En KUPP på SÄS

Kvalitet ur patientens perspektiv på Anestesikliniken, Södra Älvsborgs Sjukhus

Joakim Alriksson
Anci Carstensen
Sammanfattning


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

INLEDNING ................................................................................................................................. 1

BAKGROUNDB .......................................................................................................................... 1

Lagar och förordningar ............................................................................................................. 1

Framtidsforskning ..................................................................................................................... 1

Nationell Patientenkät - NPE ..................................................................................................... 2

NPE och Anestesikliniken, uppdrag till annan part ................................................................ 2

Vårdkvalitet ................................................................................................................................ 2

Vårdrelationen ........................................................................................................................... 3

Anestesijsukköterskas specifika kompetens, det perioperativa vårdandet .............................. 4

Bemötande, delaktighet och information inom anestesikontexten .......................................... 5

Bemötande .................................................................................................................................. 5

Delaktighet .................................................................................................................................. 6

Information ................................................................................................................................. 7

Ålder och kön ............................................................................................................................. 8

PROBLEMFORMULERING ........................................................................................................ 9

SYFTE ........................................................................................................................................... 9

METOD ........................................................................................................................................ 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 resultat ...................................................................................................................... 14

Etiska överväganden ................................................................................................................ 14

RESULTAT ................................................................................................................................ 15

Urvallspridning .......................................................................................................................... 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

DISKUSSION ............................................................................................................................. 21

Metoddiskussion ........................................................................................................................ 21

Resultatdiskussion ..................................................................................................................... 22

Praktiska implikationer .............................................................................................................. 25

Fortsatt forskning ...................................................................................................................... 26

Slutsats ...................................................................................................................................... 26

REFERENSER .......................................................................................................................... 27

BILAGA 1 Resultatsammanställning SÅS ................................................................................. 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


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 utnyttjad resurs i sjukvården och gör man patienterna mer delaktiga i förbättringsarbete 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


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. Vårdbägskolan 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 utkristallerades sig som intressanta att undersöka; information, delaktighet och bemötande, med ovanstående fråga som grund. Information, delaktighet och bemötande är områden som undersökts även i NPE.

Anestesiklinikens uppdrag att undersöka patientens uppfattning om vården resulterade i en D-utbildning i sjuksköterskanivå inom Anestesi. Intressant var att undersöka just information, delaktighet och bemötande inom anestesikontexten då anestesisjukksköterskan 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 vårdbägskapet är bl. a. att i första hand tillförselställa patientens förväntningar och önskemål, lindra symptom och bota sjukdom samt ge god kroppslig och själlig omvårdnad (NE, 2011).

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


Vårdrelationen


Anestesisjuksköterskans specifika kompetens, det perioperativa vårdandet


I det perioperativa vårdandet fortgår omvårdnaden intraoperativt där patientens önskemål och behov, vilka framkommit och planerats tillsammans med patienten preoperativt, tillfredsställs. Vid det postoperativa samtala 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 anestesikontexten

Bemötande

Inför en operation är det väsentligt för patienten med upplevelsen av kontroll. Känslan av kontroll har betydelse både för sjukdomsforloppet och för hur patienten beter sig och klarar av situationen (Hovind, 2005). Genom att ge patienten känslosamt stöd, vara lyhörande och lyssna till patientens behov och i bemötandet se och lyssna till sin patient som individ kan anestesijukskötterskan 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).


känna oro var tidigare erfarenhet av att ha genomgått en operation. Kände sig patienterna trygga var tidigare erfarenhet av att ha genomgått en operation (Rosén et al., 2008).

Tidigare erfarenhet av ett gott bemötande från anesthesipersonal, 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**


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, skapas 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 anestesiologen 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 ifrågasattes (Ekdahl et al., 2010).
Enligt Fröjd et al. (2011) påverkar adekvat information troligtvis patienternas möjlighet till delaktighet i sin vård.


**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 anestesisjuksköterskans 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) undersökt des sambandet mellan information och ångest hos patienter som genomgick anestesi genom att värdera mångden information som givits och hur nöjd patienten var med denna information. Dessa värden jämfördes sedan med patientens skattnings av hans/hennes ångest. Resultatet visade att patienter som var ångestfylda 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 sjukvårdsförsöken 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 anestesiologen identifierade och tog itu med patientens farhågor och önskemål om information, diskuterade möjliga bieffekter
samt gjorde patienten delaktig i beslut kring själva anestesin. 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 anestesiologiska komplikationer (om det var några sådana) och information om eftervård. Carr et al. (2006) fann då de undersökte ångest i samband med operation att patients 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 utökades man vården preoperativt genom att låta fler patienter träffa en anestesiolog 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).


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 patienttillfredställelsen (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 (Wild, Larsson & Starrin, 1999). Annan studie gällande åldersskillnader indikerade att patients 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/karakteristika när man tittar på vårdkvalitet från patientens...
perspektiv då generaliseringar som bygger enbart på ålder tenderar bli missledande (Wilde, 1999).

PROBLEMFORMULERING


SYFTE

Att undersöka vården ur patientens perspektiv på Centraloperation, Anestesikliniken SÄS, Borås, samt identifiera eventuella områden i behov av kvalitetsförbättring.

METOD


Metodutveckling

KUPP som metod grundar sig i en kvalitativ undersökning sprungen ur Grounded Theory som teoretisk bas. Wilde et al. (1993) valde att intervjuar 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 vården?
- 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 intervjuertext, 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 upprightighet
- ”värdarens 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).

**Tabell 1**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vårdorganisationens resursstruktur</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Personrelaterade kvaliteter</td>
</tr>
<tr>
<td>Medicinsk-teknisk kompetens</td>
</tr>
<tr>
<td>Identitetsorienterat förhållningssätt</td>
</tr>
<tr>
<td>Fysisk-administrativt miljömässiga kvaliteter</td>
</tr>
<tr>
<td>Fysisk-tekniska förutsättningar</td>
</tr>
<tr>
<td>Social-kulturell atmosfär</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Operationalisering av modellen**


Vidareutveckling av formuläret


Åtgärdsindex


Tabell 2
Genomförande av KUPP-enkäten


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

Urval, inklusion/exklusion


Genomförande

Undersökningen genomfördes med hjälp av två pekskärmar där enkäten besvarades elektroniskt. Pekskärmen 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 pekskärmen, 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 sambandsanalyser utvärdera huruvida procentuella skillnader orsakades av slump eller inte genomfördes statistisk beräkning enligt Spearman i SPSS (Aronsson, 1997). Statistisk signifikans uppstod då p-värdet var ≤ 0.05.

Etiska överväganden

RESULTAT

Urvalsspridning


Tabell 3

<table>
<thead>
<tr>
<th>Urvalsvariabler</th>
<th>Fråga/påstående</th>
<th>n=respondenter</th>
<th>n</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Operationen var:</td>
<td>elektiv (planerad)</td>
<td>82</td>
<td>75,93</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>akut</td>
<td>26</td>
<td>24,07</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Under operationen var jag:</td>
<td>sövd</td>
<td>83</td>
<td>76,85</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>vaken</td>
<td>25</td>
<td>23,15</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ålder:</td>
<td>0-20</td>
<td>4</td>
<td>3,70</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>21-30</td>
<td>6</td>
<td>5,56</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>31-40</td>
<td>9</td>
<td>8,33</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>41-50</td>
<td>16</td>
<td>14,81</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>51-60</td>
<td>15</td>
<td>13,89</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>61-70</td>
<td>23</td>
<td>21,30</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>71-80</td>
<td>25</td>
<td>23,15</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>81-90</td>
<td>9</td>
<td>8,33</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>91-100</td>
<td>1</td>
<td>0,93</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kön</td>
<td>man</td>
<td>46</td>
<td>42,59</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>kvinna</td>
<td>62</td>
<td>57,41</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>I vilket land är du född?</td>
<td>Sverige</td>
<td>91</td>
<td>84,26</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Norge, Danmark, Island</td>
<td>9</td>
<td>8,33</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Eller Finland</td>
<td>9</td>
<td>8,33</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>I ett annat land i Europa</td>
<td>6</td>
<td>5,56</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>I ett annat land utanför Europa</td>
<td>2</td>
<td>1,85</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Min operation var:</td>
<td>kirurgisk</td>
<td>47</td>
<td>43,56</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ortopedisk</td>
<td>40</td>
<td>37,04</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>gynekologisk</td>
<td>14</td>
<td>12,96</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>öron-näsa-hals</td>
<td>6</td>
<td>5,56</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Annan</td>
<td>1</td>
<td>0,93</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Var du inneliggande dagen innan din operation?</td>
<td>Ja</td>
<td>56</td>
<td>51,85</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nej</td>
<td>52</td>
<td>48,15</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kände du oro inför ingreppet?</td>
<td>Nej</td>
<td>49</td>
<td>45,37</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ja, lite oro/rädsla</td>
<td>49</td>
<td>45,37</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ja, stor oro/rädsla</td>
<td>10</td>
<td>9,26</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
**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 resultat 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 responder 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, ≥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 procentatsen 15 % men då dessa är avrundade uppåt från ursprungliga värden räknas de inte in i de sju frågor som bör uppmärksammas.


**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 Anestesikliniken/SÄS. Varje fråga/påstående i 4-skaligt åtgärdsindex; Bristande Kvalitet (BK), Balans Låg (BL), Balans Hög (BH) och Övergod Kvalitet (ÖK). n = respondenter

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

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. Jfrågor med bristande kvalitet mellan 15%-19% bör uppmärksammas, ≥20% bör kvalitetsförbättrande åtgärder övertyg.
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

4-skaligt åtgärdsindex

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fråga</th>
<th>Resultat</th>
<th>Intresse</th>
<th>Notering</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>20</td>
<td>På operationsavdelningen hade jag bra möjlighet att delta i beslut när det gällde min vård</td>
<td>balans låg</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Vid besöket på planeringsmottagningen, att per veckor inför operationen, fick jag bra information om hur märkning/bedövningen skulle gå till</td>
<td>balans hög</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>Jag hade bra möjlighet att delta i beslut när det gällde min märkning/bedövning</td>
<td>balans hög</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>26</td>
<td>På operationsavdelningen fick jag bästa möjliga information om kontrollförvaltning av mitt tillstånd</td>
<td>övergod</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>27</td>
<td>På operationsavdelningen fick jag bästa möjliga information om de mediciner jag fick</td>
<td>övergod</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>23</td>
<td>På operationsavdelningen fick jag bra möjlighet att påverka hur jag skulle ligga på ”operationsbordet”</td>
<td>övergod</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>På operationsavdelningen, på operationsdagen, fick jag bra information om hur operationstidgreppet skulle gå till</td>
<td>övergod</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Resultat utifrån delaktighet

Tre frågor av de sju som redovisas ovan handlar om delaktighet, se fråga 20, 13 och 23. Sätt 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 högsta värden inom denna kategori i hela enkäten. Intressant är också att fråga 13 är den fråga som har lägsta värden (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 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) erhölls. 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”.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Åtgärdsindex</th>
<th>n</th>
<th>% av alla</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>A= ursprungligt åtgärdsindex, B= ingen oro, C= lite oro/rädsla samt stor oro/rädsla</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>män</th>
<th>ohen-ldag</th>
<th>under-ldag</th>
<th>Avagrd</th>
<th>män</th>
<th>ohen-ldag</th>
<th>under-ldag</th>
<th>Avagrd</th>
<th>män</th>
<th>ohen-ldag</th>
<th>under-ldag</th>
<th>Avagrd</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>A</td>
<td>17</td>
<td>24</td>
<td>41</td>
<td>6</td>
<td>19,32</td>
<td>27,27</td>
<td>46,59</td>
<td>6,82</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>B</td>
<td>4</td>
<td>14</td>
<td>18</td>
<td>4</td>
<td>10,09</td>
<td>35,00</td>
<td>45,00</td>
<td>10,06</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>C</td>
<td>18</td>
<td>16</td>
<td>23</td>
<td>2</td>
<td>27,98</td>
<td>20,83</td>
<td>47,92</td>
<td>4,17</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>88</td>
<td>40</td>
<td>48</td>
<td>1</td>
<td>81,48</td>
<td>81,63</td>
<td>81,36</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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”.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>män</th>
<th>ohen-ldag</th>
<th>under-ldag</th>
<th>Avagrd</th>
<th>män</th>
<th>ohen-ldag</th>
<th>under-ldag</th>
<th>Avagrd</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>A</td>
<td>41</td>
<td>24</td>
<td>16</td>
<td>18</td>
<td>19,32</td>
<td>27,27</td>
<td>46,59</td>
<td>6,82</td>
</tr>
<tr>
<td>B</td>
<td>17</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>18</td>
<td>10,09</td>
<td>35,00</td>
<td>45,00</td>
<td>10,06</td>
</tr>
<tr>
<td>C</td>
<td>6</td>
<td>14</td>
<td>23</td>
<td>2</td>
<td>27,98</td>
<td>20,83</td>
<td>47,92</td>
<td>4,17</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>88</td>
<td>40</td>
<td>48</td>
<td>1</td>
<td>81,48</td>
<td>81,63</td>
<td>81,36</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tabell 7

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Åtgärdsindex</th>
<th>n</th>
<th>% av alla</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>A 13, 23, 37, 14</td>
<td>87</td>
<td>82,86</td>
</tr>
<tr>
<td>B 3, 12, 17, 7</td>
<td>40</td>
<td>86,96</td>
</tr>
<tr>
<td>C 60, 10, 20, 7</td>
<td>47</td>
<td>79,66</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>inte oro</th>
<th>lite oro/stor oro</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Man</td>
<td>Kvinna</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 mångden”, 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, narkossköterskan var avslappnad och..."
det gjorde mig lugn.”. Kommentarerna 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 uppmärksamade det” och ”Att ligga på uppvaket kändes lite som löpandebandprincip. 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 klarar de områden som enkätens frågor bygger på kartlades genom kvalitativa intervjuer på 90-talet. Då detta snart är tjugotio 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 skräddarsydd 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 liscensägarna, 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 anestesi- och operationsverksamhet fanns i klinikledningen fann 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 analysataprogrammet 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 analysataprogrammet 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 avstängde fråga 15 „vilken bidragit till att få bestämda resultat i frågor som rör narkosen samt operationens genomförande och de områden som berör bemötandet från vårdare till patient bedöms ha god kvalitet. Det fråga som fick bäst resultat var fråga 18: ”Sjuksköterskorna och undersköterskorna på

I det totala resultatet är spridning jämNi 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).


En viktig aspekt för att vården skall uppfattas som kvalitativt 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 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

Vid elektiva operationer informeras patienterna på planeringsmottagningen på SÄS en tid före operationen av kirurg, sjuksköterska samt en enstaka fall av anestesiolog. De patienter anestesiologen 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 anestesi när den preoperativa informationen ges av kirurg samt även av anestesiolog 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 underskatts och att information getts oberoende av patienternas individuella önskningar.

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/rädska 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.


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 skapa 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)


Praktiska implikationer

För att höja vårdkvaliteten ytterligare på Centraloperation, Anestesikliniken 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, förslagvis 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.


**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? År det ens möjligt? Det vore också intressant att vidare undersöka vad adekvat information innebär för patienten.

**Slutsats**

REFERENSER


Miller G. (1956). The magical number seven, plus or minus two: Some limits on our capacity for processing information. Psykological Review 63, 81-97


