk vårdkvalitet uppnås då anestesipersonalen har ett gott bemötande och agerande mot patienten (Caljouw, van Beuzekom & Boer, 2008).

Kontinuiteten i vårdandet, vilket den perioperativa vårdprocessen erbjuder, ger patienten möjlighet att lära känna sjuksköterskans kompetens och skicklighet. Patienten görs delaktig i planeringen av sitt psykiska och fysiska välmående inför, under och efter operationen. När ett förtroende för den perioperativa sjuksköterskan etablerats behövs inte full kontroll över situationen då detta resulterar i en känsla av att patienten överlämnar sig i trygga och säkra händer (Lindwall et al., 2003). Kontinuitet med vårdpersonal, bland annat inom anestesi, upplevs som grundläggande för att patienter skall känna sig nöjda med vården (Heidegger et al. 2002). Detta styrks av att bristande kontinuitet ses som ett hinder för delaktighet (Ekdahl, Andersson & Friedrichsen, 2010). En vanlig känsla inför operation är förekomst av oro och ångest. Denna oro tenderar att öka ju närmare man kommer ingreppet, oron har sin toppnotering i samband med anestesi (Carr, Brockbank, Allen & Strike, 2006; Rosén, Svensson & Nilsson, 2008).

Enligt Rosén et al (2008) är det vanligare att kvinnor upplever oro inför anestesi jämfört med män. Anledningen till oro kan vara själva situationen, vad operationen ska visa och anestesi i sig. Patienterna kände också oro inför hur de skulle må efter operation, om de skulle vara illamående eller känna smärta. Det som var mest betydelsefullt för att inte

känna oro var tidigare erfarenhet av att ha genomgått en operation. Kände sig patienterna trygga, var välinformerade och hade positiva förväntningar minskade också oro (Rosén et al., 2008).

Tidigare erfarenhet av ett gott bemötande från anestesipersonal, att de fanns tillhands för att snabbt kunna hjälpa och trösta, lindrade oro likaså (Lagerström & Bergbom, 2006). En individbaserad vård, där patienten bemöts som en unik individ och inte ett objekt, minskar oro och ångest. Väsentligt för vården är att identifiera patienter med hög ångest då det är påvisat att hög ångest innan operation bidrar till ökad postoperativ smärta (Carr et al., 2006).

Delaktighet

Forskning visar att patientens känsla av delaktighet ofta är ett bristområde inom vården (Fröjd, Swenne, Rubertsson, Gunningberg & Wadensten, 2011; Heidegger et al., 2002, 2004; Tinnfält & Nilsson, 2011). Att involvera patienten i beslutsfattandeprocessen leder till ökad patienttillfredsställelse och ökad vårdkvalitet (Heidegger et al., 2002, 2004). Det är nödvändigt att göra patienten delaktig i det som ska ske inför anestesi och operation, för att minska den stress som en stor del av patienterna känner. Rollen som operationspatient innebär ofta att vara beroende, passiv och utan kontroll i en situation där personalen har mer kunskap och erfarenhet. Som patient överlämnar man sig många gånger bara i vårdarens händer (Hovind, 2005).

Patienter förväntar sig inte alltid att kunna påverka sin omvårdnad/vård. De överlämnar sig i förtroende till personalen som har kompetens och skicklighet att ta beslut åt dem, de vill inte lägga sig i det som ska göras. De har inget annat val heller, de måste överlämna sig i andras händer (Lagerström & Bergbom, 2006). Susleck et al. (2007) beskriver att när personalen ensamma tog beslut om planering, och rutiner fick styra, skapades en känsla av hjälplöshet. Att istället få vara med och ta beslut gällande sin operation och få vara delaktig ökar känslan av kontroll.

För att ge en upplevelse av att bemästra situationen trots att det mesta är förutbestämt vad gäller rutiner t.ex. inför anestesi kan patienten uppmanas att vara delaktig genom att säga till vid obehag, uppmanas att andas lugnt, att ligga stilla m.m. På detta sätt skapas valmöjligheter och alternativ vilket vidare leder till delaktighet (Hovind, 2005). Även Fung och Cohen (2001) påpekar vikten av att anestesologen genom t.ex. information gör dem delaktiga i beslut kring själva anestesin.

I en studie av äldre och sköra patienter fann man att de upplevde delaktighet då de var välinformerade samt upplevde en god kommunikation. De önskade fortlöpande information om sin sjukdom och planerade undersökningar. De önskade att personalen skulle ta sig tid att förklara för dem samt att de fick möjlighet att ge uttryck för frågor och känslor. Även för de patienter som inte själva ville ta en aktiv del i beslut så var det viktigt att bli informerade. Hinder för delaktighet var bristande kontinuitet av vårdare och stressad personal. Åldrandet och tröttheten som hörde ihop med sjukdomen uppfattades också som ett hinder. Sjukhusvärlden i sig sågs som en maktinstitution där den erfarenhet och kunskap som fanns inte behövde ifrågasättas (Ekdahl et al., 2010).

Enligt Fröjd et al. (2011) påverkar adekvat information troligtvis patienternas möjlighet till delaktighet i sin vård.

Då patienter blir vårdade enligt den perioperativa vårdprocessen känner de sig mer delaktiga. Delaktighet grundades i förståelse för vad som hände runt omkring dem via preoperativ information vilket gjorde att de kände igen och visste vad som skulle ske. De kände sig inte ensamma och sedda som objekt utan var istället delaktiga i sin vård (Westerling & Bergbom, 2008). För att ge patienten möjlighet och kraft att vara delaktig i sin vårdprocess är det viktigt att patienten upplever att anestesijuksköterskan tar hänsyn till patientens utsatta situation (Lindwall & Von Post, 2008).

Information

Adekvat informationen och kommunikation har stor betydelse för om patienter upplever vården kring operation som kvalitativ (Carr m.fl., 2006; Fung & Cohen; 2001; Heidegger et al., 2002; Hepner, Bader, Hurwitz, Gustafson & Tsen, 2004; Lagerström & Bergbom, 2006; Susleck et al, 2007; Wilde, 2001). I enlighet med arbetsbeskrivning, yrkesetiska riktlinjer och regelverk ingår i anestesijuksköterskans arbetsuppgifter skyldigheten att ta hänsyn till patientens informationsbehov (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening – SSF, 2008; Hovind, 2005).

Viss forskning visar att patienters behov av information underskattas (Keulers, Scheltinga, Houterman, Van Der Wilt & Spauwen, 2008; Williams, 1993). Vid en mätning då kirurgen träffat och bedömt patienten inför operation upplevde mer än hälften av patienterna att de inte fått någon information alls om anestesi (Williams, 1993). Enligt Keulers et al. (2008) underskattade kirurgerna patienternas behov av information inför operation inom olika områden bl.a. anestesi. Inom samtliga områden uppskattade kvinnor sig vara i större behov av information än män.

I en studie av Williams (1993) undersöktes sambandet mellan information och ångest hos patienter som genomgick anestesi genom att värdera mängden information som givits och hur nöjd patienten var med denna information. Dessa värden jämfördes sedan med patientens skattning av hans/hennes ångest. Resultatet visade att patienter som var ångestfyllda upplevde mindre ångest då de var nöjda med den information de fått. Slutsatsen av detta blev att finna de patienter som var missnöjda med given information och bemöta deras behov (Williams, 1993). Patienter med tidigare erfarenhet från operation och goda erfarenheter av bemötande och omhändertagande, uttryckte att de hade ett minskat behov av information och att de kände sig trygga. Patienter poängterade att de upplevde professionalitet från sjuksköterskans sida när de blev väl informerade och förberedda inför anestesin och operationen, det ingav lugn. Att få information utan att behöva be om det upplevdes som positivt (Lagerström & Bergbom, 2006).

Fung & Cohen (2001) undersökte vad patienter värderade högst i samband med anestesi pre-, intra- och postoperativt. Frågor som alla var relaterade till tillhandahållandet av adekvat information och effektiv kommunikation i samband med operation rankades allra högst. Högst rankat preoperativt var att anesthesiologen identifierade och tog itu med patientens farhågor och önskemål om information, diskuterade möjliga bieffekter

samt gjorde patienten delaktig i beslut kring själva anestesen. Intraoperativt, under förberedelserna omedelbart före- och under anestesiinduktionen var det viktigast att personalen pratade med patienten. Postoperativt värderades att få adekvat information om kirurgiska och anesthesiologiska komplikationer (om det var några sådana) och information om eftervård. Carr et al. (2006) fann då de undersökte ångest i samband med operation att patienters ångest minskade då de fick adekvat information om vad som skulle hända. Om informationen däremot inte var enhällig utan skildes åt beroende på vem som informerade dem ökade deras ångest.

En grupp forskare studerade olika vägar att förbättra patienters nöjdhet med information, då en studie de genomfört visat på brist inom detta område på tre sjukhus. Åtgärder vidtogs genom att starta informationskampanjer, producera och förbättra informationsbroschyrer. På ett av sjukhusen utökade man vården preoperativt genom att låta fler patienter träffa en anesthesiolog samt att dessa samtal skedde i enkelrum. Hos dessa patienter fann man en signifikant ökning av nöjdhet gällande information inför anestesi. Enbart förbättrad information i form av broschyrer ökade däremot inte deras nöjdhet (Heidegger et al., 2004).

Forskning har visat att anesthesiologer och sjuksköterskor långt överskrider patienters kapacitet att lagra och komma ihåg information när de träffar patienten inför operation, t ex vid en preoperativ bedömning (Sandberg, E., Sharma, Wiklund & Sandberg, 2008). Enligt sedan länge etablerad kognitiv forskning av Miller (1956, refererad i Sandberg E, Sharma, Wiklund & Sandberg W., 2008) så kan korttidsminnet endast lagra en begränsad del ny information åt gången. Väsentlig information bör därför minimeras, noga framhävas, upprepas mer än en gång under samtalet och förstärkas med skriftlig information då man försäkrat sig om att patienten förstått det som sagts för att informationen skall bli adekvat (Sandberg et al., 2008).

Ålder och kön

Ålder och kön påverkar patientens tillfredsställelse med perioperativ vård enligt en studie. Äldre patienter över 50 år var mer nöjda än yngre. Män var mer nöjda än kvinnor. Patienter som genomgått en större operation var mer nöjda med informationen de fått än de som genomgått en mindre operation. Information och relationen patient-personal korrelerade signifikant; de patienter som upplevde sig välinformerade var mer nöjda med vårdrelationen. I denna studie var informationstillhandahållande och relationen mellan patient och personal de största och mest avgörande faktorerna för patienttillfredsställelsen (Caljouw et. al., 2008).

En tidigare studie fann inga skillnader mellan kvinnor och män angående hur de upplevde och skattade den vård de erhållit, dock tenderade kvinnor att tilldela olika vårdaspekter högre betydelse än män. En slutsats som kan dras ur detta är att kvinnor upplevde en sämre vårdkvalitet än män trots att de skattade den erhållna vården likvärdigt (Wilde, Larsson & Starrin, 1999). Annan studie gällande åldersskillnader indikerade att patienters uppfattning om given vård tenderade att bli alltmer positiv med stigande ålder. Det väsentliga som framkom var dock att vårdgivare måste fokusera på individuella egenskaper/karaktäristika när man tittar på vårdkvalitet från patientens

perspektiv då generaliseringar som bygger enbart på ålder tenderar bli missledande (Wilde, 1999).

PROBLEMFORMULERING

Då Nationell Patientenkät (NPE) genomfördes 2010 valde Centraloperation, Anestesikliniken SÄS att inte delta. Ledningen på kliniken ville mer specifikt undersöka hur patienterna upplevde vården på kliniken än vad NPE kunde erbjuda. En tidigare kvalitetsmätning av vården gjordes 2007 på Centraloperation, då genom en enkätundersökning, en så kallad KUPP enkät (kvalitet ur patientens perspektiv). Resultatet från denna enkät 2007 visade bland annat att en kvalitetsförbättring borde genomföras på uppvakningsavdelningen speciellt i avseende på smärtlindring. Frågor som hade med anestesi att göra fick överlag bra resultat i denna undersökning. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763) skall kvalitetsarbete fortlöpande och systematisk utvecklas och säkras, därav fanns det ett intresse att använda KUPPenkäten som instrument vid en ny kvalitetsmätning. Det vore intressant att kunna jämföra nytt resultat med det från 2007. Hur upplevs vårdkvaliteten ur patientens perspektiv år 2011? Har förbättringar skett på områden som uppvisade brister? Har god vårdkvalitet bibehållits samt finns det områden som nu är i behov av att utvecklas och kvalitetsförbättras?

SYFTE

Att undersöka vårdkvalitet på Centraloperation, Anestesikliniken SÄS, Borås, samt identifiera eventuella områden i behov av kvalitetsförbättring.

METOD

KUPP står för Kvalité ur Patientens Perspektiv och är en enkätundersökning. Metoden är kvantitativ och enkäten mäter vårdkvalitet sedd ur ett patientperspektiv. Denna enkät är väl beprövad och har använts frekvent både nationellt och internationellt (Fröjd et al., 2011; Tinnfält & Nilsson, 2011; Wilde, 1999, 2001; Wilde & Larsson, 2002; Wilde, Starrin, Larsson & Larsson, 1993; Wilde, Larsson, Larsson & Starrin, 1994; Wilde, Larsson & Starrin, 1999).

Metodutveckling

KUPP som metod grundar sig i en kvalitativ undersökning sprungen ur Grounded Theory som teoretisk bas. Wilde et al. (1993) valde att intervjua tjugo patienter på en infektionsklinik i Sverige med öppna frågor kring fyra olika teman. Dessa var:

- Vad är viktigt för patienten i samband med vården vid infektionskliniken?
- Vad upplever patienten som positivt respektive negativt i samband med vården?
- Har patienten saknat något under vårdtiden?
- Önskar patienten förändra något i vården?

Dessa intervjuer genomfördes vid olika tillfällen under vårdtiden i strävan efter att få så många möjliga variationer av svar. Efter detta analyserades materialet, som innefattade cirka 1000 sidor intervjutext, med Grounded Theory. Syftet med denna metod är att rangordna från minsta meningsfulla yttranden till de som hör till större sammanhang (Wilde, 2001). Den första analysen resulterade i ca 900 koder. Därefter systematiserades dessa koder till 27 kategorier som i sin tur delades dess in i fyra områden. Dessa var:

MEDICINSK-TEKNISK KOMPETENS

- rätt undersökning
- rätt diagnos
- rätt behandling
- adekvat fysisk omvårdnad

FYSISK-TEKNISKA FÖRUTSÄTTNINGAR

- erforderlig medicinsk-teknisk utrustning
- erforderlig näringstillförsel
- goda sanitära förhållanden
- hygienisk fysisk miljö
- komfortabel fysisk miljö
- trygg och säker miljö
- kontakt med yttervärlden

IDENTITETSORIENTERAT FÖRHÅLLNINGSSÄTT

- intresse och engagemang
- medkänsla
- egna känslor
- ömsesidig förståelse
- ömsesidig respekt
- ömsesidig tillit
- ömsesidig öppenhet och uppriktighet
- ”vårdarens personliga stil”
- veta vem bland personalen som är ansvarig för hans eller hennes vård
- hålla samma nivå
- samarbetsklimat

SOCIO-KULTURELL ATMOSFÄR

- social samvaro
- avskildhet
- hemlik miljö
- påverka rutiner
- en vårdmiljö som kännetecknas av en god generell atmosfär

Datainsamlingen och analysen fortsatte tills dess att resultatet blev mättat. Mättat i form av att ytterligare intervjuer inte gav något nytillkommet till redan bearbetad data (Wilde et al., 1993).

Via konstanta jämförelser mellan kategorier, koder och intervjuprotokoll genererades till slut en teoretisk modell som ses ur både vårdorganisationens och patientens synvinkel. Patientens önskemål gällande sin vård visade sig i undersökningen ha två aspekter. En rationell aspekt som innebar en slags ordning och förutsägbarhet samt en human aspekt som innehöll respekt för hans/hennes unika situation. Vårdorganisationens aspekter består av personrelaterade kvaliteter hos personalen och fysisk-administrativt miljömässiga kvaliteter. Modellen består av fyra dimensioner inbördes beroende av varandra. Dessa bildar en helhet av begreppet vårdkvalitet ur patientens perspektiv (Wilde, 2001). Sambandet mellan dessa redovisas i Tabell 1 (Improveit, 2011).

Tabell 1

Vårdorganisationens resursstruktur

		Personrelaterade kvaliteter	Fysiskt-administrativt miljömässiga kvaliteter
Patienternas preferenser	Rationalitet	Medicinsk-teknisk kompetens	Fysisk-tekniska förutsättningar
	Humanitet	Identitetsorienterat förhållningssätt	Socio-kulturell atmosfär

Operationalisering av modellen

Utefter modellen konstruerades frågor för att kunna mäta kvalitet. I ett första steg konstruerades ett stort antal frågor som täckte modellens 27 olika kategorier. Därefter testades frågorna av tio personer med olika hälso- och sjukvårdsprofessioner och skattades på en tregradig skala gällande validitet. Frågor som fått högst skattning av minst åtta bedömare behölls och på så vis reducerades frågorna från 150 till 90 i antal. Ett ytterligare steg innebar att tio stycken frivilliga patienter skattade frågornas begriplighet. Även här reducerades de frågor bort som inte skattades som lättbegripliga av minst åtta patienter. Kvar blev 69 frågor vilka ställdes ur två perspektiv; dels den upplevda realiteten (hur det var), dels den subjektiva betydelsen (hur viktigt det är). En fyrgradig skattningsskala användes med alternativ från ”instämmer helt” till ”instämmer inte alls” gällande upplevd realitet, och ”i största betydelse” till ”av liten eller ingen betydelse” gällande den subjektiva betydelsen. Möjlighet fanns även att besvara frågan som ”ej aktuell” (Wilde, 2001).

Wilde m.fl. (1994) beskriver ett första empiriskt test av KUPP-modellen. De 69 frågorna delades ut till en patientgrupp och en grupp med studenter. Resultatet analyserades och reducerades till ett frågeformulär innehållande 56 stycken frågor. Ursprungsmodellen har modifierats och förändringen består i att det totala frågeformuläret nu innehåller tre olika svarsmöjligheter: Ja/Nej frågor som handlar om faktisk förekomst, fyrgradig skattningsskala liksom tidigare och slutligen två öppna frågor (Larsson, Wilde & Munck, 1998). Denna typ av frågeformulär anses vara bättre ur reliabilitetssynpunkt men sämre ur validitetssynpunkt (Wilde, 2001).

Vidareutveckling av formuläret

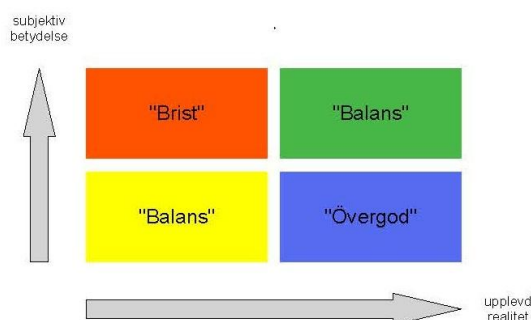
I Wilde & Larsson (2002) beskrivs en utveckling av frågeformuläret med syfte att göra formuläret mer attraktivt för patienter att svara på då den tidigare upplevdes för lång och omfattande. Denna benämndes minikupp. Minikuppen testades empiriskt mot den långa versionen. Resultatet av detta visade att minikuppen fungerade väl med signifikanta samband och fungerar därför som komplement till det långa frågeformuläret. Minikuppen innehåller 24 frågor. Det finns för och nackdelar med detta formulär. fördelar är att den blir mer attraktiv men samtidigt visar forskning att vissa aspekter kan missas som annars framkommit i den långa versionen. I dagsläget benämns minikupp kort och gott som KUPP och är den variant som idag används (Improveit, 2011).

Åtgärdsindex

För att kunna tolka resultatet skapades ett åtgärdsindex. Idén med detta index är att kunna identifiera områden inom vården som bör åtgärdas utifrån patienters upplevda realitet och subjektiva betydelse (Larsson & Wilde, 2003). Detta resultat grundar sig på en patientgrupps svar på frågorna. Denna patientgrupp kan till exempel behandlas vid en speciell avdelning, mottagning, klinik eller ett sjukhus. Beräkning görs genom att på individnivå placera varje patient i olika kategorier. Genom sammanslagning av samtliga patienter inom respektive kategori får man ett helhetsresultat där vårdkvalitet rankas från "bristande kvalitet" till "övergod kvalitet". Varje fråga får ett enskild värde gällande kvalitet baserat på de respondenter som valt att besvara frågan (Improveit, 2011).

Genom att analysera detta åtgärdsindex kan man finna var fokus bör läggas för att höja vårdkvaliteten. Kvalitetsförbättrande åtgärder bör ges prioritet om det röda området överstiger 20 %, (se tabell 2). Områden bör uppmärksammas då procentsatsen ligger mellan 15 - 19 %. Patienterna har här bedömt aspekten som viktig samtidigt som det faktiska förhållandet upplevs mindre god. De frågor där hög procentsats hamnar inom gula och gröna områden speglar förhållanden då kvaliteten på patientens upplevelser motsvarar deras förväntningar. Här kan man finna låg upplevelse av kvalitet men samtidigt upplevs frågan som mindre viktig. Det blå området benämns som "övergod kvalitet". De faktiska förhållandena skattas goda men de upplevs mindre betydelsefulla, d.v.s. förhållanden där vårdenheten levererar högre kvalitet än vad patienterna anser vara nödvändigt. Det är då motiverat att lägga fokus på andra frågor än den aktuella. Om frågor med kraftigt "övergod kvalitét" avviker från övriga frågor bör detta uppmärksammas. Se tabell 2 (Improveit, 2011)

Tabell 2



Genomförande av KUPP-enkäten

För ett par år sedan övertog företaget Improveit administration och rättigheter till metoden tillsammans med metodens grundare Bodil Wilde Larsson. Då arbetet med enkäten startade fick forskarna, via Improveit, ta del av ett flertal modifierade miljöanpassade KUPP-enkäter genomförda på operationsavdelningar runtom i Sverige. En av dessa enkäter valdes att utgå ifrån och efter förankring med klinikledningen och Improveit togs beslut om att ändra denna enkäts frågor så lite som möjligt. En fråga lades dock till i samråd med klinikledningen, denna var: *"På operationsavdelningen kände jag mig trygg när jag skulle sövas"*. Denna fråga står därför utan validitet och reliabilitet enligt KUPP-modellen. Frågorna fördelar sig inom de fyra olika dimensionerna enligt följande; medicinsk-teknisk kompetens: 5 st, fysisk-tekniska förutsättningar: 2 st, identitetsorienterat förhållningssätt: 19 st (+ 1 egen fråga), sociokulturell atmosfär: 3 st. De enheter som undersöktes var planeringsmottagningen, operationsavdelningen och uppvakningsavdelningen.

Att notera: KUPP enkätens frågor är ställda som påståenden, men benämns som frågor i texten.

Urval, inklusion/exklusion

Undersökningen genomfördes på patienter opererade på Centraloperation, SÄS, 10 – 27 januari 2011. Urvalskriterier var: patienter över 18 år, samtliga opererade elektivt eller akut inom öron-näsa-hals, ortopedisk, gynekologisk och kirurgisk slutenvård. Patienter som genomgått kejsarsnitt samt svårt sjuka patienter exkluderades. Samtliga tillfrågade kunde självständigt besvara enkäten. Identifiering av aktuella patienter gjordes med hjälp av operationsprogram och utifrån detta söktes de avdelningar upp där patienterna befann sig. Patienterna tillfrågades om deltagande de närmsta dagarna efter operationen, oftast dagen efter. Då undersökningen genomfördes togs alltid först kontakt med patientansvarig sjuksköterska på aktuell avdelning för att efterhöra om lämplighet, i tidpunkt och tillstånd, att tillfråga patienten. Patienterna informerades om syftet med undersökningen, de upplystes alltid om anonymitet, frivillighet att avböja och avsluta när helst de ville under undersökningens gång utan förklaring. De tillfrågades alltid med en direkt fråga; "Vill du delta i undersökningen?" Om patienten valde att avböja gjordes inga nya försök att tillfråga om deltagande. Forskarna var civilt klädda och upplyste om att de inte arbetade på enheten som undersöktes.

Genomförande

Undersökningen genomfördes med hjälp av två pekskärmar där enkäten besvarades elektroniskt. Pekskärm introducerades genom att forskarna var närvarande under de första frågorna. Därefter lämnades rummet för att patienterna skulle känna att deras svar var anonyma. I några fall önskade de att få hjälp med att använda pekskärm, vilket gjordes med en neutral och endast informerande roll från forskarnas sida. Möjlighet att bryta under tiden enkäten besvarades fanns och i de fall detta gjordes inkluderades de frågor som hunnit bli besvarade.

Analys av resultatet

Resultatet analyserades och bearbetades med hjälp av KUPPIT, ett webbaserat dataprogram som tillhandahålls av Improveit. För att vid sambandsanalys utvärdera huruvida procentuella skillnader orsakades av slumpen eller inte genomfördes statistisk beräkning enligt Spearman i SPSS (Aronsson, 1997). Statistisk signifikans uppstod då p-värdet var ≤ 0.05 .

Etiska överväganden

Inför starten genomfördes diskussioner om etiska överväganden med företrädare för klinikledningen samt Improveit. Ett dilemma var att besvarande av undersökningen skulle komma att genomföras på ett flertal kliniker och avdelningar än den enheten som undersökningen avsåg, d. v. s. Centraloperation. Beslut fattades av klinikledningen att information om enkätundersökningens genomförande skulle skickas ut i förväg via mail till berörda avdelningar för vidare spridning ut till personalen. Forskarna tog även på plats kontakt med ett fåtal avdelningsföreståndare vid undersökningens start för att få ett godkännande att undersökningen gjordes där, då vissa avdelningar inte fått detta mail. Det beslutades om att skyltar att undersökningen skulle äga rum på avdelningarna inte skulle sättas upp då antalet avdelningar ansågs vara så många. Informerat samtycke diskuterades och man kom fram till att en direkt fråga till patienten, s.k. ”bedside”, var det som praktiskt skulle ge bäst utfall av enkäten. Klinikledningen godkände undersökningens genomförande enligt ovan.

RESULTAT

Urvalsspridning

Av de 118 patienter som tillfrågades valde 108 att genomföra enkäten. Tre respondenter fullföljde inte enkäten men de frågor de hann besvara bibehölls. Bland dessa 108 var yngsta deltagaren född 1991 och äldsta 1925. Resultatet grundar sig på relativt jämn fördelning gällande kön, representation av olika ingrepp, ineliggande patienter kontra de som skrevs in operationsdagen samt patienter som inte upplevde oro jämfört med de som kände lite oro/stor oro. Fullständig förteckning över deltagande utifrån urvalsvariabler presenteras i Tabell 3.

Tabell 3

Urvalsvariabler			
Fråga/påstående		n	n=respondenter %
Operationen var:	elektiv (planerad)	82	75,93
	akut	26	24,07
Under operationen var jag:	sövd	83	76,85
	vaken	25	23,15
Ålder:	0-20	4	3,70
	21-30	6	5,56
	31-40	9	8,33
	41-50	16	14,81
	51-60	15	13,89
	61-70	23	21,30
	71-80	25	23,15
	81-90	9	8,33
	91-100	1	0,93
Kön	man	46	42,59
	kvinnor	62	57,41
I vilket land är du född?	Sverige	91	84,26
	Norge, Danmark, Island Eller Finland	9	8,33
	I ett annat land i Europa	6	5,56
	I ett annat land utanför Europa	2	1,85
Min operation var:	kirurgisk	47	43,56
	ortopedisk	40	37,04
	gynekologisk	14	12,96
	öron-näsa-hals	6	5,56
	Annan	1	0,93
Var du ineliggande dagen innan din operation?	Ja	56	51,85
	Nej	52	48,15
Kände du oro inför ingreppet?	Nej	49	45,37
	Ja, lite oro/rädsla	49	45,37
	Ja, stor oro/rädsla	10	9,26

Övergripande resultat

Då materialet är stort och omfattande, samt p.g.a. begränsningar i tid, kommer enbart vissa delar av resultatet att redovisas, bl.a. läggs visst fokus på de frågor som uppvisade störst brist. Totala resultatet presenteras i bilaga 1. Övergripande resultat utifrån åtgärdsindex presenteras i Tabell 4. Antalet respondenter varierar stort mellan frågorna och beror på att de som svarat "ej aktuellt" som svarsalternativ inte räknas med. Åtgärdsindex är beräknat på de som besvarat frågan och säger således inget om hur de som inte svarat. Frågor angående planeringsmottagningen har ett naturligt bortfall då dessa inte berör totala antalet respondenter som ingår i enkäten utan enbart de elektivt opererade

Enligt det övergripande åtgärdsindex som beräknats på det totala resultatet placerar sig sju av trettio frågor mellan den gräns, $\geq 15-19$ % i brist, där kvalitetsförbättringar bör uppmärksammas enligt metodens rekommendationer. Ingen fråga hamnade över den gräns där vårdkvaliteten bör åtgärdas, d.v.s. ≥ 20 % i brist. Två frågor i tabellen har procentsatsen 15 % men då dessa är avrundade uppåt från ursprungliga värden räknas de inte in i de sju frågor som bör uppmärksammas.

Tjugotre frågor av trettio uppvisade en god vårdkvalitet ur patientens perspektiv. Vad gällde patienternas bedömning av den narkos de fick uppvisar fråga 24: "*På operationsavdelningen fick jag bästa möjliga narkos/bedövning (så gott som jag själv kan bedöma)*" näst minst brist av alla frågor i resultatet. Hur patienterna skattade själva operationen visas i fråga 25: "*På operationsavdelningen fick jag bästa möjliga operation utförd (så gott som jag själv kan bedöma)*", som fick högst procentuella andel, 90%, i kategorin "balans hög" av alla frågor. Att notera är att fråga 33: "*På uppvakningsavdelningen fick jag effektiv behandling vid illamående*", hade lägst antal respondenter i enkäten, 43 st samt uppvisade tredje minst brist i resultatet.

Resultat utifrån bemötande

De frågor i enkäten som tydligt avser personalens respekt, engagemang och empati för patienten fick överlag bra resultat. Lägst brist, 1 %, uppvisade frågan nr 18: "*Sjuksköterskorna och undersköterskorna på operationsavdelningen bemötte mig med respekt*". Denna fråga som således visar på god vårdkvalitet besvarade 107 av 108 respondenter. Inga frågor som behandlar bemötande placerar sig inom det område där frågan bör uppmärksammas och diskuteras. Fråga nr 35: "*Sjuksköterskorna och undersköterskorna på uppvakningsavdelningen verkade förstå hur jag upplevde min situation*", samt fråga nr 14: "*Läkarna på operationsavdelningen verkade förstå hur jag upplevde min situation*", får en brist strax under 15 % och är nära de övriga sju frågor som bör uppmärksammas. Fråga 29 "*på operationsavdelningen kände jag mig trygg när jag skulle sövas*" som lades till i undersökningen i samråd med verksamheten fick ett resultat på 8 % "övergod", 81% "balans hög" och "brist" 11%.

Tabell 4.
Patientens upplevelse av vårdkvalitet på Anestesiikliniken/SÄS. Varje fråga/ påstående i 4-skaligt åtgärdsindex; Bristande Kvalitet (BK), Balans Låg (BL), Balans Hög (BH) och Övergöd Kvalitet (ÖK). n = respondenter

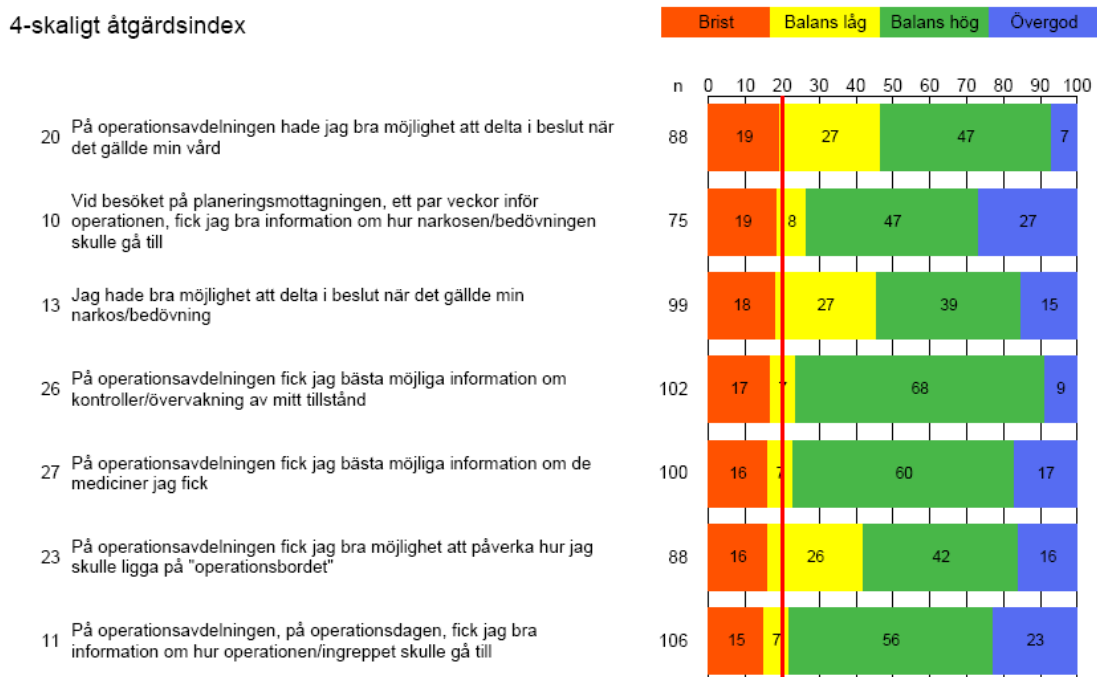
fråga/påstående	BK(%)	BL(%)	BH(%)	ÖK(%)	n
20. På operationsavdelningen hade jag bra möjlighet att delta i beslut när det gällde min vård	19	27	47	7	88
10. Vid besöket på planeringsmottagningen, ett par veckor inför operationen, fick jag bra information om hur narkosen/bedövningen skulle gå till	19	8	47	27	75
13. Jag hade bra möjlighet att delta i beslut när det gällde min narkos /bedövning	18	27	39	15	99
26. På operationsavdelningen fick jag bästa möjliga information om kontroller/övervakning av mitt tillstånd	17	7	68	9	102
27. På operationsavdelningen fick jag bästa möjliga information om de mediciner jag fick	16	7	60	17	100
23. På operationsavdelningen fick jag bra möjlighet att påverka hur jag skulle ligga på "operationsbordet"	16	26	42	16	88
11. På operationsavdelningen, på operationsdagen, fick jag bra information om hur operationen/ingreppet skulle gå till	15	7	56	23	106
14. Läkarna på operationsavdelningen verkade förstå hur jag upplevde min situation (BK 14,58%)	15	-	65	21	96
35. Sjuksköterskorna och undersköterskorna på uppvakningsavdelningen verkade förstå hur jag upplevde min situation (BK 14,56 %)	15	1	72	13	103
34. På uppvakningsavdelningen fick jag bästa möjliga fysiska omvårdnad; t ex hjälp med personlig hygien	14	5	68	14	66
30. Min vård på operationsavdelningen styrdes av mina behov snarare än av personalens rutiner	13	7	62	18	99
21. På operationsavdelningen var det en trivsamt atmosfär	13	5	65	17	104
38. Min vård på uppvakningsavdelningen styrdes av mina behov snarare än av personalens rutiner	12	6	70	12	99
36. Sjuksköterskorna och undersköterskorna på uppvakningsavdelningen bemötte mig med respekt	12	-	78	11	104
37. Sjuksköterskorna och undersköterskorna på uppvakningsavdelningen visade engagemang; "brydde sig om mig"	12	-	76	13	104
29. På operationsavdelningen kände jag mig trygg när jag skulle sövas	11	-	81	8	98
28. På operationsavdelningen fick jag bästa möjliga information om vilken anesthesi-/narkossjuksköterska som var ansvarig för min omvårdnad	11	5	55	30	104
22. På operationsavdelningen var det god ordning	10	-	71	19	104
32. På uppvakningsavdelningen fick jag effektiv smärtlindring (när jag behövde vid detta vård tillfälle)	9	1	83	6	96
16. Läkarna på operationsavdelningen visade engagemang; "brydde sig om mig"	8	2	77	13	98
31. På uppvakningsavdelningen fick jag bästa möjliga kontroller/övervakning av mitt tillstånd	8	1	83	9	103
12. På operationsavdelningen, på operationsdagen, fick jag bra information om hur narkosen/bedövningen skulle gå till	7	5	57	31	107
17. Sjuksköterskorna och undersköterskorna på operationsavdelningen verkade förstå hur jag upplevde min situation	7	2	70	21	105
9. Vid besöket på planeringsmottagningen, ett par veckor inför operationen, fick jag bra information om hur operationen/ingreppet skulle gå till	7	4	63	26	76
15. Läkarna på operationsavdelningen bemötte mig med respekt	5	-	80	15	98
25. På operationsavdelningen fick jag bästa möjliga operation utförd (så gott som jag själv kan bedöma)	5	-	90	5	103
19. Sjuksköterskorna och undersköterskorna på operationsavdelningen visade engagemang; "brydde sig om mig"	5	-	80	15	106
33. På uppvakningsavdelningen fick jag effektiv behandling vid illamående	5	2	86	7	43
24. På operationsavdelningen fick jag bästa möjliga narkos/bedövning (så gott som jag själv kan bedöma)	4	-	88	9	105
18. Sjuksköterskorna och undersköterskorna på operationsavdelningen bemötte mig med respekt	1	-	80	19	107

Resultat i procent beräknat utifrån data som både mäter patientens faktiska vårdupplevelse (upplevd realitet) och den subjektiva betydelse olika frågor/påståenden har. (Respondenter som svarar "ej aktuellt" är ej inkluderade.) Frågor med bristande kvalitet mellan 15%-19% bör uppmärksammas, ≥20% bör kvalitetsförbättrande åtgärder övervägas.

Områden som bör uppmärksammas

De sju frågor som får en procentuell brist (rött område) över 15% utifrån beräknat åtgärdsindex presenteras i nedanstående tabell 5. Den röda linje som löper vertikalt i tabellen markerar gräns för då man bör överväga kvalitetsförbättrande åtgärder.

Tabell 5



Resultat utifrån delaktighet

Tre frågor av de sju som redovisas ovan handlar om delaktighet, se fråga 20, 13 och 23. Sett till enkätens samtliga frågor var det dessa tre som berör området delaktighet och samtliga placerar sig inom de sju som bör uppmärksammas. Dessa frågor utmärker sig även i "balans låg" genom att vara de tre frågor som har högst värden inom denna kategori i hela enkäten. Intressant är också att fråga 13 är den fråga som har lägsta värdet (39 %) inom kategorin "balans hög".

Resultat utifrån information

Övriga fyra frågor: 10, 26, 27 och 11 handlar om information och bland dessa berör tre frågor operationsavdelningen och en fråga planeringsmottagningen. Dessa frågor visar värden med både procentuellt hög brist samtidigt som "balans hög" och "övergod" kvalitet har höga siffror. Av samtliga frågor finns ytterligare tre frågor som berör området information vilka är 28, 12 och 9 (se tabell 4). Dessa upplevs ha bättre kvalitet men utmärker sig ändå genom att tillsammans med fråga 10 vara de fyra frågor som har procentuellt högsta värde på "övergod" kvalitet.

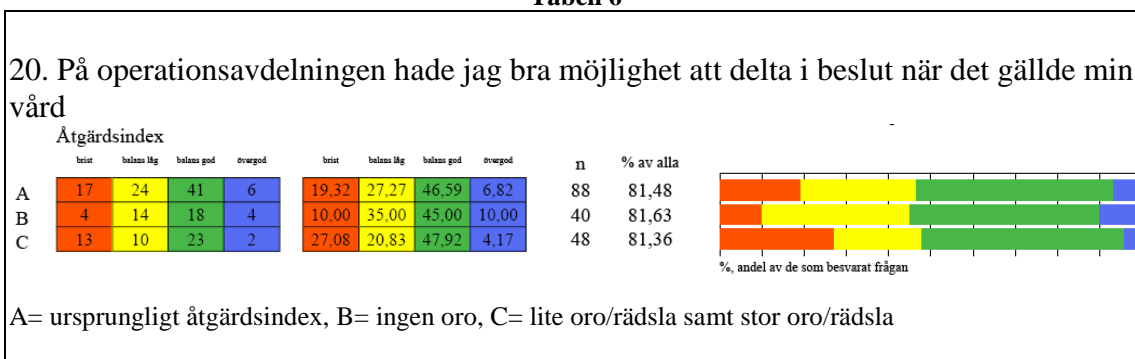
Statistisk analys

För att djupare analysera resultatet beräknades även åtgärdsindex utifrån tre urvalsvariabler; kön, ålder (< 60 år kontra ≥ 60 år) och patienter som kände oro eller inte. Intressant var att undersöka huruvida dessa urvalsgrupper skiljde sig åt i förhållande till ”brist” inom de sju frågor som hamnade mellan ≥ 15-19% i det totala resultatet. I förhållande till brist inom de sju ovanstående frågorna fann vi signifikanta skillnader i relation till kön och oro inför operation.

Ingen oro kontra oro/rädsla

I tabell 6 illustreras åtgärdsindex för fråga 20 där en signifikant skillnad ($p=0,04$) erhöles. Denna fråga visar att de som var oroliga inför sin operation upplevde en större brist i möjligheten att delta i beslut när de gällde sin vård på operationsavdelningen. Enligt åtgärdsindexet beräknades ”brist” till 27,08 % för de som var oroliga jämfört med 10 % för de som inte var oroliga. Totalt antal respondenter i frågan var 88 stycken vilket ger en svarsfrekvens i frågan på lite över 80 %. 19 respondenter bedömde frågan som ”ej aktuellt”.

Tabell 6

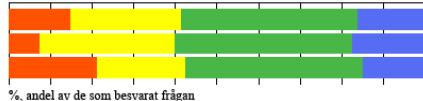


Kön

För fråga 23 fanns en signifikant skillnad ($p = 0,05$) mellan män och kvinnor. Kvinnor upplevde en brist på 21,28 % gällande möjlighet att påverka hur man skulle ligga på operationsbordet jämfört med män vars motsvarande siffra var 7,50 %, se tabell 7. Även denna fråga besvarades av cirka 80 % av totala antalet respondenter och 18 stycken bedömde frågan som ”ej aktuellt”.

Tabell 7

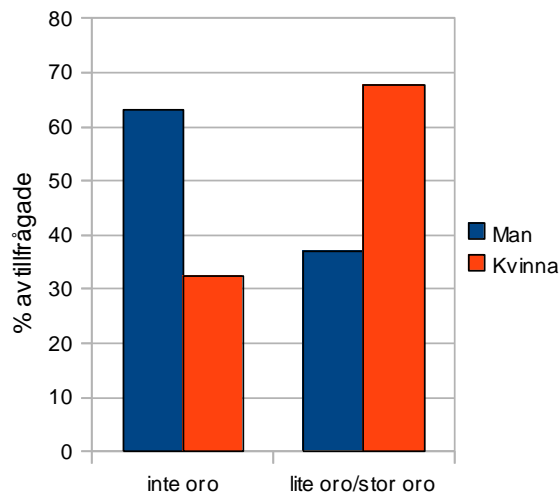
23. På operationsavdelningen fick jag bra möjlighet att påverka hur jag skulle ligga på ”operationsbordet”

	Åtgärdsindex				n	% av alla	 %, andel av de som besvarat frågan
	brist	balans låg	balans god	överbod			
A	13	23	37	14	87	82,86	
B	3	13	17	7	40	86,96	
C	10	10	20	7	47	79,66	
	14,94	26,44	42,53	16,09			
	7,50	32,50	42,50	17,50			
	21,28	21,28	42,55	14,89			

A= Ursprungligt åtgärdsindex, B= Man, C= Kvinna

Förekomst av oro mellan könen skilde sig signifikant ($p= 0.01$) inför operation (tabell 8). Två av tre av de patienter som är oroliga är kvinnor. Totalt sett var mer än varannan patient orolig inför sin operation och bland samtliga ansåg var tionde patient att de upplevde ”stor oro/rädsla”. Då detta var en urvalsfråga svarade samtliga respondenter på frågan, $n = 108$.

Tabell 8



Kommentarer

Enkäten innehöll frågor med fritextsvar där patienterna med egna ord kunde kommentera sin vård. Mer än hälften av respondenterna valde att skriva ett eget omdöme. De allra flesta kommentarerna handlade om vad patienterna var särskilt nöjda med, 49 st, 17 st var förbättringsförslag. De positiva kommentarerna innehöll till största delen beskrivningar av att få ett bra bemötande av personalen. Ord som respekt, omtanke, medkänsla, hänsynstagande, engagemang, ”inte bara en i mängden”, bryr sig om, trevliga, vänliga förekom. En patient skrev; ”läkaren som lade epiduralblockaden, han kom dagen efter o [sic] frågade hur det var o önskade lycka till”. det var av stor betydelse”, en annan skrev ”...behaglig atmosfär, narkosköterskan var avslappnad och

det gjorde mig lugn.”. Kommentarererna handlade även om att man var nöjd med den information man fått.

Förslag till förbättringar handlade mestadels om utebliven kommunikation, information och väntan före operation, t. ex. ”FRÅGA patienten om det finns mer att tillägga”, ”...Fick ingen förklaring till varför jag fick vänta.”. Några kommenterade att de upplevt stress och brist på personal t.ex.; ”Det behövs mer personal, så att den som finns ej blir utsliten. Märktes ej på vården men jag uppmärksammade det” och ”Att ligga på uppvaket kändes lite som löpbandprincip. De hade väldigt mycket att göra”.

DISKUSSION

Metoddiskussion

KUPP enkäten har en god teoretisk grund, den är baserad på en teoretisk modell över vårdkvalitet ur patientens perspektiv och den korta version som legat till grund för använd modifierad enkät i denna studie är testad som reliabel och validerad i Sverige. Styrkan i metoden är att den skapar en bild av vilka områden inom vården där förbättring bör ske vilket grundas i två aspekter utifrån patienternas upplevelse; upplevd realitet och subjektiv betydelse (Wilde, 2001; Wilde et al., 1994; Wilde et al., 2002). För att kunna delta i KUPP krävs att respondenten är kommunicerbar och kognitivt klar vilket resulterar i att metoden inte kartlägger upplevelsen av samtliga patienter inom vården utan endast de som kan medverka. De områden som enkätens frågor bygger på kartlades genom kvalitativa intervjuer på 90-talet. Då detta snart är tjugo år sedan vore det kanske tid att genomföra en ny kvalitativ intervju för att säkerställa att uppfattningen av vårdkvalitet ur patientens perspektiv inte förändrats.

Metoden passar väl in i ett utvecklingsarbete då man kan undersöka huruvida kvalitet inom olika områden i vården förbättrats eller försämrats över tid. KUPP instrumentet är vida använt både internationellt och nationellt, dock är många undersökningar i Sverige inte publicerade. Över hundratusen patienter har deltagit som respondenter enl. Bodil Wilde Larsson, grundaren till metoden (Fröjd et al., 2011; Improveit, 2011).

En skraddarsydd version av KUPP användes som grund, denna hade genomförts på en operationsavdelning i Kristianstad. Frågorna justerades något gällande benämning av vårdmiljöspecifika områden samt benämning på personal efter diskussion med klinikledningen och licensägarna, Improveit. Enbart en fråga lades till (fråga 29) vilken således är helt utan vetenskaplig förankring enligt KUPP. Denna fråga ställdes av klinikledningen vid inledningen av uppdraget vilket gjorde den intressant att ha med. Efter ett antal genomgångar av materialet med berörda parter fastställdes enkäten. Forskarna själva var inte insatta i verksamheten vid denna tidpunkt men då den specifika kompetensen kring en anesthesi- och operationsverksamhet fanns i klinikledningen finner forskarna det troligt att det inte påverkat resultatet nämnvärt.

Enkäten besvarades anonymt vilket kan upplevas tvetydigt då forskarna träffade varje enskild patient. Forskarna valde att vara civilt klädda för att skapa en neutral roll. Frågan om deltagande ställdes oftast direkt i anknytning till undersökningen och oftast

då patienten låg i sin säng. I ett fåtal fall hjälpte forskarna respondenterna att besvara enkäten, samt skriva in kommentarer, vid svårigheter att använda pekskärmen. Det är oklart huruvida ovanstående faktorer påverkat resultatet.

Beräknat åtgärdsindex i resultatet bygger på godkänt antal respondenter som bör vara minst 100 (Larsson & Wilde, 2003). Men tanke på den korta tidsperiod som undersökningen gjordes under får man anse antalet respondenter som gott, dock hade ett större antal deltagare bidragit till att öka validiteten i de statistiska jämförelserna

I det webbaserade analysdataprogrammet KUPPIT finns inte möjligheten att statistiskt jämföra de procentuella skillnader som sågs hos urvalsgrupper. Det löstes i aktuellt fall genom beräkning av skillnader mellan grupperna beräknade med hjälp av statistikprogrammet SPSS, men då metoden och analysdataprogrammet används frekvent i kliniska verksamheter skulle möjligheten till att statistiskt säkerställa skillnader och likheter ytterligare stärka metoden.

Aktuell enkät innehåller en mängd urvalsfrågor men vid reflektion i efterhand hade det varit intressant att ha med frågor gällande sysselsättning, utbildningsnivå och tidigare erfarenheter av operation. Forskning tyder på att dessa faktorer kan påverka hur vårdkvalitet upplevs ur patientens perspektiv och det hade då varit spännande att se huruvida signifikanta skillnader kunnat påvisas i aktuell undersökning bland dessa urvalsgrupper (Ekdahl et al. 2010; Lagerström & Bergbom, 2006; Wilde et al, 1999).

Bortfallet bland de tillfrågade var minimalt, undersökningen hade därför en hög svarsfrekvens, 91,5 % bland de tillfrågade. De patienter som tillfrågades men valde att avstå från att besvara enkäten gjorde detta av okänd anledning förutom ett fall då patienten var mycket missnöjd med vården och därför inte önskade delta. En svaghet med vår studie är att vi inte vet exakt hur många patienter som opererades under den undersökta perioden eller hur stor andel av dessa som tillfrågades.

Vi vet inte heller hur det påverkade svarsfrekvensen att frågan ställdes direkt till patienten utan att de hade längre tid att tänka över om de ville delta eller ej? Vissa patienter bad forskarna att återkomma dagen efter då de ville genomföra enkäten men inte orkade eller hade anhöriga närvarande då förfrågan om deltagande gjordes. Forskarna sökte undgå att patienterna kände sig "tvingade" att delta dels genom att direkt ställa och understryka frågan "vill du delta?" samt att påpeka att det var frivilligt och kunde avbrytas när som utan vidare förklaring. Patienten upplystes även att forskarna inte var knutna till den verksamhet som undersöktes. Ur etisk synvinkel hade det troligtvis varit bättre att ha skyltar uppsatta på respektive avdelning om pågående undersökning. Dock var tillvägagångssättet godkänt av klinikledningen före kvalitetsmätningen påbörjades.

Resultatdiskussion

Den vård som bedrivs på Centraloperation, Anestesikliniken SÄS upplevdes hålla hög kvalitet av patienterna. Frågor som rör narkosen samt operationens genomförande och de områden som berör bemötandet från vårdare till patient bedöms ha god kvalitet. Den fråga som fick bäst resultat var fråga 18: *"Sjuksköterskorna och undersköterskorna på*

operationsavdelningen bemötte mig med respekt". Enligt Lagerström och Bergbom (2006) handlar ett gott bemötande om att bli visad respekt, vilket i sin tur resulterar i att patienterna känner förtroende och trygghet. Vidare ska patienten ses som en medmänniska som ska lyssnas till, försvaras och tas väl om hand (Lindwall & Von Post, 2008). Resultatet för fråga 29: *"På operationsavdelningen kände jag mig trygg när jag skulle sövas"* grundas troligtvis därför i det bemötande patienter erhållit under vården på operationsavdelningen SÅS.

I det totala resultatet är spridning jämn gällande kön och ålder. Beräknat åtgärdsindex bygger endast på de som svarat och säger ingenting om upplevelsen av vårdkvalitet hos; de patienter som vi inte hann få tag i då de redan var utskrivna och gått hem, patienter som blivit inlagda på IVA, de som var upptagna med undersökningar eller samtal med läkare/anhöriga, kognitivt oklara eller icke svensktalande patienter.

Det hade varit intressant att veta orsaken till varför vissa patienter svarat "ej aktuellt" på enskilda frågor. Ett exempel på detta är fråga 20 *"På operationsavdelningen hade jag bra möjlighet att delta i beslut när det gällde min vård"* då 19 st patienter valde att svara "ej aktuellt". Forskning visar att vissa patienter inte alltid önskar vara delaktiga utan förlitar sig på att vårdarna har tillräcklig kunskap och kompetens och därmed kan fatta rätt beslut samt föra deras talan. Det är också känt att patienter inte är medvetna om, eller ens förväntar sig, möjligheten till att vara delaktig i beslut (Ekdahl et al, 2010; Lagerström & Bergbom, 2006).

De tre frågor som handlar om delaktighet placerade sig bland de sju som enligt metoden rekommenderas att bli uppmärksammade. Dessa tre hade dessutom högst procentsats gällande "låg balans". Detta indikerar att det finns en förbättringspotential inom området. Det finns en mängd vinster för både patient och verksamhet då man ökar patienternas delaktighet inom vården. Vinsterna är minskad oro och ångest, lägre stress, ökad känsla av kontroll och större patient tillfredsställelse vilket leder till ökad vårdkvalitet (Carr et al., 2006; Hovind, 2005; Heidegger et al., 2002; Heidegger et al., 2004). Enligt lag är professionella vårdare skyldiga att göra patienterna involverade och delaktiga i beslut gällande deras vård (SFS, 1982:763). Hur ökar vårdaren då patientens delaktighet? Det finns en mängd åtgärder där adekvat information samt kontinuitet i vårdpersonal bidrar till ökad delaktighet för patienten. Vårdhandlingar som innebär uppmaningar till patienten kan vara att t.ex.: säga till vid obehag, hjälpa till vid förflyttningar, andas lugnt och stilla samt att vårdaren ser patienten som ett unikt subjekt (Ekdahl et al., 2010; Fung & Cohen, 2001; Lagerström & Bergbom, 2006; Lindwall & von Post, 2008; Westerling & Bergbom, 2008).

En viktig aspekt för att vården skall uppfattas som kvalitativ är adekvat information (Carr m.fl., 2006; Fung & Cohen; 2001; Heidegger et. al, 2002; Hepner m.fl. 2004; Lagerström & Bergbom, 2006; Susleck et al, 2007; Wilde, 2001). I aktuell undersökning handlade fyra av sju frågor om information som var i behov av att uppmärksammas. En av dessa var fråga 10: *"Vid besöket på planeringsmottagningen ett par veckor inför operationen fick jag bra information om hur narkosen/bedövningen skulle gå till."* Denna fråga samt fråga 9, 11, 12, 28, vilka berör information, är bland de frågor som har den högsta procentuella andelen "övergod" kvalitet i den totala undersökningen. Detta skapar två intressanta frågeställningar; har informationen inte

varit adekvat? Eller anser patienterna att de inte varit i behov av den information de fått? Oklart är om, hur, i vilken mängd och av vem patienterna fått information och hur detta påverkat resultatet. En tolkning kan vara att behovet av information, vad och hur mycket, är högst individuell. Enligt Williams (1993) är det en stor utmaning för vården att finna de patienterna som är missnöjda med information och försöka möta deras behov. Vårdaren ska ta hänsyn till dessa individuella behov via reflektion och lyhördhet (Dahlberg et al., 2003; Eriksson, 2000).

Vid elektiva operationer informeras patienterna på planeringsmottagningen på SÄS en tid före operationen av kirurg, sjuksköterska samt i enstaka fall av anestesilog. De patienter anesthesiologen möter är antingen så sjuka så att elektronisk narkosbedömning inte anses säker (riskpatienter), eller så har patienten själv uttalat ett behov av ett möte. Vid vissa specifika operationer tillhandahålls även en skriftlig information om hur operationen går till. Forskning visar att vid liknande tillvägagångssätt underskattas patienternas behov av information gällande anesthesi när den preoperativa informationen ges av kirurg samt även av anesthesilog vid anestesibedömningen (Fung et al., 2001; Williams, 1993). Ur denna synvinkel blir resultatet av fråga 10: *"Vid besöket på planeringsmottagningen ett par veckor inför operationen, fick jag bra information om hur narkosen/bedövningen skulle gå till"* intressant. Denna fråga visar som tidigare diskuterats både hög procentuell "brist" och "övergod". Detta kan indikera att patienternas behov av information har underskattats och att information getts oberoende av patienternas individuella önsningar.

Undersökningens resultat visar signifikanta skillnader mellan kvinnor och män i fråga 23: *"På operationsavdelningen fick jag bra möjlighet att påverka hur jag skulle ligga på operationsbordet"* där kvinnor bedömde bristen av delaktighet större jämfört med män. De som såg sig ha oro/rädsla hade signifikant större brist i fråga 20 *"På operationsavdelningen hade jag bra möjlighet att delta i beslut när det gällde min vård"* i kontrast till de som inte upplevde oro. Slutsatsen av detta blir att behovet av delaktighet skiljer sig åt bland olika grupper.

En större andel kvinnor, jämfört med män, visade förekomst av oro/rädsla. Två av tre kvinnor var oroliga mot en av tre män. Borde resurser då läggas på att minska kvinnors oro och vad borde de i så fall bestå av? Skall insatser göras för att öka delaktighet hos kvinnor och därmed minska förekomst av oro/rädsla? Faran med att generalisera resultatet och åtgärderna kan i så fall bli att de män som är oroliga/rädda, var tredje, riskerar att missas. Skillnaden i oro avser ju gruppen kvinnor kontra gruppen män och inte individens. Det vore bättre med en målintention att minska hela patientgruppens oro/rädsla inför operation, där åtgärder och resurser läggs på att finna varje enskild patients behov. På så vis minimeras risken att oroliga patienter, oavsett kön, "ramlar mellan stolarna" och försummas.

Att öka känslan av delaktighet minskar känslan av oro. God kommunikation och information ökar i sig känslan av delaktighet, kontinuitet av vårdpersonal likaså. Har vårdaren dessutom ett gott bemötande och skapar en god individbaserad vårdrelation ger detta en ökad trygghet och känsla av kontroll. Att stärka känslan av kontroll är väsentligt för att minska patientens oro (Hovind, 2005; Lagerström & Bergbom, 2006;

Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening – SSF, 2008; Susleck et al., 2007)

Värt att notera i resultatet är att några kommentarer patienterna skrev indikerade att de upplevde brist på personal i en stressig vårdmiljö. Någon nämnde ”löpandebandprincip” om vården på uppvakningsavdelningen. En av de frågor som var närmast 15 % gränsen för bristande kvalitet var bland annat fråga 35: ”Sjuksköterskorna och undersköterskorna på uppvakningsavdelningen verkade förstå hur jag upplevde min situation.” Även fråga 14: ”Läkarna på operationsavdelningen verkade förstå hur jag upplevde min situation” låg nära denna gräns. Kan detta eventuellt antyda att arbetsmiljön innehåller mer eller mindre stress för personalen ifråga? En av kommentarerna angående förbättringar var: ”FRÅGA patienten om det finns mer att tillägga”, denna kommentar indikerar med kraft ett ökat behov av delaktighet.

Vid tidigare mätning 2007 placerade sig fråga 32: ”På uppvakningsavdelningen fick jag effektiv smärtlindring” som bristande och i behov av åtgärd. I aktuell forskning får denna fråga betydligt bättre resultat vilket tyder på att här har skett en kvalitetsförbättring. Om åtgärder blev insatta, och vilka dessa i så fall var, är oklart. Kan nuvarande undersökningsresultat även tyda på att anestesipersonalen gör ett gott arbete vad gäller prevention av postoperativ smärta? Med stöd i detta resonemang bör även fråga 33 belysas: ”På uppvakningsavdelningen fick jag effektiv behandling vid illamående”. Denna fråga uppvisade absolut lägst antal respondenter, 43 st, märkbart skiljt från svarsfrekvensen på övriga frågor. Mer än hälften av respondenterna, 62 st, valde svarsalternativet ”ej aktuellt”. Detta kan antyda att anestesipersonalens prevention av postoperativt illamående ges ett gott betyg av patienterna.

Aktuellt resultat visar också att den operation och narkos/bedövning patienter upplever att de fått utförd uppvisar god vårdkvalitet. Detta visas i fråga 24: ”På operationsavdelningen fick jag bästa möjliga narkos/bedövning (så gott som jag själv kan bedöma)” som uppvisar näst minst brist av alla frågor i hela resultatet, samt fråga 25: ”På operationsavdelningen fick jag bästa möjliga operation utförd (så gott som jag själv kan bedöma)” vilken fick den högsta procentuella andelen i kategorin ”balans hög”, 90%, i resultatet. Dessa två frågor fick även bra resultat i undersökningen från 2007 vilket visar att en god vårdkvalitet har bibehållits.

Praktiska implikationer

För att höja vårdkvaliteten ytterligare på Centraloperation, Anestesi kliniken SÄS föreslås följande åtgärder; fler patienter som önskar skulle ges möjlighet till preoperativa samtal på planeringsmottagningen. En strävan borde vara att samtal sker med anestesijuksköterskor, förslagsvis med rotationstjänst på operationsavdelningen, för att söka införa ett perioperativt vårdande som arbetsmodell.

På så vis skapas en ökad möjlighet till kontinuitet och en ökad kommunikation med patienten vilket även leder till en bättre individanpassning av vården. Forskning visar att denna arbetsmodell även ökar arbetstillfredsställelse för anestesijuksköterskan i förlängningen (Lindvall et al., 2003).

Vidare bör mer tid ges i det preoperativa mötet för att möjliggöra identifiering av oroliga patienter då mer än hälften av de som opereras är oroliga/rädda. De bör ges ökad möjlighet till delaktighet, inte minst genom att ge adekvat information som erbjuder delaktighet. Om det preoperativa mötet får ta större plats kanske oro och rädsla kan lindras och vårdkvaliteten förbättras för dessa patienter.

För att förbättra den information som ges ses ett behov i att identifiera vilka som informeras, av vem, hur och vilken information som ges. Kanske kan detta i sin tur mynna ut i ett strukturerat informationsarbete. Skulle en slags "informationslogg/checklista" underlätta flödet av adekvat information? Patienten skulle vara ansvarig för "loggen" genom vårdprocessen, vårdaren att det dokumenteras vad, av vem och när information getts i denna logg. Här skulle patientens behov och önskemål tydligt framkomma om vikten av mer information, behov av repetition och förtydligande. Denna logg skulle bedömas och bemötas vid varje ny vårdkontakt inför och vid operation. Loggen skulle kunna exemplifiera ett ökat patientinflytande. Möjligen en vision för framtiden, vem vet vad den digitala tekniken har att erbjuda framöver, klart är dock att behovet av god kommunikation och information är väsentligt för patienten.

Fortsatt forskning

Skillnad har funnits mellan man och kvinna gällande oro/rädsla inför operation/ingrepp. Vad dessa skillnader beror på är okänt och skulle vidare behöva undersökas innan eventuella generella åtgärder sätts in. Förslag till ytterligare forskningsområden på Centraloperation SÄS är; hur öka känslan av delaktighet och hur påverkar det förekomst av oro/rädsla? Hur skapar man en vårdrelation som effektivt individanpassar vården för varje enskild patient inom de budgetramar som råder? Är det ens möjligt? Det vore också intressant att vidare undersöka vad adekvat information innebär för patienten.

Slutsats

Vården på centraloperation SÄS håller hög kvalitet ur patientens perspektiv. Det finns dock en förbättringspotential inom områden som kommunikation, information och delaktighet. För att möta patientens behov av information är det nödvändigt med en kartläggning av informationsflödet. Personalens goda bemötande bör värnas om, undersökningen har visat att patienterna värderar detta högt, bemötandet utgör en väsentlig och viktig del inför och vid en operation. Att frigöra mer tid till det preoperativa mötet bör öka det individbaserade omhändertagandet. Skapas även ökad kontinuitet i vårdandet torde detta ge större förutsättningar för anestesijuksköterskan att se, bemöta och tillgodose patienternas behov. Ovanstående insatser bör i förlängningen minska lidande i form av oro samt ge en ökad vårdkvalitet för patienter som ska genomgå en operation.

REFERENSER

- Aronsson Å. (1997). *SPSS för Windows 95: En introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Caljouw, M., van Beuzekom, M., & Boer, F. (2008) Patient's satisfaction with perioperative care: development, validation and application of a questionnaire. *British Journal of Anaesthesia*.100(5), 637-644.
- Carr, E., Brockbank, K., Allen, S., & Strike, P. (2006). Patterns and frequency of anxiety in women undergoing gynaecological surgery. *Journal of Clinical Nursing* 15(3), 341-352.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003) *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekdahl, A., Andersson, L., & Friedrichsen, M. (2010). "They do what they think is the best for me.": Frail elderly patients' preferences for participation in their care during hospitalization. *Patient Education and Counseling*, 80(2), 233-240.
- Eriksson, K. (1997). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber.
- Eriksson, K. (2000). *Vårdprocessen*. Stockholm: Liber.
- Fröjd, C., Swenne, C., Rubertsson, C., Gunningberg, L., & Wadensten, B. (2011). Patient information and participation still in need of improvement: Evaluation of patients' perceptions of quality of care. *Journal of Nursing Management*, 19(2), 226-236.
- Fung, D., & Cohen, M. (2001). What do outpatients value most in their anesthesia care? *Canadian Journal of Anesthesia*,48(1), 12-19.
- Heidegger, T., Husemann, Y., Nuebling, M., Morf, D., Sieber, T., Huth, A. et al. (2002). Patient satisfaction with anaesthesia care: Development of a psykometric questionnaire and benchmarking among six hospitals in Switzerland and Austria. *British Journal of Anaesthesia*. 89(6), 863-872.
- Heidegger, T., Nuebling, M., Germann, R., Borg, H., Flückiger, K., Coi, T. et al. (2004). Patient satisfaction with anesthesia care: Information alone does not lead to improvement. *Canadian Journal of Anesthesia*, 51(8), 801-805.
- Hepner, D., Bader, a., Hurwitz, S., Gustafson, M., & Tsen, L. (2004). Patient satisfaction with preoperative assessment in a preoperative assessment testing clinic. *Anesthesia & Analgesia*, 98(4), 1099-1105.
- Hovind, I. (red.) (2005). *Anestesiologisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Improveit, 2011. Kupp: mäter patientupplevd kvalitet. Hämtad 13 maj 2011, från <http://www.improveit.se/lang-se/menuPage.htm?page=kupp>

- Kairos Future, 2011. Framtidens hälso- och vårdtjänster. Hämtad 12 maj, 2011, från <http://www.kairosfuture.se/framtidsstudier/framtidens-h%C3%A4lso-och%C3%A5rdtj%C3%A4nster>
- Keulers, B.J., Scheltinga, M.R., Houterman, S., Van Der Wilt, G.J., & Spauwen, P.H. (2008). Surgeons underestimate their patients' desire for preoperative information. *World Journal of Surgery*. 32(6), 964-970.
- Lagerström, E., & Bergbom, I. (2006). The care given when undergoing operations and anaesthesia: The patients' perspective. *Journal of Advanced Perioperative care*, 2(4), 183 – 193.
- Larsson, G., Wilde Larsson, B., & Munck. (1998). Refinement of the questionnaire Quality from the Patients' Perspective using structural equation modeling. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.12, 111-118.
- Larsson, G., & Wilde Larsson, B. (2003). Quality Improvement Measures based on Patient Data: Some Psychometric Issues. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 294-299.
- Lindwall, L., von Post, I., & Bergbom, I. (2003). Patients' and nurses' experiences of perioperative dialogues. *Journal of Advanced Nursing*, 43(3), 246-253.
- Lindwall, L., & von Post, I. (2008). *Perioperativ vård: – att förena teori och praxis*. Lund: Studentlitteratur.
- Miller G. (1956). The magical number seven, plus or minus two: Some limits on our capacity for processing information. *Psychological Review* 63, 81-97
- Nationalencyklopedin, (2011). Vårdkvalitet. Hämtad 12 maj, 2011, från www.ne.se/lang/vardkvalitet
- Regionmagasinet, (2010). Mer makt åt patienterna: stora utmaningar väntar vården. Hämtad 12 maj, 2011, från http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/Regionmagasinet/RM_1_2010_1_o_res.pdf
- Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening – SSF. (2008). Kompetensbeskrivning: för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesijukvård. Hämtad 12 maj, 2011, från <http://www.swenurse.se/Documents/Komptensbeskrivningar/komptensbeskrivn%20anestesi.pdf>
- Rosén, S., Svensson, M., & Nilsson, U. (2008) Calm or not calm: The Question of anxiety in the perianesthesia patient. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 23(4), 237-246.

- Sandberg, E., Sharma, R., Wiklund, R., & Sandberg, W. (2008). Clinicians consistently exceed a typical person's short-term memory during preoperative teaching. *Anesthesia & Analgesia*, 107(3), 972-978.
- SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 12 maj, 2011 från <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19820763.htm>
- SKL, 2010. Sveriges kommuner och landsting: Om Nationell Patientenkät. Hämtad 12 maj, 2011, från http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/kvalitetsutveckling/nationellpatientenkät/om_nationell_patientenkät
- SOSFS 2005:12. Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 12 maj, 2011, från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-12>
- Susleck D., Willocks, A., Secrest, G., Norwood, B., Holweger, J., Davis, M. et al. (2007). The perianesthesia experience from the patient's perspective. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 22(1), 10-20.
- Tinnfält, I., & Nilsson, U. (2011). Patients' experiences of intraoperative care during abdominal aortic aneurysm repair under local anesthesia. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 26(2), 81-88.
- Västra Götalandsregionen, 2010. Vårdgaranti. Hämtad 12 maj, 2011, från www.varld.vgregion.se/sv/Regler-och-rattigheter/Sa-fungerar-sjukvarden/Vardgaranti/
- Westerling, K., & Bergbom, I. (2008). The importance of nursing in perioperative care: A patient's perspective. *Journal of Advanced Perioperative Care*, 3(4), 133-144.
- WHO, (1994). World Health Organization. Hämtad 12 maj, 2011, från http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.
- Wilde, B., Starrin, B., Larsson, G., & Larsson, M. (1993). Quality of care from a patient perspective: A grounded theory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 7, 113-120.
- Wilde, B., Larsson, G., Larsson, M., & Starrin, B. (1994). Quality of care from the patients' perspective: Development of a patient-centred questionnaire based on a grounded theory model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 8, 39-48.
- Wilde, B. (1999). Patients' views on quality of care: Age effects and identification of patient profiles. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 693-700.

- Wilde, B., Larsson, G., & Starrin, B. (1999). Patients' views on quality of care: A comparison of men and women. *Journal of Nursing Management*, 7, 133-139.
- Wilde Larsson, B. (2001). KUPP-boken: Vägledning till frågeformuläret KUPP, Kvalitet ur Patientens Perspektiv (4:e uppl.). Stockholm: Vårdförbundet.
- Wilde Larsson, B., & Larsson, G. (2002). Development of a short form of the patient's perspective (QPP) questionnaire. *Journal of Clinical Nursing*, 11 (5), 681-687.
- Williams, O. A. (1993). Patient knowledge of operative care: *Journal of the Royal Society of Medicine*. 86, 328-331.