

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

I VÅRDVETENSKAP

VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

2012:13

Patienters upplevelse av trygghet och otrygghet
i samband med generell anestesi

Pia Andersson

Anders Forsberg



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel:	Patienters upplevelse av trygghet och otrygghet i samband med generell anestesi
Författare:	Pia Andersson, Anders Forsberg
Ämne:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Kurs:	Specialistsjuksköterska med inriktning mot anestesi
Handledare:	Anders Bremer
Examinator:	Berit Lindahl

Sammanfattning

Trygghet är ett komplext begrepp med relativt bred innebörd, och det är inte självklart vad den enskilde patienten upplever som trygghet. Den forskning som finns gör ändå gällande att tryggheten är viktig för upplevelsen av hälsa. Med tanke på dagens effektiviseringskrav som ställs på sjukvården, där ledtiden ska kortas så långt det är möjligt, finns en uppenbar risk att för patienten värdefull förberedelse tid går förlorad. Mindre tid med kvalificerad personal kan innebära förlust eller reduktion av den trygghetskänsla som patienten är i behov av. Syftet med denna studie är att belysa patienters upplevelse av trygghet och otrygghet i samband med generell anestesi. En kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats har använts. Sju patienter som opererats under generell anestesi har intervjuats på två västsvenska sjukhus. Resultatet visar att patienterna förfogade över stora egna resurser för att uppleva trygghet i samband med anestesi. Framför allt gällde det patienternas nära privata relationer och förekomsten av egen inre styrka. I vissa fall kunde dock känslan av trygghet grumlans av rädsla eller ångest inför det aktuella ingreppet och då finns i sjukvården stora möjligheter att hjälpa och stödja patienten. Anestesisjuksköterskans i särklass viktigaste omvårdnadsåtgärd för att främja upplevelsen av trygghet är att så tidigt som möjligt etablera en tillitskapande vårdrelation med patienten. Detta borgar för en tillåtande dialog och atmosfär mellan patient och sjuksköterska. För att undvika bristande tillit kan även den påföljande informerande dialogen med fördel utformas som ett vårdande samtal med informativ inriktning. Mycket av patientens oro och osäkerhet inför framtiden kan på detta sätt lindras genom det vårdande samtalets kraft, i kombination med patientens egen inneboende styrka.

Nyckelord: *Patientperspektiv, generell anestesi, upplevelse, trygghet, otrygghet, tillit, oro.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
Generell anestesi	5
Planerad och akut kirurgi	6
Sjukvårdens effektiviseringskrav	6
Trygghet	7
Tillit och delaktighet	7
Otrygghet.....	8
Oro och ensamhet.....	9
Vårdrelationen.....	10
Vårdande samtal och preoperativ information	10
Perioperativ dialog	11
PROBLEMFÖRMULERING	12
SYFTE.....	12
METOD.....	12
Ansats	12
Deltagare	13
Datainsamling.....	13
Dataanalys	14
Etiska överväganden	14
RESULTAT	15
Patientens egna resurser	16
Nära privata relationer.....	16
Inre styrka.....	17
Omvårdnadsrelaterade resurser	17
Tillitskapande vårdrelationer.....	17
Tillåtande dialog och atmosfär.....	18
Informera dialog	18

Patientens lidande.....	19
Ångest.....	19
Bristande tillit.....	19
Osäkerhet inför prognos och behandling	19
DISKUSSION	20
Metoddiskussion.....	20
Resultatdiskussion.....	21
Patientens egna resurser	22
Omvårdnadsrelaterade resurser	23
Patientens lidande.....	24
Slutsats	25
Kliniska implikationer.....	26
REFERENSER.....	27

INLEDNING

Hälso- och sjukvårdslagen ställer krav på vårdpersonal att tillgodose patientens behov av trygghet och kontinuitet inom ramen för vård och behandling (SOSFS1982:763). Patientens självbestämmande och integritet ska respekteras och en god kontakt ska främjas mellan patienten och vårdpersonalen.

Känslan av trygghet och upplevelsen av hälsa är nära relaterat till varandra, vilket är viktigt att beakta i vårdsituationer och inte minst i samband med ett kirurgiskt ingrepp och anestesi. Det är väl känt från tidigare studier att tryggheten är en viktig komponent i sammanhanget, och i anestesisjuksköterskans arbetsområde ingår att skapa en relation med patienten som innefattar trygghet, förtroende och tillit. Det senare beskrivs också i kompetensbeskrivningen för den professionella anestesisjuksköterskan av Riksföreningen för anestesi och intensivvård (ANIVA, 2008).

Ett fåtal studier beskriver patientens perspektiv på omvårdnaden, och ingen av dem fokuserar på upplevelsen av trygghet i samband med anestesi. Med tanke på de krav som nämns ovan, där sjuksköterskan har som arbetsuppgift att skapa en trygg vårdmiljö och det faktum att upplevelsen av hälsa till stor del är nära förbundet med känslan av trygghet, är det dags att uppmärksamma detta ämne. Vi har därför valt att i vårt examensarbete på magisternivå belysa patientens upplevelse av trygghet och otrygghet i samband med generell anestesi.

BAKGRUND

I bakgrunden ges först en kort definition på begreppet generell anestesi, skillnaden mellan elektiv och akut kirurgi ur anestesisjuksköterskans perspektiv och en orientering om sjukvårdens effektiviseringskrav. Därefter följer förklaringar av vårdvetenskapliga begrepp som ligger nära begreppet trygghet och som ibland också är en förutsättning för att trygghet skall infinna sig. Dessutom klargörs betydelsen av de termer inom kontexten anestesisjukvård som används i detta arbete.

Generell anestesi

Generell anestesi innebär en av läkemedel framkallad, reversibel och kontrollerad medvetslöshet, och detta tillstånd benämns vanligtvis narkos. De aktuella läkemedlen kan distribueras genom inhalation eller intravenös injektion. Under anestesi övervakas patientens vitala funktioner noggrant av anestesisjuksköterskan. Omvårdnaden börjar dock redan när patienten anländer till operationsavdelningen, då denne som regel möts av just anestesisjuksköterskan. Detta möte är ofta ett ganska kort men viktigt möte, då en relation skapas mellan dem. Många patienter känner rädsla eller ångest inför operationen och i det sammanhanget är det en mycket viktig vårduppgift att förmedla en känsla av lugn och trygghet (Halldin & Lindahl, 2005). Vid generell anestesi tar anestesisjuksköterskan över ansvaret för liv och hälsa, detta i ett skede då patienten själv är helt hjälplös (Nortvedt, 2005).

Patientens ängslan inför detta måste behandlas professionellt med ett värdigt bemötande och förberedande av patienten där bland annat individanpassad information ingår.

Planerad och akut kirurgi

I Sverige utfördes strax över 1,1 miljoner dagkirurgiska ingrepp och strax över 800 000 ingrepp inom slutenvård 2010. Enligt officiell statistik från Socialstyrelsen (2012) ses en långsamt ökande trend av antalet ingrepp både inom slutenvård och dagkirurgi.

Planerad (elektiv) och akut kirurgi skiljer sig åt omvårdnadsmässigt, framför allt genom att den tid som finns för att förbereda patienten inför ett akut ingrepp av naturliga skäl oftast blir kortare. Det är därför enligt Lundby (2005), nödvändigt att utnyttja tiden vid de praktiska förberedelserna till att informera patienten och i möjligaste mån inhämta väsentliga upplysningar. Han framhåller också att det akuta läget dessutom kan innebära, ur medicinsk synvinkel, att det kan vara fråga om en osäker eller ofullständig diagnos som utgör grund för ingreppet. Dessutom kan den akuta patientens eventuellt nedsatta fysiska status göra att risken för komplikationer ökar betydligt.

Sjukvårdens effektiviseringskrav

I en doktorsavhandling av Strömberg (2004), där hon studerat hur sjukvårdens institutionella ramar, organisatoriska struktur och produktionsprocessen förändrats från 1960 och fram till 2000, framkommer att kraven på effektivisering i vården ökade under 1990-talet. För att möta kraven på billigare vård tenderar framförallt slutenvården att gå från arbetsintensiv till teknikintensiv vård. I den tekniska utvecklingens spår ses kortare vårdtider, mer dagkirurgi och nya behandlingsmetoder. Det har också blivit allt vanligare att dra paralleller mellan sjukvården och industrin. Metoder som vuxit fram i bilindustrin appliceras på sjukvården för att göra olika processer snabbare och därmed mer kostnadseffektiva. Nyström och Sjöberg (2007) beskriver i sin rapport *Sjukvården - en tjänstebanssch med effektiviseringspotential*, dels att det finns processer som kan effektiviseras, men även hur sjukvården skiljer sig från andra områden. De pekar på att sjukvården handlar om liv och hälsa, vilket betyder särskilda krav på precision och säkerhet. En annan faktor som skiljer landstingsvården från annan verksamhet är att den finansieras med offentliga medel, och att *patient* inte är synonymt med *kund*. Författarna pekar också på svårigheterna att beräkna effektiviteten då hänsyn måste tas till faktorer som kan vara svåra att mäta kvantitativt. Exempelvis kan en god omvårdnadsinsats eller bra information vara mycket effektiv om den utförs på rätt sätt och lägligt i tid. Nyström och Sjöberg anser att evidensbaserad vård bör användas som en källa till effektivare vård, exempelvis i form av att inte genomföra onödiga undersökningar och för att minimera andra risker för patienten.

Ur ett internationellt perspektiv verkar det dock som att svensk sjukvård är mycket effektiv. Statistik från Organisation for Economic Co-operating and Development (OECD, 2012) visar att svenskar lever länge, barnadödligheten är låg och relativt få drabbas av cancer. Dessutom visar statistiken att Sverige har relativt få sjukhussängar sett till antalet invånare. Denna hälsa "produceras" trots att antalet landstingsanställda totalt minskar enligt Sveriges Kommuner och Landsting (SKL, 2012). Det skall dock sägas att antalet sjuksköterskor har ökat.

Trygghet

Trygghet behövs för att uppleva hälsa. En del av tryggheten är att ha tillgång till sjukvård när det behövs. Men enbart tillgången till sjukvård räcker inte alltid till för att känslan av trygghet skall infinna sig. Många människor behöver även en förvisning om att vården kan leva upp till högt ställda medicinska krav, samt att det erbjuds god individuell omvårdnad (Segesten, 1994).

Nordstedts svenska ordbok (2003) beskriver trygghet som "att vara trygg". Där förklaras trygg med "att vara fri från oroande eller hotande inslag", eller "som ger intryck av att vara lugn och obekymrad". Inom engelskan finns det inte det begrepp som riktigt motsvarar det vi i svenska språket lägger i betydelsen, utan direktöversatt används "security" och "safety" (Nordstedts, 2010) som kan kännas lite snävare. Enligt Dahlberg och Segesten (2010) kan trygghet också beskrivas som en grundläggande känsla, som är nära kopplat till självförtroendet och som kan böttna i barndomsupplevelser eller inre mognad. De framhåller att trygghet och hälsa är nära relaterat till varandra, men att det kan vara svårt att beskriva på vilket sätt.

Segesten (1994) har i en bok om patienters trygghet och otrygghet diskuterat begreppen och även genomfört en intervjustudie där hon analyserat begreppet trygghet. Innebörden av begreppet trygghet inte är helt självklar, det finns omkring 100 olika synonymer som kan associeras med begreppet trygghet på olika sätt. Segesten beskriver trygghet som ett mångfasetterat begrepp där begreppen lugn, säker och trygg är de synonymer som ligger närmast. Författaren visar på två olika typer av trygghet. Den ena är grundtryggheten som kan sägas påverkas av personliga egenskaper, som till exempel självsäkerhet och självtillit. Grundtryggheten tros vara något som skapas tidigt i livet. Segesten presenterar också ett andra begrepp som hon beskriver som situationsanpassad trygghet. Denna påverkas i större utsträckning av yttre faktorer, exempelvis hur sjuksköterskan förbereder patienten för ett ingrepp. I boken beskriver patienterna trygghet som att man försäkras sig om livskvalitet både för sig själv och för sina anhöriga. Att slippa vara rädd, att ha någon att älska och kontinuitet i vården är faktorer som bidrar till att öka tryggheten i olika situationer.

Dahlberg och Segesten (2010) belyser vikten av att sjuksköterskan förstår fenomenet och inser vikten av trygghet för patienten, så att sjuksköterskan kan ge patienten en ökad trygghet när det är befogat. Författarna upplyser också om att en patient som tyst accepterar allt som görs med denne och inte ställer några frågor kan lida av en bristande grundtrygghet. Det är då sjuksköterskans uppgift att hjälpa patienten förstå vad som görs och varför. Sjuksköterskan måste vara en pålitlig vårdare, en patient som inte kan lita på ansvarig sjuksköterska blir otrygg, något som kan förvärras ytterligare av en för patienten ovan situation.

Tillit och delaktighet

Tillit kan beskrivas som patientens förtroende för och förväntningar på sjuksköterskan (Lindwall & von Post, 2008). Tillit innebär en uppmaning från patienten att bli sedd och tagen på allvar. Bell och Duffy (2009) genomförde en begreppsanalys av termen tillit mellan sjuksköterska och patient. I denna framkommer att för att tillit skall infinna sig behövs trygghet i form av sjuksköterskans skicklighet i professionen, samt att sjuksköterskan är

medveten om de risker som patienten utsätts för i vårdsituationen. Hams (1997) menar i en begreppsanalys av termen tillit ur ett hjärtsjukvårdsperspektiv, att den stora majoriteten av patienter går in i vårdrelationen och litar på att sjuksköterskan vårdar dem på ett säkert sätt så att de inte skall utsättas för fara.

Petersson och Blomqvist (2009) har genom gruppintervjuer försökt skapa en ökad förståelse för begreppet trygghet. Forskarna hade en grupp bestående av sjuksköterskor och en grupp bestående av undersköterskor, alla verksamma inom hemsjukvården. Gruppintervjuerna har sedan kompletterats med intervjuer av fyra pensionärer för att ytterligare komma åt fenomenets kärna. Resultaten visar att trygghet kunde förklaras med en inre känsla som baseras på tro och tillit till sig själv och till andra. En känsla som kan förstärkas av att man känner delaktighet i samhället, eller är bekant med en företeelse eller en situation. Men även att en person har tillgång till de hjälpmedel som behövs för att klara vardagen, exempelvis trygghetslarm och telefon.

Maslow (1970) beskriver behovet av trygghet i sin behovsteori. Teorin bygger på att en människa tillgodoser sina behov i en förutbestämd ordning. Trygghet är det som behöver tillgodoses direkt efter att man tillskansat sig mat och värme, som anses vara de mest primära behoven. Teorin stöter på viss kritik eftersom de saknas stöd inom den empiriska forskningen för varje enskilt steg, men den anses ändå användbar som begreppsram och används i forskningen inom olika ämnesområden (Thilke et al., 2011). I en studie av Nydén, Petersson och Nyström (2003) undersöktes äldre patienters grundläggande behov på en akutvårdscentral utgående från Maslows behovsteori. Det gjordes som en kvalitativ studie där sju patienter mellan 65-88 år intervjuades efter att de anlänt till sjukhuset. Resultatet visade att för äldre på en akutvårdsmottagning så var behovet av säkerhet och trygghet det som var tydligast och patienterna verkade i denna undersökning inte ha något behov av att förstå vad som gjordes med dem. Ett resultat som tolkades som att dessa patienter helt lämnade över sig i vårdarnas händer. Författarna konstaterade att de äldre tyckte att det kändes mycket säkert bara genom att komma till sjukhuset, men att deras krav och behov av delaktighet inte var speciellt framträdande.

Otrygghet

Ett hot mot hälsan utgör grund för otrygghet menar Dahlberg och Segesten (2010). Om hotet i form av sjukdom eller skada kan undanröjas, återvinns tryggheten och känslan av att ha hälsa. Ovisshet vid sjukdom ses som ett hot som ökar känslan av otrygghet. Även vissheten om allvarlig sjukdom kan i vissa fall hanteras lättare än en ovisshet om densamma, vilket troligen hänger samman med en känsla av kontroll över situationen som individen kan lära sig att utveckla. Känslan av sammanhang har stor betydelse för hur patienten uppfattar och hanterar olika svåra situationer. Även Segesten (1994) lyfter fram att mycket av otryggheten skapas av att inte veta, till exempel att inte veta vad som ska hända eller vad man har drabbats av. Patienterna i hennes avhandling beskriver rädsla för att komplikationer skall tillstöta eller att sjukdomen skall förvärras som en källa till oro. Förutom denna rädsla framhåller patienterna i studien oron att inte få adekvat vård som ett hot mot tryggheten. Patienterna uttrycker en känsla av otrygghet inför hotet att förlora sin identitet, och bland annat känslan av att inte våga fråga doktorn beskrivs där. Dahlberg och Segesten (2010) menar att en mer ogynnsam diagnos och prognos kan tolkas som mer belastande för patienten. Emellertid visar det sig att

patienten kan kompensera eventuell oro med ett accepterande som inger en känsla av kontroll över situationen och därigenom i viss mån återställa känslan av trygghet.

Oro och ensamhet

Anestesiformen har viss betydelse för upphovet till oro, och generell anestesi ger i större utsträckning utslag av detta än lokal anestesi, enligt en kvantitativ enkätundersökning av Mitchell (2011). Graden av oro är inte heller konstant utan varierar under den preoperativa perioden, vilket Haugen et al. (2009) beskriver i en kvantitativ studie. Patienterna i studien fick retrospektivt gradera sin känsla av oro under den preoperativa perioden. Resultaten där visade att patienterna ofta var oroliga vid ankomst till operationsavdelningen för att därefter ha en lite lugnare period, men att oron därefter åter ökade och nådde sin kulmen precis innan anestesi inleddes.

Det finns dessutom vissa faktorer som är predisponerade för en ökad risk för preoperativ oro. Mitchell (2011) kunde i en enkätundersökning där han undersökte sambandet mellan kön och oro på en dagkirurgisk avdelning, konstatera att kvinnor i större utsträckning än män upplever oro inför anestesi. Liknande resultat redovisades i en kvantitativ studie innehållande 500 patienter som genomgick planerad kirurgi på ett turkiskt universitetssjukhus (Yilmaz, Sezer, Gürler & Bekar, 2011). I den sistnämnda studien undersöktes också andra faktorer som kan tänkas påverka den preoperativa oron. Resultatet visade att känslor av ensamhet och dåligt socialt stöd var faktorer som verkade ge en ökad risk för oro inför operation, likaså om patienten redan innan är nedstämd eller tidigare har haft tendens till oro.

Lindwall och von Post (2008) menar att den perioperativa sjuksköterskan i vårdrelationen skapar en "tillfällig vänskap" med patienten, och att det där finns utrymme för humor, värme och närhet. Sjuksköterskan ger också ett löfte till patienten om att guida denne genom operationen. Misslyckas vårdaren med att skapa en vårdrelation finns risk att patienten upplever ensamhet. Lagerström och Bergbom (2006) har beskrivit hur patienternas förväntningar på vården ser ut inför en planerad operation, och hur samma patienter sedan har upplevt omvårdnaden de fått. Dessa patienter tyckte att det är viktigt att någon hela tiden fanns där hos dem och de var rädda att bli lämnade ensamma. Detta fenomen konstaterades även i en kvalitativ intervjustudie, där 20 patienter på en dagkirurgisk avdelning djupintervjuades av Gilmartin och Wright (2008).

Dahlberg och Segesten (2010) beskriver att ensamhet uppstår när man saknar gemenskap och sammanhang i tillvaron. Gemenskap har man tillsammans med andra som upplevs som betydelsefulla för en. Man kan känna ensamhet även om andra människor finns omkring, om en känsla av samhörighet till dessa saknas. Ensamhet är också relaterat till identitet och självkänsla, som till stor del får sin näring av sammanhang och gemenskap. Vid ofrivillig ensamhet kan detta medföra att styrkan av identitet och självkänsla avtar hos individen. En självvald ensamhet kan däremot upplevas som vilsam, kreativ och livsbejakande. Ensamhet kontra gemenskap kan ses som varandras förutsättningar där den ena inte utesluter den andra. Ensamhet i vården är en form av ofrivillig ensamhet, som exempelvis kan yttra sig som en känsla av att inte bli förstådd av läkaren eller sjuksköterskan. Denna känsla av ensamhet kan få ökad kraft genom att patienten befinner sig i en utsatt situation och är i behov av vård.

Vårdrelationen

Vårdrelationen är en relation mellan sjuksköterska och patient där sjuksköterskan inte kan räkna med att få ut något för egen del ur relationen, utan hon får villkorslöst dela med sig av tid, engagemang och kunskap i mötet med patienten. Vårdrelationer skall inte förväxlas med vänskapsrelationer eftersom det inte råder jämvikt i vårdrelationen. I en vårdrelation är patienten i underläge med anledning av sin utsatta situation (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg 2003; Dahlberg & Segesten 2010). Nyström (2009) som beskriver vårdrelationer i vardagslivet, skriver att en god vårdrelation kan skänka trygghet, såvida vårdaren tar sig tid att prata med patienten och skapa förtroende. Ofta är det tyvärr så enligt författaren, att det är det goda samtalet som prioriteras bort när tiden blir knapp.

En vårdande relation ska vara både inbjudande och berörande (Dahlberg & Segesten, 2010), och kroppspråket har stor betydelse för hur patienten upplever kontakten med sjuksköterskan. En bortvänd blick och ett slutet ansikte hos vårdaren ger ett helt annat budskap till patienten än vad ett öppet och vänligt ansikte kan ge. Genom att möta patientens blick knyter sjuksköterskan an och bejakar patientens livsvärld. En spontan lättare beröring, som att stryka över kinden eller armen, kan verka lugnande och öka känslan av trygghet i en utsatt situation. Det är dock viktigt att tänka på patientens integritet, i dennes livsvärld kan beröring vara obehagligt eller rent av olämpligt, exempelvis relaterat till religiösa övertygelser. Detta måste sjuksköterskan ta hänsyn till och förhålla sig till i varje enskilt fall.

I Gilmartin och Wrights (2008) studie visade resultatet att patienterna blev upprörda och besvikna om de upplevde att den preoperativa sjuksköterskan inte gav dem den tid de tyckte att de behövde. I denna studie uttryckte patienterna också besvikelse över att inte personalen lyssnade på dem i tillräckligt hög omfattning. Dessa känslor var så starka att en patient av den anledningen inte ville återkomma till den aktuella operationsavdelningen.

Lagerström och Bergbom (2006) konstaterar att de flesta patienter var överens om att stämningen på avdelningen var viktigt. En avslappnad stämning, lugna sjuksköterskor, gärna lite käcka och skämtsamma sådana, var uppskattat bland dem. Att sjuksköterskan var närvarande, lyssnade och uppmärksammade patienten hade stor betydelse för hur vården uppfattades.

Vårdande samtal och preoperativ information

En viktig del av en relation ligger i samtalet, och en vårdrelation bygger således till stor del på det vårdande samtalet (Dahlberg & Segesten, 2010). En skillnad mellan ett vanligt mellanmänskligt samtal och ett vårdande sådant, är att den senare styrs av vårdaren som också bär ansvaret, även om båda parter måste vara aktiva för att det ska bli en dialog. En svårighet med dessa samtal är att inte bara tala *till* patienten, utan *med* denne. Särskild uppmärksamhet krävs vid rutinmässiga, enkelriktade samtal vid genomgångar i vårdkedjan. Där är det lätt att fastna i användning av medicinska termer, och det kan istället öka avståndet mellan vårdare och patient. Ett vårdande samtal präglas av öppenhet och en förståelse för och därmed en följsamhet för patientens livsvärld, och kan med fördel utformas med en informativ inriktning. Mycket av den information som ges skulle kunna utvecklas till vårdande samtal med tonvikt på dialogen, där patienten får möjlighet att komma till tals och få svar på frågor som han kanske inte ens visste att han hade.

Individuellt anpassad information till patienten är reglerat i patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Där framgår att den som har ansvaret för hälso- och sjukvård för en patient, också måste se till att patienten får en individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och metoder för undersökning, vård och behandling.

Lilja, Rydén och Fridlund (1998) beskriver vikten av patientanpassad information i sin kvantitativa studie, där de studerade effekten av utvidgad information till patienter som gått igenom bröstcancerkirurgi och total höftplastik. Resultatet visade att patienterna inte nödvändigtvis upplevde mindre oro av att få mer information, och att orsaken till ingreppet spelade roll för effekten av hur informationen påverkar patienten. Den positiva effekten av att ge individanpassad information bekräftas även av andra studier (Mitchell, 2011; Costa, 2001). I en kvalitativ studie där 12 sjuksköterskor som arbetade på en kirurgklinik djupintervjuades, framkom att erfarenhet, kompetens och det intresse som sjuksköterskan har för det preoperativa arbetet påverkade den information patienten fick (Fitzpatrick & Hyde, 2006).

En kvalitativ magisterstudie genomförd bland anestesijuksköterskor i Västsverige visade att dessa sjuksköterskor upplevde en välinformerad patient som både lugnare och tryggare. Detta var betydelsefullt för anestesin som då kunde utföras på ett mer behagligt sätt för patienten (Rejmann & Rydberg, 2010). Det var inte mängden information som var avgörande, utan innehållet i samtalet som var viktigt. Det var också angeläget att anpassa nivån och innehållet till den aktuella patienten. Sjuksköterskorna i studien uppfattade att patienterna i allmänhet uppskattade en rak och ärlig kommunikation.

Perioperativ dialog

Konceptet perioperativ vård kommer från USA där det började användas på 1970-talet, och man preciserade i mitten av 1980-talet det ursprungliga begreppet "perioperative role" till "perioperative practice", för att tydliggöra vem den perioperativa sjuksköterskan är och vad hon gör. När konceptet så småningom togs till Sverige ansågs ytterligare förändringar av begreppet vara på sin plats för att det skulle kunna appliceras till svenska förhållanden. Den perioperativa dialogen introducerades här av Lindwall och von Post (2008), som är de stora förespråkarna för modellen i Sverige. Arbetsmodellen utgår från hur vårdandet kan se ut på en operationsavdelning, och har till stor del vuxit fram ur forskning där intervjuer med anesthesi- och operationssjuksköterskor genomförts. Syftet med den perioperativa dialogen och vården som begrepp var att optimera vården av patienten när han befinner sig på operationsavdelningen. Prefixet "peri" betyder runt omkring och i det här sammanhanget åsyftas tiden runt omkring operationen. Perioperativ vård och dialog innebär att anestesijuksköterskan tar emot patienten när denne anländer till operationsavdelningen. Sjuksköterskan är med patienten under operationen och följer sedan patienten till uppvakningsavdelningen där deras relation sedan avslutas med den postoperativa dialogen. Syftet är att skapa en kontinuitet i vården, vilket medför att patienten känner en ökad tillit och upplever det som att denne är överlämnad i säkra händer. En svensk studie baserad på modellen visar på goda erfarenheter både för patienter och för sjuksköterskor (Lindwall, von Post & Bergbom, 2003).

Perioperativ vård är enligt Riksföreningen för anesthesi och intensivvård (ANIVA), den arbetsmodell som skall eftersträvas och den finns beskriven i föreningens kompetensbeskrivning som är framtagen 2008.

PROBLEMFORMULERING

Trygghet är ett komplext begrepp med relativt bred innebörd, vilket innebär att det inte är självklart vad den enskilde individen upplever som trygghet. Forskning gör ändå gällande att tryggheten är viktig för upplevelsen av hälsa. Detta medför en utmaning för vårdpersonal som har en skyldighet att tillgodose patientens trygghet i vården. Patienten som förbereds för operation ska kunna förvänta sig att anestesijuksköterskan vidtar adekvata åtgärder och uppträder på ett sådant sätt att förutsättningarna för att en känsla av trygghet ska infinna sig optimeras.

Då dagens operationssjukvård i sin strävan efter effektivisering försöker korta ledtiden så långt det är möjligt, finns en uppenbar risk att för patienten värdefull förberedelse tid går förlorad. Om patienten får tillbringa allt mindre tid med kvalificerad personal kan det innebära förlust eller reducering av den trygghetskänsla som patienten är i behov av. Mot bakgrund av detta är det intressant att undersöka vad patienten lägger i ordet trygghet och vad som påverkar denna trygghet i samband med anestesi. Detta för att optimera patientens upplevelse av trygghet under tiden på operationsavdelningen och därmed bidra till ökad hälsa.

SYFTE

Syftet var att belysa hur patienter som genomgått ett elektivt kirurgiskt ingrepp upplevde trygghet och otrygghet i samband med generell anestesi.

METOD

Ansats

En kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats har valts för arbetet, då det var patientens upplevelser av trygghet som var det fenomenet som skulle belysas. Kvalitativ innehållsanalys bedömdes vara en lämplig analysmetod för att bearbeta de intervjuer som insamlats för examensarbetet (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008).

Deltagare

Urvalet har gjorts utifrån kriterierna vuxen, väl orienterad man eller kvinna som gjort ett elektivt kirurgiskt ingrepp under generell anestesi på någon av de utvalda sjukhusens kirurgkliniker. Patienterna har vårdats inläggande och intervjuerna genomförts inom en vecka efter operationen på respektive avdelning. Sammanlagt gjordes tio intervjuer, varav två provintervjuer, därutöver förekom även ett bortfall av en intervju på grund av dålig ljudkvalité. Med hjälp av sjuksköterskan på respektive avdelning har lämpliga intervjupersoner valts ut till studien. Deltagarna har en jämn könsfördelning och de hade genomgått olika typer av kirurgiska ingrepp vilket medförde spridning avseende erfarenheter och upplevelser (Lundman & Hällgren- Graneheim, 2008). De aktuella informanterna består av sju patienter, fyra kvinnor och tre män enligt tabell 1.

Tabell 1. Informanternas kön, ålder och typ av ingrepp.

Kön	Ålder	Typ av ingrepp
man	73	kärlkirurgi
man	82	gastrointestinal kirurgi
man	71	gastrointestinal kirurgi
kvinna	58	gastrointestinal kirurgi
kvinna	73	bröstkirurgi
kvinna	67	bröstkirurgi
kvinna	52	bröstkirurgi

Datainsamling

Deltagarna tillfrågades någon dag efter operationen om deltagande i studien. De erhöll då information om studiens syfte och att deltagande var helt frivilligt. I samband med detta överlämnades också ett skriftligt informationsbrev (Bilaga 1). Denna information upprepades sedan muntligt i anslutning till intervjutillfället. Intervjuerna genomfördes med stöd av en halvstrukturerad intervjuguide som tagits fram för att användas vid samtalen och därigenom underlätta processen (Bilaga 2). Enligt Kvale och Brinkmann (2009) innehåller en halvstrukturerad intervjuguide en översiktlig struktur för intervjun och förslag till frågor. I den intervjuguide som användes hade vi arbetat fram den aktuella strukturen med förslag till frågor utifrån förförståelsen från bakgrundsmaterialet och med inspiration från en temadag i kvalitativ metodfördjupning vid Högskolan i Borås. En inledande öppningsfråga ställdes och därefter följdfrågor efter hand. Intervjuernas tidsåtgång varierade mellan 30-50 minuter. Alla intervjuer spelades in på diktafon i sin helhet.

Dataanalys

Ljudupptagningen av intervjun transkriberades noggrant, där den som hade genomfört intervjun också var den som skrev ut materialet. Detta för att den som gjort intervjun har en bättre helhetssyn över innehållet. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) är utskriften inledningen på den analytiska processen. Vi har därefter läst igenom varandras intervjuer för att båda ska kunna bilda sig en uppfattning om helheten i alla intervjuerna. Innehållet har sedan analyserats med induktiv ansats enligt Lundman och Hällgren-Graneheims (2008) modell.

Intervjuerna i sin helhet betraktades som analysenhet. Innehållet delades in i två domäner; ”tankar och upplevelser före anestesi” respektive ”tankar och upplevelser efter anestesi”. Då materialet i den första domänen var såpass omfattande, beslutades att fokusera studien och vidare analys på denna del. Syftet ansågs till största delen besvarad i materialet utifrån denna domän, och övrigt material lades därför åt sidan för eventuellt framtida bruk. I texten identifierades meningsbärande enheter som ansågs besvara syftet. Dessa kondenserades sedan och indelades i olika koder som beskrev innehållet. De olika koderna har därefter abstraherats till underkategorier och kategorier enligt bilaga 3. Exempel på de olika delarna i innehållsanalysen ges i tabell 2.

Tabell 2. Exempel på analysprocess.

meningsbärande enhet	kondensering	kod	underkategori	kategori
... men just att man känner att man har människor bakom sig... att man har sin familj och vänner och... det är ju också en trygghet tycker jag...	man känner en trygghet i att ha familj och vänner nära	nära till familj och vänner	att ha nära relationer med familj och vänner	nära privata relationer
... känner man att man är trygg i sig själv så tror jag att man kan klara av mer saker... att man även kan klara av svåra saker...	jag är trygg i mig själv och kan klara av mer	lugn och styrka i sig själv	att känna ett inre lugn	inre styrka

Så småningom utkristalliserades tre övergripande teman ur materialet; “patientens egna resurser”, “omvårdnadsrelaterade resurser” samt ”patientens lidande”. Dessa teman svarade på frågan “Hur?”, genom de resurser respektive lidande som avspeglas i de olika temana.

Etiska överväganden

Intervjuerna har genomförts på kirurgklinikerna på två olika västsvenska sjukhus, där erforderligt tillstånd har erhållits från berörda verksamhetschefer (Bilaga 4). Varje deltagare har lämnat ett informerat samtycke till att delta i studien, vilket innebär att informanten innan medgivande till deltagande har fått kortfattad muntlig och skriftlig information om vad studien syftar till. De har också informerats om att deltagandet är helt frivilligt och att de kan avbryta sitt deltagande när som helst, utan att behöva motivera det på något sätt. Deltagarna informerades även om att vi garanterar deras konfidentialitet genom att inte ha med några uppgifter som skulle kunna tänkas härledas till dem i resultatet.

Eftersom detta arbete bedrivits på magisternivå finns ingen skyldighet att införskaffa etiskt tillstånd (SFS 2003:240§2), men gällande författning har ändå varit utgångspunkten när arbetet planerades. Det gäller framförallt information till deltagarna där det säkerställts att informanten är införstådd med vad den aktuella studien syftar till, att deltagandet är frivilligt samt att informanten när som helst kan välja att avbryta sin medverkan utan motivering (Kvale & Brinkmann 2009, Helsingforsdeklarationen 2008, ICN 2007). Även om det finns viss risk att intervjupersoner avstår från att delta med ovanstående förfarande (Vetenskapsrådet, 2011), så är det absolut nödvändigt för att så långt det är möjligt säkerställa den personliga integriteten.

Enligt Kvale och Brinkman (2009) bör etiska frågeställningar beredas plats under hela processen från det att forskaren bestämt undersökningsområde till dess att resultatet presenterats. I överensstämmelse med Helsingforsdeklarationens innehåll (2008) har riskerna för patienterna att delta i denna studie bedömts som mycket små. Riskerna kan möjligen bestå av obekväma känslor om patienten upplever att något varit svårt att prata om under intervjun, till exempel om upplevelsen av anestesi eller operationen varit skrämmande eller obehaglig. Å andra sidan kan det i sådana fall vara så att berättandet kan vara en hjälp för patienten att bearbeta dessa händelser. För att undvika alltför svåra reaktioner, har vi påtalat för intervjupersonerna att de har rätt att avbryta sitt deltagande när som helst enligt ovanstående.

Det skulle också kunna tänkas att patienten, eftersom intervjuerna genomfördes på avdelningen, kunde känna någon form av beroendeställning till sjukvården och därför svarade på ett sätt som de trodde var "rätt". De kanske var oroliga för att omvårdnaden på avdelningen skulle påverkas av vad de sagt i intervjun. Det fanns också i intervjuerna en tendens att först tala om att allt var positivt och bra, men längre in i samtalet kom även andra aspekter fram, som kunde vara upplevelser av oro och otrygghet i situationen. Någon enstaka deltagare uttryckte sig rakt på sak, och försökte inte förställa sin oroskänsla.

Konfidentialiteten har säkerställts genom att det i arbetet inte presenteras några uppgifter som kan härledas till intervjupersonen. Det insamlade materialet är endast tillgängligt för oss som bedriver studien, samt vår handledare.

RESULTAT

Resultatet redovisas utifrån tre teman som alla svarar på frågan “Hur upplever patienter trygghet och otrygghet i samband med anestesi?”, och där resultatet visar “genom patientens egna resurser”, “genom omvårdnadsrelaterade resurser” och ”genom patientens lidande”. En översikt av teman, kategorier och underkategorier ses i tabell 3.

Tabell 3. Översikt över resultatet.

Underkategori	Kategori	Tema
att ha goda relationer med familj och vänner att känna ett inre lugn att tänka positivt att se framåt	nära privata relationer inre styrka	patientens egna resurser
att ha varit med innan och veta vad som ska hända att lita på personalen att ha någon att samtala med i en tillåtande dialog att känna god stämning att kunna släppa fram sina känslor att vara väl omhändertagen att vara välinformerad att få lov att fråga	tillitskapande vårdrelationer tillåtande dialog och atmosfär informerande dialog	omvårdnadsrelaterade resurser
att förlora kontrollen att känna rädsla att oro sig för vården och dess utförande att oro sig för prognos och behandling efteråt	ångest bristande tillit osäkerhet inför prognos och behandling	patientens lidande

Patientens egna resurser

Nära privata relationer

Familj och vänner framhölls som viktiga för patienterna. En god familjegemenskap, sammanhållning i familjen och nära till familj och vänner beskrevs som betydelsefull för känslan av trygghet. Besök och telefonsamtal av de närmaste var välkomna inslag i den sjukes vardag. Någon berättade att ett besök av en familjemedlem precis före operationen var till stor glädje för henne, och gjorde det lättare att gå vidare i behandlingen. Även ett kärt husdjur kunde räknas in i familjen och vara en glädjekälla vid sjukdom genom att bara finnas där och sprida värme utan krav på motprestation.

”Jo, jag har ju känt det att jag kommer ju från en ganska stabil familj/.../så jag känner att vi har god sammanhållning och det är också en trygghet att man känner att man har familjen bakom sig och att man känner att de är med en i både med - och motgångar...”

Inre styrka

Trygghet kunde upplevas som ett inre lugn som hjälpte patienten att hantera den ovana situationen som denne befann sig i. Det kunde handla om en känsla av att vara lugn i sig själv eller att man hade ett glatt humör som gjorde att man klarade mer än vad man trott sig göra annars. Om man var trygg i sig själv var det lättare att hantera även svåra saker, menade informanterna. En deltagare talade också om att han kände stöd genom sin gudstro, att han kände att någon där uppe ser efter honom, vilket ingav trygghet för honom. Han blev lugnad av känslan av att han inte är ensam med sig själv.

Att försöka tänka på något positivt precis före inledningen av anestesi var också något som förekom, en strategi för att intala sig själv att allt är under kontroll och därigenom kunna hålla undan känslor av oro. Informanterna berättade exempelvis om att man försökte tänka allmänt positivt på situationen, eller att man tänkte på något specifikt som man tycker om.

Ett annat sätt att leda tankarna var att se framåt, se vidare förbi operationen och redan i tankarna vara över på andra sidan. Då kunde en känsla av otålighet uppstå i väntan på operationen, då patienten var angelägen om att få det hela överstökad så snart som möjligt.

En informant berättade att hon redan i förväg hade bestämt vad hon skulle tänka på:

“ Det hade jag bestämt mig för redan innan vad jag skulle... det kanske du förstår... vårt lilla barnbarn/.../så tänkte jag på henne hela tiden ”

Omvårdnadsrelaterade resurser

Tillitskapande vårdrelationer

När det gällde att känna förtroende och tillit för personalen framgick att patienterna hade förväntningar på personalens kunskaper och duglighet för arbetsuppgifterna. Patienterna tyckte inte det fanns anledning att ifrågasätta personalens kunnande och förutsatte ett korrekt utfört arbete och likaså att patienterna skulle erhålla korrekt information i samband med detta. Deltagarna uttryckte att det var skönt att inte behöva fundera på förtroendefrågan, utan de kände tillit och vågade utlämna sig till vårdarna. Den kompetens som beskrevs av informanterna som viktig handlade mycket om goda omvårdnadskunskaper i kombination med ett lugnt och trevligt bemötande. En tolkning är att patienten går in i vårdrelationen med anestesijuksköterskan med positiva förväntningar och att anestesijuksköterskan har patientens förtroende så länge inte motsatsen är bevisad.

”Eller man utlämnar sig ju ganska mycket tycker jag... så man behöver ju känna det här att man litar på de här människorna ... och det gjorde jag. Så då kändes det bra, det var bra på alla sätt och vis”

Eventuella tidigare erfarenheter och vårdrelationer påverkade också den aktuella situationen, oftast i positiv riktning då patienten kände trygghet av att ha varit med om anestesi och bedövning innan. Men det uttrycktes också att tidigare erfarenheter inte spelade någon roll i sammanhanget.

En deltagare hade varit med om att en tidigare operation hade blivit inställd, vilket i och för sig upplevdes negativt. Men patienten förklarade det som att det hela berodde på brist på läkare på ”kirurgsidan” och tyckte inte att det påverkade hans känsla av trygghet i situationen.

Tillåtande dialog och atmosfär

Delaktighet i samtal och en god stämning på operationssalen gav upplevelser av en slags glädje hos patienterna. Glad och trevlig personal uppskattades mycket, och att få samtala om något annat än den aktuella sjukdomen gav en kort stund av lugn och vila inför den kommande anestesi. Det spelade inte så stor roll vad dialogen handlade om, huvudsaken var att det var ett för patienten trevligt ämne, och där lyckades vårdpersonalen ofta hitta rätt tyckte man.

”Det var två tjejer som skulle söva mig och vi pratade hästar. Ja, vi hade så mycket att prata om förstår du... så jag kunde inte tänka på något annat/.../jag blev glad när hon liksom tyckte om hästar också...”

Deltagarna hade ofta en känsla av att personalen brydde sig och tyckte att de hade fått ett bra eller mycket bra bemötande och kände sig följaktligen väl omhändertagna. Sjuksköterskan upplevdes vara närvarande och en informant uttryckte en känsla av att personalen verkligen fanns där för just henne. Andra deltagare uttryckte det som att personalen tog sig tid och på ett ärligt sätt verkade intressera sig för patienten, att de samtalade och hela tiden höll koll på hur patienten mårde och kände. En informant berättade att precis innan sövningen blev det lite känsligt, och det låg spänning i luften. Men hon upplevde samtidigt att det var tillåtet att släppa fram sina känslor när det var nära till tårar. En annan talade om att han kände sig väl omhändertagen när en hand ströks över hans kind strax innan han sövdes.

Informerande dialog

I att känna sig vara välinformerad ingår att informanten fått veta i förväg vad som kommer att hända, att patienten hela tiden hålls uppdaterad på vad som händer och att man får lov att fråga om man undrar något. Möjligheten att ställa följdfrågor och föra ett resonemang med vårdpersonalen uppskattades mycket av patienterna och gjorde att informationen kan sägas vara given som en informativ och vårdande dialog.

”Det är skönt när man kan fråga saker och få svar... min dotter kunde ringa upp sen och prata också... jag tycker det har varit en bra, ett bra bemötande på det viset också”

Det uppskattades även bland informanterna att ha träffat läkaren innan, men framförallt ville

man ha fortlöpande information under den perioperativa fasen om vad som hände just då. Allt som hände ville patienten ha kontroll på, i ett försök att greppa situationen. Denna form av fortlöpande information upplevdes av patienterna som en viktig del av omvårdnaden.

Patientens lidande

Ångest

Otrygghet kom till uttryck genom rädsla och ångestkänslor, vilket påverkade upplevelsen av trygghet i negativ riktning. Ofta var det så att patienten kände obehag inför att tappa kontrollen under anestesi. Det framkom bland annat rädsla för att inte somna vid inledningen av narkosen, eller att inte vakna igen efteråt. Det fanns också ett tvivel och en undran över vad som egentligen händer när man väl är sövd och ligger hjälplös och utan möjlighet att påverka eller överblicka situationen. En informant hade erfårit mycket starka känslor innan operationen. Hon talade om att hon haft en skräckupplevelse, och menade att det var helt beroende av att hon var så rädd för att bli sövd. Informanten bedyrade att personalen inte skulle kunna göra något för att lindra hennes rädsla, men samtidigt berättade hon att det faktum att allt ändå gick bra med anestesi, gjorde det lättare för henne att komma tillbaka för en annan operation som planerades längre fram.

“Ja, det var ju fullständig skräck. /.../ Minns att jag inte kunde, någon form av fobi... Men jag vet inte vad det är för ångest och vad det står för...”

Bristande tillit

Det fanns även vissa tveksamheter vad gäller vården och dess utförande. Till exempel uttryckte en deltagare skepsis runt vården i allmänhet och funderade bland annat över den höga omsättningen bland läkarna i stort. En annan hade upplevt språksvårigheter i mötet med kirurgen före ingreppet, och hon undrade om hennes läkare egentligen hade förstått vad hon hade sagt. Som tur var hade denne kirurg en kunnig sjuksköterska vid sin sida som kunde styra upp samtalet så att det ändå blev rätt till slut.

“Det var han som opererade mig första gången, han hade en sköterska med sig och han kanske... förstod kanske inte riktigt allt vad jag sa, så hon fick nog hjälpa honom lite /.../ Hade jag varit helt ensam där hade jag nog blivit lite fundersam ... för jag såg ju liksom på honom att han inte alltid förstod vad jag sa heller”

Osäkerhet inför prognos och behandling

Det uttrycktes bland informanterna en del oro för den medicinska behandlingen, med bland annat en rädsla för att må dåligt efter narkosen. Illamående och kräkningar var en känd och

fruktad efterverkan av anestesi bland patienterna. Osäkerheten när det gällde den fortsatta behandlingen kunde beskrivas som att det fanns en oro i botten, att det i bakhuvudet rörde sig tankar om en tänkbar eller fruktad prognos och om framgång eller komplikationer av behandlingar. Funderingar kring olika scenarier och alternativ till behandlingen uttrycktes. Informanterna oroade sig också för långdragen återhämtningsprocess och vad det hela skulle komma att sluta i. Dessa tankar verkade ändå ha landat i ett slags accepterande av situationen, och en försiktig förhoppning inför framtiden.

”det är nog mest på utgången som det beror för själva operationerna /... / det är efteråt sen, och all behandling... 88 gånger på sjukgymnastiken, det räcker till...”

DISKUSSION

Metoddiskussion

Eftersom det var upplevelsen av trygghet hos patienterna skulle belysas, var kvalitativ metod med induktiv innehållsanalys en lämplig modell att arbeta efter. Den fokuserar på tolkning av texter och är applicerbar på olika typer av innehåll (Lundman & Hällgren- Graneheim, 2008), i det här fallet nedtecknade intervjuer. Metoden tillämpas på skiftande forskningsområden, och används mycket inom vårdvetenskap. Den induktiva ansatsen innebär en förutsättningslös analys av texter och tolkningen av materialet kan ske på olika nivåer. Det kan ses som en fördel för oss, då vi kan anpassa analys och tolkning efter våra förutsättningar att arbeta med materialet.

Det fanns en spridning bland deltagarna i form av en jämn fördelning mellan könen, varierande elektiva kirurgiska ingrepp och variation i ålder mellan 52 och 82 år. Informanterna bestod av fyra kvinnor och tre män, och denna könsfördelning kanske gav ett större utrymme för olika aspekter av trygghet och otrygghet i studien. Deltagarna har valts utifrån tidigare nämnda inklusionskriterier samt att de fanns tillgängliga när datainsamlingen var aktuell. Sjuksköterskan på avdelningen hjälpte till att hitta lämpliga patienter. Detta kan givetvis ses som en begränsning, men då studien var menad att belysa vanligt förekommande elektiva patienters upplevelser av trygghet och otrygghet vid generell anestesi, kan det ändå anses vara uppnått genom detta förfaringsätt. Eftersom fem av de sju informanterna hade en malign sjukdom i bröst eller tarm och ytterligare en informant var drabbad av kritisk kärlsjukdom så kan dessa anses haft en betydande sjukdomsbild. Om studien inriktat sig på patienter med mer godartad prognos inom exempelvis dagkirurgisk eller ortopedisk verksamhet, hade kanske aspekterna av trygghet och otrygghet uttryckts annorlunda. I det använda urvalet av informanter i denna studie, har deltagarnas upplevelser speglats i resultatet som ett brett och varierat uttryckt fenomen.

Studien kan därmed anses ha en god giltighet bland elektiva patienter på kirurgavdelningarna.

Den halvstrukturerade intervjuguiden var utformad för att underlätta att föra intervjun framåt. Det visade sig vara ett användbart instrument då deltagarna var olika benägna att föra resonemanget vidare spontant. Öppna och uttömmande svar av deltagarna eftersträvades, vilket också erhöles i de flesta fall, ibland med hjälp av följdfrågor. För att deltagarna skulle

känna sig så bekväma som möjligt skedde intervjuerna i avskildhet på avdelningen för att minimera alla störningsmoment. Kvale och Brinkmann (2010) menar att det är viktigt att vara medveten om att skapa ett förtroendeingivande första möte så att informanten blir villig att dela med sig av sina upplevelser, och därför bestämdes tid och plats för intervjun i samråd med patienten.

Att säkerställa giltigheten vid transkriberingen var inte helt oproblematiskt. Kvale och Brinkmann (2010) pekar på svårigheten att få med all innebörd även vid ordagrann transkribering, beroende på betydelsen i exempelvis pauser och tonlägen. För att eftersträva en så god transkribering som möjligt har vi skrivit ut de intervjuer vi själva genomfört. Alla pauser, suckar och skratt har inkluderats, och vi har lyssnat igenom allt material flera gånger. Gråt förekom vid ett tillfälle, då valde intervjuaren att stanna ljudupptagningen och intervjun återupptogs sedan efteråt i samråd med informanten. Detta förfarande bör ha stärkt studiens giltighet.

Studiens handledare har egen erfarenhet av kvalitativ forskning. Vägledningen, samt det faktum att intervjutekniken förbättrades efter hand, har medfört att datainsamlingen kan bedömas som ändamålsenlig, då resultatet speglar ett brett och varierat uttryckt fenomen. Antalet intervjuer är adekvat i förhållande till en kvalitativ studie på magisternivå.

Eftersom forskaren personligen till stor del utgör det huvudsakliga instrumentet för att samla in data och sedan analysera den (Frejs & Thornberg, 2009), är det möjligt att en mer erfaren forskare hade fått mer innehållsrika och utförliga data.

Vid analysen har särskild noggrannhet beaktats för att behålla innebörden i de olika delarna genom kondensering, kategorisering och abstraktion. Analysen har även diskuterats vid grupphandledning, då ytterligare handledare och studenter kommit med synpunkter och kommentarer, vilket lett till vidare utveckling av arbetet. Detta innebär att trots vår ovana att analysera har ändå analysen med hjälp av noggrannhet i arbetet och nämnda handledning lyfts, och kan därför ses som ett tillförlitligt resultat.

Eftersom deltagarna i studien representerade patienter med vanligt förekommande diagnoser och behandlingsformer, kan övergripande delar av resultatet bedömas som överförbart till andra vårdformer och sjukhus som arbetar på liknande sätt som de kirurgavdelningar som ingått i studien.

Resultatdiskussion

I resultatet sammanställdes tre teman, *patientens egna resurser* och *omvårdnadsrelaterade resurser* som främjar upplevelsen av trygghet, samt *patientens lidande* som ger upplevelser av otrygghet. Dessa tre teman svarar på frågan "Hur?" genom de resurser respektive lidande som avspeglas i varje tema. I patientens egna resurser ingår kategorierna *nära privata relationer* och *inre styrka* som påverkar upplevelsen av trygghet i positiv riktning. Bland de omvårdnadsrelaterade resurserna märks kategorierna *tillitskapande vårdrelationer*, *tillåtande dialog* och *atmosfär* samt *informativ dialog* som trygghetsfrämjande. I temat patientens lidande utgörs kategorierna av *ångest*, *bristande tillit* och *osäkerhet inför prognos och behandling* och dessa påverkar upplevelsen i riktning mot otrygghet.

Patientens egna resurser

Resultatet visar att informanterna värderar familj och vänner högt, och deras stöd är mycket betydelsefullt för patienterna. Deltagarna uttryckte bland annat att det stärkte dem att det fanns människor i deras närhet som varit med genom hela processen från planering till operation. Dahlberg och Segesten (2010) hävdar att upplevelsen av hälsa mycket handlar om vem man är och hur man lever med sig själv och omgivningen. Det visar sig också i vår studie, att informanterna som lyfte fram familjen också i hög grad uttryckte uppskattning över att familjemedlemmar erbjöds deltagande vid olika vårdmöten. Kanske var det så att de som kände nära samhörighet med sin familj eller vän, också var extra angelägna om att kunna dela sina bekymmer med dem och därför såg till att även de fick information och möjlighet att vara delaktiga i processen. På det viset kan patienten reflektera över sina funderingar med någon som känner denne väl sen tidigare och vet hur patientens förutsättningar socialt och i hemmet ser ut. Patienten och dennes anhöriga kan därmed komma varandra närmare och båda parter kan känna ökat stöd i det. Enligt Dahlberg och Segesten (2010) har det som regel ett stort värde att inkludera närstående i ett patientfokuserat vårdande, då de anhöriga är av stor betydelse i patientens livsvärld. Det kan rentav vara så i vissa fall att närståendes medverkan i vården är helt avgörande för patientens möjligheter att återvinna upplevelsen av hälsa och välbefinnande. Även Eriksson (1997) lyfter fram goda naturliga relationer som främjande för hälsan och menar att det i vissa fall reducerar behovet av professionell vård. Vi kan konstatera att en helhetssyn på människan medför en trygghetsfrämjande vård. Hur patientens liv ser ut påverkar hur denne mår när densamme kommer till operationsmottagningen. Förutsättningarna att hantera den för patienten ovana situationen på en operationsavdelning skiljer sig därmed åt mellan individer. Om anestesijuksköterskan är medveten om detta och öppen för att låta anhöriga delta i vården verkar det som att detta främjar tryggheten. Anhöriga är en resurs som kan främja patientens hälsa och kompletterar därmed anestesijuksköterskans arbete.

Inom barnsjukvården ses anhöriga och då oftast föräldrars närvaro vid operation som en självklarhet och mycket görs för att underlätta deras närvaro (Nilsson & Larsson, 2008). Smith och Dearmun (2006) beskriver i en studie där de går igenom de riktlinjer som finns för barnkirurgi i Storbritannien, hur föräldrarna får en mer positiv helhetssyn av vården om de tillåts att närvara vid induktionen. Författarna understryker också att föräldrarnas närvaro reducerar de negativa effekterna som en upprivande separation inför induktionen kan medföra. Då även informanterna i vår studie lyfte fram vikten av anhörigas delaktighet väcker det frågan varför inte anhöriga i större utsträckning erbjuds att närvara vid inledningen av anestesin även hos den vuxna patienten. En tänkbar orsak kan vara en bekvämlighet att arbeta efter inarbetade rutiner i kombination med starka traditioner runt omhändertagandet av patienten på operationsavdelningen. Anestesijuksköterskan blir vanligtvis inte heller lika naturligt granskad av närstående runtomkring vårdtagaren som exempelvis sjuksköterskan på vårdavdelningen blir. En förändring av detta förhållande skulle kanske kunna verka skrämmande för en del sjuksköterskor.

Forskningen om behovet av anhöriga inför anestesi till den vuxna patienten ter sig något begränsad. Inom intensivvårdsverksamheten har effekterna av anhöriga belysts i större utsträckning. Eriksson och Bergbom (2007) har i en kvalitativ studie undersökt om frekvensen och durationen av besök av anhöriga har påverkat dödligheten eller vårdtiden på

intensivvårdsavdelningen hos patienter som respiratorbehandlades. Deras resultat antyder att trots att patienten ser positivt på besök av anhöriga, så verkar detta inte vara en faktor som påverkar vare sig vårdtid eller dödlighet. I en kvalitativ norsk studie av Olsen, Dysvik och Hansen (2009), studerades betydelsen av anhörigas närvaro för intensivvårdspatienten med hjälp av semi-strukturerade intervjuer av elva patienter som tidigare vårdats på intensivvårdsavdelning. Där framkom att anhörigas deltagande uppfattades som mycket positivt, men att den svårt sjuke patienten mår bäst av om antalet besök begränsas. Även patienter som varit nedsövda uttryckte att anhörigas närvaro var främjande för deras välbefinnande. Sammantaget anser vi att detta styrker uppfattningen av att patienten upplever anhörigas närvaro som positiv för välbefinnandet, vilket skulle motivera ett utökande av anhörigas delaktighet även inom anestesijukvården. Detta i sin tur skulle kunna medföra att patienten upplever en ökad grad av trygghet under sin vistelse på operationsavdelningen.

Ett inre lugn och att vara trygg i sig själv uttrycktes bland informanterna som ett sätt att finna styrka för den aktuella situationen. Petersson och Blomqvist (2009) menar att individens känsla av trygghet kan vara en del av ett inre lugn och gott självförtroende. Även de som uttryckt oro och osäkerhet i vår studie förefaller ha haft tillgångar i form av en inre styrka. De har lyckats uppbåda ett accepterande av sin situation och sedan känt en försiktig tillförsikt till den närmaste framtiden. Detta kan tolkas som att grundtryggheten hos de aktuella informanterna var stark. Det har sannolikt hjälpt patienterna till att styra sina tankar mot ett accepterande även om situationen varit svårhanterlig och fylld av tvivel och osäkerhet. Det finns därför skäl att anta att den inneboende styrkan är stark hos människan, ibland större än hon tror själv.

Omvårdnadsrelaterade resurser

Tolkningen att patienten från början har en positiv förväntan på vårdpersonalen, innebär att anestesijusköterskan ofta har ett gott utgångsläge för att etablera en god vårdrelation, men också att hon i och med patientens tillit har ett stort förtroende att förvalta. Om sjuksköterskan är medveten om detta förhållande och hon har förmågan att förvalta utgångsläget, verkar det borga för goda förutsättningar för en trygg patient. En tänkbar förklaring till den positiva grundinställningen kan tänkas vara en förhoppning om en förbättrad livssituation i och med den stundande operationen. Eriksson (1994) beskriver relationen mellan lidande och lust, som att om det i lidandet finns en rörelse mot lusten så finns hoppet. Om man ser en operation som en rörelse mot bättre hälsa, kan det förklara att patienten anländer till operationsmottagningen med viss förtröstan.

En annan tänkbar förklaring till det stora förtroendet till anestesijusköterskan kan vara att anestesijukvården är tekniskt avancerad vilket medför svårigheter för patienten att förstå och sätta sig in i hur det fungerar (Strömberg, 2004). Patienten får helt enkelt förlita sig på att anestesijusköterskan lotsar dem rätt i denna avancerade miljö. Detta kan styrkas av att patienterna i vår studie uttryckte ett starkt behov av att få kontinuerlig information och förklaring av allt som sker. Bull och Fitzgerald (2006) har genomfört en kvalitativ studie bland anesthesi- och operationssjuksköterskor. De framhåller att den tekniska utvecklingen har medfört en rad förbättringar för patienten, men menar också att sjuksköterskan tenderar att i större utsträckning fokusera på sin tekniska apparatur än på patienten. Vi får ha i åtanke att många av de patienter som opereras är äldre personer som inte i lika stor utsträckning varit delaktiga i den tekniska revolutionen som den yngre generationen. Det ställer ytterligare krav på anestesijusköterskan att hjälpa patienten till en ökad trygghetskänsla inför operationen,

vilket mycket väl kan uppnås om vården utgår från patienten och dennes behov. McCabe (2004) visar i en kvalitativ studie att ett patientcentrerat synsätt hos sjuksköterskan ökar möjligheten till en god vårdrelation. Samtidigt framhåller McCabe att sjukvården ofta inte verkar organiserad så att ett patientcentrerat synsätt premieras. Vi menar att den perioperativa dialogen som framhålls av ANIVA skulle premiera ett sådant synsätt men i likhet med McCabe (2004) upplever vi att andra faktorer än patientcentrerad vård och strävan efter en god vårdrelation blir ledande i de organisationsbeslut som fattas inom vården. Vi kan tyvärr konstatera att den perioperativa vårdmodellen inte har fått något ordentligt genomslag i verksamheten. Det kan spekuleras i om detta beror på ekonomiska eller organisatoriska faktorer, men faktum är att avsaknaden av modellen innebär en negativ konsekvens utifrån ett patientperspektiv.

Glada och trevliga sjuksköterskor och en god stämning på salen är uppskattat bland patienterna i vår studie såväl som i en tidigare studie av Lagerström och Bergbom (2006). Lindwall och von Post (2008) beskriver en tillfällig vänskap med utrymme för humor, värme och närhet. Överfört till erfarenheterna i vår studie innebär detta att man exempelvis kan samtala fritt om vad som helst som känns bra just då, och där det även är tillåtet att visa känslor om så önskas. Glädje i arbetslaget ger en god stämning på operationssalen, och för patienten kan det vara mycket betydelsefullt att upptas i denna tillfälliga gemenskap och känna delaktighet i samtalet och samhörighet med personalen runt omkring.

En god vårdrelation bygger också till stor del på det vårdande samtalet, där dialogen präglas av öppenhet, förståelse och följsamhet till patientens livsvärld (Dahlberg & Segesten, 2010). Sofaer och Firminger (2005) har i en litteraturstudie granskat forskning om patienters uppfattningar om god kvalitet inom hälso- och sjukvården. Resultaten i denna studie visar att mycket av det som patienten uppfattar som god kvalitet också är det som beskrivits som främjande av tryggheten i vår studie. Patienterna värdesätter exempelvis att personalen lyssnar till patienten och förklarar det som är svårt att förstå på ett enkelt sätt. Dessutom vill man att personalen inte bara skall vara tillmötesgående, utan också att de visar empati och vänlighet. Vi kan se i vår studie hur ett vårdande samtal med informativ inriktning är av stor betydelse för hur patienten uppfattar omvårdnaden, då det avspeglas i vårt resultat att samtalet värderades högt hos deltagarna. Vi understryker att anestesijuksköterskan bör vara medveten om att det sårbara läge som patienten befinner sig i strax före operation gör att ord och kroppsspråk förstärks i samtalet, vilket innebär att det kan finnas stor kraft i den vårdande dialogen. En ögonkontakt och visat intresse kan göra att patienten känner sig sedd och fylld av energi, medan motsatsen, till exempel ett olämpligt ordval eller ett mindre trevligt bemötande, kan skapa distans i vårdrelationen och såra patienten. Patientcentrerad vård där anestesijuksköterskan utstrålar empati, vänlighet, kompetens och erfarenhet i kombination med uppriktig vilja till förståelse för patienten och dennes livsvärld, verkar kunna sammanfatta den optimala situationen, vilket också bekräftas av McCabe (2004).

Patientens lidande

I resultatet framgår att det förekommer känslor av ångest och rädsla i samband med anestesi. Detta överensstämmer med tidigare studiers resultat där prevalens och orsak till oro i samband

med generell anestesi undersökts (Haugen et al., 2009; Mitchell, 2010, 2011; Yilmas et al., 2011). Vi ser ett samband mellan dessa olustkänslor och en rädsla för att tappa kontrollen vid anestesi. Det förekom i vår studie exempelvis funderingar kring vad som händer när man är sövd, likaså en rädsla för att inte vakna igen. Dahlberg och Segesten (2010) beskriver ångest som en allmän odefinierad känsla utan bestämt mål, medan rädsla är mer specificerat och riktas mot en speciell företeelse. Vi menar att ångestkänslor ändå kan verka förlamande för patienten, och vara oerhört smärtsamt för denne. Anestesisjuksköterskans uppgift är att hjälpa patienten att hantera sin ångest inför anestesi, så att denne kan se sina möjligheter till hälsa efter operationen.

Uttrycken av otrygghet bekräftar Halldin och Lindahls (2005) uppfattning om att det är vanligt med rädsla och ångest i samband med operation. Detta är särskilt tydligt då det är frågan om att patienten ska opereras under generell anestesi (Mitchell, 2011), som var en av inklusionskriterierna för vår studie. En brittisk studie har undersökt sambanden mellan preoperativ oro och postoperativ oro, samt hur detta påverkar återhämtningen efter operationen (McIntosh & Adams, 2010). Deras resultat visar att många som är mer än normalt oroliga före operation, också har lika hög eller ibland ännu högre ångestnivå efteråt. Det finns ett samband mellan pre- och postoperativ oro, och dessutom finns ett tydligt samband mellan postoperativ oro och upplevelsen av en sämre återhämtning efter operationen. Med tanke på detta, anser vi att det understryker vikten av att patienten verkligen blir väl omhändertagen, så att denne kan erfara trygghet i samband med anestesi. Om anestesisjuksköterskan misslyckas med att förmedla trygghet vid mötet med patienten, riskerar återhämtningsprocessen efter operationen att förlängas i onödan, med ett ökat vårdlidande som följd.

Anestesisjuksköterskans roll när det gäller att motivera eller stärka patientens tankar inför en eventuell rehabiliteringsperiod är inte helt självklar. Däremot kan man tänka sig att om anestesi i sig skapar osäkerhet, kan anestesisjuksköterskans agerande vara avgörande för att främja upplevelsen av trygghet och därmed förbättra patientens utgångsläge inför anestesi. När det gäller oro för en period som går utanför anestesisjuksköterskans kompetensområde så borde en stödjande och förstående framtoning vara mer ändamålsenlig. Det vore förkastligt att ge patienten falska förhoppningar, men anestesisjuksköterskan kan ändå stödja patienten i dennes oro, och hjälpa densamme att se och förstå situationen. Ett accepterande av sjukdom och behandling underlättar för patienten att gå vidare i livet med allt vad det innebär för den enskilde. Vid sidan om det stöd sjukvården kan ge, har här familj och närstående en viktig funktion att fylla.

Slutsats

Patienten förfogar över stora resurser för att uppleva trygghet i samband med anestesi, framförallt genom nära privata relationer, och med en egen inre styrka som grund. I vissa fall kan dock känslan av trygghet grumlans av rädsla eller ångest inför det aktuella ingreppet och då finns i sjukvården stora möjligheter att hjälpa och stödja patienten.

Anestesisjuksköterskans i särklass viktigaste omvårdnadsåtgärd för att främja patientens upplevelse av trygghet, är att så tidigt som möjligt etablera en tillitskapande vårdrelation med patienten. Detta borgar för en tillåtande dialog och atmosfär mellan patient och anestesisjuksköterska, där dialogen också ska präglas av följsamhet till patientens livsvärld. För att undvika en bristande tillit kan även den påföljande informerande dialogen med fördel genomföras som ett vårdande samtal. Mycket av patientens oro och osäkerhet inför framtiden kan på detta sätt lindras genom det vårdande samtalets kraft i kombination med patientens egen inneboende styrka.

Kliniska implikationer

Anestesisjuksköterskan bör:

- så tidigt som möjligt etablera en god vårdrelation med patienten genom att hälsa på denne med en hållning som utstrålar omsorg och kompetens, samt visa ett uppriktigt intresse för patienten och dennes situation.
- utgå från en patientcentrerad vård vid omhändertagandet av patienten på operationsavdelningen.
- se närstående som en tillgång och involvera dem om möjligt som delaktiga i pre- och postoperativ vård.
- ge patienten fortlöpande information om vad som händer under förberedelserna, och samtala gärna om någonting trevligt som intresserar patienten under tiden.
- inte lämna patienten ensam i förberedelserum eller operationssal.
- vara medveten om att det i det vårdande samtalet ryms stora möjligheter att påverka patientens upplevelser i positiv riktning i samband med anestesi.

REFERENSER

- Bell, L. & Duffy, A. (2009). A concept analysis of nurse-patient trust. *British Journal of Nursing*, 18(1), 46-51.
- Bull, S. & Fitzgerald, M. (2006). Nursing in a technological environment: Nursing care in the operating room. *International Journal of Nursing Practice*, 12(1), 3-7. doi:10.1111/j.1440-172X.2006.00542.x.
- Costa, M.J. (2001). The lived perioperative experience of ambulatory surgery patients. *Association of Perioperative Registered Nurses, AORN Journal*, 74(6), 874-881.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud B-O. & Fagerberg I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Eriksson, K. (1997). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber.
- Eriksson, T. & Bergbom, I. (2007). Visits to intensive care unit patients – frequency, duration and impact on outcome. *Nursing in Critical Care*, 12(1), 20-26
- Fitzpatrick, E. & Hyde, A. (2006). Nurse-related factors in the delivery of preoperative patient education. *Journal of Clinical Nursing*, 15 (6), 671-677.
- Frejs, A. & Thornberg, R. (2009) *Handbok i kvalitativ analys*. Stockholm: Liber.
- Gilmartin, J. & Wright, K. (2008). Day surgery: patients' felt abandoned during the preoperative wait. *Journal of Clinical Nursing*, 17(18), 2418–2425.
- Halldin M. & Lindahl S. (2005). Inledning. Ingår i Halldin M. & Lindahl S. (red.). *Anestesi* (s.11-13). Stockholm: Liber.
- Hams, S. (1997). Concept analysis of trust: a coronary care perspective. *Intensive and Critical Care Nursing*, 13(6), 351-356.
- Haugen, A., Eide, G., Olsen, M., Haukeland, B., Remme, Å. & Wahl A. (2009). Anxiety in the operating theatre: a study of frequency and environmental impact in patients having local, plexus or regional anaesthesia. *Journal of Clinical Nursing*, 18(16), 2301–2310.
- Hälso- och sjukvårdslagen. 1982:763. Hämtad 120110 från:
<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>
- ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2007). Hämtad 120203 från:
<http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lag om etikprövning av forskning som avser människor: SFS 2003:240. Hämtad 120203 från: <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/20030460.HTM>
- Lagerström, E. & Bergbom, I. (2006) The care given when undergoing operations and anaesthesia- the patients' perspective. *Journal of Advanced Perioperative Care*, 2(4), 183-193.
- Lilja, Y., Rydén, S. & Fridlund, B. (1998). Effects of extended preoperative *information* on perioperative stress: an anaesthetic nurse intervention for patients with breast cancer and total hip replacement. *Intensive and Critical Care Nursing*, 14(6), 276-282.
- Lindwall, L. & von Post, I. (2008). *Perioperativ vård - att förena teori och praxis*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindvall, L., von Post, I. & Bergbom, I. (2003). Patients' and nurses' experiences of perioperative dialogues. *Journal of Advanced Nursing*, 43(3), 246-253.
- Lundberg, D. (2008). Psykologiska och etiska aspekter. Ingår i Halldin, M. & Lindahl, S. (red.) *Anestesi* (s. 196-200). Stockholm: Liber.
- Lundby, T. (2005) Akut anestesi. Ingår i Liv Hovind I. (red.) *Anestesiologisk omvårdnad* (s. 429-435). Lund: Studentlitteratur.
- Lundman, B. & Hällgren-Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. Ingår i Granskär, M., Höglund-Nielsen, B. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.159-172). Lund: Studentlitteratur.
- Maslow, A. (1970). A theory of human motivation. Ingår i McReynolds, S. (Red.), *Motivation and personality, Third edition* (s.15-31), New York: Harper Collins Publishers.
- McCabe, C. (2004). Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 41-49.
- McIntosh, S., Adams, J. (2010). Anxiety and quality of recovery in day surgery: A questionnaire study using Hospital Anxiety and Depression Scale and Quality of Recovery Score. *International Journal of Nursing Practice*, 17(1), 85-92. doi:10.1111/j.1440-172X.2010.01910.x
- Mitchell, M. (2010). General anaesthesia and day-case patient anxiety. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 1059-71.
- Mitchell, M. (2011). Influence of gender and anaesthesia type on day surgery anxiety. *Journal of Advanced Nursing*. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05801.x
- Nilsson, K. & Larsson, L. (2008). Anestesi till barn. Ingår i Halldin, M. & Lindahl S. (red.) *Anestesi*. (s. 451-476), Stockholm: Liber

- Nordstedts svenska ordbok (2003). Göteborg: Språkdata och Nordstedts ordbok.
- Nortvedt, P. (2005). Etik och anestesijukvård. Ingår i Liv Hovind, I. (red.), *Anestesiologisk omvårdnad* (s. 469-480). Lund: Studentlitteratur.
- Nydén, K., Petersson, M. & Nyström, M. (2003). Unsatisfied basic needs of older patients in emergency care environments – obstacles to an active role in decision making. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 268–274.
- Nyström, K. & Sjöberg, H. (2007). *Sjukvården — en tjänstebransch med effektiviseringspotential*. Rapport R 2007:13. Stockholm: Nutek. Hämtad 120229 från: <http://publikationer.tillvaxtverket.se/ProductView.aspx?ID=614>
- Nyström, M. (2009). Vårdrelationer i vardagsliv med vacklande hälsa. Ingår i Friberg, F. & Öhlén J. (Red.), *Omvårdnadens grunder, Perspektiv och förhållningssätt* (s. 409-429), Lund: Studentlitteratur.
- OECD, the Organisation for Economic Co-operation and Development (2012). *Statistics*. Hämtad 120301 från: [http://www.the Organisation for Economic Co-operation and Development.org/document/0,3746,en_2649_201185_46462759_1_1_1_1,00.html](http://www.theorganisationforEconomicCo-operationandDevelopment.org/document/0,3746,en_2649_201185_46462759_1_1_1_1,00.html)
- Olsen, K., Dysvik, E. & Hansen, B. (2009). The meaning of family members' presence during intensive care stay: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25(4), 190-198.
- Patientsäkerhetslagen, SFS 2010:656. Hämtad 120125 från: <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2010:659#K6>
- Petersson, P. & Blomqvist, K. (2009). Sense of security - searching for its meaning by using stories: a Participatory Action Research study in health and social care in Sweden. *International Journal of Older People Nursing*, 6(1), 25-32.
- Rejmann, E. & Rydberg, P. *Anestesisjuksköterskors upplevelse av det preoperativa samtalet*. (2010). Examensarbete på avancerad nivå. Högskolan Borås, BADA. Hämtad från: http://bada.hb.se/bitstream/2320/6472/1/M2010_42.pdf
- Riksföreningen för anestesi och intensivvård. ANIVA. *Kompetensbeskrivning anestesisjuksköterska*. (2008). Hämtad 120111 från: http://www.aniva.se/index.php?option=com_content&view=article&id=113&Itemid=200044
- Segesten, K., (1994). *Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet*. Göteborg: K&K Segesten Förlag AB.
- SKL, Sveriges kommuner och landsting. (2012). *Landstingsanställd personal 2010*. Hämtad 120229 från: http://www.skl.se/vi_arbetar_med/statistik/statistik-personal/landstingsanstalld-personal/landstingsanstalld-personal-2010
- Smith, J. & Dearmun, A. (2006) Improving care for children requiring surgery and their families. *Paediatric Nursing*, 18(9), 30-34.

- Sofaer, S. & Firminger, K. (2005). Patient perceptions of the quality of health services. *Annual Review of Public Health*, 26(1), 513-559.
- Strömberg, H. (2004). *Sjukvårdens industrialisering: Mellan curing och caring – sjuksköterskearbetets omvandling*. Doktorsavhandling. Umeå: Umeå universitet. Hämtad 120222 från: umu.diva-portal.org/smash/get/diva2:142832/FULLTEXT01
- Socialstyrelsen (2012) Statistik. Hämtad 120229 från: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas>
- Thielke, S., Harniss, M., Thompson, H., Patel, S., Demiris, G. & Johnson, K. (2011). Maslow's hierarchy of human needs and the adoption of health-related technologies for older adults. *Aging International*. doi: 10.1007/s12126-011-9121-4
- Valeberg, B. (2005). Operationspatienten. Ingår i Hovind Liv, I. (red.) *Anestesiologisk Omvårdnad* (s.19-26). Lund: Studentlitteratur.
- Vetenskapsrådet: *God forskningsed*. (2011). Hämtad 120203 från: <http://www.vr.se/download/18.3a36c20d133af0c12958000491/God+forskningsed+2011.1.pdf>
- Yilmaz, M., Sezer, H, Gürler, H & Bekar, M. (2011). Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. *Journal of Clinical Nursing*. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03799.x

BILAGOR

Bilaga 1.

Till dig som är nyopererad

Hej!

Vi är två sjuksköterskor som går en utbildning till specialistsjuksköterska inom anestesi (narkos). Som en del av utbildningen gör vi vårt examensarbete i form av en magisteruppsats. Eftersom vi framöver kommer att arbeta med patienter på operation, vill vi veta på vilket sätt du som patient kände dig trygg inför anestesi (sövningen), hur du kände precis innan du sövdes och när du sedan vaknade.

Om du vill vara med i vår intervjuundersökning kommer vi att träffa dig någon dag efter operationen på avdelningen. Vi planerar ett samtal på ungefär 30 min om dina upplevelser i samband med anestesi. Vid samtalet kommer en ljudupptagning att göras som sedan skrivs ner utan ditt namn eller något annat som kan härleda till dig. Din identitet kommer inte att kunna spåras och ingen obehörig har tillgång till materialet.

Deltagandet är helt frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan utan förklaring och det kommer inte att på något sätt påverka din vård, varken nu eller i framtiden.

Vi vill gärna veta vad just du tänkte och kände i samband med anestesi vid operationen, och du är varmt välkommen att berätta det för oss och på så sätt delta i vår undersökning!

Med vänliga hälsningar

Anders Forsberg
E-post:
Tel.

Pia Andersson
E-post:
Tel.

Vi handleds i examensarbetet av

Anders Bremer
Universitetslektor
Institutionen för vårdvetenskap
Högskolan i Borås
E-post:
Tel.

Bilaga 2.

Vi vill veta om patienten upplever sig trygg inför generell anestesi

Intervjumall:

Notera ålder & kön.

Vad är trygghet för dig?

Berätta om hur du kände inför anestesi!

Hur var det när du vaknade?

Ditt samlade intryck av anestesipersonalens agerande och bemötande?

Stödord; behöver inte besvaras om upplevelsen beskrivs på annat sätt

(Aktuell operation, förväntningar)

Information / förkunskaper om anestesi innan operation

Tankar och känslor precis innan sövning

Efteråt

Bilaga 3.

Patienten upplever trygghet eller otrygghet genom...

kod	underkategori	kategori
familjegemenskap	att ha goda relationer med familj och vänner	nära privata relationer
sammanhållning i familjen		
nära till familj och vänner		
jag mår bra av min hund		
härligt att träffa min syster		
människor runt omkring	att känna inre lugn och styrka	inre styrka
lugn och styrka i sig själv		
tro på övre makt		
tänka på något roligt		
positiva tankar	att tänka positivt	inre styrka
vill få det gjort	att se framåt	
jag var trygg i och med att jag varit med innan och visste vad som skulle hända	att ha varit med innan och veta vad som ska hända	
förväntningar på personal	att lita på personalen	tillitskapande vårdrelationer
man kan lita på att personalen kan sitt arbete		
jag blev glad av att prata	att ha någon att samtala med i en tillåtande dialog	tillåtande dialog och atmosfär
roligt att få prata		
skönt att få prata om något annat		
man kan prata om vad som helst		
glad och trevlig stämning	att känna god stämning	informerande dialog
det var spänning i luften och nära till tårar	att kunna släppa fram sina känslor	
de tog väl hand om mig	att vara väl omhändertagen	
man ska veta vad som ska hända	att vara välinformerad	informerande dialog
jag har fått information om vad som skulle hända		
läkaren förklarade precis		
man får lov att fråga	att få lov att fråga	ångest
om jag inte somnar	att tappa kontrollen	
om jag inte vaknar		
rädsla att tappa kontrollen		
fullständig skräck	att känna rädsla	bristande tillit
oro för vården	att oro sig för vården och dess utförande	
oro för missförstånd		
oro för utgång och behandling efteråt	att oro sig för prognos och behandling efteråt	osäkerhet inför prognos och behandling
oro för slutresultat		
vad är alternativet		
rädd att må illa efteråt		

Bilaga 4.

Till verksamhetschefen, kirurgkliniken

Vi är två sjuksköterskor, Anders Forsberg och Pia Andersson, 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 ansöker nu om godkännande av datainsamling på kirurgkliniken.

Syftet med vårt examensarbete är att undersöka i vilken mån patienterna i elektiv vårdform upplever trygghet inför generell anestesi. Bakgrunden är att hälso- och sjukvårdslagen ställer krav på vårdpersonal att tillgodose patientens behov av trygghet och kontinuitet inom ramen för vård och behandling. Dessutom ska patientens självbestämmande och integritet respekteras och en god kontakt ska främjas mellan patienten och vårdpersonalen. Detta ingår också i kompetensbeskrivningen av den professionella anestesisjuksköterskan enligt ANIVA (riksföreningen för anestesi och intensivvård). Eftersom få studier är gjorda med patientens upplevelser i samband med anestesi, finns det ett behov av att belysa detta område ytterligare. Vår ambition är att vårt examensarbete senare ska kunna användas i verksamheten som stöd för anestesisjuksköterskan i mötet med patienten.

Metoden i examensarbetet är en kvalitativ intervjustudie av 6-8 patienter som genomgått ett elektivt ingrepp under generell anestesi. Vi tänker oss en intervjumodell med semistrukturerade frågor och öppna svar. Intervjuerna kommer att utföras av undertecknade studenter under v 4-6, 2012. Under intervjun spelas samtalet in för att sedan skrivas ut ordagrant och därefter analyseras utifrån en kvalitativ ansats. Vi kommer att lämna ett informationsblad till utvalda patienter som kan välja att samtycka till deltagande i studien eller när som helst meddela att de avbryter deltagandet utan motivering. Alla uppgifter kommer att avidentifieras och ingen obehörig kommer att ha tillgång till materialet.

Vi handleds i examensarbetet av

Anders Bremer
Universitetslektor
Institutionen för vårdvetenskap
Högskolan i Borås
E-post:
Tel.

Med vänliga hälsningar

Anders Forsberg
E-post:
Tel.

Pia Andersson
E-post:
Tel.