

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ
I VÅRDVETENSKAP
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2009:38

Anestesisjuksköterskors erfarenhet av att möta oroliga
patienter i den intraoperativa fasen

Christian Boman och Erik Stolt



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: Anestesisjuksköterskors erfarenhet av att möta oroliga patienter i den intraoperativa fasen.

Författare: Christian Boman och Erik Stolt.

Ämne: Vårdvetenskap.

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng.

Kurs: Specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot anesthesisjukvård, 60 högskolepoäng.

Handledare: Lars Sandman

Examinator: Birgitta Wireklint Sundström

Sammanfattning

Under våra fältstudiedagar tyckte vi oss kunna se att patienter ofta kan vara orolig då vi som anestesisjuksköterskor möter dem på operation. Framförallt när patienten väl har kommit till operation och snart ska få sin anestesi. Som det ser ut idag är det på operation anestesisjuksköterskor möter sin patient för första gången, alltså i patientens intraoperativa fas. Detta beror oftast på att det inte finns tid eller ges någon möjlighet att ha något pre- eller postoperativt möte. Under denna korta tid skapa en relation med patienten och dämpa eventuell oro samtidigt som verksamheten idag har en tendens till att vilja effektivisera bort en del av denna viktiga och redan korta tid. Hur möter sjuksköterskan en patients oro och ångest i den intraoperativa fasen strax innan sövning? Genom att ta del av den erfarenhet som finns hos anestesisjuksköterskan kan det skapas verktyg som sedan kan användas i verksamheten.

Syftet med studien är att beskriva anestesisjuksköterskors erfarenhet av att möta och lugna oroliga patienter intraoperativt. Det är en kvalitativ intervjustudie där sju anestesisjuksköterskor intervjuats. Resultatet visar på de sätt som anestesisjuksköterskan bemöter oroliga patienter. Att genom samtal avleda patientens oro, att sjuksköterskan använder beröring i arbetet med att göra patienter trygga. Anestesisjuksköterskan lovar patienten att finnas till och att ta hand om dem under operationen. Resultatet visar också hur anestesisjuksköterskan använder information och anpassar den utifrån vilken patient det är. Resultatet visar även på att anestesisjuksköterskorna framhäver att bemötandet av patienten är viktigt. Det handlar om att uppträda lugnt och visa skicklighet samt kunnande i sitt arbete.

Nyckelord: Intraoperativa upplevelser, anestesisjuksköterskors upplevelser, intraoperativ omvårdnad och perioperativ vård.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Perioperativ vård	1
Den perioperativa vårdprocessen	1
Anestesisjuksköterskan och patienten i den intraoperativa vården	3
Anestesisjuksköterskan	4
Anestesisjuksköterskans yrkesområde och funktioner	4
Kompetensområde	5
Tidigare forskning om intraoperativa erfarenheter	6
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE	8
METOD	8
Urval	8
Etiska aspekter	8
Datainsamling	9
Dataanalys	9
RESULTAT	9
Avledande samtal	10
Beröring	11
Löfte om närvaro och vård	12
Det professionella förhållningssättet	13
Erbjuda anpassad information	14
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	16
Slutsats	20
REFERENSER	21
BILAGA 1	

INLEDNING

Verksamheten tenderar mer och mer att skära ner och korta tiden mellan varje operation. Det innebär att tiden att förbereda patienten minskas. Under kliniska studier inom anestesijukvård har vi som blivande anestesijuksköterskor upplevt en ny eller förstärkt oro hos patienter som ligger på operationsbordet och strax skall sövas. Denna uppsats är skriven på magisternivå och vårt intresse är att studera hur anestesijuksköterskor möter den oro, som kan dyka upp hos patienten intraoperativt då patienten snart ska få sin anestesi.

BAKGRUND

Perioperativ vård

Begreppet perioperativ vård började först användas i USA på 1970-talet. Efter ett antal år anpassades begreppet för att passa in i den svenska sjukvård som skiljer sig i organisation och administration. En egen formulering valdes med grund från den amerikanska definitionen AORN (Association of Operating Room Nurses). Lindwall och von Post (2008) menar att perioperativ vård är anesthesi- och operationssjuksköterskans perioperativa vårdande som vårdhandlingar och vårdaktiviteter i den pre-, intra- och postoperativa dialogen med patienten. De menar vidare att kontinuitet är ett grundläggande arbetssätt.

Den perioperativa vårdprocessen

Vårdprocessen är ett redskap och en hjälp för sjuksköterskor att kunna reflektera över sitt vårdande men även ett underlag för den perioperativa vårddokumentationen. Rudolfsson, Hallberg, Ringsberg och von Post (2003) skriver att sjuksköterskan genom kontinuitet följer patienten i den perioperativa dialogen och på så sätt får möjlighet att nå den gemensamma världen med patienten. Det är en förutsättning att patienten ska få kraft för att orka vara delaktig i sin vårdprocess. Patienter ska kunna känna att de är i goda händer, känna sig säkra och trygga var de än befinner sig i den perioperativa fasen, sövd eller vaken (Lindwall & von Post, 2008). Det perioperativa vårdandet grundar sig på vårdvetenskapen, på mänskliga värden, människokärlek och utgår från en humanvetenskaplig syn på människan som i sin del utgår från respekten för den unika människan (Eriksson 1987). Den perioperativa vårdens övergripande mål är att skydda och bevara patientens värdighet (SFS 1982:763). Målet är också att patienten och sjuksköterskan ska dela kunskaper och erfarenheter med varandra. Enligt Lindwall (2004) så är det en konst att kunna ge och ta emot.

Vårdprocessen indelas i fyra steg: patientberättelsen med datainsamling och dataanalys, planering av vården, och vårdhandlingarna samt vårdåtgärderna, genomförande av den planerade vården samt utvärdering av vården (Lindwall & von Post, 2008). Den

perioperativa vårdprocessen kan också delas in i tre nivåer, den professionella naturliga vården, grundvården och specialvården (Eriksson, 1988). Den professionella naturliga vården utgår från människans grundläggande behov av liv, kärlek, mening, gemenskap, bekräftelse, alla de saker människor har som grundläggande behov i vardagen. Grundvården utgår från de behov vår kropp har, de fysiologiska behoven som exempelvis andas, äta, vila och renhet. Specialvården tas fram när de grundläggande funktionerna och behoven sviktar eller är dåliga. Den utgår ofta från medicinsk kunskap, teknik, sjukdomslära och apparatvård. Dessa olika former utgår från ett caritasmotiv, kärlek och barmhärtighet (Eriksson, 1988). Det finns ingen vårdnivå som existerar för sig själv utan är beroende av varandra. Anestesi- och operationssjuksköterskans kliniska arbete bör innehålla naturlig vård, grundvård och specialvård för att det ska uppfattas som vård av hela människan. Om den professionella naturliga vården tas bort från den perioperativa vårdprocessen kommer patientens värdighet att kränkas enligt Lindwall och von Post (2008).

Preoperativa fasen

Den perioperativa dialogen är det samtal anestesijuksköterskan har med patienten under den perioperativa vårdprocessen. Processen börjar med den preoperativa fasen. Den börjar när patienten får kroppsliga symptom som i sin tur kräver kirurgisk behandling. Fasen kan börja några minuter innan ingrepp när patienten insjuknar akut eller som i de flesta fall flera månader där patienter blir placerade i en operationskö (Lindwall, 2004). Den preoperativa fasen och dialogen fokuserar på patientberättelsen, datainsamlingen och datananalysen. Det ser olika ut på olika sjukhus och operationsavdelningar i landet men önskvärt är att det ska ges tid för sjuksköterskan att utföra den preoperativa dialogen. På många ställen ges inte detta utrymme och det kan tyvärr bli så att den preoperativa fasen sammanfaller med den intraoperativa. Då hinner inte sjuksköterskan förbereda sig tillräckligt väl. Tidigare studier med fokus på ett patientperspektiv visar att patienten är bättre förberedd och känner en mindre oro samt återhämtningen i den postoperativa fasen går bättre om anestesijuksköterskan har hunnit träffa patienten genom hela den perioperativa processen (Rudolfsson et al. 2003). Varje möte med patienten är unikt, det finns ingen given standard i hur anestesijuksköterskan ska göra eller vad mötet bör innehålla. En professionell anestesijuksköterska lyssnar av och känner efter hur patienten förhåller sig. Anestesijuksköterskan strävar efter att bli inbjuden av patienten för att få ta del av dennes värld (Lindwall & von Post, 2008). I den preoperativa fasen så träffar sjuksköterskan patienten första gången. Anestesijuksköterskan träffar patienten på en lugn plats där dem kan få vara ifred. Denna tid kan göra så patienten känner lugn och ro och får större möjligheter till att känna tilltro till anestesijuksköterskan. Anestesijuksköterskan lyssnar till patientens berättelse om sin sjukdom och livshistoria, anestesijuksköterskan samlar in data i relation till de olika vårdprocessernas teorier. Anestesijuksköterskan gör även ett datainsamlade när hon går igenom patientens journal, men även genom de egna observationerna och den kliniska blicken. Lindwall och von Post (2008) menar att anestesijuksköterskans yrkeskompetens, förmågan att se, reflektera och viljan att förstå patienten är av avgörande betydelse för resultatet. Efter detta så går sjuksköterskan igenom data och gör en analys av patientens hälsotillstånd, illabefinnande, hälsoresurser och välbefinnande.

Intraoperativa fasen

När operations- eller anestesijuksköterskan tar emot patienten på operationsavdelningen börjar den intraoperativa fasen och avslutas när anestesijuksköterskan lämnar av patienten till en sjuksköterska på den postoperativa avdelningen. Fasen kan vara från några minuter till flera timmar beroende på ingrepp. Fasen kallas även genomförandefasen, då genomförs den planerade vården så som uppläggning, val av anestesimetod och den kirurgiska vården. Den intraoperativa vårdens mål är att skydda och bevara patientens värdighet och att ansa kroppen, undvika faror samt skydda kroppen från skador (Lindwall & von Post, 2008). Anestesijuksköterskan utvärderar sitt arbete under tiden för att eventuellt kunna ändra den tidigare planerade vården utifall om någon förändring skett för patienten eller anestesin Rudolfsson et al. (2003).

Postoperativa fasen

Till sist kommer den postoperativa fasen som är den avslutande delen i den perioperativa vården efter avlämnandet av patienten till uppvakningsavdelningen. Det perioperativa vårdandet avslutas med en postoperativ dialog. I den delen utvärderar patienten och sjuksköterskan vården som givits i förhållande till de mål som satts och huruvida de uppfyllts. Patienten delar med sig av sin upplevelse av den perioperativa fasen Rudolfsson et al. (2003).

Anestesisjuksköterskan och patienten i den intraoperativa vården

Den intraoperativa fasen är genomförandefasen. Den planerade vården och det kirurgiska ingreppet sker här. Som det ser ut idag så är det i den intraoperativa fasen vi anestesijuksköterskor ofta möter en patient för första gången, (Rudolfsson et al. (2003). Många patienter upplever en känsla av belåtenhet över att operationen ska ske medan andra är skrämde och rädda över vad operationen kommer att leda till (Leinonen & Leino-Kilpi 1999). Mitchell (2003) beskriver bland annat att det finns vissa smärtsamma skeenden som väntan på transport eller ankomsten till operationsavdelningen.

En av de viktigaste uppgifter anestesijuksköterskan har är att stärka patientens förmåga till att få egen stärkt självkänsla, en upplevelse att känna kontroll och trygghet. Det kräver en god planering, att sjuksköterskan har en respektfull attityd och utför arbetet professionellt (Hovind, 2005). Idealet och det bästa sättet är att patienter kommer till operationsavdelningen och där möts av en operations- eller anestesijuksköterska de känner igen från det preoperativa samtalet. Det gör att det finns en bra grund att stå på inför vad som ska komma att ske. Som det ser ut idag finns oftast inte denna tid och det gör det svårt för anestesijuksköterskan och patienten att lära känna varandra. Det kan ses en ökad vinst för patienten då sjuksköterskan följer den perioperativa dialogen fullt ut (Rudolfsson et al. 2003). Då patienter kommer till operationsavdelningen så har de redan fått genomgå en procedur med bland annat speciell dusch på avdelningen,

smycken som de kanske har haft på sig länge har avlägsnats och patienten tvingas nu ligga nerbäddad i en säng med ovana sjukhuskläder. Redan här är det lätt för patienten att få en känsla av rädsla och osäkerhet. Den största delen av den intraoperativa fasen spenderar patienten på ett förberedelserum eller på operationssalen. Denna miljö är teknisk, ovan, steril och kall, patienten kan lätt känna sig ensam och övergiven (Lindwall & von Post, 2008). Anestesisjuksköterskan kopplar på övervakningsutrustning, datorer låter och eventuellt kanske också patienten behöver ligga i någon ovanlig ställning på operationsbordet som kan kännas utlämnande och hemsk. Här är den största utmaningen för anestesisjuksköterskan att leda patienten rätt och få honom att uppleva välbefinnande. Patienten måste få lugn och ro, möjlighet att så gott det går finna sig tillrätta i den nya och för de flesta ovana miljön, här måste sjuksköterskan finnas till för att informera om vad som händer och vad som görs. Detta är en del för att skapa förutsättningar för patienten att kunna bli stärkt (Hovind, 2005). Mitchell (2000) menar att sjuksköterskan ska arbeta för att stärka patienten, patienten får på detta sätt stärkt självkänsla och det gör att de lättare hanterar sin ledighet. En relation och en känsla av bekantskap och förhoppningsvis gemenskap har grundats. Patienten och anestesisjuksköterskan har planerat patientens kommande vård (Lindwall & von Post 2008).

Idag finns det ofta inte tid till ett riktigt preoperativt samtal, det flyter ihop med det intraoperativa samtalet då sjuksköterskan träffar patienten för första gången på operationsavdelningen. Detta är inte den optimala lösningen. I tidigare studier påvisar man bland annat detta. Enligt Rudolfsson et al. (2003) vinner sjuksköterskan mycket genom att följa den perioperativa processen, det visar till och med på en vinst i den postoperativa fasen där patienten återhämtar sig snabbare. Stirling (2006) beskriver även detta. Patienten får minskat behov av smärtlindring postoperativt, patienten får ett snabbare återhämtande och blir motståndskraftigare mot infektioner. Anestesisjuksköterskan guidar och vägleder patienten genom den intraoperativa fasen, skyddar och bevarar patientens värdighet, ansar kroppen, undviker faror och skyddar patientens kropp för skador (Lindwall & von Post 2008). Vårdåtgärder som anestesisjuksköterskan använder sig utav kan vara att exempelvis försvara patientens rättigheter, se till att det inte är mer folk på operationsrummet än vad som behövs. Vara patienters advokat och då framförallt när de inte kan tala för sig själv under operationens gång. Den intraoperativa fasen slutar när sjuksköterskan lämnar av och rapporterar patienten till ansvarig sjuksköterska på uppvakningsavdelningen.

Anestesisjuksköterskan

Yrkesområde och funktioner

Anestesisjuksköterskan är ingen tekniker eller assistent till läkaren utan en sjuksköterska med specialistutbildning inom anestesisjukvård. Arbetet är däremot ett lagarbete med samarbete mellan flera yrkeskategorier där alla är beroende av varandra. Anestesisjuksköterskan utvecklar sig i arbetet, genom den erfarenhet det ger men även genom utbyte mellan olika yrkeskategorier och specialiteter. Vidare ses yrket som ett hantverk och som en konst som hämtar sina kunskaper från humanvetenskapen,

vårdvetenskapen, naturvetenskapen samt tekniken (Lindwall & von Post, 2008). Anestesisjuksköterskan har den yngsta specialistutbildning jämförelsevis med operationssjuksköterskan.

På 1960-talet kom de första tjänsterna för operation- och anestesisjuksköterskor i Sverige (Lindwall & von Post 2008). I mitten av 1990-talet så ändrades utbildningen till specialistutbildning för anestesisjuksköterska och från år 1997 blev det en akademisk utbildning (Hovind, 2005). Idag är det en specialistsjuksköterskeexamen inom anestesisjukvård som omfattar 60 poäng. I Sverige har anestesisjuksköterskan ett eget yrkesansvar (SOSFS 1995:5, 2005:5) som gör anestesisjuksköterskan unik (Lindwall & von Post, 2008).

Kompetensområde

Anestesisjuksköterskans arbete består av att tillgodose patientens behov av omvårdnad och behandling vid olika situationer såsom operationer och behandlingar samt vid akuta situationer på och utanför sjukhus. Omvårdnaden grundar sig i vårdvetenskapen, det vill säga vetenskapen om vårdandet (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). Anestesisjuksköterskan är hela tiden närvarande vid sin patient, vilket ställer stora krav på sjuksköterskan i hennes bemötande och individualiserade omvårdnad. Socialstyrelsen (2005) visar på att anestesisjuksköterskan har ett eget yrkesansvar och är personligt ansvarig för sina handlingar. Arbetet ska utföras enligt vetenskap och den beprövade erfarenhet som finns. Anestesisjuksköterskan ska så långt som möjligt planera vården ihop med sin patient (Hovind, 2005). Anestesisjuksköterskans arbete är varierande och komplext, allt från att övervaka patientens vitala funktioner och snabbt sätta in nödvändiga åtgärder i fall något skulle hända, till att möta och ta hand om oroliga patienter perioperativt. En anestesisjuksköterska har också skyldighet att följa med i den utveckling som sker. En sjuksköterska som arbetar inom perioperativ vård bör ha ett intresse i att följa med i den medicinska utvecklingen, utveckla och lära sig nya tekniker, delta i den vårdvetenskapliga utvecklingen samt forskningen (Lindwall & von Post 2008).

År 2005 så utformade Socialstyrelsen dokumentet Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska och där ligger tyngden inom tre områden sjuksköterskan är verksam inom, teori/praktik, forskning/utbildning samt ledarskap. Då kompetensbeskrivningen inte omfattar specialistsjuksköterskor utan vänder sig till allmänsjuksköterskan beslöt riksföreningen för anestesi och intensivvård (ANIVA) att i samarbete med Svensk sjuksköterskeförening (SSF) 2008 att inrätta en övergripande kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterskor med inriktning mot anestesisjukvård. Den handlar övergripande om anestesisjuksköterskors arbetsområde och de anestesiologiska kunskaper som anestesisjuksköterskan bör följa. Anestesiologisk vård består, enligt ANIVA och SSF, av sex delkompetenser specifika för anestesisjuksköterskans yrkesutövning där huvudområdet är anestesiologisk omvårdnad samt kompetensområdena etik, forskning och utveckling, ledarskap, perioperativt vårdande och vårdpedagogik. Inom huvudområdet anestesiologisk omvårdnad finns flera krav satta på anestesisjuksköterskan inom sitt arbetsområde. För detta arbete krävs

att anestesijuksköterskan har förmåga och kompetens att skapa tillit, förtroende och trygghet till patient såväl som till närstående. Anestesijuksköterskan skall ansvara för att i samråd med patient och närstående identifiera perioperativa vårdbehov, upprätta en omvårdnadsplan samt leda och utvärdera omvårdnadsåtgärder. Anestesijuksköterskan ska genomföra anestesi utifrån patientens och operationens specifika förutsättningar. Anestesijuksköterskan ska däribland skapa och upprätthålla fria luftvägar hos patienten, övervaka, assistera eller ventilerat patienten, övervaka och observera. Anestesijuksköterskan ska också dokumentera och följa upp patientens ventilation, cirkulation, anestesidjup och temperatur samt blod och vätskebehov. I detta skede skall anestesijuksköterskan åtgärda, prioritera och ta snabba beslut ifall akuta tillstånd tillstötter. Vidare poängterar kompetensbeskrivningen vikten av relevanta observationer av patientens tillstånd såväl pre-, intra- som postoperativt och utifrån dessa observationer bedöma, värdera och dra slutsatser kring dennes resurser och behov.

Tidigare forskning om intraoperativa erfarenheter

Den forskning som handlar om oro och välbefinnande är mestadels utförd inom det pre- och postoperativa fasen och belyser då patientens upplevelse. Men forskningen visar även på att patienten känner oro intraoperativt. Beddows (1997) beskriver att patienter är oroliga när de kommer till sjukhus, det visar också att perioperativ information lugnar och hjälper patienten att minska denna oro. Patienterna återhämtar sig dessutom lättare i den postoperativa fasen. De främsta orsakerna till rädsla som kan ses är rädslan för att uppleva smärta under operationen och att anestesi inte ska fungera (Leinonen, Leino-Kilpi & Jouko, 1996). Mitchell, (2003) beskriver fem smärtsamma skeendena för patienten under den perioperativa fasen: väntan på att bli hämtad till operationssalen, fastan, inte få bära tandprotes, ankomsten till operationssalen och att inte själva få gå till operationssalen.

Leinonen och Leino-Kilpi (1999) fann i en litteraturstudie på studier gjorda mellan 1966-1997, att det var i den intraoperativa fas som det är minst forskat i. Den forskning som var gjord handlade mer om rent medicinsk forskning. Maranets och Kain, (1999) utförde en studie där 57 kvinnor ingick, syftet med studien var att se om det fanns ett samband mellan patientens preoperativa oro samt behovet av hypnotikum. Resultatet påvisade att en orolig patient kräver en högre induktionsdos av propofol, dock påverkas inte underhållsdosen nämnvärt utav patientens oro. De anser att patientens varierade grad av oro bör ingå i beräkningen av induktionsdosen av propofol.

Emellertid har senare forskning genomförts inom det intraoperativa området. Tyngdpunkten har i dessa studier legat på patientens upplevelse av operationsmiljö och omhändertagandet. Flertalet studier beskriver patienten som orolig och i behov av information. Gille och Sixtensson, (2008) gjorde en enkätstudie på elektiva patienter och deras behov och upplevelse av information vid elektiv kirurgi. Resultatet visade att patienten hade ett stort behov av att bli informerade av anestesipersonalen inför operation. Om en patient hade större oro ökade även behovet av information. Samtidigt minskade patientens oro då information gavs. Gustafsson et al. (2007) visar i sin artikel

att patienten känner en oro över sin kropp och rädsla för förändring under operationen. Von Post (1993) beskriver hur oro lindras genom närvaro och samtal, men även tystnaden som dialog, med patienten i den perioperativa miljön. Informationens betydelse framkommer tydligt i tidigare forskning. Nylander, Sjöwall och Åstedt (2005) beskriver patientens uppfattning om information vid elektiv operation. Resultatet visade att majoriteten av patienterna önskade muntlig information inför kirurgi. Även att möta opererande personal samt att bekanta sig vid miljön på en operationssal var av stort behov från patientens sida. Informationen som eftersträvades var behandlingsinriktad information samt anestesiformen. Tydlig information gentemot patienten resulterade i minskad oro. Även Carr et. al, (2006) beskriver att informationen är viktig. I sin studie utförd på kvinnor som genomgått gynekologisk kirurgi påvisas graden av oro hos patienten varierar under den operativa fasen. Från sin maximala nivå strax innan sövning på operationssalen till att vara som lägst två dagar postoperativt. Studien visade att situationer som ökade patientens oro var exempelvis att inte veta om det fanns sängplats på sjukhuset dagen inför operation. Information och god smärtlindring hjälpte till att minska oron då smärtan i sig ökade oron.

Andra metoder att mildra oron inför operation är med hjälp av anxiolytisk premedicinering, men även genom distrahering så som att lyssna på musik visade att stresspåslaget hos patienten sjönk (Mitchell, 2003). Att visa intresse för patienten och involvera patienten i omhändertagandet i operationsmiljön belyses av Rudolfsson et al, (2003). Lagerström och Bergbom (2006) beskriver patientens upplevelse av den perioperativa fasen, de kommer fram till och påvisar patientens behov av den perioperativa dialogen. Anestesisjuksköterskans upplevelser av att hantera oroliga patienter intraoperativt är inte vidare belyst.

PROBLEMFÖRMULERING

Anestesisjuksköterskors vårdande uppgift är att handleda och stödja patienten genom den perioperativa vårdprocessen. En viktig aspekt är att skapa en relation och hjälpa patienten att hantera eventuell oro. Samtidigt som verksamheten idag har en tendens att vilja rationalisera bort en del av denna viktiga tid. Tidigare studier visar att den perioperativa dialogen kan minska patientens oro. Det påvisas även att en väl förberedd patient kräver mindre resurser från sjukvården och att patientens lidande kan minskas. I den intraoperativa fasen är det rimligt att anta att upplevelsen av oro intensifieras. Kan anestesisjuksköterskor minska en patients oro och ångest i den intraoperativa fasen strax innan sövning? Det är värt att studera då området tidigare inte är belyst. Genom att ta del av den erfarenhet som anestesisjuksköterskor är bärare av kan det skapas verktyg som sedan implementeras i verksamheten det vill säga att vetenskapligt visa och stärka att tiden mellan operationer också är produktiv tid.

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva anestesijuksköterskors erfarenheter av att möta och lugna oroliga patienter i den intraoperativa fasen.

METOD

Kvalitativ forskning har sin fokus på tolkning av en text och används framförallt inom beteendevetenskap (Granskär, Höglund och Nielsen 2008). Syftet med denna studien är att beskriva anestesijuksköterskors erfarenhet av omhändertagandet av oroliga patienter. Således är en kvalitativ intervjustudie med innehållsanalys vårt val i denna studien. Själva kärnan i en innehållsanalys är skapandet av kategorier och beskriva variationer och identifiera skillnader i en text. Den kvalitativa intervjustudien kan få fram tydliga beskrivningar av kvalitativa aspekter.

Urval

Avdelningschefen på en västsvensk anestesiklinik kontaktades via mail där vårt syfte med studien beskrevs. Vårt önskemål var att få en bred spridning av informanterna gällande erfarenhet, ålder samt jämn fördelning av kvinnor och män. Sju verksamma anestesijuksköterskor valdes ut av avdelningschefen och intervjuerna genomfördes under våren 2009. Två män och fem kvinnor med varierad arbetslivserfarenhet inom anestesijuksvård ingår i studien. Alla hade en anställning på centraloperation, där den mesta av kirurgin utfördes. Inga avhopp gjordes under studien.

Etiska aspekter

Hänsyn till Regionala etikprövningsnämndens (EPN) riktlinjer har tagits under studien. Inga patienter har varit inblandade i studien och där patientnamn eller dylikt uppkommit, har dessa genast avidentifierats i samband med transkriptionen. Detta gäller även extraordinära händelser som informanterna berättat om i intervjun, sådana citat har valts bort. Studien är godkänd av verksamhetschefen på den klinik där intervjuerna gjordes. Likaså har alla informanter blivit informerade om frivillighet samt rätten att helt dra sig ur studien utan att behöva nämna någon orsak till detta. Forskningsdeltagarna har haft möjlighet att bestämma om de vill medverka eller inte. Detta innebär att samtycke har inhämtats från deltagarna samt arbetsgivare. Deltagarna har på egen hand kunnat bestämma hur länge och på vilka villkor de vill delta i studien. Deltagarna har kunnat avbryta deltagandet utan att det påverkar dem negativt (Vetenskapsrådet, 2002) Materialet i forskningen har behandlats helt konfidentiellt och avidentifierat. Enbart författarna och ansvarig handledare har kunnat ta del av hela den transkriberade texten.

Datainsamling

Datan består av sju intervjuer med anestesisyjuksköterskor. Inför intervjun kontaktades var och en av anestesisyjuksköterskorna för att boka in en lämplig tid för intervjun. Intervjuerna genomfördes på avdelningen i ett avskilt rum. Båda författarna medverkade. Intervjun inleddes med en öppen fråga ”*kan du berätta om mötet med patienten på operationsavdelningen*” där informanten fick prata fritt. Vart efter intervjun pågick följdes sedan mer riktade frågor om mötet strax innan sövning och anestesisyjuksköterskans agerande i mötet med oroliga patienter. Intervjuerna spelades in på en digital bandspelare i mp3-fil och transkriberades sedan ordagrant i ett Word dokument. Mp3-filerna raderades sedan. Intervjuerna var uppskattade till cirka 30-45min.

Dataanalys

Analysen av intervjuerna startade med genomläsning av all transkriberad text. Vi läste igenom den som helhet upprepade gånger för att verkligen bli bekant med den och på så sätt förstå vad texten vill säga. Därefter identifierades meningsbärande enheter i textmassan, med avseende på likheter och skillnader. Dessa lyftes ur texten och skrevs ner i en tabell. För att sedan göra dem mindre och mer lätthanterliga så kondenserade vi ner dem. Det innebär att texten kortas ner utan att man tar bort det betydelsefulla i texterna. För att göra det ännu mindre och ytterligare mer lätthanterligt så var nästa steg att försöka abstrahera det som kondenserats. När detta var gjort var nästa steg att skapa koder, koder som är korta men beskriver meningsenheterna. Det kondenserade och abstraherade koder för att få en kort beskrivning av de ursprungliga meningsenheterna. Därefter kontrollerades koderna gentemot meningsenheterna för att se att de överensstämde med varandra (Granskär & Höglund 2008). Olika steg strukturerades upp i en tabell för att få det mer överskådligt och strukturerat. Koderna blev sedan uppdelade och hamnade slutligen i fem kategorier. Dessa är: ”*Avledande samtal*”, ”*Beröring*”, ”*Löfte om närvaro och vård*”, ”*Erbjuda anpassad information*” och ”*Professionellt förhållningssättet*.” Som ett exempel på analysen kan nämnas en identifierad fras från en informant som löd ”*diskutera mycket med hur dom har det hemma och bakning å matrecept och allting som kringgår ger jättemycket och då lindra man deras ångest och oro mycket*” Denna meningsbärande enhet kondenserades till: *Samtal om vardagsting och hemmamiljö*. För att behålla en kort men ändå meningsbärande text alstrades koden: *Avledande genom samtal om hemmamiljö*. Slutligen sammanställdes passande och liknande koder i kategorier och denna fras slutade i kategorin avledande samtal.

RESULTAT

Resultatet redovisas nedan i fem kategorier. Kategorierna är ”*Avledande samtal*”, ”*Beröring*”, ”*Löfte om närvaro och vård*”, ”*Det professionella förhållningssättet*” och ”*Erbjuda anpassad information*”. Resultatet stärks och redovisas genom citat från intervjuerna. Exempel nedan illustrerar hur kategorin Erbjudna anpassad information framkom. Se figur 1.

Kategori	Underkategori	Kod
Erbjuda anpassad information	Individanpassad information	Känner av hur mycket information patienten vill ha. Information om vad och varför.
	Tydlighet	Tydlig information. Förklarar lugnt vad som händer. Kontinuerlig information.
	Tid till frågor	Tid till frågor och funderingar. Avstressad information.

Figur 1.

Avledande samtal

Att genom samtal avleda patienten är en åtgärd som är vanligt förekommande. Anestesisjuksköterskorna upplever att det fungerar bra och lugnar patienten. Det kan vara att ströprata om familj, hemmiljö eller arbete. Detta för att få patienten att glömma sin oro och fokusera på något annat. Genom att använda sig av det vanliga vardagspratet så kan det bli lättare att skingra tankarna. En anestesisjuksköterska beskrev avledande samtal på följande sätt:

Jag tror att jag själv använder nog mycket den här avledande manövern tror jag att man kanske börjar prata om nått neutralt ämne eller någonting sånt runt patienten. Kommer någonting sånt fram i samtalet, kan de va allting som var dom kommer ifrån, vart dom bor. Eller hur dem skadade sig, hur de ramlade eller hur dom bor och har det hemma, dvs. det där allmänna kallpratet. Lite att man liksom inte får fokusera på det här sjuka nu ska vi operera nu ska vi sövas utan gå in på lite mer neutrala ämnen och sånt som gör att man kanske kan slappna av lite grann.

Det kan ses att humor är en bra sak att få med. Det lugnar patienten och avdramatiserar den allvarliga innebörden. Att få patienten till ett leende eller skratt kan vara en del i att göra situationen lite lättare och mindre allvarsam. En anestesisjuksköterska beskrev humorns betydelse för det avledande samtalet på följande sätt:

Ja vill gärna ha med lite humor de kan hjälpa bra, ett avdramatiserande skratt. Nått som lättar upp allvaret. Det kan hjälpa för stunden och lugna patienten några minuter. De funkar bra på de flesta.

Ett användbart sätt för att försöka avleda patienten är att ta reda på om patienten har något särskilt intresse. Det brukar vara en bra sak att prata om. Det tar oftast fokus ifrån det otäckta och skrämmande som upplevs. Patienterna får prata fritt om något som de tycker är kul. Hur det är att fånga ett intresseområde beskrivs på följande sätt:

Är det unga människor, en kille vet man med sig om att han är sportintresserad ja då kanske man börjar snacka fotboll eller du vet, att man försöker fånga det som är deras

intresseområde och pratar lite allmänt så. Och att dom kanske får prata om sina intressen eller nånting gör att dom kommer i en annan sinnesstämning och kanske inte tänker så mycket på vad som händer runt omkring.

Det avledande samtalet kan även anpassas för barn och kan vara väldigt effektiv om man hittar något som de intresserar sig för. En anestesisjuksköterska beskriver detta på följande sätt:

Men just å ta upp det här å prata om något annat, börja prata om spindelmannen helt plötsligt då kan man avdramatisera hela grejen med narkosen, man märkte det att man kunde locka fram ett litet skratt ett litet leende.

Beröring

Anestesisjuksköterskorna nämner kroppskontakt och beröring som ett verktyg att minska patientens oro. Det kan vara att bara lägga handen lite lätt på patientens axel till att låta den oroliga patienten krama handen hårt. De upplever att det kanske är det effektivaste sättet att lugna en orolig patient. Att det mest grundläggande är att lugna genom beröring. Detta beskrivs på följande sätt:

Att lugna patienten är ofta väldigt små medel, många gånger kommer du väldigt långt på att bara hålla handen talar om att du finns där. Ja är här för dig, vi alla är det. Jag tycker att hålla handen funkar väldigt bra. Jag tror att det är en grundläggande trygghet alla människor har när man är rädd ängslig och orolig. Även den stora skogshuggaren som ligger på operationsbordet kan vara livrädd. Man märker det att de gärna tar handen å kramar den hårt. Det är en trygghet. Ett väldigt enkelt sätt att få patienten att känna sig lite mer trygg.

Att verkligen våga hålla handen kvar kan vara oerhört viktigt för att få patienten att känna lugn inför vad som skall ske. Har man mycket att göra kan man ta hjälp av en kollega som håller handen. Att verkligen hålla patientens hand, hålla den kvar upplevs som trygghet för patienten. Att kanske förekomma å ta patientens hand i sin kan upplevas lugnande. En anestesisjuksköterska beskriver vikten av att verkligen våga hålla kvar handen på följande sätt:

Nu ska du veta de här att vi tar hand om dig, vill du hålla mig i handen är de ok, å bland brukar ja förekomma dem å ta deras hand ändå, då känner man de ganska väl att de kramar en stenhårt.

Anestesisjuksköterskan får läsa av patientens kroppsspråk för att på så sätt känna av vilken sorts närhet patienten vill ha. En del känner sig fullt nöjda med en klapp mot kinden och ett kort handslag, medan andra vill ha sjuksköterskan nära. Det gäller att känna av vad patienten framför dig vill ha. En anestesisjuksköterska beskrev det på följande sätt:

Man ska vara försiktig med kroppsspråket med för alla vill inte att man tar på en va, så nånstans måste du läst av vad det är för människa du har framför dig för jag tror att det är

lättare när man har dom här dementa människorna. Dom kanske blir lite mer lugnare och att man finns nära. Sen finns det ju unga tjejer och killar som kanske inte alls tycker man ska vara nära utan alla har ju liksom en olika zoner hur nära man får komma så att säga.

Anestesisjuksköterskorna beskriver att hud mot hud upplevs som en stärkande effekt mot patientens oro. De pratar om att det kan vara skillnad om man har på sig handskar eller ej. Detta beskrivs på följande sätt:

Att man en del blir ledsna när man ska till och söva. Då gör jag oftast så här att om de inte är en urakut operation där allt ska ske med en gång. Jag tar sällan på mig handskar när jag ska preoxynera, då kan jag klappa på kinden med handen utan handske, jag tror de känns bättre.

Löfte om närvaro och vård

Löftet om vård och närvaro är något tydligt och ses som ett effektivt sätt att lugna patienterna med enligt anestesisjuksköterskorna. Anestesisjuksköterskans sätt att förmedla det på är olika, det handlar mycket om den känslan anestesisjuksköterskan uttrycker och förmedlar gentemot patienten. Det kan vara blicken man ger, eller blicken från patienten man nickar till.

Det var väldigt skönt att jag fick den tiden med henne innan. Det blev rent sagt ett längre möte nu när ja kunde sitta i lugn och ro och vara närvarande. Sen blev det väldigt bra, när hon kom in på salen så visste hon vad som skulle ske.

Anestesisjuksköterskorna pratar just om att vara närvarande, finnas tillgänglig även om sjuksköterskan inte alltid står precis tätt intill patienten. Ofta kan det vara så att anestesisjuksköterskan har mycket å tänka på, journal ska föras, mätvärden ska dokumenteras och samtidigt finnas till för sin patient. Det kan räcka att bara säga till patienten att man finns där för honom hela tiden och att det är helt ok att störa även om anestesisjuksköterskan skulle råka stå med ryggen mot patienten.

Ne men de handlar om att vara där, om de nu är ett förberedelserum, vara kvar där, men man behöver inte hålla handen hela tiden, man kan pyssla med lite annat runt omkring men finnas där om det att de är så att de kommer en fråga. Då finns man där å kan svara på det Skulle ja behöva skriva i journal så säger jag det, nu sitter jag här med ryggen vänd mot dig är det något så säger du bara till.

Anestesisjuksköterskan pratar till patienten och förmedlar en känsla av att han ska veta om att man finns till bara för honom. Anestesisjuksköterskan ger ett löfte om att finns kvar, att ta hand om och övervaka då patienten inte kan göra det själv. Genom detta så ger anestesisjuksköterskan patienten ett löfte om närvaro och vård.

Man måste berätta för patienten vad som händer, att påtala att ja finns här nu för dig, är med dig hela operationen, ja tar hand om dig. Är det något så vänder du dig till mig, ja pratar för dig hela tiden. Gentemot andra så pratar ja för dig, jag för din talan

och även under själva operationen även om du inte kan förmedla dig så är det dem signaler din kropp lämnar utifrån dem styr ja anestesin.

Anestesisjuksköterskorna påtalar vikten av att verkligen säga till patienterna att man finns där för dem under hela operationen. Anestesisjuksköterskorna säger att det har en lugnande effekt. Det beskrivs på detta sättet av en anestesisjuksköterska: *”Ja kommer vara med dig hela operationen å kommer ta hand om dig”*.

Genom att finnas hos patienten och få patienten att känna det så bekräftar man patienten, man visar att man verkligen bryr sig om henne. Anestesisjuksköterskan kommer vara där bara för patienten. Att se och bry sig är en del i att vara närvarande.

Ja att man tittar på patienten och hälsar och är vänlig att man visar ett uppriktigt intresse för patienten. Man är liksom uppriktig och att man är närvarande i allt det man gör.

Det professionella förhållningssättet

I det dagliga mötet med patienter beskriver anestesisjuksköterskorna vikten av ett förtroendegivande arbetssätt. Då känner patienten att anestesisjuksköterskan kan sitt arbete och kan på så sätt känna sig lugn. Det handlar självförtroende, att vara säker och kunna sin uppgift. Det handlar att som anestesisjuksköterska uppvisa på professionalitet i sitt arbetssätt. En anestesisjuksköterska beskriver detta såhär:

Nej men de är väl det att man förklara vad som händer här inne, att man är lugn. Man kan jobba fort fast än man är lugn. De självförtroende, att man utstrålar ett visst självförtroende. Kommer jag in där å plockar å pillar å de ingör ju ingen trygghet för patienten att jag river runt å inte verkar veta vad ja gör. Utan... de handlar, för mig handlar de om självförtroende och säkerhet. Att patienterna på något vis ska se på mig, ”det här känns bra”. ”hon vet vad hon gör” Sen så kanske man inte alltid lyckas till hundra procent.

Genom sitt agerande gentemot patienten så påvisas sin professionalitet inom yrket, att visa sin skicklighet inom yrket inger lugn hos patienten. Anestesisjuksköterskan kan stärka denna känsla hos patienten genom att förklara för patienten att man hållit på med arbetet länge. Just förtydligandet är viktigt enligt anestesisjuksköterskorna och beskrivs nedan av en anestesisjuksköterska:

Att dom är livrädda för sövningen och då är det också jätteviktigt att verkligen förklara jag brukar ofta säga som så här, men jag skulle inte våga hålla på med detta yrket om inte du vaknar. Utan det är ju våran proffession att självklart vi måste se till så du sover gott under ingreppet hela operation och självklart att du vaknar och helst smärtfri då så att det är olika slags oro dom har.

Skulle det vara så att man som sjuksköterska är lite osäker över något, exempelvis om det var längesedan man hade det nu planerade ingreppet, eller om man inte är så van vid den tilltänkta anestesiformen, så gäller det att inte förmedla den känslan till patienten. Man kan fråga en kollega utanför salen. Ett exempel på detta beskrivs här:

Man ska aldrig prata inför patient om att de här har jag aldrig gjort. De är ju som att be patienten att resa sig upp å gå. Stå å prata om tex glidescopet -nu ska vi lära oss det idag. Asså att man pratar med varandra. De kan vara som... Nä ja har aldrig gjort en crush induction innan. Hur håller jag nu. Man ska ta det utanför. Man ska prata av sig innan. Är det något ja är osäker på ska ja aldrig visa det inför patienten. Jag ska alltid inför patienten visa att jag kan detta.

Erbjuda anpassad information

Information är ett verktyg för att lugna en orolig patient. Att ta sig tid att verkligen förklara vad som kommer hända och hur saker och ting fungerar. Samtidigt får patienten svar på sina frågor och funderingar och kan ställa frågor. Detta beskrivs som ett effektivt tillvägagångssätt att lugna patienten. En anestesijuksköterska beskriver detta:

Att jag har en lugn patient och välinformerad patient som fått svar på sina frågor... också så frågar ja om dom själv har några frågor eller undringar, liksom tar alla dom bitarna innan dom ska sövas.

Anestesisjuksköterskorna beskriver hur viktigt det är lyssna av vad patienten önskar. En del patienter vill ha mycket information och en del mindre. Det handlar om att respektera hur patienten vill ha det och där efter anpassa mängden information. En anestesijuksköterska beskriver ett sätt då patienten helst ville bli sövd så fort som möjligt:

Ibland säger patienten ifrån att ja inte vill veta mer å då får man respektera det. Ofta talar patienten om det, ja vill inte veta mer, gör de bara bara gör det. De ger sig av sig självt, man känner av hur mycket man kan informera patienten.

I de fall där patienten inte känner att han vill ha någon information kan det bero på att patienten är väldigt stressad eller orolig över något och på så sätt bara vill sövas. Det bör man som anestesijuksköterska respektera men det kan ibland vara viktigt att ta reda på om det är något speciellt som oroar dem. Det kan vara så att patienten har massa frågor som han funderar över utan att våga fråga. Patienten kan tycka att hans frågor är självklara och löjliga och vågar därför inte ställa dem Något som kanske kan redas ut. Detta beskrivs nedan:

En del kan man känna av att dom vill.. är helt avskärmade dom vill helt enkelt inte liksom som vill bara liksom ”söv mig fort eller lägg bedövningen fort” och sen låt mig vara i fred. Och då kan man antingen göra dom till viljes och nästan söva dom först eller lägga bedövningen först eller också försöker man först att fråga först ”vad är du orolig för? Är du orolig för narkos eller är du orolig för ingreppet? Eller vad är du orolig för vad som ska hända och försöka analysera lite så man ändå får en ångestfri patient.

Det gäller att som anestesijuksköterska välja rätt information, använda ett lätt språk och inte svänga sig i svåra termer även om man har en patient som är insatt i ämnet. Anestesisjuksköterskorna beskriver också att vara ärlig i informationen som något viktigt. Så här beskriver en anestesijuksköterska det:

Jag tror man vinner väldigt mycket på att vara ärlig sen så behöver man ju inte liksom va väldigt rak och kall utan man känner av vad det är för patient man har, hur mycket information man ska ge, hur rak informationen ska va och vad som, liksom, ska bäddas in lite grann va. Det är ju så att har du en patient som är sjukvårdsutbildad så har ju dom rätt att få lika bra information som vem som helst// du anpassar din information utifrån vem du har på bordet.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Metoden vi valt för vår uppsats är en empirisk studie där vi har gått ut i verksamheten för att ta reda på hur anestesijuksköterskor hanterar oroliga patienter. Vi hade ingen synpunkt i hur avdelningscheferna valde ut informanter, utan vi resonerade så att det fick bli slumpen, men vi önskade både män och kvinnor. Det kan diskuteras hur valet av informanter skulle ske samt hur detta speglar resultatet . Det kan skilja i förhållningssätt och utbildningsnivå beroende på hur länge de varit i en verksamhet. Vi tycker att valet av informanter blev bra och att det blev spridning på kön och ålder. Som återspeglade den faktiska bemanningen på avdelningen. Vi tyckte även att olika personligheter blev representerade.

Vi valde en kvalitativ intervjustudie för att få en djupgående beskrivning av fenomenet. Nackdelen med metoden som vi reflekterat över är att det blir ett litet urval. Vi tror att det skulle få en starkare och större genomslagskraft med en studie som bygger på ett stort antal deltagande. Den kvalitativa metoden anses vara en av de mest sårbara metoderna (Jensen, 1995), i jämförelse med den kvantitativa metoden. Den har en högre grad av tillförlitlighet samt följer mer standardiserade mått. Dock är det synnerligen viktigt att metoden avgörs av forskningsfrågan. Innehållsanalysen är genomförd enligt Granskär och Höglund-Nielsen (2008) modell för innehållsanalys. Fick tillslut fram fem kategorier som beskriver fenomenet väl, därav inga ytterligare teman.

Studien är genomförd inom ramen för specialistutbildning till anestesijuksköterska. Under utbildningens gång har olika veckor varit tilldelade för arbete med vårt magisterexamensarbete. Vi har själva ingen större erfarenhet av det specifika vårdområdet då vi bara har haft tio veckors praktik på operationsavdelningen. Däremot finns erfarenhet från övrig verksamhet där vi arbetat och mött oroliga patienter. Detta ger en viss erfarenhet som vi tycker även går att applicera på oroliga patienter intraoperativt. Erfarenheten tycker vi både kan vara negativ och positiv. Som ny i en verksamhet står du oftast med öppna ögon och kanske då lättare kan uppfatta vissa fenomen. Däremot har en erfaren person kanske lättare att avgöra vad som är det väsentliga och vad som behöver fördjupas. Vi tycker ändå att vår erfarenhet av oroliga patienter från andra verksamheter har hjälpt oss och gjort det lättare för oss när vi har genomfört intervjuerna då vi lyckats sätta oss in i sammanhanget samt kunnat följa upp med bra följdfrågor. Vi såg till att båda författarna deltog under alla intervjuerna för att inte missa något av värde. Detta gjordes trots att vi var medvetna om att informanterna skulle kunna uppleva en sådan intervjusituation som extra krävande. För att minimera den risken var endast en av oss aktiva i intervjun. Vi började intervjuerna med att ställa

en öppen fråga för att leda in på ämnet. Frågan löd: *Kan du berätta om mötet med patienten på operationsavdelningen.* Efter det så följde vi upp med adekvata följdfrågor för att få informanten att fördjupa sig när intressanta aspekter berördes.

Erfarenheter från forskning visar att öppna intervjuer passar mycket bra när det gäller den kvalitativa metodens datainsamling (Jensen, 1995). Det svåra kan vara att kontrollera sin förförståelse, detta har vi tänkt på och reflekterat över.

I och med att vi själva arbetar inom vården och således har egna erfarenheter från liknande situationer, det vill säga att möta och lugna oroliga patienter. Det viktigt att vara medveten om detta och till viss del sätta denna förförståelse åt sidan. Ibland har vi behövt stanna upp i arbetet, bryta tanken och sätta händerna i något annat för att ha rätt förhållningssätt i studien.

Resultatdiskussion

Denna studie ger nyutbildade anestesijuksköterskor och övrig personal på en operationsavdelningen information om hur verksamma anestesijuksköterskor erfar oroliga patienter intraoperativt. Genom detta fås kunskap fram i hur du kan lugna och göra en orolig patient trygg. Resultatet som framkom överensstämmer till stora delar med den forskning som finns men då utifrån ett patientperspektiv. Vi hade trott att informanterna mer skulle prata om att använda läkemedel för att lugna. Det framkom i intervjuerna men upplevdes inte som ett betydande och viktigt sätt för sjuksköterskorna att bemöta oron med.

Avledande samtal

I resultatet framgår det tydligt att just avledande samtal med patienten har en god effekt på att lugna en orolig patient. Anestesijuksköterskan kan skingra patientens tankar genom att leda in på något annat ämne. Det kan vara att prata om patientens hemmiljö, arbete eller familj. Det framkommer att man ska vara lyhörd, lyssna på den unika människan framför sig, känna av det individuella behovet. Det är också något vi författare har märkt av under vår praktiktid på centraloperation. Hur viktigt och hur bra det kan vara för att få med sig en orolig patient, låta han berätta om sitt liv eller familj, visa att man har tid och att man verkligen lyssnar och ställer frågor. En del av informanterna nämner att ett effektivt sätt kan vara att försöka ta reda på om patienten har något särskilt intresse som man kan diskutera. Detta kan vara ett bra sätt att dämpa oron hos patienten.

En informant berättade om ett särskilt tillfälle då han skulle söva ett väldigt oroligt barn. Barnet skrek och personalen kunde inte göra någonting. Anestesijuksköterskan var då uppmärksam och såg att barnet hade spindelmannenstrumpor på sig, anestesijuksköterskan började fråga barnet om spindelmannen och barnet började direkt lyssna och intressera sig för det. Efter en stund hade anestesijuksköterskan lyckats avleda barnet och fått ut nödvändig information inför sövningen. Barnet fick berätta om spindelmannen och sjuksköterskan visade sitt intresse genom att ställa frågor och lyssna. Informanten berättade att mötet blev mycket bra och till och med barnets oroliga förälder hade ett leende på läpparna. Sjuksköterskan försöker göra patienten gladare genom att inspirera patienten till nya tankar och hjälpa patienten att känna sig

modig (Lindwall & von Post, 2008). Här har anestesisjuksköterskan ingett patienten mod genom ett avledande samtal. Enligt Lindwall och von Post, (2008) inger sjuksköterskan patienten mod genom att visa omtanke, till exempel genom att uppmuntra, göra gladare, glädja, göra modig, inge kurage och inspirera. Det avledande samtalet kan skingra tankarna så att patienten kan känna mindre oro (Rudolfsson et. al, 2003).

Beröring

Resultatet visar på att beröring är centralt i arbetet kring den oroliga patienten intraoperativt. Vi som författare ser även detta som ett naturligt och grundläggande arbetssätt med patienten generellt i vården. Den fysiska kontakten kan verka lugnande och på så sätt får patienten stöd för både kognitiv och emotionell kontroll (Hovind 2005). En av informanterna berättade om ett tillfälle när hon var med en patient inne på en operationssal. Hon kände av att patienten var orolig och ångestladdad och satte sig då ned på en stol bredvid och räckte ut sin hand. Patienten tog handen och kramade den hårt och länge, efter en stunds tystnad så började patienten prata om vad som verkligen oroadde henne. Hon sa att det kändes så skönt att någon hade tid att sitta med henne och hålla handen. Patienten berättade att hon skämdes över att behöva hålla någon i handen, men att nu kände hon sig ensam som aldrig för. Detta tycker vi är väldigt beskrivande arbetssätt kring den oroliga patienten på operationsavdelningen. Flera av informanterna nämner liknande erfarenheter. När sjuksköterskan tar med sina händer på patientens kropp, då rör hon samtidigt vid patientens inre, en beröring som har stor betydelse för om patienten känner sig som en hel människa och då i lugn och ro kan vila på operationsbädden (Lindwall & von Post, 2008).

Vi tycker inte att detta är något unikt just inom anestesisjukvård utan just beröring är något av det viktigaste verktyg en vårdare kan ha. Däremot är det mycket effektivt sätt att möta oron på, då det oftast upplevs som väldigt skrämmande att befinna sig på en operationsavdelning (Lindwall & von Post 2008). Beröring som en del i vårdandet kan innebära att hålla en hand, krama om eller bara finnas kroppsligen närvarande (Eriksson 1987). Det handlar om att vi som anestesisjuksköterskor känner hur patienten vill ha det, alla patienter är unika och har med sig sin egen historia. En del kanske nöjer sig med den lilla klappen på axeln medan andra vill krama sjuksköterskans hand hårt. Lindwall och von Post (2008) beskriver att sjuksköterskan berör genom att röra vid patientens kropp, berör genom att hålla en hand, krama om eller bara finnas nära. De säger vidare att anestesisjuksköterskans händer är oundgängliga i kroppens vård. Genom att beröra patienten så bekräftar sjuksköterskan att ”jag ser dig”. Det gäller dock att som sjuksköterska vara medveten om att patienten är den som bestämmer graden av närhet. Dahlberg, Fagerberg Nyström, Segesten och Suserud (2003) skriver att sjuksköterskan ska respektera gränserna för beröring och integritet, det är alltid patienten som bestämmer arten och graden av närhet till vårdaren.

Löfte om närvaro och vård

I föreliggande resultatet framgår det att informanterna pratar till den oroliga patienten så att hon/han ska få en känsla av att inte bli lämnad ensam. De olika citaten redovisar hur anestesisjuksköterskan på olika sätt förmedlar detta genom kroppsspråk och verbalt för

att få patienten att känna löftet om att sjuksköterskan kommer vara där samt vara närvarande under hela operationen. I den perioperativa dialogen och också då i den intraoperativa fasen så finns kravet att sjuksköterskan skall vara närvarande. Att vara närvarande innebär att man också är där i tanken. Sjuksköterskan håller sitt löfte till patienten om att jag som sjuksköterska kommer att finnas vid din sida under hela operationen (Lindwall & von Post 2008). Vi tycker att informanterna gemensamt pratar om vikten av att verkligen få patienten att uppleva denna känsla av löfte från anestesijuksköterskan. Lindwall & von Post (2008) skriver att patienten skall känna att hon är i säkra händer och inte ska behöva känna oro och rädsla för att exempelvis ramla av operationsbädden, därför lämnar sjuksköterskan aldrig patienten ensam utan håller alltid ett vakande öga på henne.

Vi tycker oss se att löfte om närvaro och vård kan förmedlas på olika sätt och att det ibland handlar mer om en känsla mellan anestesijuksköterskan och patienten som kan vara svår att beskriva. Vi ser även att det finns informanter som pratar om att vilja skydda och prata för patienten. Att ta under sitt beskydd innebär att bevara förtroenden som patienten givit sjuksköterskan. Under tiden patienten sover eller inte själv kan försvara sig och vaka över sin kropp försvarar anestesijuksköterskan patientens rättigheter, vaktar och vakar över patientens kropp, hälsa och liv (Lindwall & von Post 2008). De beskriver även att under tiden patienten sover eller inte själv kan vaka över sin kropp försvarar anestesijuksköterskan patientens rättigheter, vaktar och vakar över patientens kropp, hälsa och liv.

Viktigt är att man som anestesijuksköterska tar sig tid och har viljan och modet. Det är kanske inte alltid lätt att ta sig den extra tiden, och det kan till och med vara så att vissa kollegor ger gliringar då man gör det, för att exempelvis sitta ner hos den oroliga patienten. Ibland kan det krävas mod av sjuksköterskan att ta sig tid att tillsammans med patienten prata om det han är orolig och rädd för, eller det som är viktigt för honom (Lindwall 2004). Det finns olika arbetssätt och det kan lätt bli så att en del väljer den enkla vägen och faller in i en "löpandeband roll". När sjuksköterskan tar sitt ansvar kan patienten i tillit överlämna sin kropp med kravet och förväntan att sjuksköterskan tar emot och skyddar kroppen. Med sina vårdande händer så skyddar sjuksköterskan patientens kropp mot skada och lidande (Lindwall & von post 2008). När anestesijuksköterskan lyckas att förmedla denna känsla på ett bra sätt så skapas också en bättre atmosfär och det i sin tur gör att patienten lättare kan hantera och upprätthålla sin värdighet (Lindwall & von Post 2008).

Det professionella förhållningsättet

Det professionella bemötandet kännetecknas av många olika faktorer, det handlar om anestesijuksköterskans sätt att inge lugn hos patienten och inge hopp. Lindwall och von Post (2008) skriver att sjuksköterskan inger patienten mod, förhoppningar om framtiden. Hopp om att patienten kommer att klara av operationen bra och att hon som sjuksköterska skall göra allt för att patienten inte skall behöva göra bort sig i operationsrummet. Även att vara duktig i sitt arbete och kunna förmedla detta till patienten kännetecknar ett professionellt bemötande och arbetssätt. Vi tycker att informanterna pratar om huruvida de ska förhålla sig på salen, att försöka visa på deras kunskap om vad de sysslar med. Andra påtalar till patienten att de sysslar med detta

varje dag och att de varit med om detta hundratals gånger innan. Vi tycker att det är en tydlig åsikt i resultatet att just få patienten att känna att anestesijuksköterskan kan sitt arbete och utrustning. Detta visar sig också i en del av den forskning som finns om patienters upplevelser. Patienterna känner sig lättade och det beror på anestesijuksköterskans känsla och kunskap hur man skapar en lugn och rogivande atmosfär. Detta ger patienten bättre förutsättningar (Rudolfsson et al. 2003). Anestesijuksköterskan ska vara duktig på sitt område, ska vara bekant och ta del av senaste forskning (*Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening* 2008). Likaså känner sig anestesijuksköterskor trygga när de känner sig säkra på de rutiner de utför, det i sin tur förmedlar en känsla av trygghet och lugn gentemot patienten (Hovind 2005). Direkt ögonkontakt, ett fast handslag och en lugn röst förmedlar trygghet och professionalitet (Hovind 2005).

Informanterna pratar mycket om hur man som anestesijuksköterska beter sig när man är runt omkring patienten, vårt sätt att arbeta kring den oroliga patienten vi har på salen. Här så märker vi att det handlar mycket om en känsla, en känsla som anestesijuksköterskan har för att läsa av och förmedla rätt sorts bemötande till just den unika patient hon/han har hos sig just nu. I en del studier där patienters upplevelser beskrivs så ser man också att deras syn på ett professionellt bemötande överensstämmer med våra informanter syn på det. Lagerström och Bergbom, (2006) skriver att personalen ska visa och arbeta utan att visa stress, de ska vara lugna, snälla och professionella och gärna säga till patienten att de bara finns där för henne. Det visar sig i den studien att det är viktigt för patienten att det är en god atmosfär att personalen är hjälpsam, lugn, har medlidande och är snälla, Detta hjälper patienten att komma över rädsla och hantera den bättre (Lagerström & Bergbom, 2006). I vårt resultat så handlar det mycket om att till sist få den oroliga patienten att känna just trygghet. Detta tycker vi oss också se i den forskning som är gjord på patientens upplevelser. Flera av patienters beskrivningar om vad som inger trygghet handlar om att det är på grund av det sätt vårdaren bemöter dem eller på det sätt de arbetar som inger trygghet (Holmgren, 2008).

Erbjuda anpassad information

Informationen är något centralt i resultatet och det lyser igenom hela intervjuerna. Alla informanter pratar om att just ge information är något av det viktigaste för att lugna en orolig patient. Anestesijuksköterskorna menar att patienten nästan alltid vill bli välinformerad fortlöpande. När patienten kommer till en helt okänd miljö med massor av teknisk utrustning så är det lätt att okunskapen förstärker oron av vad som ska ske. Vi vet själva hur det var när vi som studenter klev in för första gången på centraloperation. Miljön var ny och lite skrämmande. Med detta i minnet så förstår man lätt hur en patient som oftast inte har några kunskaper om sjukvård kan uppleva det. För att få med oss patienten, låta den känna sig delaktig och bli lugnad så måste vi hela tiden berätta vad som händer och varför vi gör det. Detta gör att patienten blir stärkt. För att patienten ska känna sig delaktig berättar vi löpande vad vi gör och varför. Detta är ett sätt att skapa förutsättningar för problemfokuserad coping (Hovind 2005). Vi ser att det skiljer sig från patient till patient hur mycket information och vilken sorts information patienten vill ha. Återigen ligger det här på anestesijuksköterskan att känna av vad patienten vill ha för att lämna rätt sorts information.

Anestesisjuksköterskan ska göra sig medveten om vad patientens kropp vill ha eller inte vill. Anestesisjuksköterskans ansvar är att lyssna till och observera kroppens uttryck. Det är patienten som vet hur han känner sig och ger anestesisjuksköterskan signaler om hur han vill ha det. (Hovind, 2005; Lindwall & von Post 2008). Det gäller att alltid utgå från den unika individ man har framför sig och just det ska känneteckna anestesisjuksköterskan i hennes lyhörddhet. Informanterna nämner att det är viktigt att verkligen lyssna och känna av patienten hur han/hon har det, en del patienter vågar inte alltid fråga om de funderar över något och kan därmed förbli liggandes tysta. En ouppmärksam anestesisjuksköterska kan i det fallet tro att patienten är nöjd och att patienten vill sövas så fort som möjligt, men patienten kanske egentligen är orolig då han inte fått svar på sina frågor och funderingar. Hovind (2005) skriver att en bra anestesisjuksköterska utgår från patientens situation när hon avgör hur mycket information och förklaringar som ska lämnas alldeles före anestesi och hur detta ska ske. Det är i de små detaljerna som vi visar vår förmåga till inlevelse. Lagerström och Bergbom, (2006) poängterar även detta. Det känns skönt att ha en person vid din sida, att någon lyssnar på dig och ger dig informationen av vad som kommer att hända. En person som du kan fråga om du har några funderingar och det känns tryggt.

Slutsats

Erfarenhetsbaserad kunskap beträffande vårdande av oroliga patienter, som anestesisjuksköterskor är bärare av, bör lyftas fram.

Om ett sådant vårdande förhållningssätt beaktas kan operationsverksamheten utvecklas utifrån ett patientcentrerat perspektiv.

Kliniska implikationer

- Införa den perioperativa dialogen i verksamheten och fokusera på individuell anpassad information.
- Använda avledande samtal.
- Låta beröring ingå i vårdandet.
- Ge löfte om närvaro och vård.
- Vårda utifrån ett professionellt förhållningssätt.

REFERENSER

- Beddows, J (1997). Alleviating pre-operative anxiety in patients: a study. *Nursing Standard* 11, 35-38.
- Carr, E m fl (2006). Patterns and frequency of anxiety in woman undergoing gynaecological surgery. *Journal of Clinical Nursing* 15, 341-352.
- Dahlberg, K. (1997). *Studentlitteratur*, Lund.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B.-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur. 135 s.
- Eriksson, K. (1987). *Vårdandets idé*. Almqvist & Wiksell, Stockholm
- Eriksson, K (1988). *Vårdprocessen*. Almqvist & Wiksell, Stockholm.
- Gille, A & Sixstenson, M. (2008). Patienters behov av preoperativ information och upplevelsen av oro inför anestesi vid elektiv kirurgi- en enkätstudie. Luleå tekniska universitet.
- Granskär, M & Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälsa- och sjukvård*. Studentlitteratur, Hungary.
- Gustafsson, B.Å., Ponzer, S., Heikkilä, K. & Ekman, S-L. (2007). The lived body and the perioperative period in replacement surgery: older people´s experiences. *Journal of Advance Nursing*, 60(1), 20-28
- Holmgren, K (2008) Intraoperativa upplevelser. *Patienters erfarenheter av vårdandet i den intraoperativa fasen*. Institutionen för vårdvetenskap, Högskolan Borås.
- Hovind, I (2005). *Anestesiologisk omvårdnad*. Studentlitteratur, lund.
- Jensen, K. (1995). *Kvalitativa metoder*. Studentlitteratur, Lund
- Lagerström, E. & Bergbom, I. (2006). The care given when undergoing operations and anaesthesia: The patients` perspective. *Journal of Advanced Peroperative care*. 2(4). 183 –193. 11 s.
- Leinonen, T & Leino-Kilpi, H, Jouko, K (1996) The quality of intraoperative nursing care: the patient´s perspective. *Journal of advance nursing* 24: 843-852
- Leinonen, T & Leino-Kilpi, H (1999) Research in peri-operative nursing care. *Journal of clinical Nursin*, 8: 123-138
- Lindwall, L. (2004). *Kroppen som bärare av hälsa och lidande*. Doktorsavhandling Åbo: Åbo Akademis förlag

Lindwall, L. & von Post, I. (2008). *Perioperativ vård – den perioperativa vårdprocessen*. Lund: Studentlitteratur.

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

Maranets, I & Kain, Z (1999). Pre-operative anxiety and intraoperative anesthetic requirements. *Anesthesia and Analgesia* 89, 1346-1351.

Mitchell M (2000) Nursing intervention for pre-operative anxiety. *Nurs Stand* 14(37): 40–3

Mitchell, M (2003). Patient anxiety and modern elective surgery: a literature review. *Journal of Clinical Nursing* 12, 806-815.

Nylander, H, Sjöwall A-C, Åstedt, M. (2005). Patienters uppfattningar om preoperativ information vid elektiva operationer- en litteraturstudie. Högskolan Kristianstad. Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening (2008). *Kompetensbeskrivning för Leg. Sjuksköterska med specialsjuksköterskaexamen med inriktning mot anestesijukvård*.

Rudolfsson, G., Hallberg, L., Ringsberg, K., & von Post, I. (2003). The nurse has time for me: The perioperative dialogue from the perspective of patients. *Journal of Advanced Perioperative Care*, 1(3). 77-83. 7 s.

SFS (1982:763) *Hälso- och sjukvårdslagen*. Författningshandbok. För personal inom hälso- och sjukvård 2006. Stockholm: Liber AB

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2009-05-05 från: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf>

SOSFS (1993:17) *Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvård*. Författningshandbok. För personal inom hälso- och sjukvård 2006. Stockholm: Liber AB.

Stirling, L. (2006) Reduction and management of perioperative anxiety. *British Journal of Nursing*, 2006, Vol 15, No 7.

von Post, I. (1993). *Sjuksköterskan och patienten i den perioperativa dialogen*. Rapport. Hammarö: Iréne von Posts förlag.

Vetenskapsrådet.(2002).*Forskningsetiska principer inom humanistisk samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2009-05-11 från: http://www.vr.se/download/18.7f7bb63a11eb5b697f3800012802/forskningsetiska_principer_tf_2002.pdf

Bilaga 1

Hej!

Du har blivit utvald till informant i vår studie om Anestesisjuksköterskans erfarenhet av vad som får patienten att känna välbefinnande innan sövning. Studien kommer att ligga till grund för vår magisteruppsats i ämnet Vårdvetenskap. Vi kommer att göra en kvalitativ intervjustudie där vi intervjuar sju stycken anestesisjuksköterskor med blandad erfarenhet och spridning mellan kön och ålder. Intervjun kommer att ta cirka en halvtimme, intervjuerna kommer att äga rum på Centraloperation och spelas in på band, allt för att vi lättare ska kunna skriva ner det sen. Svaren kommer inte att kunna härledas till någon specifik person utan kommer att sammanställas med de andra. De enda som kommer att läsa intervjuerna efteråt är jag Erik Stolt och Christian Boman samt vår handledare på skolan. Vi hoppas att vi kan hitta några luckor där ni och vi har tid för intervju under vår praktik på Centraloperation.

Hälsningar

Erik Stolt, tel: 0707600434

Christian Boman tel: 0707482850

Handledare

Lars Sandman
Lektor
Institutionen för vårdvetenskap
Högskolan i Borås
E-post: lars.sandman@hb.se
Tfn 033 435 4793

