

Det korta mötet

Patienters upplevelser av det preoperativa omhändertagandet inför anestesi – en forskningsplan

FÖRFATTARE	Kristian Prytz Johan Åkesson
PROGRAM/KURS	Specialistsjuksköterske- programmet med inriktning mot anestesisjukvård/Examensarbete i omvårdnad - OM5220
	VT 2010
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Eva Brink
EXAMINATOR	Maria Skyvell Nilsson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



FÖRORD

Vi vill rikta ett stort tack till vår handledare Eva Brink som under hela arbetet varit ett stort stöd och ingjutit självförtroende. Vi vill också tacka de personer som genom sitt engagemang gjorde intervjuerna möjliga. Ett stort tack till Helena Prytz som bistått med översättning och korrekturläsning.

Slutligen vill vi tacka de forskningspersoner som låtit oss ta del av deras berättelser och gjort detta arbete möjligt.

Göteborg 100512

/ Kristian och Johan

Titel (svensk):	Det korta mötet – Patienters upplevelser av det preoperativa omhändertagandet inför anestesi – en forskningsplan
Titel (engelsk):	The brief meeting – Patients' experience of preoperative care before anaesthesia – a research plan
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesisjukvård/Examensarbete i omvårdnad
Kursbeteckning:	OM5220
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	27 sidor
Författare:	Kristian Prytz Johan Åkesson
Handledare:	Eva Brink
Examinator:	Maria Skyvell Nilsson

SAMMANFATTNING

Inledning: Att sövas inför en operation innebär att lämna över kontrollen av sina livsfunktioner och är en situation många patienter känner oro inför. För att kunna utveckla anestesisjuksköterskans preoperativa omhändertagande är kunskap om patienters upplevelser av omhändertagandet nödvändigt. Dessa upplevelser kommer att studeras med utgångspunkt i en teoretisk begreppsmodell om personcentrerad vård.

Syfte: Att beskriva patienters upplevelse av det preoperativa omhändertagandet inför anestesi.

Metod: Kvalitativa semi-strukturerade intervjuer kommer att genomföras med ett tiotal personer som i slutenvården genomgått en operation i generell anestesi. Intervjuerna kommer att analyseras med kvalitativ innehållsanalys. För att testa metod och forskningsplan genomfördes en pilotstudie där två forskningspersoner som nyligen genomgått en operation i generell anestesi intervjuades. Intervjuerna analyserades med vald metod.

Resultat: I analysen av forskningspersonernas berättelse om sina upplevelser av det preoperativa omhändertagandet inför anestesi framkom fyra kategorier: att vara förberedd, att kunna släppa kontrollen, tidigare erfarenheter skapar trygghet och en känsla av att vara omhändertagen.

Diskussion: Utifrån resultatet av pilotstudien skulle en fullskalig studie kunna ge djupare kunskap om patienters upplevelser av det preoperativa omhändertagandet inför anestesi. Genom att ytterligare öka kunskapen om patienters upplevelser ges möjlighet att organisera vården och anestesisjuksköterskans arbete på ett sätt där patienten är i fokus och kraven på ökad patientdelaktighet upprätthålls.

ABSTRACT

Introduction: Having a general anaesthetic before an operation means giving up control of vital functions, a situation that many patients find worrying. Awareness of the patients' experience of the care is crucial in order to improve the preoperative care given by the nurse anaesthetist. These experiences will be illustrated using a theoretical model of person-centred nursing.

Aim: To describe the patients' experience of pre-operative care before anaesthesia.

Method: Qualitative semi-structured interviews will be undertaken with approximately ten people who have undergone an operation under a general anaesthetic in hospital. The interviews will be analysed using a qualitative contents analysis. In order to test the method and the research plan a pilot study was carried out where two informants who had recently undergone an operation under a general anaesthetic were interviewed. The interviews were analysed using the chosen method.

Result: In the analysis of the informants' accounts of their experience of the preoperative care before anaesthesia four categories emerged: being prepared, being able to let go, previous experiences that provides a feeling of safety and a sense of being taken care of.

Discussion: A full-scale study based on the results of the pilot study would be able to give a deeper knowledge of patients' experience of pre-operative care before anaesthesia. Increasing awareness of the patients' experience enables the care and work of the nurse anaesthetist to be organised in a way that is patient-focused and maintains the demands for increased patient participation.

Keywords: preoperative care, patients' experiences, nurse anaesthetist, person-centred nursing

INNEHÅLL

INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
VÅRDVETENSKAPLIGT PERSPEKTIV	1
Ontologisk utgångspunkt.....	1
Personcentrerad vård	2
Perioperativa dialogen	3
ANESTESISJUKSKÖTERS KANS FUNKTION	4
Kompetensbeskrivning	4
Information och undervisning.....	5
Miljö.....	6
TIDIGARE FORSKNING	6
Redovisning av litteratursökning.....	6
Resultat av litteratursökning.....	7
Problemformulering.....	9
SYFTE	9
METOD	10
URVAL	10
DATAINSAMLINGSMETOD	10
ANALYS	11
PILOTSTUDIE	12
Forskningspersoner.....	12
Datainsamling	12
Analys	12
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÅGANDEN	13
Presentation av forskningsetiska riktlinjer och konventioner	13
Risk- och nyttoanalys	14
RESULTAT	15
Att vara förberedd	15
Att kunna släppa kontrollen.....	16
Tidigare erfarenheter skapar trygghet	16
En känsla av att vara omhändertagen.....	16
DISKUSSION	17
METODDISKUSSION	17
RESULTATDISKUSSION	21
Att vara förberedd	21
Att kunna släppa kontrollen.....	21
Tidigare erfarenheter skapar trygghet	21
En känsla av att vara omhändertagen.....	22
REFERENSER	24
BILAGOR	
Bilaga 1 Forskningspersonsinformation	

INTRODUKTION

INLEDNING

För patienter som kommer till operationsavdelningen för att opereras i generell anestesi är mötet med anestesisjuksköterskan många gånger begränsat till ett kort möte innan patienten sövs. Anestesisjuksköterskan ska under detta korta möte bidra till patientens upplevelse av trygghet och en säker, professionell anesthesiologisk omvårdnad (1). Den perioperativa dialogen har utvecklats som en organisationsmodell för att skapa kontinuitet i vården genom ett pre-, intra- och postoperativt möte. Modellen är till för att skapa välbefinnande för patienten men även vara vägledande och till nytta för sjuksköterskan i det perioperativa vårdarbetet (2).

I Hälso- och sjukvårdsrapporten (3) från 2009 framhåller Socialstyrelsen att ett patientfokuserat förhållningssätt bör prägla sjukvårdssystemet som helhet i större utsträckning än det tidigare har gjort. Enligt Socialstyrelsen finns det fortfarande mycket att göra för att uppfylla hälso- och sjukvårdslagens krav på vården, bland annat när det gäller information och patientens delaktighet.

För att kunna utveckla anestesisjuksköterskans preoperativa omhändertagande är kunskap om patienters upplevelser av omhändertagandet nödvändigt. I föreliggande intervjustudie kommer patienters upplevelser av det preoperativa omhändertagandet inför anestesi att studeras med utgångspunkt i en teoretisk begreppsmodell om personcentrerad vård. I den personcentrerade vården fokuseras personen och inte sjukdomen.

BAKGRUND

VÅRDVETENSKAPLIGT PERSPEKTIV

Ontologisk utgångspunkt

I föreliggande arbete är utgångspunkten en humanistisk människosyn, vilket innebär att människan ses som en helhet och inte är reducerbar i samspelet med andra människor och naturen. Helheten innefattar även alla de relationer människan är en del av (4). I en humanistisk människosyn tas genom ett helhetsperspektiv hänsyn till

flera faktorer, den personliga historien, den kulturella historien och människans sociala sfär där människan betraktas som universums centrum (5).

Watson (6) beskriver omvårdnaden som en humanvetenskap som kombinerar humanistiska värderingar med vetenskapliga kunskaper och metoder. Målet med omvårdnad är att hjälpa människan att uppnå en högre grad av harmoni inom medvetande, kropp och själ. Detta mål nås genom en terapeutisk mellanmänsklig process där sjuksköterskan genom att främja självkontroll, insikt och förståelse hjälper individen finna mening i sin existens, sin disharmoni och sitt lidande.

Personcentrerad vård

Den personcentrerade vården bygger på principer förenliga med en humanvetenskaplig vetenskapssyn och en uppfattning att människan inte är reducerbar och är sammanlänkad med andra och miljön omkring henne. Centralt för personcentrerad vård är att se personen, utgå ifrån individens perspektiv och inkludera personen i alla aspekter av vården (7, 8).

McCormack och McCance (9) har utvecklat en teoretisk ram för att beskriva personcentrerad vård som bygger på fyra grundläggande begrepp, förutsättningar, vårdmiljö, den personcentrerade processen och förväntade resultat av den personcentrerade vården:

Förutsättningar

Förutsättningarna fokuserar på att sjuksköterskans egenskaper, professionella kompetens, utvecklade mellanmänskliga förmågor och engagemang är betydelsefulla. Sjuksköterskan ska kunna visa klarsyn när det gäller tro, värderingar och ha en god självkänedom. Kunskap och skicklighet när det gäller beslutsfattande och prioriteringar i vården är grundläggande när man värderar den professionella kompetensen. I vårdandet möter sjuksköterskan olika individer, som alla har olika behov. Att veta vilken vård som är bäst för patienten och att ha en väl utvecklad förmåga att kommunicera med patienter på olika nivåer är viktiga grundförutsättningar. Sjuksköterskan ska vara engagerad, ha en god självinsikt och klarhet i egna värderingar (9).

Vårdmiljö

Vårdmiljö innebär miljön där vård ges och den är beroende av en lämplig blandning av olika kompetenser, ett delat beslutsfattande och en stöttande organisation. Det är viktigt att kulturen på arbetsplatsen ger utrymme för innovation och risktagande. Miljön är av stor betydelse för utgången av den personcentrerade vården och kan antingen begränsa eller underlätta den personcentrerade processen (9).

Den personcentrerade processen

Denna del av den teoretiska ramen fokuserar specifikt på patienten. Den personcentrerade processen omfattar att arbeta med patientens uppfattningar och värderingar, ett delat beslutsfattande och engagemang. Genom ett sådant förhållningssätt får sjuksköterskan kunskap om hur patienten ser på sitt liv och om han eller hon är införstådd med vad som händer. Patientens delaktighet underlättas genom information och en process där hänsyn tas till individuella värderingar och en legitim grund för delat beslutsfattande kan bildas. Engagemang avser kvaliteten i relationen mellan sjuksköterska och patient. Förhållandet kan fungera fullt ut, men det kan också förekomma problem som försvårar samarbetet (9).

Förväntade resultat

Förväntade resultat av effektiv personcentrerad vård inkluderar skapandet av en terapeutisk miljö, tillfredställelse med vården, delaktighet och känsla av välbefinnande. Den terapeutiska miljön bygger på ett delat beslutsfattande, samarbetsvillig personal och ett innovativt förhållningssätt (9).

Perioperativa dialogen

Genom forskning baserad på anesthesi- och operationssjuksköterskors erfarenheter har den perioperativa dialogen vuxit fram som en organisationsmodell där sjuksköterskan bär ansvar för kontinuiteten i det perioperativa vårdandet. Dialogen syftar till att lindra patientens lidande, skydda patientens värdighet och skapa välbefinnande. Den kan användas för att planera och organisera det perioperativa vårdarbetet och vara till nytta och rättesnöre för sjuksköterskans arbete (2).

Man kan se den perioperativa dialogen som en idealmodell, en sammanhängande helhet, där sjuksköterskan möter patienten och skapar en gemensam värld för sig och

patienten. Man byter kunskap, lyssnar och skapar välbefinnande genom att sjuksköterskan får patientens förtroende. Den perioperativa dialogen består av den pre- intra och postoperativa dialogen (2, 10).

Den preoperativa dialogen

I den preoperativa dialogen träffas patienten och sjuksköterskan för första gången inför den kommande operationen. Patienten har här tillfälle att lära känna sjuksköterskan, berätta om sina förväntningar, funderingar och sin historia. Lika viktigt är det att sjuksköterskan lär känna patienten, att han eller hon kan samla in och analysera data samtidigt som hon lyssnar på patienten. Syftet med dialogen är att man ska planera den intraoperativa fasen tillsammans. Mötet ska ske i en lugn miljö, på en väl avgränsad plats på operationsavdelningen eller på vårdavdelningen (2, 11).

Den intraoperativa dialogen

Denna del börjar när patienten kommer till operationsavdelningen. Det är samma sjuksköterska som träffat patienten vid den preoperativa dialogen som möter upp på operationsavdelningen. Här genomför man det som planerades när man träffades första gången. Sjuksköterskan förklarar vad och varför han eller hon gör saker, vilket är viktigt för att patienten ska känna delaktighet i processen (2).

Den postoperativa dialogen

Detta möte kan ske timmar eller dagar efter operationen. Här träffas patienten och sjuksköterskan för att dels utvärdera operationen och för att utvärdera planerna och målen de satte upp i det preoperativa samtalet. Denna dialog ger också sjuksköterskan en chans att utvärdera sitt eget arbete med patienten. Den postoperativa dialogen gör att den perioperativa vårdprocessen kan avslutas på ett värdigt sätt (2, 12).

ANESTESISJUKSKÖTERSKANS FUNKTION

Kompetensbeskrivning

I arbetet som anestesijuksköterska träffar man dagligen patienter som står inför att sövas och opereras. Riksföreningen för anesthesi och intensivvård och Svensk sjuksköterskeförening har tillsammans utarbetat *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot*

anestesisjukvård (1). Där framgår att anestesisjuksköterskan ska ha kompetens och förmåga att skapa tillit och trygghet för patienten, identifiera perioperativa vårdbehov samt visa omsorg och respekt för patientens integritet och värdighet.

Anestesisjuksköterskan ska under det korta mötet då han eller hon träffar patienten inför operation bidra till patientens upplevelse av trygghet och en säker, professionell anestesiologisk omvårdnad.

Att sövas inför en operation innebär att helt lämna över kontrollen av sina livsfunktioner och är en situation många patienter känner oro inför. Oron kan orsakas av exempelvis rädsla att inte vakna upp igen eller att vakna redan under operationen. Rädsla för operationens utgång eller för smärta och illamående efter operationen kan vara andra orsaker till oro. Känslorna inför att sövas och opereras är individuella och varje patient skiljer sig åt beträffande tidigare erfarenheter, mogenhetsgrad och möjlighet att förstå och ta till sig information (13).

Information och undervisning

Information och undervisning inför operation leder till ökad kunskap och känsla av kontroll samt minskad stress och oro för patienter. Adekvat information gör också att patienters delaktighet i vården kan öka (14).

Information bidrar till patienters upplevelse av trygghet under operationsdagen och en känsla av att bli väl omhändertagen. Patienter som inte har blivit opererade tidigare upplever ett större behov av information än patienter med tidigare erfarenhet av att sövas och att opereras (15).

Patienters olika behov av information och undervisning innebär att varje enskild patients behov behöver kartläggas för att kunna möta det individuella behovet av information. Detta förutsätter att sjuksköterskan har tid, omtanke och kunskap om den enskilde patienten. Patientens personliga synpunkter och åsikter behöver tillvaratas och de behöver uppmuntras att ställa frågor om de inte är helt införstådda i vad som händer (15, 16).

Leinonen et al (17) har visat att patienter ofta upplever att de inte är nöjda med den information och utbildning de fått inför operation och anestesi. Den delen i omvårdnad i samband med operation som patienter riktat skarpast kritik mot är

stödet till patientinitiativ. En tänkbar förklaring till detta kan vara att patientens roll på operationsavdelningen traditionellt är förhållandevis passiv (17).

Miljö

Begreppet miljö inbegriper både den objektiva och subjektiva miljön. Med den objektiva miljön menas hur det ser ut och med den subjektiva miljön hur den upplevs. Den konkreta och känslomässiga uppfattningen av miljön påverkas av faktorer som exempelvis hur rummet är ljussatt och ljudmiljön (8).

Miljön på operationsavdelningen kan av patienten upplevas som kall, steril och ovälkomnande. För att minska dessa negativa upplevelser kan sjuksköterskan påverka faktorer som temperatur, ljudnivå, färger, ljus och aktivitet i operationssalen (18).

Miljön kan också uppfattas som högteknologisk och att arbetet sker i ett högt tempo. Genom att jämföra patienter och sjuksköterskors upplevelse av kvaliteten på den perioperativa vården visade Leinonen et al (16) att en stor majoritet av patienterna upplevde att personalen hade tillräckligt med tid för dem på operationsavdelningen. Sjuksköterskorna i studien upplevde i mycket större utsträckning att tiden inte räckte till. Detta kan antingen förklaras med att sjuksköterskorna kunde dölja sin tidspress för patienterna eller att patienterna har förlikat sig med det hektiska tempot på dagens operationsavdelningar (16).

TIDIGARE FORSKNING

Redovisning av litteratursökning

För att klargöra forskningsläget kring patienters upplevelser av att det preoperativa omhändertagandet inför anestesi gjordes sökningar i databaserna Cinahl, PubMed och Cochrane. Sökord valdes utifrån studiens syfte och de begrepp som behandlas i bakgrunden. Även nyckelord som framkom i artiklar valdes för ytterligare sökningar. De sökord som används var för sig och i olika kombinationer var: *patient, experiences, surgery, perioperative, anxiety, nursing, information, education, environment, preoperative, person-centred, nurse anesthetist*. Sökningarna begränsades efter publiceringsår och artiklar publicerade före 1999 valdes bort. Efter granskning av titel och abstrakt valdes artiklar ut för genomläsning och vidare

granskning. De artiklar som därefter ansågs relevanta för att utifrån studiens syfte kartlägga forskningsläget inkluderades i arbetet. Även en manuell sökning gjordes i aktuella artiklars referenslistor för att ytterligare beskriva forskningsläget. Den manuella sökningen resulterade i att två artiklar publicerade före 1999 inkluderades.

Resultat av litteratursökning

Lagerström och Bergbom (19) beskriver ur patienters perspektiv upplevelser av att vara omhändertagen i samband med operation. Att bli omhändertagen av skicklig personal, att inte bli lämnad ensam, att inte behöva be om hjälp och en positiv atmosfär beskrevs av patienter som viktiga delar av att vara omhändertagen.

Relationen mellan patienten och sjuksköterskan framställdes som avgörande för upplevelsen av att vara omhändertagen. Vänlighet och skicklighet framkom som viktiga egenskaper hos sjuksköterskan enligt patienterna.

Flera studier av omvårdnad i samband med operation med utgångspunkt ur patientens perspektiv har nått liknande slutsatser. Leinon et al (20) har genom en kvantitativ enkätundersökning funnit att patienter till stora delar var nöjda med den intraoperativa omvårdnaden. Områden av den intraoperativa vården där man fann att det finns möjlighet till förbättring beskrivs vara patientinformation och lindring av patienters oro och ångest. Den patientgrupp som var minst nöjd med den information de fått var patienter som opererades akut.

Tidigare forskning har visat att många patienter upplever känslor av stress, oro och ångest inför operation. Känslorna kan orsakas av rädsla för smärtor under eller efter operationen eller rädsla för att anestesin ska misslyckas eller inte vara tillräcklig. Oro kan också upplevas inför operationens resultat eller rädsla för att drabbas av illamående postoperativt (14, 20, 21).

Tidigare erfarenhet av att opereras har visat sig innebära minskad ångest och oro och ökad känsla av lugn hos patienter inför operation (21, 22). Andra faktorer som ökade patientens känsla av lugn har funnits vara positiva förväntningar, att vara väl informerad, att ha en känsla av säkerhet och av att vara omhändertagen. Även musik och humor beskrivs kunna lindra patienters oro (14, 21, 22). Faktorer som gav ökad känsla av ångest och oro inför operation var tidigare negativa erfarenheter, oro kring operationens utfall, rädsla inför anestesi eller rädsla för att drabbas av illamående

eller smärta. Kvinnor upplevde oro inför operation i större utsträckning än män (21, 22).

Även Grønnestad et al (15) visade att preoperativ information reducerade ångest och stress i samband med operation. Informationen hjälpte till genom att underlätta för patienten att förbereda sig på det han eller hon skulle genomgå. Framför allt gav informationen trygghet och hopp. Studien visade även att patienterna kräver olika mängd information och att man måste känna till den enskilde patientens situation för att kunna tillgodose just dennes behov vilket kräver både tid och omtanke.

Leionen et al (17) har undersökt hur patienter som opereras upplever kvaliteten av den perioperativa vården på operationsavdelning och uppvakningsavdelning. Överlag värderades kvaliteten som mycket god men man fann att en betydande del av patienterna var missnöjda med den information de fick och att de visste väldigt lite eller ingenting alls om operationen eller anestesi.

Lithner och Zilling (23) har studerat huruvida den preoperativa informationen ökar det postoperativa välbefinnandet. Studien visade att utökad patientinformation gav ökad vårdkvalitet för patienten och att vårdtiden minskade. Forskarna konkluderade att informationen till viss del behöver individualiseras för att uppnå önskad effekt.

Rosén et al (21) har visat att om omvårdnaden anpassas individuellt efter den enskilde patientens förutsättningar och behov innebär det en möjlighet att ge emotionellt stöd och minska ångest. Detta ger ökade förutsättningar för en positiv upplevelse för patienten som ska genomgå operation. De har också visat att sjuksköterskor tenderar att skatta patientens oro inför operation högre än vad patienterna själva skattat den. Detta belyser vikten av att patienten själv ges möjlighet att berätta hur han eller hon känner sig. Att patientens erfarenheter av att vara omhändertagen i samband med operation kommer att präglade framtida upplevelser tydliggör vikten av att det perioperativa omhändertagandet leder till positiva erfarenheter på operationsavdelningen för patienten.

Leinonen och Leino-Kilpi (14) ställer sig den befogade frågan om det verkligen är ett realistiskt mål att helt eliminera oro och ångest hos patienter som ska genomgå en operation.

Patienter som genomgår operationer i Sverige träffar i de flesta fall anestesijuksköterskan för första gången en kort stund före anestesi. Trots att flera studier har visat på vinster för både sjuksköterskor och patienter av att använda sig av den perioperativa dialogen används modellen inte i någon större utsträckning vid svenska operationsavdelningar (24). Von Post et al (25) har funnit att hinder för att den perioperativa dialogen ska utvecklas i praxis utgörs av medarbetarnas ovilja mot förändringar, dagens organisation och överordnade som hindrar arbetsledare att fatta beslut om befintliga resurser. Även Zetterlund (24) menar att rutinförändringar på en avdelning upplevs som svåra att genomföra och han framhåller ekonomi som en av de bidragande orsakerna.

Problemformulering

Patienters upplevelser av det preoperativa omhändertagandet inför anestesi är sedan tidigare undersökt med både kvalitativa och kvantitativa metoder. Forskningen har fokuserat på olika delar av upplevelsen som exempelvis ångest och oro, information och undervisning. I flera artiklar framkommer det att ytterligare forskning anses nödvändig inom området (10, 14, 19).

För att kunna utveckla anestesijuksköterskans preoperativa omhändertagande är kunskap om patienters upplevelser av omhändertagandet av stor betydelse. Ett fåtal kvalitativa studier finns där patienters upplevelser beskrivs ur ett helhetsperspektiv. Dessa studier är gjorda i olika kontext med varierande grad av överförbarhet. Antalet forskningspersoner i de kvalitativa studierna är få till antalet varför vi avser att genom ytterligare forskning utöka kunskapen om patienters upplevelser av det preoperativa omhändertagandet inför anestesi. Genom att studera patienters upplevelser med utgångspunkt i ett personcentrerat omvårdnadsperspektiv kan även kunskapen inom detta område fördjupas.

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva patienters upplevelser av det preoperativa omhändertagandet inför anestesi.

METOD

URVAL

Ett tiotal personer som i slutenvården elektivt genomgått en operation i generell anestesi kommer att tillfrågas om deltagande i studien. Lämpliga forskningspersoner kommer att utses av operationskoordinator vid aktuell vårdenhets. En spridning avseende kön och ålder är önskvärd för att få en bredare beskrivning av patienters upplevelser. Deltagarna måste vara över 18 år och ha genomgått operation i generell anestesi. För att inte deras upplevelse av mötet med anestesisyterskan ska påverkas av vetskapen att de deltar i en studie kommer forskningspersonerna att tillfrågas om deltagande efter operationen. Forskningspersonerna får ta del av den forskningspersonsinformation (bilaga 1) som har utarbetats och ges möjlighet att få svar på eventuella frågor. Accepterar forskningspersonerna deltagande i studien kommer intervjuerna att ske i en miljö som väljs ut i samråd med forskningspersonen, exempelvis ett avskilt rum på vårdavdelningen eller i forskningspersonens hem. För att kunna fånga forskningspersonernas upplevelser bör det inte förlöpa för lång tid mellan operationen och intervjutillfället.

DATAINSAMLINGSMETOD

För att beskriva den enskilda patientens upplevelse av det preoperativa omhändertagandet har vi valt kvalitativa semi-strukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod. Semi-strukturerade intervjuer omfattar en rad teman och förslag till relevanta frågor. Det finns utrymme för dialog och för forskningspersonen att ge svar som inte är förutbestämda. Det går att göra förändringar vad gäller frågornas form och ordningsföljd om så krävs för att följa upp svaren (26, 27).

Genom att börja med en öppen fråga får forskningspersonen möjlighet att fritt beskriva sina upplevelser av det preoperativa omhändertagandet. Utifrån patientens berättelse ställs följdfrågor med utgångspunkt i McCormack och McCances (9) teoretiska ram för personcentrerad vård. Frågorna syftar till att ge svar på forskningspersonens upplevelser med utgångspunkt från de fyra grundläggande begreppen ur den teoretiska ramen: förutsättningar, vårdmiljö, den personcentrerade processen och förväntade resultat av den personcentrerade vården. En intervjuguide kommer att användas som stöd under intervjuerna. Författarnas förståelse som sjuksköterskor och studerande till specialistsjuksköterskor med inriktning mot

anestesi måste beaktas som en faktor som kan ha betydelse för vilka följdfrågor som kommer att ställas. Intervjuerna spelas in med diktafon och skrivs inför analysen ut ordagrant i löpande text.

ANALYS

För att utifrån studiens syfte analysera intervjumaterialet har kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats enligt Graneheim och Lundman (28) valts som metod. Vid kvalitativ innehållsanalys kan analysen fokusera det latent och/eller det manifesta innehållet. Det manifesta innehållet består av det texten säger och beskriver det synliga och uppenbara. Det latent innehållet består av det texten berättar om och involverar en djupare tolkning av textens underliggande mening (28).

För att få en övergripande förståelse och en helhetsbild läses intervjuerna först igenom flera gånger av båda författarna. Nästa steg i analysprocessen är att lyfta ut meningsenheter ur texten. Meningsenheter är meningsbärande delar av text, ord, meningar eller stycken som är relaterade till varandra genom innehåll och kontext. Meningsenheterna ska inte vara så stora att de riskerar rymma flera betydelser. Texten ska inte heller tillskrivas innebörd som inte existerar. Därefter kondenseras meningsenheterna. Kondensering avser en process som gör texten kortare och mer lätthanterlig, samtidigt som det centrala innehållet bevaras. Nästa steg är att lyfta innehållet till en högre logisk nivå genom att den kondenserade texten abstraheras och förses med koder. Koderna skapas med hänsyn till meningsenheternas kontext och möjliggör nya sätt att reflektera över och se på innehållet. Giltigheten av koderna kontrolleras mot meningsenheter och kondenserad text. Därefter skapas kategorier. En kategori utgörs av flera koder som har ett liknande innehåll. Inga data ska falla mellan två kategorier eller passa in i två eller flera kategorier. Inga data ska heller utelämnas på grund av avsaknad av lämplig kategori. Genom att skapa teman avspeglas det underliggande innehållet i mer än en kategori och innehållet i flera kategorier sammanbinds (28).

PILOTSTUDIE

Forskningspersoner

I syfte att pröva metoden och intervjuguiden har en pilotstudie genomförts. Efter att ha beviljat tillstånd att genomföra studien valde vårdenhetschefen på den avdelning där intervjuerna i pilotstudien genomfördes ut två lämpliga forskningspersoner som tillfrågades om deltagande i studien. Forskningspersonerna fick innan de accepterade deltagande i studien ta del av forskningspersonsinformation (bilaga 1) och fick möjlighet att ställa frågor. De informerades också om möjligheten att när som helst avbryta sitt deltagande i studien. Forskningspersonerna var en man och en kvinna som ett par dagar tidigare hade genomgått operation i generell anestesi.

Datainsamling

Intervjuerna genomfördes enskilt i ett avskilt och lugnt rum på avdelningen ett par dagar efter genomgången operation. Författarna genomförde varsin intervju. Båda författarna närvarade dock vid båda intervjuerna och samtalen spelades in med diktafon. Intervjuerna inleddes med en öppen fråga och sedan ställdes följdfrågor utifrån intervjuguiden. Vid intervjuens avslutande gavs forskningspersonerna möjlighet att själva tillägga om det var något ytterligare de ville få sagt. Intervjuerna var båda omkring 20 minuter långa.

Analys

Inspelningarna från intervjuerna skrevs ut ordagrant i löpande text. Därefter analyserades intervjumaterialet genom kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats enligt Graneheim och Lundman (28). Intervjuerna lästes igenom flera gånger av båda författarna. Därefter lyftes meningsenheter ut och kondenserades sedan. De kondenserade meningsenheterna abstraherades och förseddes med koder. Ur koderna från pilotstudien framträdde fyra kategorier. I denna pilotstudie som omfattade enbart två intervjuer stannade analysen vid att identifiera manifest innehåll.

Analysprocessen illustreras i tabell 1.

Tabell 1 Exempel på meningsenhet, kondenserad meningsenhet, kod och kategori

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori
<i>Hade jag frågat mera så hade jag fått svar. Jag var nöjd med det jag fick reda på</i>	Om jag hade frågat mera hade jag fått svar. Nöjd med det jag fick reda på	Nöjd med informationen	Att vara förberedd
<i>Jag vet inte om jag är dum eller om jag är struts men... ibland är det så att ju mindre jag vet desto skönare känner jag</i>	Ju mindre jag vet desto skönare känner jag mig	Inte vilja veta	Att kunna släppa kontrollen
<i>Sen är det ju andra gången nu som jag opereras så jag visste ju vad som skulle hända, så det var ju inte sådär, vad ska man säga, att det var en överraskning</i>	Andra gången som jag opereras, visste vad som skulle hända, ingen överraskning	Tidigare erfarenhet ger inga överraskningar	Tidigare erfarenheter skapar trygghet
<i>Jag träffade narkosläkaren dagen innan och hon kom och tog emot mig där också (på operationsavdelningen) Jag tyckte det kändes bra</i>	Kändes bra att träffa narkosläkaren man träffat dagen före	Igenkänning skapar välbefinnande	En känsla av att vara omhändertagen

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Presentation av forskningsetiska riktlinjer och konventioner

För att säkerställa att forskning som omfattar människor håller en god etisk standard har en rad olika forskningsetiska riktlinjer och konventioner utvecklats.

Nürnbergkodexen (29) från 1947 slår fast att all humanforskning ska vara noggrant planerad och utformas på ett sådant sätt att onödigt fysiskt och psykiskt lidande för forskningspersonen undviks. Det ställs krav på informerat och frivilligt samtycke och möjlighet för forskningspersonen att när som helst avbryta studien, men även att forskaren avbryter forskningen om forskningspersonen lider skada.

World Medical Association utarbetade 1964 *Helsingforsdeklarationen* (30), senast reviderad 2008, en uppsättning etiska principer kring forskning rörande människor. Man fastställer i Helsingforsdeklarationen att forskning rörande människor ska genomgå forskningsetisk granskning av oberoende etikkommittéer och att forskarens jäv måste deklarerats. Det är forskarens skyldighet att sätta försökspersonens hälsa

och välbefinnande före forskningens intressen. Man ålägger forskaren att väga vinster mot risker och ställer krav på forskningens kvalitet.

I *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning, Forskningsetisk policy och organisation i Sverige* (31) har Vetenskapsrådet tagit fram en svensk tolkning av de forskningsetiska riktlinjerna där organisation och tillämpning under svenska förhållanden beskrivs.

Northern Nurses' Federation har utarbetat *Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden* (32) där man beskriver fyra etiska principer att beakta vid forskning som omfattar människor. Principerna är, principen om autonomi, principen om att göra gott, principen om att inte skada och principen om rättvisa. Dessa kan ses som riktlinjer för god etisk forskning. Hänsyn till dessa principer har i detta arbete tagits enligt följande. Forskningspersonernas deltagande är frivilligt och de har rätt att avbryta sitt deltagande när de vill. Forskningsdata avidentifieras och behandlas konfidentiellt i överensstämmelse med autonomiprincipen. Målet med forskningsprojektet är att få fram ny kunskap som ska vara till fördel för patienterna i enlighet med principen att göra gott. Hänsyn tas till principen om att inte skada då risken att forskningspersonerna skulle ta skada av forskningen måste anses som mycket liten. En eventuell emotionell skada måste dock beaktas då intervjuerna kommer att handla om forskningspersonens operation och detta samtal skulle kunna komma att väcka starka känslor. Principen om rättvisa beaktas genom att värna om forskningspersonerna och säkerställa att de inte känner sig utnyttjade i forskningen.

Bestämmelser kring etikprövning styrs av lag 2003:460 om etikprövning av forskning som avser människor (33). Lagen avser inte arbete som utförs inom ramen för högskoleutbildning på avancerad nivå varför det inte är aktuellt att söka etiskt tillstånd för pilotstudien i detta arbete. Forskningsetiska överväganden har i arbetet i stället gjorts genom följande risk- och nyttoanalys och forskningspersonsinformation (bilaga 1).

Risk- och nyttoanalys

Forskningspersonerna i denna studie ska intervjuas om sina upplevelser av det preoperativa omhändertagandet inför anestesi. Risker med detta kan vara att forskningspersonen måste tänka tillbaka på sin operation och bli emotionellt

påverkade, det kan väcka minnen och känslor kan komma tillbaka.

Forskningspersonerna kan eventuellt känna att de inte vill diskutera vårdpersonalen då de är patienter och kanske tror att omvårdnaden för dem påverkas negativt. Det är viktigt att forskningspersonerna är införstådda med att deltagandet är frivilligt och att de när som helst kan avbryta sitt deltagande i studien. Om intervjusituationen skulle väcka starka känslor och behov för vidare samtal skulle uppstå måste vi kunna erbjuda hjälp med detta via exempelvis avdelningens kuratorer. Det är av vikt att forskningspersonerna under intervjun känner sig trygga i miljön och i situationen. Vidare informeras forskningspersonerna att allt material hanteras konfidentiellt och är avidentifierat.

Att få möjlighet att dela med sig av sina erfarenheter kan av forskningspersonerna upplevas som givande och betydelsefullt. Det kan innebära en känsla av bekräftelse och av att vara hörd och sedd. Vår uppfattning är att risken att forskningspersonerna ska lida emotionell skada är mycket liten och att de förväntade positiva effekterna därför överväger denna risk.

Forskningspersonerna i studien kommer att delges en forskningspersonsinformation utarbetad enligt riktlinjer från etiska prövningsnämnden (bilaga 1).

RESULTAT

I analyserna av forskningspersonernas berättelser om sina upplevelser av det preoperativa omhändertagandet framkom fyra kategorier, att vara förberedd, att kunna släppa kontrollen, tidigare erfarenhet skapar trygghet och en känsla av att vara omhändertagen. Kategorierna kommer här att beskrivas i text och illustreras med citat ifrån pilotstudiens intervjuer.

Att vara förberedd

I analysen av forskningspersonernas berättelser framkommer att omhändertagandet inför deras operation ledde till en känsla att vara förberedd. Båda forskningspersonerna hade dagen före operationen haft ett samtal med anestesiläkare, vilket de beskriver som förtroendeingivande och en möjlighet att ställa frågor och få svar. Anestesisjuksköterskans information i samband med sövning beskrivs som utförlig och korrekt. Speciella önskemål innan operationen godtogs, vilket upplevdes

som tillfredsställande. En viktig del av förberedelserna beskrevs vara att få möjlighet att träffa den kirurg som skulle genomföra operationen.

Det var tillfredsställande och man fick förtroende när man fick sitta och prata och få svar, om man ville ha

Att kunna släppa kontrollen

I forskningspersonernas berättelse framkommer att en del av deras upplevelser innebar att kunna släppa kontrollen. De beskriver ett förtroende och tillit till personalen och det som ska göras.

Jag vill inte ha reda på hur dom skulle göra. Utan jag liksom bara överlämnar mig och litar på dom

För en av forskningspersonerna innebär att släppa kontrollen också en rädsla för hur man ska må när man vaknar upp och en rädsla för att inte vakna upp alls.

Första gången var det också oro, man visste ju inte då, kommer jag att vakna upp, kommer jag vakna upp med vilka själsförmögenheter kvar, andra gången var det ju nästan så att man kanske så att man funderade ännu mer på det då

Tidigare erfarenheter skapar trygghet

Båda forskningspersonerna hade tidigare erfarenheter av att sövas och opereras och dessa erfarenheter beskrivs som stärkande och en källa till trygghet. Att ha varit med om en liknande situation tidigare gav vetskap om vad som skulle hända och man blev inte överraskad.

Jag har blivit sövd en gång förut, på precis samma sätt. Så det var inte någon rädsla, eller otrevliga känslor

Det är ju så med upprepning, är det så att man gör det andra gången så är man inte riktigt så nervös heller

En känsla av att vara omhändertagen

Att träffa personal man kände igen sedan tidigare och att det fanns en kontinuitet i kontakten med personalen gav en känsla av att vara omhändertagen.

... man ser ett känt ansikte från genomgången till dess att du ska in, det är en viss trygghet givetvis

Situationen kring att bli sövd upplevdes som lugn och odramatisk. Miljön på operationsavdelningen upplevdes av den ena forskningspersonen som lugn och utan stress. Den andra forskningspersonen hade inga minnen av tiden på operationsavdelningen. Att få en sömntablett i premedicineringen på avdelningen och inte komma ihåg någonting från tiden i direkt samband med operationen upplevdes som något positivt. Detta omhändertagande beskrivs av forskningspersonen som lugnt och utan dramatik.

... jag somnar i egen sjuksäng och vaknar i egen sjuksäng, (...) Och det tyckte jag var väldigt, väldigt bra. Det var ingen dramatik i det (...) Utan det var lugnt och skönt

Det första mötet med anestesijuksköterskan skedde för båda forskningspersonerna först på operationsavdelningen i direkt samband med operationen. Den ena forskningspersonen beskriver mötet som kort. Den andra forskningspersonen var påverkad av den sömntablett som givits som premedicineringen och kom inte ihåg något alls från tiden på operationsavdelningen. Båda forskningspersonerna uttrycker att de inte kan känna något behov av att efter operationen få samtala med den anestesijuksköterska som de träffade i samband med sövningen och som var med under operationen.

Innan var det ju så kort tid som jag hade med narkossköterskan (...) mitt möte med narkossköterskan innan operation var nog inte mycket mer än 4-5 minuter

Jag var drogad... eller sövd redan då, jag hade fått en sömntablett, så jag har inget minne utav det

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Författarnas intention var från början att undersöka patienters upplevelser av mötet med anestesijuksköterskan i samband med operation. Under arbetets gång har det framkommit att detta syfte behövde breddas för att göra problemområdet undersökningsbart. Det har visat sig svårt för patienter att göra skillnad på vilken roll

enskilda personer som de möter i samband med sin operation har (17). Upplevelser av mötet med anestesisyjuksköterskan blir därför svårt att undersöka som isolerad företeelse. Studiens syfte breddades därför till att beskriva patienters upplevelser av det preoperativa omhändertagandet inför anestesi.

För att pröva och vidareutveckla vald metod genomfördes en pilotstudie. En pilotstudie ger möjlighet att pröva undersökningsmetoder, frågor, intervjuteknik och analysmetod. Den ger en uppfattning om huruvida forskningspersonerna upplever frågorna som det är tänkt (34).

För att beskriva patienters upplevelse av det preoperativa omhändertagandet inför anestesi valdes kvalitativa semi-strukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod. Enligt Kvale (26) ger den kvalitativa forskningsintervjun möjlighet att förstå världen från forskningspersonernas synvinkel och utveckla mening ur deras erfarenheter. Intervjuerna inleddes med en öppen fråga, vilket gav forskningspersonerna möjlighet att fritt beskriva upplevelsen av det preoperativa omhändertagandet. Användandet av semi-strukturerade intervjufrågor innebar att författarna under intervjuerna kunde följa upp intressanta ämnen och samtidigt försäkra sig om att hela det område som ämnades undersökas täcktes. Den inledande öppna frågan och de uppföljande frågorna i intervjuguiden får anses som relevanta för att uppnå studiens syfte. Intervjuguidens uppföljande frågor var framtagna med utgångspunkt i McCormack och McCances (9) teoretiska ram för personcentrerad vård. Syftet med detta var att komma åt forskningspersonernas upplevelser med utgångspunkt i de fyra grundläggande begrepp i denna teoretiska ram.

I pilotstudien genomfördes två intervjuer. Forskningspersonerna var en man och en kvinna som ett par dagar tidigare hade genomgått en operation i generell anestesi. Intervjuerna genomfördes i ett lugnt och avskilt rum på den vårdavdelning där forskningspersonerna vårdades efter sin operation. Att intervjuerna genomfördes nära inpå operationsdagen innebar att forskningspersonerna hade sina upplevelser i färskt minne. I sammanhanget bör man dock beakta att Leinonen et al (20) har visat att patienters utvärdering av vården tenderar att vara mindre kritisk under sjukhusvistelsen än den är några veckor efter utskrivning.

Att spela in intervjuerna med diktafon gav författarna möjlighet att under intervjuerna fokusera på forskningspersonen och den verbala och ickeverbala kommunikationen (26). Den inledande öppna frågan och intervjuguiden som användes vid pilotstudien skrevs utifrån syftet att beskriva patienters upplevelser av mötet med anestesijuksköterskan i samband med operation. Som tidigare har förklarats ändrades syftet under arbetets gång till att beskriva patienters upplevelser av det preoperativa omhändertagandet inför anestesi. Intervjumaterialets innehåll svarade väl mot det omarbetade syftet och var möjligt att analysera utifrån detta.

Intervjumaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats enligt Graneheim & Lundman (28). Metoden bedöms vara lämplig då den tidigare inom omvårdnadsforskning med framgång använts för att tolka texter och kan användas för att beskriva variationer genom att identifiera skillnader och likheter i en text.

Genom att båda författarna läste igenom intervjumaterialet flera gånger gavs en känsla för textens helhet. Analysen gjordes gemensamt av båda författarna och meningsenheter lyftes ut och kondenserades. De kondenserade meningsenheterna abstraherades och förseddes med koder. Koderna jämfördes med avseende på likheter och skillnader och sorterades under fyra kategorier (35). Materialet från de två intervjuerna i pilotstudien var inte tillräckligt omfattande för att det i analysen skulle framträda ett tema. Materialets begränsade omfattning innebar också att pilotstudiens analys fokuserade på det manifesta innehållet. För att nå en djupare förståelse och kunna identifiera latent innehåll behöver den fullskaliga studien genomföras.

Analysens trovärdighet granskas utifrån resultatets tillförlitlighet, giltighet samt överförbarhet (35). Resultatets tillförlitlighet stärks av att analysen gjorts gemensamt av författarna genom ingående reflektion och diskussion för att klargöra textens innehåll. Olika tolkningsnivåer och abstraktionsnivåer har diskuterats gemensamt. Inga relevanta data har exkluderats och inga irrelevanta data har inkluderats i analysen. Analysens giltighet stärks genom att författarna i resultatet redovisa citat ur intervjuerna. Genom att belysa författarnas förförståelse som sjuksköterskor och studerande till specialistsjuksköterskor med inriktning mot anestesi klargörs utifrån vilken kontext analysen är gjord. Beskrivningen av pilotstudiens urval,

forskningspersoner, datainsamling och analys samt att resultatet illustrerats med citat ifrån intervjuerna möjliggör för läsaren att bedöma resultatets överförbarhet.

I pilotstudien intervjuades en man och en kvinna vilket ökar möjligheten att få det undersökta området belyst utifrån olika erfarenheter. Materialet ifrån pilotstudierna får ändå anses så litet att möjligheterna till djupare analys begränsas.

Enligt Kvale (26) är lämpligt antal forskningspersoner för en intervjustudie mellan 5 och 25, varför vi i den fullskaliga studien avser att inkludera ett tiotal forskningspersoner. Urvalet av forskningspersoner ska då sträva efter att omfatta kvinnor och män i olika åldrar från olika bakgrunder och med varierande erfarenheter av att sövas och opereras. I pilotstudien hade de båda forskningspersonerna genomgått samma typ av kirurgiskt ingrepp. Inför den fullskaliga studien får man överväga om det är önskvärt att urvalet görs för att få en variation av det kirurgiska ingrepp forskningspersonerna har gått igenom.

De båda forskningspersonerna i pilotstudien hade inför sin operation fått en sömntablett i premedicineringen. För en av forskningspersonerna förde det med sig stora svårigheter att överhuvudtaget minnas någonting av omhändertagandet i samband med sövningen då forskningspersonen somnat redan på vårdavdelningen. Detta begränsade forskningspersonens möjlighet att beskriva sina upplevelser av det preoperativa omhändertagandet. Tidigare studier av patienters erfarenheter i samband med operation har visat att patienter kan erinra sig tiden från operationsavdelningen relativt väl trots medicinering (16). Vår erfarenhet från pilotstudien leder till att man inför den egentliga studien noggrant bör fundera över patienters möjligheter att beskriva sina upplevelser av det preoperativa omhändertagandet inför anestesi om de inför sin operation fått sömntablett i premedicineringen.

Ingen av författarna har tidigare erfarenhet av att genomföra en forskningsintervju varför intervjuguiden upplevdes som ett bra hjälpmedel. Intervjuerna i pilotstudien gav god träning i intervjuteknik för författarna inför den egentliga studien. Erfarenhet av tidigare arbete med kvalitativ analys av intervjumaterial saknas även det av båda författarna. Valet av kvalitativ innehållsanalys får därför anses lämpligt då metoden enligt Graneheim och Lundman (35) kan anpassas till datamaterial av varierande kvalitet och efter forskarens erfarenhet.

RESULTATDISKUSSION

Att vara förberedd

I resultatet framkommer information och möjlighet att få frågor besvarade som en betydande del av forskningspersonernas upplevelser av det preoperativa omhändertagandet inför anestesi. Betydelsen av information och undervisning för att öka patientens delaktighet i den perioperativa vården är tidigare väl beskriven (14). Lithner och Zilling (23) visar att preoperativ information ger mätbara positiva effekter och kan innebära en möjlighet för kortare vårdtider. Leinonen et al (17) beskriver att en stor del av patienterna i deras undersökning uttryckte missnöje med den information och undervisning de fått i samband med sin operation. I kontrast till denna tidigare forskning framkommer i vår begränsade pilotstudie att forskningspersonerna var tillfredställda med den information de fick.

Att kunna släppa kontrollen

I pilotstudien framkommer tillit och förtroende som förutsättningar för att kunna släppa kontrollen. De båda forskningspersonernas upplevelser av att kunna släppa kontrollen skiljer sig ifrån varandra. För den ena forskningspersonen fanns det ett lugn i att sövas och sedan vakna färdigopererad. För den andra forskningspersonen innebar att släppa kontrollen inte bara ett lugn, utan även en rädsla för hur man ska må när man vaknar upp och en rädsla för att inte vakna upp alls.

Susleck et al (36) har funnit att kontroll framträder som tema ur patienters berättelser kring helhetsupplevelsen av att sövas och vara sövd. Det kan vara upplevelsen av att förlora kontroll eller strävan efter att återfå eller bibehålla kontroll. Att vara sövd innebär för patienten att förlora kontrollen över de beslut som fattas om eller kring sig själv. Även att förlora kontroll över tiden då man i samband med operationen tvingas vänta på personer eller händelser utan att själv ha kontroll över förloppet beskrivs som påfrestande. Kontroll framkommer som ett område där den anestesijuksköterskan har många möjligheter att hjälpa patienten.

Tidigare erfarenheter skapar trygghet

Båda forskningspersonerna i pilotstudien hade personliga erfarenheter sedan tidigare av att sövas och opereras. I deras berättelser framträder att dessa erfarenheter och

vetskapen om vad som ska hända skapar trygghet och ger minskad nervositet. Detta överensstämmer med tidigare forskning som visat att tidigare erfarenheter av att opereras leder till ökat lugn och minskad oro och ångest inför operation (19, 21, 22).

Rosén et al (21) betonar att patientens erfarenheter av att vara omhändertagen i samband med operation kommer att prägla framtida upplevelser av liknande situationer. Detta tydliggör betydelsen av att det perioperativa omhändertagandet leder till positiva upplevelser av vistelsen på operationsavdelningen för patienten.

En känsla av att vara omhändertagen

Lagerström och Bergbom (19) beskriver relationen mellan sjuksköterska och patient som essensen av att vara omhändertagen. Ur patientens perspektiv innebär ett professionellt omhändertagande att vara närvarande, lyssna, ta sig tid att svara på frågor och ge information om vad man gör och vad som händer.

Miljön på operationsavdelningen beskrivs i pilotstudiens resultat som lugn och utan stress. Miljö är ett område där anestesijuksköterskan i sitt arbete på olika sätt kan arbeta för att stärka patientens upplevelse av att vara omhändertagen. Genom att påverka faktorer som temperatur, ljudnivå, färger, ljus och aktivitet på salen kan en fridfull och komfortabel miljö upprätthållas. För patientens upplevelse av miljön på operationsavdelningen är det inte bara den fysiska miljön som är av betydelse. Även relationen mellan sjuksköterska och patient är av vikt för att undvika att patienten känner sig sårbar, hjälplös eller förolämpad (18).

För den ena av forskningspersonerna skapades en känsla av kontinuitet då denne på operationsdagen på nytt träffade samma narkosläkare som forskningspersonen dagen före hade träffat för den preoperativa bedömningen. Sjuksköterskan kan enligt Lindvall et al (10) genom den perioperativa dialogen förebygga och lindra patientens lidande genom kontinuitet i de pre-, intra- och postoperativa samtalen. Att organisera arbetet utifrån den perioperativa dialogen skulle för anestesijuksköterskan kunna vara ett sätt att säkerställa att kontinuitet alltid skapas för patienten. Att den ena forskningspersonen i pilotstudien träffade samma narkosläkare vid båda tillfällena får nog betraktas som en lyckosam slump snarare än resultatet av ett medvetet sätt att arbeta.

Enligt McCormack och McCance (9) är en rad faktorer av betydelse för att uppnå förväntade resultat av personcentrerad vård. Genom engagemang, information och en process där hänsyn tas till individuella värderingar kan en grund för ett delat beslutsfattande skapas. I pilotstudiens resultat framkommer skillnader i forskningspersonernas upplevelser av det preoperativa omhändertagandet vilket styrker att hänsyn behöver tas till individuella behov, förväntningar och önskningar.

Kraven på sjuksköterskan i de vardagliga arbetsuppgifterna försvårar inte sällan den personcentrerade processen eftersom tiden inte räcker till. För att den personcentrerade vården ska vara en praktisk möjlighet måste förutsättningarna för den införlivas i organisationen och vårdmiljön och krav ställas på engagerad och kompetent personal (37, 38).

I resultatet från denna begränsade pilotundersökning framträder fyra kategorier i forskningspersonernas beskrivning av sina upplevelser av det preoperativa omhändertagandet inför anestesi. Med hjälp av lärdomar vi dragit av denna pilotstudie skulle en fullskalig studie kunna ge djupare kunskap om patienters upplevelser av det preoperativa omhändertagandet inför anestesi. Genom att ytterligare öka kunskapen om patienters upplevelser ges möjlighet att organisera vården och anestesisjuksköterskans arbete på ett sätt där patienten är i fokus och kraven på ökad patientdelaktighet upprätthålls.

Arbetet är med denna uppsats har inte fördelats mellan författarna förutom den uppdelning av intervjuerna som beskrivs i metodbeskrivningen av pilotstudien. Arbetets olika delar har skrivits av författarna ihop och analysen av intervjumaterialet är gjord gemensamt.

REFERENSER

1. Riksföreningen för anestesi och intensivvård och svensk sjuksköterskeförening - SSF. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesisjukvård. 2008.
2. Lindwall L, von Post I. Perioperativ vård : att förena teori och praxis. Lund: Studentlitteratur; 2008.
3. Hälsa- och sjukvårdsrapport - 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
4. Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C. Evidensbaserad omvårdnad : en bro mellan forskning och klinisk verksamhet. Lund: Studentlitteratur; 2006.
5. Birkler J, Björkander Mannheimer E. Filosofi och omvårdnad : etik och människosyn. Stockholm: Liber; 2007.
6. Watson J. Nursing : human science and human care : a theory of nursing. New York: National League for Nursing; 1988.
7. McCance T, Slater P, McCormack B. Using the caring dimensions inventory as an indicator of person-centred nursing. *Journal of Clinical Nursing*. 2009;18(3):409-17.
8. Edvardsson D. Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik. Lund: Studentlitteratur; 2010.
9. McCormack B, McCance TV. Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;56(5):472-9.
10. Lindwall L, von Post I, Bergbom I. Patients' and nurses' experiences of perioperative dialogues. *Journal of Advanced Nursing*. 2003;43(3):246-53.
11. Rudolfsson G, Ringsberg KC, von Post I. A source of strength - nurses' perspectives of the perioperative dialogue. *Journal of Nursing Management*. 2003;11(4):250-7.

12. Lindwall L, von Post I. Continuity created by nurses in the perioperative dialogue - a literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2009;23(2):395-401.
13. Halldin M, Lindahl S, (red). *Anestesi*. Stockholm: Liber; 2005.
14. Leinonen T, Leino-Kilpi H. Research in peri-operative nursing care. *Journal of Clinical Nursing*. 1999;8(2):123-38.
15. Grønnestad BK, Blystad A. Pasienters opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon - En kvalitativ studie. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*. 2004;24(4):4-8.
16. Leinonen T, Leino-Kilpi H, Ståhlberg M, Lertola K. Comparing patient and nurse perceptions of perioperative care quality. *Applied Nursing Research*. 2003;16(1):29-37.
17. Leinonen T, Leino-Kilpi H, Ståhlberg M, Lertola K. The quality of perioperative care: development of a tool for the perceptions of patients. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;35(2):294-306.
18. Griffin AT, Yancey V. Spiritual dimensions of the perioperative experience. *AORN Journal*. 2009;89(5):875-82.
19. Lagerström E, Bergbom I. The care given when undergoing operations and anaesthesia - the patients' perspective. *Journal of Advanced Perioperative Care*. 2006;2(4):183-93.
20. Leinonen T, Leino-Kilpi H, Jouko K. The quality of intraoperative nursing care: the patient's perspective. *Journal of Advanced Nursing*. 1996;24(4):843-52.
21. Rosén S, Svensson M, Nilsoon U. Calm or not calm: the question of anxiety in the perianesthesia patient. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2008;23(4):237-46.
22. Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J, Iwamoto CW, Adamatti LC, et al. Risk factors for postoperative anxiety in adults. *Anaesthesia*. 2001 Aug;56(8):720-8.

23. Lithner M, Zilling T. Ökar preoperativ information patientens välbefinnande postoperativ? - En litteraturstudie. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*. 1998;18(1):31.
24. Zetterlund P. Perioperativ dialog - Gör anestesijuksköterska preoperativa och postoperativa patientbesök? Problem och möjligheter - en karläggning av svenska sjukhus. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*. 2000;20(3):43-8.
25. von Post I, Frid I, Kolvered M, Madsen C. Den perioperativa dialogen - möjligheter och hinder för nya vanor i praxis. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*. 2005;25(4):37-42.
26. Kvale S, Brinkmann S, Torhell S-E. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur; 2009.
27. Watson R, Benner P, Ketefian S. *Nursing research : designs and methods*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2008.
28. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24(2):105-12.
29. The Nuremberger Code. [citerad 2010 01 19]; Tillgänglig från: http://www.ushmm.org/research/doctors/Nuremberg_Code.htm.
30. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. Helsinki, Finland 1964 [citerad 2010 01 18]; Tillgänglig från: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>.
31. Vetenskapsrådet. Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning - Forskningsetisk policy och organisation i Sverige. [citerad 2010 01 21]; Tillgänglig från: http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/medicinsk_humanforskning_13.pdf.

32. Northern Nurses' Federation. Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden 2003 [citerad 2010 01 18]; Tillgänglig från:
<http://www.vardinorden.org/ssn/etikk.pdf>.
33. Svensk författningssamling SFS. Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor. 2003.
34. Nyberg R. Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet. Lund: Studentlitteratur; 2000.
35. Granskär M, Höglund-Nielsen B. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur; 2008.
36. Susleck D, Willocks A, Secret J, Norwood BK, Holweger J, Davis M, et al. The Perianesthesia Experience From the Patient's Perspective. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2007;22(1):10-20.
37. Edvardsson D, Koch S, Nay R. Psychometric evaluation of the English Language Person-Centered Climate Questionnaire - patient version. *Western Journal of Nursing Research*. 2009;31(2):235-44.
38. Price B. Exploring person-centred care. *Nursing Standard*. 2006;20(50):49.



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

Forskningspersoninformation

Patienters upplevelser av mötet med anestesijuksköterskan i samband med operation.

Studiens bakgrund

Det finns idag kunskap om flera olika aspekter av mötet mellan patient och anestesijuksköterska inför en operation. Patienters egna upplevelser av detta möte är ett område där ytterligare vetenskaplig kunskap behövs för att kunna utveckla omhändertagandet av patienter inför en operation, vilket är anledningen till föreliggande studie som avser att kartlägga patienters upplevelser av mötet med anestesijuksköterskan i samband med operation. Studien vänder sig till patienter som nyligen genomgått en operation och har erfarenheter av mötet med anestesijuksköterskan efter att man givit sitt samtycke till deltagande.

Studiens genomförande

Studien är en intervjustudie där samtalet kommer att spelas in på bandspelare. Under intervjun kommer frågor att ställas om upplevelsen av mötet med anestesijuksköterskan i samband med operation. Efter intervjun kommer intervjun att skrivas ut till en text och innehållet kommer att analyseras. Insamlad information kommer enbart att användas i forskningsändamål.

Svar och resultat kommer att behandlas så att inga obehöriga kan ta del av dem. Namn ersätts med en kod och i samband med redovisning av resultat kommer enskilda

individer inte att kunna identifieras. Hantering av personuppgifter regleras av Personuppgiftslagen (SFS 1998:204). Kassetbanden kommer att förvaras i ett låst skåp och den skrivna texten från intervjun kommer inte kunna kopplas till de intervjuade personerna. Deltagandet är frivilligt och kan när man vill avbrytas utan att ange skäl och utan påverkan på framtida vård. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå. Resultatet av studien kan man ta del av genom kontakt med nedan angivna personer

Ansvariga för studien

Kristian Prytz

Leg. Sjuksköterska

Tel. 031 – 14 03 16

gusprykr@student.gu.se

Johan Åkesson

Leg. Sjuksköterska

Tel. 031 – 19 94 57

gusakesjo@student.gu.se

Handledare

Eva Brink

Lektor

eva.brink@gu.se

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Box 457, 405 30 Göteborg



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

Patienters upplevelser av mötet med anestesijuksköterskan i samband med operation.

Jag har fått muntlig och skriftlig information om en studie av erfarenheter av mötet med anestesijuksköterskan inför en operation. Jag har fått möjlighet att ställa frågor och har fått dessa besvarade. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande. Jag samtycker till att bli intervjuad.

Datum _____

Namnunderskrift

Namnförtydligande

Ansvariga för studien

Kristian Prytz

Johan Åkesson

Handledare

Leg. Sjuksköterska

Leg. Sjuksköterska

Eva Brink

Tel. 031 - 14 03 16

Tel. 031 - 19 94 57

Lektor

gusprykr@student.gu.se

gusakesjo@student.gu.se

eva.brink@gu.se

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Box 457, 405 30 Göteborg