

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2018:19

Anestesisjuksköterskors upplevelser av att bemöta oroliga patienter preoperativt

Lars Henberg & Daniel Johansson



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel: Anestesisjuksköterskors upplevelser av att bemöta oroliga patienter preoperativt

Författare: Lars Henberg & Daniel Johansson

Huvudområde: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Utbildning: Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot anestesisjukvård

Handledare: Thomas Eriksson

Examinator: Gabriella Norberg Boysen

Sammanfattning

Att vara föremål för en operation och allt vad det innebär, medför i princip alltid någon form av anspänning och oro för den enskilda patienten. Alltifrån en ny främmande miljö, som den en operationsklinik erbjuder, till oro för sövning och kirurgiskt ingrepp. Att jobba som anestesisjuksköterska innebär unika möten med dessa patienter och ibland också med närstående. Anestesisjuksköterskan kan aldrig på förhand förbereda sig fullt ut på hur ett möte kommer att bli. Ofta är det preoperativa mötet kort och tidspressat på grund av krav på produktivitet, på kort tid skall anestesisjuksköterskan hinna inge förtroende, fånga upp patientens oro och kunna lindra densamma. Det är viktigt att anestesisjuksköterskan har verktygen och känner sig trygg med att bemöta patienters oro inför narkos och operation då oro kan ge negativa följder både pre-, intra- och postoperativt för patienten. Syftet med studien var att utforska anestesisjuksköterskors upplevelser av att bemöta patienters oro i det preoperativa mötet. Sju djupintervjuer av anestesisjuksköterskor genomfördes. Materialet analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats. Analysen resulterade i fjorton underkategorier och fem huvudkategorier. Huvudkategorierna var: *Att vara förberedd, Att mötas, Att hindras, Bemöta och Omvårdnadsresultat*. Resultatet visade att preoperativ oro var mycket vanligt förekommande och att vara professionell och ha ett patientperspektiv i bemötandet var något som anestesisjuksköterskorna såg som mycket viktigt, det var närmast en förutsättning att lära sig behärska detta för att klara av sitt jobb som anestesisjuksköterska på ett bra sätt.

Nyckelord: Oro, preoperativ, anestesisjuksköterska, anestesi, upplevelse, möte, patient.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Faktorer som oroar patienten	2
Faktorer som påverkar anestesisjuksköterskans bemötande	3
Vikten av information	4
Preoperativt möte	4
Bemötandet av oroliga patienter	4
Strategier för att hantera oroliga patienter	5
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	7
METOD	7
Kvalitativ intervjustudie	7
Förförståelse	7
Urval	8
Informanter	9
Datainsamling	10
Dataanalys	11
Forskningsetiska överväganden	12
RESULTAT	13
Att vara förberedd	14
Förberedelser	14
Att mötas	14
Uppleva oro hos patienten	15
Upplevelser i mötet	16
Att hindras	16
Att inte nå patienten	16
Bemöta	17
Se behov	17
Begränsat förtroende	19
Vårdande samtal	19
Omvårdnadsresultat	20
Läkemedel	20
Postoperativa följder	20
Känna sig tillfredsställd	21
Inse sina begränsningar	21
Ändringar skapar oro	21
Tacksamhet	22
DISKUSSION	22

METODDISKUSSION	22
RESULTATDISKUSSION	24
Att vara förberedd	25
Att mötas	25
Att hindras	26
Att bemöta	28
Att inse sin betydelse	28
Slutsats	29
Kliniska implikationer	29
REFERENSER	30
Bilaga 1	33
Bilaga 2	34

INLEDNING

Att vara föremål för en operation och allt vad det innebär, medför i princip alltid någon form av anspänning och oro för den enskilda patienten. Alltifrån en ny främmande miljö, som den en operationsklinik erbjuder, till oro för sövning och kirurgiskt ingrepp. Lägg därtill eventuell rädsla för postoperativt illamående och smärta så identifieras en mängd faktorer som kan ge upphov till oro. Anestesisjuksköterskan möter dessa patienter dagligen i sitt arbete och skall i sin yrkesroll bemöta och försöka lindra denna oro hos patienterna. Dessutom med vetskapen om att en patient som är mycket orolig preoperativt lider större risk för negativa effekter postoperativt. Under höstens fältstudier noterade författarna att tiden för det preoperativa mötet mellan patient och anestesisjuksköterska ofta var mycket knapp. Inte sällan på grund av pressade operationsprogram och krav på produktion. De flesta anestesisjuksköterskor klarade av att lugna och till och med få patienterna att känna sig trygga på ett mycket professionellt sätt. Dock noterade båda författarna att anestesisjuksköterskorna gav uttryck för att de själva blev påverkade av mötet med oroliga och stressade patienter. Därför känns det angeläget att med denna studie belysa anestesisjuksköterskors upplevelser av att möta oroliga patienter preoperativt.

BAKGRUND

Anestesi kan beskrivas som sjukvård som gör patienten omedveten om sin omgivning under kirurgiska ingrepp och syftar till att ta bort den svåra smärta patienten drabbas av i samband med dessa ingrepp. Smärtan och stressen den medför, kan leda till fysiologiska komplikationer och otrevliga minnen. Många människor blir skrämde av tanken att genomgå anestesi. För en del är det till och med värre än operationen i sig, tanken på att bli sövd. Det händer också att riktigt oroliga patienter väljer att ställa in sin operation på grund av rädslan för att genomgå anestesi (Ruhaiyem, Alshehri, Saade, Shoabi, Zahoor och Tawfeeq, 2016). Oro definieras som en (lättare) känsla av upprördhet, rädsla och olust (Svensk ordbok, 1990).

Anestesisjuksköterskans ansvar är stort gentemot patienten i det preoperativa mötet där bemötandet har en stor roll och kommer att prägla patientens upplevelse av anestesi och

operation. Anestesisjuksköterskans erfarenheter, kunskaper och människosyn är av stor vikt då omvårdnaden förbereds. Det poängteras att det inte är längden på det preoperativa samtalet utan innehållet som är av vikt (Lindwall & von Post, 2008).

Faktorer som oroar patienten

Oro hos patienten är vanligt förekommande. Att vakna under pågående operation eller att inte vakna efter avslutad operation upplevde anestesisjuksköterskan vara det som oroade patienten mest (Bengtsson et al. 2016).

Ruhaiyem, et al. (2016) identifierade de tre vanligaste orsakerna till rädsla och oro hos patienterna i sin enkätstudie. Vanligaste oron var rädsla för postoperativ smärta. Att vakna under operation så kallad "awareness" var näst vanligaste rädslan och tredje vanligaste var det att det skulle ta lång tid att vakna, återfå medvetandet efter narkosen, som oroade patienterna. Awareness konstaterade även Mitchell (2010) som vanlig orsak till oro inför generell anestesi, men även att väntan på sin tur inför operation, att anlända till operationssalen, att inte vakna efter anestesi, att dö under anestesi och att vakna under pågående operation gav upphov till oro.

Mavridou, Dimitrou, Manataki, Arnaoutoglou och Papadopoulos. (2013), Mitchell (2013), Ruhaiyem, et al. (2016) och Thushara Matthias & Nandadeva Samarasekera, (2012) kunde konstatera att det var demografiska skillnader hos patienterna. Kön var det som utgjorde mest signifikanta skillnaden, där kvinnor var mer benägna att vara oroliga än män. Enligt Mitchell (2013) så gav kvinnorna uttryck för sin oro i ett tidigare skede än männen. Ålder utgjorde även det en skillnad. Vid jämförelse av patienter över fyrtio år och under fyrtio år visade det sig att gruppen över fyrtio år var mer oroliga för anestesi. (Ruhaiyem, et al. 2016). Medan Mavridou et al. (2013) redovisar ett motstridigt resultat, där patienter under fyrtiofem år är mer oroliga än de över fyrtiofem år för att vakna upp under pågående anestesi. Thushara et al. (2012) och Mavridou et al. (2013) poängterar i sina respektive studier att de som inte tidigare genomgått någon operation upplever mer oro jämfört med dem som tidigare genomgått operation. Oro för att tappa kontrollen men även för att dö under operationen sågs mer frekvent hos den yngre patienten. Att vårdas av en manlig anestesisjuksköterska kunde ibland

skapa oro hos kvinnor. Ibland var det svårt för patienten att urskilja vad som orsakade oron. Hela situationen kunde påverka, vilket kunde ses hos den cancersjuka patienten som ofta oroade sig för både diagnos och operationsresultat. Typ av operation eller tidigare erfarenhet kunde påverka oron. Med tidigare erfarenhet uppgavs bland annat otillräcklig information inför operation och smärtsamma upplevelser i samband med att perifer venkateter lagts. Anestesisjuksköterskan upplevde att den preoperativa informationen påverkades vid de tillfällen då anestesiläkaren inte hade samma uppfattning om vad som orsakat patienters oro (Bengtsson et al. 2016).

Faktorer som påverkar anestesisjuksköterskans bemötande

De flesta anestesisjuksköterskorna upplevde en tidspress inför anestesi vilket genererade att de själva kände sig dåligt förberedda i mötet med patienterna (Sundqvist & Anderzen Carlsson, 2014).

I Bengtsson, Johansson & Englund (2016) studie framkommer det att anestesisjuksköterskor läser journaler och förbereder sig för efterkommande patient under pågående anestesi för att få tiden att räcka till. Operationsplaneringen var många gånger tidspressad, vilket genererade i en ökad arbetsbelastning för anestesisjuksköterskan, även det preoperativa mötet påverkades negativt.

Sundqvist et al. (2014) menade att tidspressen på ett ogynnsamt sätt påverkade möjligheten att förbereda patienten inför anestesi och minskade förutsättningarna för en god omvårdnad. Tidspressen skapade stress.

Bengtsson et al. (2016) poängterar att stress kan påverka patientens integritet och även minska förtroendet för anestesisjuksköterskan. Sådana situationer kan leda till att anestesisjuksköterskan i sin tur upplever stress och en känsla av att vara otillräcklig. Det konstaterades också att det var negativt att inte kunna genomföra det preoperativa samtalet i enrum med patienten.

Vikten av information

Anestesisjuksköterskans bemötande preoperativt kunde påverkas av otillräcklig information om patientens hälsostatus. Oavsett anestesi metod upplevde inte anestesisjuksköterskan någon skillnad vad gällde oro hos patienten. Däremot kunde förändringar i redan planerad anestesi frambringa oro. I studien såg de att den mediala information som den enskilda patienten sökte kunde påverka förtroendet för vården negativt (Bengtsson et al. 2016). När patienterna upplevde att anestesisjuksköterskan i det preoperativa samtalet lyssnade till deras frågor och att de uppmärksammade deras oro byggdes tillit, och då kände de trygghet (Lindwall, Von Post & Bergholm., 2003).

Preoperativt möte

Den person som patienten oftast först träffar inför operation är anestesisjuksköterskan. Vid detta första möte är det viktigt att skapa tillit genom både den verbala och icke-verbala kommunikationen. Genom att anestesisjuksköterskan presenterar sig själv med namn och titel och lämnar ett löfte om att hen kommer att finna hos patienten under hela anestesi så har den verbala kommunikationen uppfyllts. Den icke-verbala kommunikationen framställs genom ögonkontakt och eventuellt fysisk kontakt som att hålla i patientens hand alternativt lägga en hand på patientens arm. Detta gör det tydligt för patienten att ” jag finns här för dig” (Sundqvist et al. 2014). Både för den oroliga patienten och anestesisjuksköterskan kan det preoperativa mötet vara positivt då det ligger till grund för hela den intraoperativa vården. En trygghetskänsla infann sig hos patienten då de på nytt mötte anestesisjuksköterskan på operationssalen. Det preoperativa mötet möjliggör för anestesisjuksköterskan att planera de strategier som behövs för att tillmötes gå den oroliga patienten. Genom att också möta patienten postoperativt försökte anestesisjuksköterskan att få feedback på given omvårdnad för att fortsätta utvecklas i sin profession (Bengtsson et al. 2016).

Bemötandet av oroliga patienter

Anestesisjuksköterskan upplevde att det ingav en känsla av trygghet hos patienten då de i det preoperativa mötet beskrev anestesi som något som de dagligen utförde. Detta resulterade i att de upplevde att patienten kände sig som väl omhändertagen och trygg i deras omvårdnad (Sundqvist et al. 2014).

Även i Lindwall et al. (2003) studie framkommer det att patienterna upplevde anestesijuksköterskorna som både skickliga och kompetenta då de gavs möjlighet att diskutera och ställa frågor inför operation och anestesi. Detta ingav tillit hos patienterna och medförde en ökad trygghet i att överlämna sig i anestesijuksköterskornas vård.

Att identifiera eventuella riskfaktorer inför anestesi upplevde anestesijuksköterskorna lite som ett väsentligt analyserande arbete. Detta innefattade både att förbereda och vägleda patienten genom hela proceduren. Den oerfarna anestesijuksköterskan upplevde att de försvarade patienten när det behövdes men kände samtidigt att det var svårare i början av karriärerna då de var rädda att göra fel. I takt med växande erfarenhet ökade självförtroendet, de upplevde sig då bättre rustade att argumentera för patientens sak (Sundqvist et al. 2014).

Mötet med mycket oroliga patienter och svårt sjuka patienter kunde upplevas som svåra av anestesijuksköterskan. Dessa situationer blev lättare att bemöta med växande erfarenhet (Bengtsson et al. 2016).

Strategier för att hantera oroliga patienter

För att undvika emotionell belastning var det viktigt för anestesijuksköterskan att kunna samtala med sina kollegor om de svåra möten som de upplevt med den oroliga patienten. Detta för att kunna gå vidare. Anestesijuksköterskan upplevde kunna ge mer av sig själv med ett växande självförtroende något som kom med ökad erfarenhet. Oerfarenhet gjorde anestesijuksköterskan mer benägen att personligen ta på sig ett misslyckat preoperativt möte. Anestesijuksköterskor bemöter dagligen patienter preoperativt, möten i varierade situationer som var och ett är unikt. Det framgår i studien att anestesijuksköterskan alltid tar hänsyn till patientens oro inför operation (Bengtsson et al. 2016).

När anestesijuksköterskorna uppträdde professionellt, var lyhörda för patienternas frågor och oro så infann sig en trygghetskänsla (Lindwall et al. 2003). Erfarenheten hos anestesijuksköterskan beskrev att oro kan ha många olika uttryckssätt. Det ansågs viktigt att identifiera tecken på oro för att kunna planera och bemöta den specifika

individens behov. Oron beskrevs kunna ta sig uttryck genom till exempel att patienten pratade mycket, pratade ett fult språk men de kunde även agera lugnt och tillbakadraget. Anestesisjuksköterskan behöver vara både snabbtänkt och handlingskraftig i mötet med den oroliga patienten. Den kulturella bakgrunden kunde ha stort inflytande på patientens sätt att uttrycka oro. Anestesisjuksköterskan poängterar vikten av att visa patienten sympati och empati och urskilja känsliga ämnen för att kunna undvika dem. Oron bemöttes med trygghet och löften. Anestesisjuksköterskan använde sig av olika strategier som kunde minska oron, så som att ge patienten information, ge lugnande samtal, erbjuda en lugn miljö och bruka ett lättillgängligt kroppsspråk. Genom att försäkra sig om att patienten låg bekvämt visade anestesisjuksköterskan att de brydde sig om individen. Att identifiera oro och rädsla sågs som viktigt för att tidigt kunna tillmötes gå patientens behov. Att använda sig av läkemedel för att lindra oro sågs som en sista lösning då inget annat hjälpt. Men för att hjälpa patienten att kunna hantera situationen innan epidural och spinalanestesi valde en del anestesisjuksköterskor att tidigt administrera läkemedel. Kombinationen av lugnande samtal, professionellt bemötande och läkemedel ansågs erfarenhetsmässigt vara effektivast. De erfarna anestesisjuksköterskorna föredrog lugnande samtal framför att ge läkemedel. Men det visade sig även gynnsamt att administrera läkemedel tidigt till patienten som uppvisade hög nivå av oro (Bengtsson et al. 2016).

PROBLEMFÖRMULERING

Att arbeta som anestesisjuksköterska innebär unika möten med patienter och ibland också med närstående. Anestesisjuksköterskan kan aldrig på förhand förbereda sig fullt ut på hur ett möte kommer att bli. För många patienter är det ett orosmoment att sövas och opereras. Många är oroliga över att vakna under operationen, att inte vakna efter narkosen och/eller att känna smärta under operationen utan att kunna förmedla detta.

Ofta är det preoperativa mötet kort och tidspressat då anestesisjuksköterskan ska hinna inge förtroende, fånga upp patientens oro och kunna lindra densamma. Det är viktigt att anestesisjuksköterskan har verktygen och känner sig trygga med att bemöta patienters oro inför narkos och operation då oro kan ge negativa följder både pre-, intra- och postoperativt för patienten.

En del anestesijuksköterskor ser oron som en naturlig del hos patienten som ska sövas och opereras då det är förknippat med risker. Det finns ett flertal studier som tar upp oro ur ett patientperspektiv, men få studier tar upp vad anestesijuksköterskan upplever och vad det får för konsekvenser för vårdarbetet. Om det finns några rutiner, vilka upplevelser anestesijuksköterskorna har av att bemöta patienters oro och vilka deras erfarenheter är av att hantera sådana situationer. Med detta arbete vill vi belysa anestesijuksköterskans upplevelse av att bemöta den oroliga patienten i det preoperativa mötet då det är direkt kopplat till patientens upplevda trygghet och välbefinnande före, under och efter operation.

SYFTE

Syftet var att utforska anestesijuksköterskors upplevelser av att bemöta patienters oro i det preoperativa mötet.

METOD

Kvalitativ intervjustudie

Då syftet var att utforska anestesijuksköterskors upplevelser, och därmed också känslor, valdes att utföra en kvalitativ intervjustudie. Enligt Kvale och Brinkmann (2009, s. 15) skall forskaren helt enkelt tala med en människa för att bäst förstå hens upplevelser av sitt liv och sin värld. Vid det interagerande samtalet delges känslor, tankar och upplevelser. Ihop med attityder och erfarenheter resulterar detta i att människor lär känna varandra och får en inblick i varandras livsvärld.

Förförståelse

Lundman och Hällgren Graneheim, (2017, s. 230) menar att en forskare behöver vidta vissa åtgärder för att visa trovärdighet i sina resultat. Trovärdighet handlar exempelvis om hur författarens förförståelse har satt sin prägel på analysen. Med förförståelse menar Lundman och Hällgren Graneheim (2017, s. 230) den bild som forskaren har av

det fenomen som studeras. Det vill säga teoretisk kunskap och tidigare erfarenheter och dessutom eventuellt förutfattade meningar.

Före datainsamlingen startades försökte därför författarna medvetandegöra och reflektera kring sin förförståelse så att den inte skulle påverka informanterna i intervjuerna. Även i analysarbetet och resultatredovisning beaktades och hanterades förförståelsen.

Ingen av författarna har någon tidigare erfarenhet av det anesthesiologiska fältet att tala om. Endast två fältstudieveckor på operationsklinik inom ramen för specialistutbildningen under hösten. Dock har båda varit sjuksköterskor i drygt tio år och arbetat kliniskt inom akutsjukvård både hospitalt men framförallt prehospitalt. Med det sagt har båda mött oroliga patienter och tror oss ha en uppfattning hur de bäst bemöts i sin oro. Känslan är att oroliga patienter är vanligt förekommande och något som kommer att behöva bemötas i den kommande yrkesrollen. Ibland infinner sig en känsla av frustration och otillräcklighet när patienten är så orolig att hen inte "nås" och inte kan lugnas.

Urval

Studiens resultat vilar på intervjuer av sju anestesijuksköterskor som alla arbetar på operationskliniker i västra Sverige. En av klinikerna bedriver endast elektiv operationsverksamhet medan de andra har både planerad och akut verksamhet. Samtliga kliniker tar emot, redan på förhand känt, oroliga patienter. För att kunna genomföra intervjuerna söktes tillstånd och godkännande av berörda avdelningschefer via mejl (bilaga 1). Avdelningscheferna var också behjälpliga med att finna informanter. Dock fann författarna endast fyra informanter på detta vis.

En klinik hade ingen möjlighet att hjälpa till, en annan hann inte inväntas besked ifrån då tiden rann iväg och studien inte skulle hinna slutföras inom ramen för kurstiden. Därför tillfrågades informanter privat via bekantskapskretsen om de kunde tänka sig att ställa upp. Så kallat bekvämlighetsurval och nätverksurval enligt Polit & Beck (2018, s. 199). Det vill säga att personer som uppfyllde urvalskriterierna och var villiga att ställa

upp ingick i studien. Noteras här, bör göras, att ingen av författarna hade någon nära relation till, eller kände informanterna väl.

Kriterierna var att informanten skulle vara anestesijuksköterska och arbeta kliniskt inom operationsverksamhet. Dessutom skulle de ha erfarenhet av preoperativa möten med oroliga patienter. Önskvärt enligt författarna var att få en spridning av ålder, kön och erfarenhet i yrket.

Informanter

Med hjälp av en avdelningschef fann vi fyra anestesijuksköterskor som var villiga att delta från en operationsklinik i Västsverige som bedriver enbart elektiv verksamhet. De tre andra var verksamma på olika kliniker, även de i Västsverige, och arbetade både med elektiv och akut verksamhet. En tillfrågad valde att tacka nej. Författarnas ambition var att åtta informanter skulle utgöra studien men efter sju transkriberade intervjuer ansågs tillsammans med handledaren att det fanns gott om och tillräckligt med data för att nå ett resultat.

Fyra män och tre kvinnor deltog. Åldrarna varierade från 36 till 59 år och yrkeserfarenheten som anestesijuksköterska varierade mellan fyra till drygt 30 år (tabell 1).

Tabell 1. Beskrivning av informanternas kön, ålder och erfarenhet.

Informant	1	2	3	4	5	6	7
Kön	Man	Kvinna	Kvinna	Kvinna	Man	Man	Man
Ålder	55	59	47	42	47	36	41
Antal år som anestesist.	12	30+	16	9	11	4,5	4
Yrkesår inom anesthesi	4	30+	16	9	11	4,5	4

Datainsamling

Samtliga informanter fick muntlig samt skriftlig information om studiens syfte och frågeställning (bilaga 2). Detta i god tid för att hinna förbereda sig och tänka igenom ett eller flera fall då de varit med om att bemöta oroliga patienter preoperativt. Öppen och ostrukturerad intervjueteknik användes där informanterna ombads berätta om ett fall då de vårdat en patient som var orolig preoperativt. Allteftersom intervjuerna fortskred ställde författarna öppna följdfrågor såsom: "Hur kändes det?", "Vad tänkte du?", "Vad upplevde du då?" och "Kan du utveckla?" för att informanterna skulle fortsätta sin berättelse. Detta ger enligt Kvale och Brinkmann (2009, s. 149) informanten möjlighet att fritt och spontant berätta om sina känslor och upplevelser de haft i samband med fallet. Författarna genomförde tre respektive fyra intervjuer var för sig med informanterna. Enligt Kvale och Brinkmann (2009, ss. 48-50) kan det uppstå en slags maktobalans vid intervjusituationen om intervjuerna är fler och intervjuar en ensam informant och detta var författarna angelägna att undvika.

Fem intervjuer genomfördes på informanternas arbetsplats i ett avskilt rum, de var då friställda från andra arbetsuppgifter, eller utanför arbetstid, vilket borgade för att de

skulle känna sig lugna och trygga. Två av intervjuerna utfördes i informanternas hem under deras fritid och även det i enskilda rum, fria från yttre störningsmoment.

Intervjuerna varade mellan 20-30 minuter spelades in och skrevs därefter ut ordagrant.

Dataanalys

För att uppnå syftet med studien användes kvalitativ innehållsanalys med en strävan mot induktiv ansats för att analysera data. Hällgren Graneheim & Lundman (2017, ss. 219-234) menar att en induktiv ansats är en förutsättningslös analys av texter som kan vara baserade på människors berättelser om sina upplevelser.

De transkriberade intervjuerna lästes igenom av författarna flera gånger var för sig för att få en förståelse för hela innehållet. Därefter analyserades varje intervju, *analysenhet*, gemensamt och *meningsbärande enheter* som svarade upp mot syftet identifierades och plockades ut. Dessa enheter *kondenserades* sedan ner till kortare stycken som *abstraherades* och på så sätt lyftes till en högre logisk nivå. I samband med detta fick varje enhet en *kod*, som kortfattat beskrev dess innehåll, för att de lättare skulle hittas igen i analysenheterna. Dessa koder jämfördes sedan och sorterades in i 14 *underkategorier* beroende på likheter och skillnader. Underkategorier med snarlikt innehåll delades i sin tur in i *huvudkategorier*. Noggrannhet iaktogs för att säkerställa att ingen underkategori kunde passa in under flera olika huvudkategorier. Totalt 5 huvudkategorier bildades (tabell 2). Resultatet utgörs och presenteras utifrån huvudkategorier och underkategorier.

Tabell 2. Exempel på innehållsanalys

Meningar från texten	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Huvudkategori
..man får ju en bild i hälsodeklarationen och den läser jag ju alltid som narkossyrra innan.	Läser alltid hälsodeklarationen innan för att få en bild.	Läser på om patienten innan.	Förberedelser	Förberedd
..om man har sederingen på direkt... ..Det är nästan så man hinner somna av sederingen för man blir så trött och behaglig.	Sedering på direkt så hinner patienten nästan somna, blir trött och behaglig.	God effekt av tidig sedering på sal.	Läkemedel	Omvårdnadsresultat
Så pratar man och pratar, ”ååå jag blir lite snurrig här men det är så skönt”. Hinner man skapa kontakt och man får veta jättemycket om patienterna.	Pratar med patient och hinner skapa kontakt och får mycket information.	Samtal och tid skapar kontakt med patient.	Se behov	Bemöta

Forskningsetiska överväganden

För studier inom högskoleutbildning finns inga formella krav på etiska prövningar enligt etikprövningslagen (SFS 2003:460). Dock försökte författarna vara noggranna med att ha ett etiskt förhållningssätt gentemot informanter och insamlad data, för som Kvale och Brinkmann (2009, s 89) uttrycker så behöver författare till vetenskapliga studier väga den eventuella skada informanten kan åsamkas mot den nytta deltagandet bidrar till. Författarna använde sig av vetenskapsrådets fyra forskningsetiska krav;

informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt *nyttjandekravet* (Vetenskapsrådet 2002, s. 6-14). Alla informanter fick muntlig och skriftlig information i god tid före intervjuerna. Denna information innehöll bakgrund till samt syfte med studien, att deltagandet var helt frivilligt och kunde avbrytas närsomhelst utan någon som helst förklaring (bilaga 2). Vidare förklarades att deltagandet var anonymt och all information som skulle kunna röja informanternas identiteter, eller eventuella patienter som deras fallbeskrivningar handlade om, skulle handhas endast av författarna och behandlas strikt konfidentiellt samt avidentifieras. När de inspelade intervjuerna var transkriberade raderades inspelningarna. Resultatet användes endast i forskningssyfte till den aktuella studien.

RESULTAT

I studiens resultat redovisas anestesijuksköterskornas upplevelser av att möta oroliga patienter i det preoperativa mötet. Resultatet redovisas med kategorierna Förberedd, Att mötas, Att hindras, Bemöta och Omvårdnadsresultat med tillhörande underkategorier (tabell 3). Underkategorierna stärks med citat från intervjuerna för att illustrera anestesijuksköterskornas egna beskrivningar av hur de upplever möten med oroliga patienter i det dagliga vårdarbetet.

Tabell 3. Översikt över kategorier och underkategorier.

Kategorier	Att vara förberedd	Att mötas	Att hindras	Bemöta	Omvårdnadsresultat
Underkategorier	Förberedelser	Uppleva oro hos patienten Upplevelser i mötet	Att inte nå patienten Tidsbrist	Se behov Begränsat förtroende Vårdande samtal	Läkemedel Postoperativa följder Känna sig tillfredsställd Inse sina begränsningar Ändringar skapar oro Tacksamhet

Att vara förberedd

Att vara förberedd, att ha kunskap om patienten innan mötet, att ha läst på om patienten och utifrån den inhämtade informationen bilda sig en uppfattning om patienten, något som framförallt är viktigt när anestesijuksköterskan på förhand vet att patienten är orolig. Genom att anestesijuksköterskan har kunskap innan kan hen förbereda övrig personal på operationssalen om en orolig patient som också kan behöva mer tid samtidigt som det tillåter anestesijuksköterskan att ha fokus på patienten. Denna kategori illustreras med underkategorin; förberedelser.

Förberedelser

Det framkom att anestesijuksköterskorna läser på om patienterna innan det preoperativa mötet. De läser aktuell journal och bildar sig en uppfattning om patienten redan innan mötet, vilket ansågs vara viktigt för att i mötet kunna ha den oroliga patienten i fokus och lägga tid på att informera och svara på frågor.

”...jag kan ju berätta, jag vet exakt vad han kommer gå igenom eftersom jag läst den preoperativa bedömningen... ...på det sättet kan jag ju då eh lugna han å å svara på hans frågor.”

Då anestesijuksköterskorna på förhand fått kunskap om att patienten kunde vara orolig kände de att de behövde vara mer rigorösa i sina förberedelser, de förberedde också då sina kollegor på operationssalen om att patienten var orolig.

”När jag träffar en sådan patient. Ehh och kanske ännu mer dom gångerna då jag vet om att det är eh en starkt orolig patient. Vad jag gör också i dom sammanhangen är ju att jag informerar mina kollegor på salen, alla andra yrkeskategorier, så att dom vet att här måste vi kanske lägga mer tid...”

Att mötas

Kategorin innefattar beskrivningar av de preoperativa mötena mellan anestesijuksköterskor och oroliga patienter. Anestesijuksköterskor är medvetna om att de flesta patienter är oroliga inför sövning och operation. De är också medvetna om

olika beteenden hos patienten som kan tyda på oro men beskriver också att det kan vara en känsla som infinner sig i situationen. Att se och bedöma beteenden som kan tyda på oro var något som anestesijuksköterskorna upplevde sig bli bättre på med ökande erfarenhet. Anestesisjuksköterskorna beskrev att de inte själva upplevde någon oro eller stress i mötet med den oroliga patienten. Kategorin stöds av underkategorierna; Uppleva oro hos patienten och Upplevelser i mötet.

Uppleva oro hos patienten

Anestesisjuksköterskorna beskrev att de flesta patienter är oroliga inför anestesi och operation. Att oroliga patienter var något de dagligen mötte i sina arbeten. Något de hade förståelse för då de menade att patienterna anförtrodde sina liv till dem.

”...de släpper ju kontrollen så pass mycket... ...å släpper du någonstans dom livsuppehållande åtgärderna till en annan människa, å jag köper de att de är eh oerhört tufft att gå igenom de.”

Anestesisjuksköterskorna beskrev hur olika beteenden både psykiska och fysiska kunde tolkas som oro men att det ibland också kunde vara svårbedömt. En del talade själva om att de kände sig oroliga inför anestesi och operation. Någon hade frågor som upplevdes vara specifika för oro, existentiella frågor om överlevnad. Andra kunde vara lite tuffa, kaxiga, tykna, och oförskämda. Andra skrattade och pratade mycket, var frågvisa medans andra var passiva, fåordiga och tysta. De upplevde också att oron kunde höras på röst och tonläge. Kroppsspråk med spänningar i kroppen, flackande blick kunde avslöja oro. Psykosomatiska symtom som svettningar, snabb hjärtfrekvens och högt blodtryck kunde också vara tecken. Ibland upplevdes patienten vara orolig genom en känsla som anestesisjuksköterskan upplevde i situationen. Patienter med kontrollbehov upplevdes vara mer benägna att uppvisa oro. Patienter med utvecklingsstörningar upplevdes vara allra svårast att bedöma oro hos.

”Asså en orolig patient för mig är ju någon som kanske kommer in och rör sig fort, man hör när de pratar. En del skrattar och pratar mycket, som är

oroliga. En del är knäpptysta och säger ingenting. Lite svettiga. Ja, flackar med blicken och ja det är liksom liksom tecken.”

Upplevelser i mötet

Anestesisjuksköterskors spontana beskrivning kring egna känslor i det preoperativa mötet med oroliga patienter var att de kände sig trygga, de upplevde inte situationerna som besvärliga, de kände inte något särskilt i mötet med den oroliga patienten, ingen egen oro, rädsla eller stress. Något som förklarades med att det var ett naturligt inslag i arbetet att möta oroliga patienter. Det poängterades också vikten av att vara trygg i sig själv, att känna att det här kan jag. Skulle det sedan uppstå en situation där anestesisjuksköterskan skulle påverkas och bli stressad sågs det inte som någon prestigeförlust att be en kollega att ta över.

”...jag upplever inte det själv som att det är besvärligt med patienter som är oroliga för att ja eh, man träffar på så många om man eh, det blir ett naturligt inslag i eh i sitt arbete helt enkelt...”

Att hindras

Det synliggörs att omvårdnaden kring den oroliga patienten hindras när anestesisjuksköterskorna har ont om tid och när de upplever att de inte får kontakt med patienten. Denna kategori illustreras med underkategorierna; Att inte nå patienten och Tidsbrist.

Att inte nå patienten

Det framkom att omvårdnaden kring den oroliga patienten kan utebli då anestesisjuksköterskorna inte når patienten psykiskt, inte får kontakt, trots upprepade försök att förklara och informera. Anestesisjuksköterskorna lyckas då inte få gehör för den information de gav patienten. I sådana situationer synliggörs att anestesisjuksköterskorna vill hjälpa och göra gott för den oroliga patienten.

”Ibland har det ju varit så att patienten kanske har varit så stressad och orolig så att man varit block... ..nästan varit blockera...Som man nästan har svårt att nå.”

Tidsbrist

Omvårdnaden kring den oroliga patienten påverkades också av planerade operationsprogram. Upplevelsen var att det är ett annat tempo i dag och att ”det var bättre förr”, något som sågs som en nackdel. Anestesisjuksköterskorna kunde känna sig pressade och stressade, okoncentrerade och att de tappade tråden. Att känna sig pressad och stressad tidsmässigt var något som de upplevde mer i början på karriärerna då de var nya och inte ville var de som fördröjde operationsprogrammet. Den allmänna uppfattningen var att tiden inte finns, men anestesisjuksköterskorna prioriterade ändå att ta sig tid då det hade stor betydelse för patienten.

”...ibland har man ju inte den tiden man egentligen skulle vilja ha på dom där patienterna eh men någonstans prioriterar jag det ändå ef... för att de har ju så stor betydelse för patienten.”

Bemöta

Kategorin innehåller anestesisjuksköterskors beskrivningar av det preoperativa bemötandet av den oroliga patienten. Anestesisjuksköterskorna var medvetna om betydelsen av sitt bemötande och vilka signaler de sände ut, vilka ord de använde och hur de tilltalade patienten. De ansåg att en anestesisjuksköterska behöver strategier för att bemöta den oroliga patienten för att kunna bli en bra anestesisjuksköterska. Kategorin stöds av underkategorierna; Se behov, Begränsat förtroende och Vårdande samtal.

Se behov

Anestesisjuksköterskorna beskrev att de såg behov hos de oroliga patienterna, behov som de hade strategier för att bemöta preoperativt. Det ansågs vara viktigt att ha strategier för att hantera oroliga patienter och att det var ett måste för att bli en duktig anestesisjuksköterska. De ansåg att det var viktigt att de kom framåt, att de forcerade

framåt för att de inte skulle bli ståendes i för långa diskussioner. Det sågs som viktigt att utstråla säkerhet, att de var duktiga på sitt jobb för att försäkra patienterna om att de hade kontroll. Men även att vara sträng, bestämd och visa auktoritet var något som de upplevde att patienterna uppskattade. En lättsammare ton upplevdes kunna ge sken av obeslutsamhet och skapa mer oro hos patienten.

”...blir lite auktoritär i mitt sätt att prata med patienten eftersom jag har sett att det funkar rätt bra...”

Det ansågs vara viktigt att ha tid, att kunna tala enskilt och att ta det lugnt för att kunna skapa ett förtroende till patienten. Att sätta sig ned bredvid, vara lugn, att prata allmänt om saker och ting och, eller att använda sig av humor var strategier för att blidka situationen. Sedan var det erfarenhetsmässigt så att detta inte alltid lyckades för att få patienterna lugna.

”...så det är viktigt att ha tid och kunna sitta ner, försöka skapa någon slags förtroende mellan mig och patienten.”

En övergripande erfarenhet var att tiden för den oroliga patienten var viktig. Anestesisjuksköterskorna med längre erfarenhet upplevde att tid fanns och fanns den inte så tog de sig den tid de ansåg sig behöva för att lugna patienterna. Att inte få patienten lugn menade de medförde problem under hela den peri-operativa vården.

”...det finns det alltid. Även om vi har tight program. Patienten måste få den tiden som behövs. Det går inte att söva en skräckslagen patient för den vaknar i samma ögonblick lika skräckslagen.”

Anestesisjuksköterskorna upplevde inte att de mottagit någon kritik för att de tagit sig tid och prioriterat oroliga patienter.

”Jag har aldrig åtminstone fått nån kritik för att jag tatt mig an och lagt ned lite extra tid på nån patient som varit extra orolig. Det har jag aldrig fått

någon kritik för att det har gått för långsamt. Det är ju trots allt människor, faktiskt.”

Begränsat förtroende

Anestesisjuksköterskorna beskrev att de bemötte de oroliga patienterna med självförtroende och professionalism för att behålla och bygga förtroende. De kände att om de inte gav ett säkert intryck så kunde de förlora det lilla förtroende patienten hade för dem och att det i sin tur skulle kunna generera mer oro.

”Gör man minsta, minsta grej som nån kan tolka som att jag inte vet riktigt vad jag gör. Så är vi ju på noll i förtroende, å då växer oron ytterligare.”

Vårdande samtal

Det framkom att det var viktigt för anestesisjuksköterskorna att ha tid, presentera sig och framstå som lugna och vara förberedda i det preoperativa mötet. De kände att det var viktigt att vara systematiska för att inge förtroende genom att de önskade påvisa att de hade kontroll. De ansåg det vara viktigt att visa att de hade förståelse för oron genom att bekräfta patienternas oro.

Att lugna patienterna med ett informativt samtal var det primära och mest vedertagna, Lagom med informationen ansågs vara bäst. Att vara noggrann och informera patienten om vad som skulle göras och kunna svara på frågor om vad de gjorde och varför de gjorde det ansågs som viktigt för att lugna och inge trygghet. Att berätta att de fanns vid patientens sida under hela anestesi och operationen och att de följaktligen skulle finnas där när patienten vakande.

”...men när jag har bekräftat för henne att... att hennes oro är ok, det är ok att gråta, det ok att uttrycka sin oro för mig. Så upplever jag att den här patienten som många andra blir mycket lugnare...”

Omvårdnadsresultat

Omvårdnadsresultat var informanternas beskrivningar av erfarenhetsmässiga och förväntade resultat av omvårdnadshandlingar kring den oroliga patienten. Kategorin stöddes av underkategorierna: Läkemedel, Postoperativa följder, Känna sig tillfredsställd, Inse sina begränsningar, Ändringar skapar oro och Tacksamhet.

Läkemedel

Erfarenhetsmässigt upplevdes det att oroliga patienter kan kräva mer läkemedel. Samtidigt framkom att det var sällsynt att det gavs ångstdämpande läkemedel. Erfarenhetsmässigt så var upplevelsen att patienterna mådde sämre efteråt, att de var snurriga, frånvarande och glömska, att de inte kom ihåg vad som gjorts. Samtidigt fanns det tillfällen då patienterna uppgavs vara så oroliga att det krävdes ångstdämpandeläkemedel. I de situationerna gjorde de patienterna delaktiga och frågade om de kände att de behövde något lugnade innan anestesi och operationen. Vid dessa förhållanden upplevde anestesijuksköterskorna att läkemedlen hade god effekt. Anestesijuksköterskorna valde istället att ge sederande och smärtstillande läkemedel tidigt på operationssalen för att patienterna skulle bli trötta och lugna. De gånger patienterna togs in direkt på operationssal var erfarenheten att lätt sedering med sömnmedel tillsammans med information var en bra kombination för att lugna de mest oroliga patienterna.

”...våldigt sällan som vi ger något ångstdämpande, jag tror inte på det. Jag har ju varit med om att ge, förut gav man mycket sådant. Jag tror man tar bort (eftertänksam), har en känsla av att dom många gånger inte, dom mår nästan sämre efteråt för de kommer inte ihåg vad som är gjort eller vad som har hänt eller så.”

Postoperativa följder

Underkategorin beskriver anestesijuksköterskors erfarna postoperativa konsekvenser av patienter som är oroliga preoperativ. Anestesijuksköterskor med mindre erfarenhet upplevde inte att de kunde säga att de märkte några skillnader postoperativt om patienten varit orolig preoperativt och sövts orolig. Det framkommer att det

postoperativa förloppet kan vara besvärligt om patienten är orolig preoperativt. Upplevelsen var att patienter som var oroliga när de sövdes kunde sova oroligt, och att de kunde vakna upp efter narkosen lika oroliga, de kunde också vara ledsna, förtvivlade ha ont och uppträda allmänt ömkligt. Andra gånger kunde det vara så att de vaknade upp och var lättade att operationen var över. Det som oroade anestesijuksköterskorna var om det kunde påverka patienten i framtiden då de kände att detta inte blev bra.

*”...dom sover jätteoroligt och de vaknar lika oroligt. Å då är dom ledsna och förtvivlade, och dom har ont och dom är ömkliga när dom vaknar...
...då är det försent att göra något. Det blir aldrig bra.”*

Känna sig tillfredsställd

När anestesijuksköterskorna kände att de fått respons och lugnat en orolig patient kände de sig nöjda och tillfredsställda.

”Då blir man ju tillfredsställd såklart. Att man känner att ja, nu kände jag verkligen att jag ehh kunde ändå dämpa oron som jag upplevde att den här patienten kände... eller hade... Å det, det är ju en härlig känsla såklart.”

Inse sina begränsningar

Det påvisades begränsningar i omvårdnaden i situationer där anestesijuksköterskornas ansträngningar att lugna patienten genom lugnande samtal och information inte gav någon lugnande effekt. Något som upplevdes kunde bero på att patienten byggt upp sin oro under en längre tid.

”...det finns ju en liten gräns... ...den känner man nog själv hur vart den går någonstans... ...nu kommer vi inte riktigt längre då får man helt enkelt acceptera att patienten är orolig.”

Ändringar skapar oro

Det synliggjordes att ändringar och forcering i patienternas narkos kunde påverka förtroendet till anestesijuksköterskan negativt och förstärka oron.

”...så kommer ansvarig narkosläkare... ...å då vill ändra anestesisform. Å det kan ju ibland stjälpas, faktiskt. Ehh då kan ju patienten bli ännu mer orolig...”

Tacksamhet

Anestesisjuksköterskornas erfarenhet var att det nästan alltid var de som var svårast att nå och lugna innan sövning och operation som var de tacksammaste när de vaknade upp efter anestesi.

”Ehh å dom här som har varit som blockerade ehh dom är nästan alltid dom som uttrycker en tacksamhet efteråt att det här var ju inte så farligt, det här gick ju ganska bra.”

DISKUSSION

METODDISKUSSION

För att beskriva anestesisjuksköterskors upplevelser av att bemöta patienters oro i det preoperativa mötet bedömdes en kvalitativ metod och intervjustudie vara mest lämpad. Varje människas livsvärld är unik enligt Dahlberg och Segesten (2010, ss 126-131) och Kvale och Brinkmann (2009, ss. 44-45) beskriver att den kvalitativa intervjun gör det möjligt att ta del av en annan människas livsvärld.

Urvalsmetoden bekvämlighetsurval och nätverksurval enligt Polit och Beck (2018, s. 199) gav vid handen att alla informanter uppfyllde urvalskriterierna. Det var vana anestesisjuksköterskor som alla upplevt att bemöta oroliga patienter preoperativt. De tycktes också villiga att berätta om sina upplevelser, åtminstone var det författarnas samlade känsla i samband med intervjuer och transkribering av desamma, vilket är en förutsättning för ett bra resultat enligt Hällgren Graneheim och Lundman (2017, ss. 219-234). Dock är det ju så att forskaren bara får veta det informanterna väljer att berätta, de kanske inte ”släpper in” hen i sina innersta tankar och känslor. Detta är ju en utmaning i alla intervjustudier, forskaren får inte reda på mer än informanten är beredd att delge. Det blev även en spridning i ålder och erfarenhet i yrket samt kön och detta

stärker giltigheten i studien enligt Hällgren Graneheim och Lundman (2017, ss. 219-234). Dock vägde det över till fyra män gentemot tre kvinnor, vilket sannolikt inte är representativt på operationsklinikerna i landet och skulle kunna påverka överförbarheten negativt. Emellertid menar Sandelowski och Leeman (2012) att det ligger i betraktarens ögon att själv avgöra om resultaten går att överföra till andra grupper och/eller situationer. Mot bakgrund av detta har författarna till denna studie ansträngt sig för att ge en transparent och tydlig beskrivning av hur urval av informanter, datainsamling och analysarbetet gått till för att på så sätt underlätta denna värdering.

En spännande utmaning var datainsamlingen, det vill säga att intervjua informanterna. Något författarna har ringa erfarenhet av sedan tidigare och som är svårt att lära sig endast i teorin. Det krävs träning. Efter var sin första-intervju, som handledaren godkände, fortsattes det med resterande intervjuer och dessa tycktes mer och mer givande och intressanta. Båda författarna upplevde att de blev skickligare att hålla tillbaka sin egen förförståelse ju fler intervjuer som utfördes och blev mer bekväma i situationen. Detta trots att de endast utfört tre respektive fyra intervjuer var. Ovanstående skulle naturligtvis kunna tänkas påverka trovärdigheten i studien negativt med tanke på att författarna eventuellt inte lyckats hålla tillbaka sin förförståelse och påverkat informanter samt analysarbetet med sina egna förutfattade meningar. Samtidigt hade författarna aldrig själva mött oroliga patienter i liknande kontext som aktuell studie och hade därför inga egna referenser kring hur detta möte skulle kunna påverka patientperspektivet och/eller vården i det perioperativa förloppet. Därmed bör de inte kunnat påverka informanterna och inte heller sökt eventuellt "önskade" svar. Därför är författarnas genuina uppfattning att det är informanternas röster som hörs och redovisas i resultatet trots att de tolkat den data som framkommit. Dessutom menar Hällgren Graneheim och Lundman (2017, ss. 219-234) att förförståelsen kan öppna för möjligheten att upptäcka ny kunskap och ge en djupare förståelse för det som studeras.

Ytterligare spännande utmaning var analysarbetet av den massiva mängd data som sprang ur intervjuerna. Trots att författarna utfört varsin studie där de jobbat med kvalitativ innehållsanalys tidigare, får de anses som nybörjare i metoden. Detta kan påverka tillförlitligheten negativt. Initialt hölls analys och underkategorier tämligen

textnära för att inte förlora sig i en allt för abstrakt nivå. Detta mynnade ut i en mängd underkategorier som gjorde det spretigt för andra än författarna. Med goda råd och vägledning av handledare kunde författarna sedan abstrahera underkategorierna ytterligare till ett rimligare, och mer hanterbart antal, utan att förlora innebörden i datamaterialet. Analysarbetet utfördes gemensamt av båda författarna vilket stärker tillförlitligheten enligt Hällgren Graneheim och Lundman (2017, ss. 219-234).

RESULTATDISKUSSION

I resultatet i studien framkommer att patienter som är oroliga preoperativt inför anestesi är mycket vanligt förekommande och något man som anestesijuksköterska kommer möta dagligen i sitt kliniska arbete. Samtliga informanter uttryckte detta. De betonade vikten av att kunna inge ett lugn hos patienterna och ge dem tid och information samt bekräfta deras oro. För att klara av detta på ett optimalt sätt krävs en inre trygghet och bekvämlighet i yrkesrollen och därför var detta något som beskrevs utvecklades i takt med ökad erfarenhet. Ovan iakttagelser är slående lika resultaten som Bengtsson et al (2016) visar i sin intervjustudie med 20 anestesijuksköterskor, vilket kanske inte är så konstigt då frågeställningarna varit ganska lika.

Informanterna i denna studie upplevde inte några direkta känslostormar kring det preoperativa mötet med oroliga patienter, vilket går stick i stäv med författarnas förförståelse. Måhända beror detta på att alla informanter i studien var vana och erfarna anestesijuksköterskor där den med minst erfarenhet jobbat drygt fyra år inom anestesifältet. Som sagt, var det så vanligt med oroliga patienter att det snarare sågs som ett naturligt inslag i jobbet. Informanterna konstaterade att många patienter var oroliga och gjorde sitt bästa för att lindra denna oro genom att förbereda sig väl och använda sig av olika strategier i sitt bemötande. Att vara professionell och ha ett patientperspektiv i bemötandet var något som anestesijuksköterskorna såg som mycket viktigt och det var närmast en förutsättning att lära sig behärska detta för att klara av sitt jobb som anestesijuksköterska på ett bra sätt.

Att vara förberedd

Informanterna beskrev att de alltid förberedde sig inför varje nytt patientmöte genom att läsa på i patientens journal, narkosbedömning samt hälsodeklaration. På detta sätt kunde de bilda sig en uppfattning om patienten samt ha kunskap om vilken anestesimetod som skulle användas. De var då förberedda på att svara på eventuella frågor patienten kunde tänkas ställa. Detta ligger helt i linje med ”Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesisjukvård” (2012) riktlinjer, att genom att informera och undervisa patienter och närstående skapa tillit, förtroende och trygghet för patient och eventuell närstående. Dock kan det vara en stor utmaning idag då tiden ofta är knapp och kraven på personalen är hårda, att hålla tigha operationsprogram och flöden igång. Även (Bengtsson et al 2016) beskriver i sin studie att anesthesisjuksköterskorna ansåg det vara viktigt att kunna förbereda sig inför det preoperativa mötet med patienter för att detta skulle bli så bra som möjligt. I Sundqvist & Anderzen Carlssons intervjustudie (2014) av anesthesisjuksköterskor framkommer att de ansåg det viktigt att vara väl förberedda och ligga ett steg före, vilket underlättade för att ge bästa möjliga vård till patienterna. Detta uttrycks även i denna studie genom att informanterna blev än mer rigorösa i sina förberedelser om de på förhand visste att de skulle ta hand om en mycket orolig patient. Då innefattade förberedelserna även att informera arbetskamraterna i teamet på salen, alla som skulle vara delaktiga i vården av patienten. På så sätt kan alla ha en förståelse och vara förberedda på att man kanske behöver anpassa omhändertagandet av patienten litegrann.

Att mötas

Analysen visade här att informanterna, i linje med en mängd forskning, var väl medvetna om att de flesta patienter är oroliga inför sövning och operation. Ruhaiyem et al (2016) fann i deras enkätstudie av 400 patienter att så många som 88% upplevde preoperativ rädsla och oro. Mavridou et al (2013) får liknande resultat i deras studie där över 80% av patienterna upplever ångslan och rädsla inför anestesi och operation. Även Mitchell (2010) visar i sin enkätstudie av patienter som genomgått blandade kirurgiska och ortopediska ingrepp att 85% av patienterna uppgav att de kände oro på operationsdagen.

Med sin medvetenhet i mötet med patienten visade också analysen att anestesijuksköterskorna var väl förtrogna i att identifiera eventuell oro. Detta kunde vara svårt att beskriva då det ofta rörde sig om en känsla de utvecklat grundat på subtila uttryck från patienterna. Alltifrån kroppsspråk till sättet patienten uttryckte sig på. Ibland även mätbara parametrar såsom förhöjt blodtryck och stegrad puls, men det var inte alls lika vanligt som de mer diffusa uttrycken ovan. Bengtsson et al (2016) fick snarlika resultat i sin intervjustudie. Precis som i deras studie uttrycker informanterna i denna, att förmågan att upptäcka/identifiera oroliga patienter utvecklats i takt med ökad erfarenhet och är något som finslipats i takt med yrkesåren.

Att hindras

Analysen visar här på upplevda faktorer som informanterna upplever som hinder att genomföra ett bra preoperativt möte med sin patient. Ett möte de anser gynnar både patient och anestesijuksköterska. Detta styrks av Sadati et al (2013) randomiserade enkätstudie av 100 patienter som ska genomgå laparoskopisk kolecystektomi där de fann signifikans på att gruppen som fick preoperativa samtal av sjuksköterska före operation hade mindre oro och dessutom mindre postoperativa komplikationer. Här om vore det önskvärt att politiker och beslutsfattare skaffade sig kunskap och skapade förutsättningar för att genomföra goda preoperativa samtal i lugn och trygg miljö med samtliga patienter. Sannolikt skulle det vara en ökad kostnad på kort sikt då det kräver mer resurser. Men på lång sikt skulle det förmodligen ge återbäring i form av ökat välbefinnande hos patienterna och även samhällsekonomiskt med kortare vårdtider tack vare mindre komplikationer. Det skulle också verka för en mer hållbar utveckling då det skulle krävas mindre mängd läkemedel och förbandsmaterial, vilket är belastande för miljön. Detta styrks av Ali, Altun, Oguz, Ilhan, Demircan & Koltka, (2013) som påvisade en signifikant skillnad hos patienter med preoperativ oro som krävde mer postoperativ smärtlindring och till och med längre sjukhusvistelser än patienter som inte led av preoperativ oro. Anåker och Elf (2014) menar att sjukvårdssektorn, dess personal och organisationer, måste förbereda sig och anpassa sig för nya utmaningar, i takt med att hälsoproblem relaterat till klimatförändringar ökar, och dessutom arbeta mer medvetet för en hållbar utveckling.

Vidare visar analysen att vissa patienter kan vara så oroliga och rädda att de är i det närmaste blockerade och svåra att nå. Det spelar ingen roll vilken strategi informanterna använder sig av och hur mycket tid de investerar, de berättar om att de inte släpps in av patienten och lyckas då inte heller lugna densamme. Här uppger de ingen frustration eller moraliska dilemman utan det beskrivs en närmast prestigelös inställning där de mycket väl kan be en kollega ta över.

Däremot märktes en viss frustration och negativ påverkan på informanterna när de berättade om det största hindret till bra patientmöten, tidsbrist. Dagens samhälle i allmänhet med fokus på produktivitet och effektivitet genomsyrar även sjukvården och det speglar av sig i pressade operationsprogram som inte är förstående för att, när man jobbar med människor, kan vissa moment ta längre tid än planerat. Emellertid uttrycker informanterna att tiden är pressad och det har förändrats genom åren. Detta styrks av Bengtsson et al. (2016) som redovisar att anestesijuksköterskorna ofta var tvungna att inhämta information genom att läsa journal för nästa patientfall när de redan utför anestesi på en annan patient.

De ansåg att det fanns mer tid för till exempel oroliga patienter förr, än vad det gör idag. Trots detta tar de tiden som krävs i anspråk då deras erfarenhet säger att det är så mycket vunnet för både patient och vårdare om så görs. Här ses både skillnader och likheter från resultatet i Radzsvin's (2011) enkätstudie med 293 anestesijuksköterskor som generellt uppgett att de upplevt måttliga nivåer av moralisk stress. Vanligen när anestesijuksköterskan var medveten om den rätta moraliska åtgärden men inte kunde genomföra den på grund av någon anledning, ofta yttre faktor. Det kan tänkas att de sju informanterna i aktuell studie skulle känt sig moraliskt stressade i det preoperativa mötet med oroliga patienter för att tiden var så knapp, men samtliga tog den tid i anspråk som de ansåg var och en patient behövde. Sannolikt har det att göra med att alla informanter var erfarna och vana och trygga i sin yrkesroll, för som Radzsvin (2011) också beskrev, visade analysen att de upplevde mer moralisk stress i början av sin karriär och mindre i takt med ökad ålder och erfarenhet.

Att bemöta

Till skillnad från kategorin “Att mötas” visade analysen i denna kategori olika strategier informanterna använde sig av för att skapa en god kontakt med och lugna en identifierad orolig patient, medan ovannämnda kategori mer visar *hur* informanterna identifierade oron hos patienterna. Här ses både likheter och skillnader med Bengtsson et al. (2016) som visar att anestesijuksköterskorna uppgav att det var viktigt att skapa ett förtroende gentemot patienterna, vilket framkom även i denna studie. Förtroendet skapades genom att ge patienterna tid, visa förståelse för oro, tala lugnt och informativt och ibland använda sig av humor när detta intuitivt upplevdes fungera. Här visar denna studie och Bengtsson et al. (2016) liknande resultat. Dock uttrycker informanterna i aktuell studie att det ibland krävdes att de var lite auktoritära gentemot patienterna och forcerade förloppet litegrann, vilket de uppfattade som uppskattat från vissa patienter och detta beskrivs inte i Bengtssons et al. (2016) studie. Information och utbildning gällande anestesi och kirurgin, förväntat postoperativt förlopp med smärtlindring var också något informanterna använde sig av för att lugna patienterna. Detta lindrar oro och ökar patienternas välbefinnande enligt Marley, Calabrese och Thompson (2014)

Att inse sin betydelse

Analysen visar att informanterna var väl medvetna om konsekvenser och följder när de inte lyckades lugna en preoperativt orolig patient. De beskrev att detta gav negativa effekter i hela det perioperativa förloppet, vilket styrks av Ali et al. (2013). Vidare gav informanterna uttryck för trygghet och självförtroende i yrkesrollen och vilade lugnt i att de inte kunde lindra alla patienters oro och ej påverka mer än “här och nu”. De uppgav inte den moraliska stress som beskrivs av Radzvin (2011). Förmodligen beror skillnaden på att det var erfarna och vana anestesijuksköterskor som deltog i aktuell studie. Anestesijuksköterskorna gav uttryck för tillfredsställelse och nöjdhet när de lyckades lugna oroliga patienter och beskrev hur de möttes av tacksamhet, ofta av de mest preoperativt oroliga patienterna, när allt var över. Det var inte alltid det kom gratis utan innebar ibland att ta tid i anspråk, göra sig “obekväm” i teamet för att patientens behov skulle tillgodoses. Även Sundqvist och Anderzén Carlsson (2014) beskriver denna tillfredsställelse när narkossjuksköterskorna lyckades stå upp för och gjorde skillnad för patienterna.

Slutsats

Studien belyser hur vanligt förekommande det är med preoperativ oro. Den visar också hur viktigt anestesijuksköterskorna upplever bemötandet av den oroliga patienten. Det framkommer att de har en god medvetenhet kring hur oro kan påverka igenom hela det perioperativa förloppet. Det tydliggörs hur de tar ansvar genom att ta sig tid och försöker lindra oron med hjälp av olika strategier. Trots krav på produktivitet och tigha operationsprogram gör de sig ”obekväma” för att värna om patienten.

Kliniska implikationer

I all ödmjukhet hoppas författarna att studien skall kunna vara en vägledning och motivation till framförallt blivande och nytexaminerade anestesijuksköterskor. Då preoperativ oro är vanligt förekommande ges förslag på implikationer:

- Förbereda och inspirera blivande och nytexaminerade anestesijuksköterskor.
- Tydliggör redan i specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot anestesijuksvård hur vanligt förekommande preoperativ oro är samt hur viktigt bemötandet är för dessa patienter.
- En ökad förståelse utifrån ett patientperspektiv istället för ökande krav på produktivitet och effektivitet.

REFERENSER

Ali, A., Altun, D., Oguz, B., Ilhan, H., Demircan, M. & Koltka, F. (2013). The effect of preoperative anxiety on postoperative analgesia and anesthesia recovery in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *Journal of Anesthesia*, 28(2), ss. 222–227.

Anåker, A. & Elf, M. (2014). Sustainability in nursing: a concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), ss. 381–389.

Bengtsson, Y., Johansson, A., & Englund, E. (2016) Nurse anaesthetists' experiences of the first intraoperative meeting with anxious adult patients: An interview study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(3), 148-154.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010) *Hälsa och vårdande – I teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.

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

Lindwall, L., Von Post, I., & Bergholm, I. (2003) Patients' and nurses' experiences of perioperative dialogues. *Journal of Advanced Nursing*, 43(3), 246-253.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017) Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund Nielsen, B. (red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund. Studentlitteratur AB, ss. 219-234.

Marley, R A., Calabrese, T. & Thompson, K J. (2014) Preoperative Evaluation and Preparation of the Patient. I Nagelhaut, J J. & Plaus, K L. (red). *Nurse Anesthesia, fifth edition*. St. Louis. Elsevier, ss 335-381.

Mavridou, P., Dimitriou, V., Manataki, A., Arnaoutoglou, E. & Papadopoulos, G. (2013). Patient's anxiety and fear of anesthesia: effect of gender, age, education, and previous experience of anesthesia. A survey of 400 patients. *J Anesth.* 27:104-108. DOI 10.1007/s00540-012-1460-0.

Mitchell, M. (2010) General anaesthesia and day-case patient anxiety. *Journal of Advanced nursing* 66(5), 1059-1071.

Mitchell, M. (2013). Anesthesia type, gender and anxiety. *Journal of perioperative practice*, 23(3), ss. 41-47.

Polit, D F. & Beck, C T. (2018). Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice. Ninth edition. Philadelphia. Wolters Kluwer Health.

Radzsvin, LC. (2011). Moral distress in certified registered nurse anesthetists: implications for nursing practice. *AANA Journal*: 79(1): 39-45.

Ruhaiyem, ME., Alshehri, AA., Saade, M., Shoabi, TA., Zahoor, H. & Tawfeeq, NA. (2016). Fear of going under general anesthesia: A cross-sectional study. *Saudi Journal of Anaesthesia*, Jul-Sep; 10(3): 317-321. DOI 10.4103/1658-354X.179094.

Sadati, L., Pazouki, A., Medhizadeh, A., Shoar, S., Tamannaie, Z. & Chaichian, S. (2013). Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 994-998.

Sandelowski, M. & Leeman, J. (2012). Writing useable qualitative health research findings. *Qualitative Health Research*, 22(10), 1404-1413.

Thushara Matthias, A., & Nandadeva Samarasekera, D. (2012) Preoperative anxiety in surgical patients – experience of a single unit. *Acta Anaesthesiologica Taiwanica* 50, 3-6.

Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesisjukvård. (2012). Stockholm. Riksföreningen anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening.

Sundqvist, A-S., & Anderzén Carlsson, A. (2014) Holding the patient's life in my hands: Swedish registered nurse anaesthetists' perspective of advocacy. *Scand J Caring Sci*, 28, 281-288.

Svensk ordbok (1990). Nordstedts Förlag.

Vetenskapsrådet. (2002) *Forskningsetiska principer*. Hämtad 2018-02-28 från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.p>

Bilaga 1



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Verksamhetschefs godkännande av datainsamling

Vi är två legitimerade sjuksköterskor som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesi vid Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå. Vår magisteruppsats är en kvalitativ intervjustudie med syfte att belysa anestesisjuksköterskans upplevelser av att vårda patienter med preoperativ oro.

Vi önskar få ett underlag på 6-8 intervjuer av anestesisjuksköterskor.

Insamlingen av data kommer att ske genom djupintervjuer som spelas in på band och sedan skrivs ut ordagrant. Resultatet kommer framkomma efter bearbetning, analysering och sammanställning av materialet.

Informanterna till studien skall vara anestesisjuksköterskor som är verksamma inom yrket och har erfarenhet av att ha vårdat patienter med preoperativ oro. Informanternas deltagande kan när som helst avbrytas utan förklaring och bygger på informerat samtycke samt frivillighet. Vid publiceringen av resultatet kommer detta att vara avidentifierat samt hanteras varsamt och konfidentiellt under studiens hela förlopp. Efter att studien är avslutad kommer all information hämtad från informanterna att förstöras.

Vi handleds i examensarbetet av nedanstående handledare. Studien kommer under sommaren 2018 att publiceras på Högskolan i Borås; <http://hb.diva-portal.org>

Med vänlig hälsning

Student/leg. Sjuksköterska

Lars Henberg

E-post:

Daniel Johansson

E-Post:

Handledare:

Thomas Eriksson 033-xxx xxx

thomas.eriksson@hb.se

Universitetslektor

Akademien för vård, arbetsliv och välfärd

Godkännande

Undertecknad avdelningschef godkänner härmed att Lars Henberg och Daniel Johansson genomför datainsamling inom ramen för vad som ovan beskrivits.

Namn, Ort, Datum

Bilaga 2



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Vi är två sjuksköterskor som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesi på Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå. Vi har för avsikt att intervjua 6 till 8 anestesi-sjuksköterskor.

Intervjun kommer att ta ca 30-45 minuter och plats bestäms efter överenskommelse. Vår uppsats kommer att beröra det preoperativa mötet med oroliga patienter. Syftet med studien är att belysa anestesistjuksköterskans upplevelse av att vårda patienter med preoperativ oro.

Uppgifter som kan identifiera deltagare tas bort. Ingen obehörig har tillgång till datamaterialet. Vid publicering kommer det analyserade resultatet att vara avidentifierat. Deltagandet är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan förklaring.

Tacksam för att du tar dig tid att hjälpa oss med vår uppsats.

Bästa hälsningar

Lars Henberg

E-post:

Daniel Johansson

E-post:

Vi handleds i examensarbetet av nedanstående handledare.

Handledare: Thomas Eriksson

E-post: thomas.eriksson@hb.se

Universitetslektor

Akademien för vård, arbetsliv och välfärd

Högskolan i Borås