

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ
VÅRDVETENSKAP
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2009:57

Hur spinalbedövade patienter erfar den intraoperativa fasen

Blomdahl Katarina



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: Hur spinalbedövade patienter erfar den intraoperativa fasen.

Författare: Blomdahl Katarina

Ämne: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Kurs: Fristående kurs

Handledare: Carlsson Gunilla

Examinator: Birgitta Wireklint-Sundström

Sammanfattning

Patienter som genomgår en operation har normalt ingen kontakt med varken operationssjuksköterska eller en anestesijuksköterska innan ingreppet. En första kontakt sker oftast när patienter anländer till operationsavdelningen, då är tiden knapp och gör det svårt att tillsammans med patienter planera vården. En perioperativsjuksköterska har ett etiskt ansvar att bjuda in patienter till en vårdande gemenskap och skapa förtroende genom sina möten med patienter, vilket bäst kan göras genom ett perioperativt samtal någon dag innan operationen. Idag ges sällan den möjligheten.

Det finns få studier gjorda om hur spinalbedövade patienter upplever tiden under sin operation. Därför riktas uppmärksamheten i denna studie mot hur spinalbedövade patienter erfar den intraoperativa fasen. Åtta patienter har intervjuats i åldrarna 60-86 år, fem kvinnor och tre män. Studien är kvalitativ och en reflekterande livsvärldsansats har använts för att kunna beskriva världen så som den är levd av patienten..

Resultatets beskrivningar av upplevelser i den intraoperativa fasen presenteras i fyra teman. Dessa är: ”Följsamma patienter som överlämnar sig”, ”Det vårdande mötets betydelse”, ”Förtroendet till vården och vårdpersonalen” samt ”Patienters okunskap och informationsbehov”. Patienter ifrågasätter inte utan litar till hundra procent på vården och vårdpersonalens kompetens De överlämnar sig därför utan att vara oroliga. En känsla av trygghet samt att vara välkommen till operationsavdelningen fanns hos patienterna. Dock fanns en brist på kunskap om vårdprocessen under den perioperativa fasen, vilket gör att patienter har svårt att påverka sin vård. Resultatet visar att patienter i stort sett upplever sig ha tillräcklig med information om vad som händer under operation. Dock framkom det även att patienterna ställer frågor som aldrig besvaras.

Nyckelord: Intraoperativa upplevelser, patienters upplevelser, perioperativ vård, upplevelser av spinalbedövning.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Perioperativ vård.....	1
Spinal bedövning.....	4
Vårdvetenskaplig referensram.....	4
Tidigare forskning.....	5
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE	7
METOD	7
Reflekterande livsvärldsforskning.....	7
Intervju.....	8
Urval.....	9
Datainsamling.....	9
Dataanalys.....	10
Etiska aspekter.....	11
RESULTAT	11
Följsamma patienter som överlämnar sig.....	11
Det vårdande mötets betydelse.....	12
Förtroendet till vården och vårdpersonalen.....	14
Patienters okunskap och informationsbehov.....	16
DISKUSSION	19
Metoddiskussion.....	19
Resultatdiskussion.....	20
Betydelse för vården.....	24
REFERENSER	26
Bilaga I	
Bilaga II	

INLEDNING

En operationsavdelning är för de flesta en främmande miljö och kan upplevas som skrämmande. För många patienter som skall genomgå en operation är det en stor händelse i livet vilket oftast förknippas med olika grader av rädsla, oro och ängslan för vad som skall hända med dem när de kommer till operation. I föreliggande studie är uppmärksamheten riktad på hur spinalbedövande patienter som opererats för höft- och knäledsprotoser samt TUR-B/P¹ erfar vårdandet i den intraoperativa fasen. Spinalbedövning innebär en regionalbedövning där patienter är vid medvetande men har ingen känsel från midjan och nedåt. En sådan situation är speciellt utlämnande för patienterna eftersom de själva inte kan kontrollera sin kropp. Det är då specialistsjuksköterskan på operationsavdelningen träder in som ställföreträdare åt patienten och får ta ansvar för hela människan och se till att patienten inte kränks, misshandlas eller förnedras. Enligt SFS (1982:723) skall patienten få den integritet, värdighet och den goda omvårdnaden som patienten behöver och har rätt till, vare sig patienterna är sövda eller ej. Patienterna ska också kunna uppleva trygghet i vården och det är sjuksköterskans roll att befrämja goda kontakter mellan sjuksköterska och patient.

Hur ser det ut för patienten i den intraoperativa fasen och vad minns de? För att förbättra vården för patienter i samband med operation krävs det kunskap om hur patienter erfar den intraoperativa fasen under en spinalbedövning. Kan det vara så att vi i framtiden behöver utbildade perioperativa sjuksköterskor för att kunna tillgodose var och ens behov hos patienterna samt lindra lidandet i den intraoperativa fasen? Detta medför att vårdandet av patienter på operation i samband med spinalbedövning intraoperativt kan utvecklas och förbättras.

BAKGRUND

I bakgrunden kommer den perioperativa vården att beskrivas samt ges en förklaring till spinal bedövning. Därefter beskrivs den vårdvetenskapliga referensram som arbetet vilar på följt av en genomgång av tidigare forskning.

Perioperativ vård

Association of Operating Room Nurse's definition av de vårdhandlingar och vårdaktiviteter som utförs av operations- och anestesijuksköterskor omfattar tre faser, och benämns som pre- intra- och postoperativa. Specialistsjuksköterskor i den perioperativa processen arbetar med patienten under alla de tre faserna vilket benämns som perioperativ vård. Som perioperativ sjuksköterska innebär det en möjlighet att ägna hela sin uppmärksamhet åt en patient i taget. Begreppet perioperativ vård började användas i USA på 1970- talet och år 1985 fastställdes ordets betydelse enligt AORN (1989). USA har kommit långt med den perioperativa vården och uttrycker att vikten av perioperativa sjuksköterskor. När patienterna kommer till operationsavdelningen blir patienterna omhändertagna av välutbildade specialistsjuksköterskor. De är till stöd för teamet på operationsrummet men framför allt ett stöd för patienterna då de fungerar som patienternas advokater enligt CARNA (2007).

¹ TUR- B/P = Transuretral resektion i urinblåsa eller prostata

I Sverige följs definitionen av perioperativ vård till stor del av den amerikanska definitionen. Lindwall och von Post (2000) och von Post, Frid, Kelvered, Madsen (2005) definierar perioperativ vård med de vårdhandlingar som utförs av en operationssjuksköterska eller anestesijuksköterska under; pre-, intra- och postoperativa faserna i samband med en patients operation. Den perioperativa fasen börjar redan när patienten sätts upp för en operation och den perioperativa sjuksköterskan möter patienten i lugn och ro där patienten ges möjlighet att berätta om sig själv, sina tankar inför operationen samt kunna ställa frågor. En professionell sjuksköterska har ett etiskt ansvar att bjuda in patienten till en vårdande gemenskap och skapa förtroende genom sina möten med patienten. När patienten kommer till operationsavdelningen och flyttas över till operationsbordet tar den intraoperativa fasen vid och operationssjuksköterskan ser till att patienten ligger bekvämt, bra och rätt inför ingreppet på operationsbordet. Operationssjuksköterskan finns med under hela operationen och ansvarar för patientens säkerhet samt att patienten vårdas på ett värdigt sätt under operationen. Patienter ska kunna känna att de är i goda händer samt uppleva att de får en trygg och säker vård. Oavsett om patienten är vaken eller sövd under operationen är patienten en medmänniska som den perioperativa sjuksköterskan skall lyssna till, försvara och ansvara för (Lindwall & von Post, 2000). Den postoperativa fasen varar från det att patienten åker från operationsavdelningen till den postoperativa avdelningen för återhämtning och varar så länge som patienten är i behov av vård i relation till operationsingreppet (von Post et al. 2005; Lindwall, 2004).

Eriksson (2000) framhåller att kärnan i vårdprocessen är patient- och vårdarrelationen vilket just kontinuiteten i vårdrelationen kan medverka till att patientens hälsoprocess kan utvecklas mot optimal hälsa. Vidare skriver Kasén (1996) att begreppet relation i vården beskrivs som ett förhållande, en förbindelse, en berättelse och beröring. Förbindelsen utgör vårdrelationens inre sida där vårdaren ger ett löfte om vård till patienten som denne tar emot varvid gemenskap kan växa fram. Vårdrelationens innehåll är patientens berättelse som formas genom att vårdaren blir delaktig av den. Denna relation kan bli vårdande genom att perioperativa sjuksköterskan besöker patienten före operationen, då patienten kan ställa sina frågor samt att den perioperativa sjuksköterskan berättar om vad som kommer att ske när patienten kommer till operation. Efter operationen träffas de igen där patienten kan säga hur denne upplevde sin tid på operation. För att detta ska kunna vara möjligt ska den perioperativa sjuksköterskan också ha vårdat patienten under operation.

McGervey, Chambers och Boore (1999) beskriver att operationssjuksköterskans tidigare roll var som kirurgens hjälpre. Numer innebär omvårdnad på en operationsavdelning att operationssjuksköterskan ska identifiera varje patients olika behov, vara professionell, erbjuda individuell omvårdnad samt ha ansvar och kontroll för patienters välbefinnande under operationen. I arbetsuppgifterna ingår också att kunna handha avancerad teknisk utrustning som används under en operation och att tillgodogöra sig ständigt nya evidensbaserade kunskaper.

Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska SOSFS (1995:15) finns för operationssjuksköterskan följande att arbeta efter när det gäller perioperativt omhändertagande: Operationssjuksköterskan ska ansvara för omvårdnad av patienten, medverka vid operationer, behandlingar och

undersökningar samt ansvara för information till patienten. Lagen innebär också att operationssjuksköterskan ansvarar för författningssenlig kontroll av instrument och övrigt material som används i samband med operationer. Vidare ska operationssjuksköterskan iordningställa och funktionskontrollera inom specialområdet förekommande medicinsk apparatur och instrument samt kunna utnyttja apparaterna olika funktioner så att adekvat behandling kan genomföras på ett säkert sätt. Det är även ålagt operationssjuksköterskan att ansvara för att de hygieniska och aseptiska kraven uppfylls samt omhändertagandet av preparat i samband med operation. Operationssjuksköterskan ska kunna ge adekvat information till patienterna samt ansvara för deras omvårdnad. Att ge patienter information är centralt i den perioperativa sjuksköterskans roll vilket även Reid (1998) skriver om i sin artikel. Informationen är en mycket viktig del och patienterna har enligt lag en rättighet att få en god kvalitet på vården och den ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten (SFS 1982:736).

Elektiva² patienter vilka skall opereras för en total höft- och knäledsprotos samt TUR-B/P är väl förberedd inför sin operation. De får information både muntligt och skriftligt om hur operationen kommer att gå till, hur de skall träna på vårdavdelningen samt vad de ska tänka på när de kommer hem. När patienter väl kommer till sjukhuset är de i hög grad fokuserade och koncentrerade på själva operationstillfället och operationen blir därför klimax i denna koncentration. Vid ankomst till operationsavdelningen är en del patienter premedicerade vilket gör att de inte minns så mycket av sin operation och postoperativt kommer det många tankar och frågor kring deras operation. Tiden för uppföljning av patienter som opererat sig är mycket liten för operations- och anestesijuksköterskan då genomströmningstakten av patienter bara ökar och en operationsavdelning ska vara så effektiv och lönsam som möjligt. Den perioperativa omvårdnaden har inte utvecklats i samma takt som den medicinska utvecklingen på operation utan den har snarare försämrats (Mitchell, 2003).

Många patienter upplever oro och rädsla inför den kommande operationen och den främmande miljön. Det viktigaste med information är trygghetsupplevelsen som det ger. Svaren på de tre centrala frågorna som ger trygghet är: Hur är mitt hälsotillstånd och mina framtidsutsikter? Hur förhåller jag mig till det som jag ska genomgå? Är jag i trygga händer här på sjukhuset? Information ger patienter en upplevelse av att ha kunskap, ta bort oro och ängslan, vilket är viktigt för bearbetningen av händelser relaterat till sjukdomen visar Kvalvaag och Blystad (2004) i sin studie. Enligt SOSFS (1995:15) ska sjuksköterskan uppmärksamma och möta patienternas sjukdomsupplevelser och lidande och så långt som möjligt lindra detta genom adekvata åtgärder. Likaså med omdöme, kunskap och noggrannhet informera och tillgodose patientens trygghet och välbefinnande vid undersökningar och behandlingar. Hälsa är enligt Eriksson (2000) detsamma som en känsla av sundhet, friskhet och välbefinnande, där sundhet och friskhet är faktorer som kan mätas objektivt medan välbefinnande står för människans subjektiva uppfattning av sitt hälsotillstånd. Syftet med omvårdnad är att stärka hälsa, förebygga sjukdom och återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov samt att minska lidande.

² Elektiv = Behandling som inte behöver göras omedelbart utan vars tidpunkt och plats kan väljas när det passar bäst; motsats: *akut*. (Lindskog, 1997).

Spinal bedövning

Spinalanestesi är en form av lokal, eller mer korrekt, regionalbedövning. För att anlägga bedövningen används en tunn nål och lokalbedövningsmedel. Genom en lumbalpunktion sprutas lokalbedövningsmedlet in och blandas med cerebrospinalvätskan på en nivå nedom ryggmärgen. Lokalbedövningsmedlet diffunderar sedan i cerebrospinalvätskan och får effekt på ryggmärg och nervrötter beroende på koncentration, volym samt typ av bedövningsmedel. Cerebrospinalvätska är den vätska som befinner sig mellan hinnorna i det centrala nervsystemet. Detta ger en fullständig bedövning av spinalnerverna till underkroppen. Bedövningen användas på patienter som skall genomgå kirurgi i nedre extremiteten, ljumskbräck, höftoperationer, knäoperationer och andra mindre ingrepp i bäckenregionen samt för majoriteten av alla patienter som skall genomgå kejsarsnitt. Under kirurgin kan patienten vara vaken men under längre ingrepp ges ofta någon form av sederande medicinering (Nationalencyklopedin, 1995; Haug, 1993).

Vårdvetenskaplig referensram

Vårdvetenskap förstås som en humanvetenskap, vilken har sin grund i humanistiskt perspektiv där människans autonomi och frihet att välja är absolut. Människan, hälsan, lidandet, vårdandet och världen är centrala vårdvetenskapliga begrepp och tillvaron kan heller inte tolkas eller förstås av någon annan (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud och Fagerberg, 2003). Vidare belyser de att människan är en unik, tänkande, upplevande, skapande och reflekterande person som bestämmer över sin tillvaro

På en operationsavdelning liksom i allt vårdande behövs det ett vårdteoretiskt förhållningssätt att förhålla sig till. Vårdvetenskaplig utgångspunkt är alltid ur den enskilda patientens unika perspektiv. Dahlberg et al. (2003) skriver att det centrala i det ontologiska antagandet i vårdvetenskap är att människan är en enhet, där kropp, psyke, själ och ande är olika begreppsliga aspekter av denna enhet, vidare skriver de att man inte kan tala om vare sig kropp, psyke, själ och ande, utan bara om en ”människa”, vilket är en väsentlig vårdvetenskaplig utgångspunkt.

Att ha patienten i fokus med respekt för patientens integritet och värdighet bygger på ett etiskt patientperspektiv vilket en perioperativ sjuksköterska har möjlighet till. Dahlberg et al. (2003) beskriver ett etiskt patientperspektiv med begreppen livsvärld, lidande/välbefinnande, vårdrelation och subjektiv kropp. Livsvärldsperspektivet innebär att det fokuseras på patienters sätt att uppfatta sin situation i vårdandet (Bengtsson, 2001). Därför ställer livsvärldsperspektivet krav på att den perioperativa sjuksköterskan har en förmåga till närvaro i mötet med öppenhet och följsamhet samt kunna förstå hur patienter upplever sin situation. Nyström (2003) menar också att det vårdande förhållningssättet inte ska polarisera medicinsk kunskap mot vårdvetenskaplig kunskap inom livsvärldsperspektivet.

Vårdlidandet kan lindras om det finns en fungerande vårdrelation där vårdaren använder sin kunskap och sin erfarenhet i ett vårdande möte. Enligt Dahlberg (2002) är vårdlidande det lidande som patienten får av vården eller brist på vård. Vårdlidandet uttrycks i att inte bli hörd eller sedd, vårdaren är inte närvarande i mötet, att bli behandlad som en sak/objekt och att inte förstå vad som sker. Därför ska patienternas upplevelser vara vägledande för vårdandet oberoende av om det

finns objektiva fynd som kan mätas eller på annat sätt underbygger och bekräftar sjukdom eller skada enligt Nyström (2003). Den perioperativa sjuksköterskans uppgift inom det professionella vårdandet är att närma sig patienten varsamt, att stödja och visa respekt, lindra lidande och befrämja hälsa samt lyssna och förnimma varje skiftning hos patienten (Lindwall & von Post, 2000).

Vårdvetenskap kan presenteras som uppbyggd av dels en systematisk del och dels en kontextuell/klinisk del enligt Dahlberg et. al (2003). Systematisk vårdvetenskap besvarar frågan *vad* och *varför* och kontextuell/klinisk vårdvetenskap besvarar frågan *hur*. Den systematiska vårdvetenskapen vill tydliggöra vad vård är, vad god vård är och varför man vårdar. Den kontextuella/kliniska vårdvetenskapen vill å sin sida tydliggöra hur vården blir vårdande i olika sammanhang. Genom ett perioperativt samtal med patienten kan den perioperativa sjuksköterskan se över patientens behov och önskingar i samband med operation. På så sätt kan både patienten och den perioperativa sjuksköterskan förbereda sig inför den planerade operationen.

Sjukdom i sig kan ge självbestämmandet en törn. Patientens oro inför sin sjukhusvistelse och operation samt en brist på kunskap om ingreppet gör dem oförmögna att föra sin talan under sin tid på sjukhus. Brist på kunskap kan få patienten att känna sig i en beroendeställning. Patientens upplevelse av självbestämmande är viktig även om det är en interaktion med sjuksköterskan enligt Nordgren och Fridlund (2001).

Tidigare forskning

Det finns få studier som undersökt vad patienter minns och erfar av den intraoperativa fasen. Befintlig forskning är huvudsakligen gjord ur ett vårdarperspektiv där sjuksköterskor uttrycker hur de på bästa sätt kan stödja, visa respekt, lindra lidande och befrämja hälsa (Lindwall, 2004). En studie av Leinonen, Leino-Kilpi och Jouko (1996) visar att det är av stor vikt att operations- och anestesijuksköterskor arbetar professionellt och att de tänker på vad som sägs i operationssalen och att varje patient måste få den tid som behövs.

Leinonen och Leino-Kilpi (1999) visar i sin litteraturoversikt att av de tre olika faserna i den perioperativa vården, den pre-, intra- och postoperativa fasen, är det just den intraoperativa fasen som är minst undersökt. Dessutom fokuserar endast ett fåtal av dessa studier på kvalitativa aspekter, detta på grund av att det tidigare ansågs att patienter i den intraoperativa fasen oftast var premedicerade, hade brist på kunskap, sjukdom och oro. I och med att antalet studier har ökat inom detta område har sådana påståenden motbevisats.

Hallström och Elander (2001) visar att det finns skillnader i hur patienter upplever sitt sjukdomstillstånd, behoven ser därför olika ut även om det rör sig om samma sjukdomstillstånd. Omvårdnad kring en patient ska anpassas efter dennes behov. Dessa behov ska förmedlas till sjukvårdspersonal som måste förstå behoven för att kunna tillgodose dessa. Alla patienter kan dock inte förmedla sina behov utan väntar på att sjukvårdspersonal ska uppmärksamma dem. Det framkommer i artikeln att patienter och sjukvårdspersonal tenderar att rangordna behov olika, vilket gör det ännu svårare att tillgodose dem.

Lindwall och von Post (2000) använder perioperativa dialogen ur operations- och anestesijuksköterskor perspektiv med ineliggande patienter. I en studie som Rudolfsson, Hallberg, Ringsberg och von Post (2003) genomförde visade att det var en ökad patienttillfredsställelse genom att patienter fått träffa och samtala med samma sjuksköterska före, under och efter operation. Denna vårdmodell har visat att patienter upplever sin tid i samband med sin operation mer positiv och att de även fick en snabbare återhämtning.

Den preoperativa förberedelsen och det postoperativa förloppet påverkar patientens upplevelse, vilket kan ses i forskning inom pre- och postoperativ omvårdnad, som pågått sedan 60-talet. Ett kirurgiskt ingrepp innebär att kroppens integritet hotas vilket kan upplevas stressande både fysiskt och psykiskt. Upplevelsen av att inte ha kontroll kan ge upphov till bl.a. ångest och otrygghet. Ett planerat ingrepp kan förberedas genom information i god tid för att stärka patienten. Informationen kan ges skriftligt och muntligt och det är av vikt att vid behov ge anhöriga samma information så att de kan förbereda sig för vad som kan förväntas exempelvis i det postoperativa förloppet (Holm & Hansen, 2000).

Dagens vårdforskning utgår från ett medicinskt sjukdomsorienterat synsätt och därför behövs det mer forskning om människans attityder och erfarenheter i samband med kroppens lidande, menar Lindwall (2004). Lindwall påvisar även brister i den kunskapsutveckling som berör kroppen och menar att det saknas vårdvetenskaplig forskning som beskriver hur patienter erfar kirurgiska ingrepp och vårdandet i den perioperativa vården. Moene (2006) påvisar i sin artikel att det finns sparsam forskning som belyser den perioperativa fasen utifrån patientens perspektiv och att det finns en brist på kunskap om patienters existentiella situation samt hur patienter bemöts i vårdandet.

von Post (2005) har i en av sina studier beskrivit att operations- och anestesijuksköterskor med utbildning inom perioperativ vård jämfört med operations- och anestesijuksköterskor utan denna utbildning, var mer positivt inställda till ett perioperativt arbetssätt. Skillnader som framkom var: i vilken utsträckning man lyssnade till kollegors eller underställdas förslag till att arbeta utefter ett perioperativt sätt samt den egna attityden till ett perioperativt arbetssätt. Likaså kunskapen om betydelsen av en perioperativ dialog samt viljan till att sätta sig in i arbetssättet. Det bör finnas möjligheter att skapa nya vanor i praktiken där ett nytänkande hos både chefer och perioperativa sjuksköterskor behövs. Även ett utvidgat samarbete mellan operations- och anestesijuksköterskor samt med sjuksköterskor på vårdavdelningen bör utvecklas. Cheferna ska se sig själva som "eldsjälar" och stötta och hålla intresset vid liv hos de perioperativa sjuksköterskorna och se till att nya rutiner utvecklas med bland annat en större flexibilitet i operationsprogrammet. Hinder för detta nytänkande kan vara en förändringsovilja hos medarbetarna och cheferna, men också att sjukhusvärlden är hierarkisk i sin konstruktion och därför svår att ta sig fram i med egna förslag. Organisationen och arbetsledarna kan upplevas som rigida och inte öppna för förändring vilket även Zetterlund (2000) belyser.

PROBLEMFORMULERING

Eftersom det är patientens upplevelse av sitt nuvarande hälsotillstånd som operations- och anestesijuksköterskor ska utgå ifrån måste de få en uppfattning om vilka omvårdnadsåtgärder som är de väsentligaste för patienten. Operationsavdelningen är en främmande miljö, med personal som tar emot dem med annorlunda klädsel, mössor och munskydd än på vårdavdelningar och de pratar dessutom ett språk som patienten inte är så insatt i. Från det att patienten kommer till operationsavdelningen får de möta olika vårdpersonal som skall se till att patienten får god vård. Samtidigt är det vårdpersonalens uppgift att se till att patienten upplever en trygghet. Patienten rullas in i ett förberedelserum intill operationssalen där anestesiläkaren lägger en spinalbedövning, en sådan regionalbedövning gör att patienten är väldigt utsatt på grund av att kroppen är bedövad från midjan och nedåt samtidigt som patienten är vid medvetande och kan både höra, se samt använda sina armar på operationssalen. I den intraoperativa fasen måste patienten kunna lita på och ha förtroende för att kroppen skyddas av operations- och anestesijuksköterskor på samma sätt som patienten skulle kunna göra själv.

Hur ser det då ut för patienten under operation? Hur upplever patienten den intraoperativa fasen? För att det perioperativa vårdandet ska kunna utvecklas på bästa sätt måste patientens levda erfarenhet i den intraoperativa fasen tas tillvara. Kunskapen leder till en utveckling av omvårdnaden i den perioperativa processen, vilket kontinuerligt behöver utvecklas och förbättras. Ökad kunskap samt en förståelse för patienterna, leder till en förbättring av patientomvårdnaden utifrån vårdvetenskapligt patientperspektiv samt att det kan användas i det kliniska arbetet och vid planering av operationsavdelningar.

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva hur spinalbedövade patienter erfar den intraoperativa fasen.

METOD

Reflekterande livsvärldsforskning

En reflekterande livsvärldsansats valdes för att kunna beskriva världen så som den är levd av patienten. Genom en reflekterande livsvärldsansats som Dahlberg, Dahlberg och Nyström (2008) beskriver är det människors upplevelser och erfarenheter som betonas. Centralt i en sådan ansats är att forskaren är villig till att vara öppen mot fenomenet, vilket skapar en styrka vid beskrivning av den levda erfarenheten, enligt Källerwald (2007). Ansatsen i studien är kvalitativ och med en del centrala begrepp så som öppenhet, följsamhet och tyglade med hjälp av reflektion.

Livsvärlden beskrivs även av andra och enligt Bengtsson (2001) är det den värld som vi dagligen lever i, erfar, talar om och samtidigt tar den för given i alla våra aktiviteter. Likaså att vi lever våra liv i och genom våra subjektiva kroppar vilket kan ses som vårt medel att nå tillvaron. Vidare menar han att i den subjektiva

kroppen sker en förening av kropp och själ och att vi inte bara har våra kroppar utan att vi är våra kroppar, vilket gör att vi inte kommer ifrån det förkroppsliga tillståndet så länge vi lever. Den subjektiva kroppen är på samma gång både fysisk, psykisk, existentiell och andlig, dessutom har den även en historia samt minnen. Därför är den subjektiva kroppen inte bara fysisk. I våra dagliga erfarenheter tar människan hela verkligheten för given och är omedveten om sig själv och sin roll i framtiden. Livsvärlden är med andra ord personlig och kan aldrig till fullo förstås av någon annan, dock kan man studera fenomenet med öppenhet och följsamhet. Källerwald (2007) menar att följsamheten innebär en avsikt där fenomenet kommer att visa sig i all sin variation om man ger den en möjlighet. För att kunna frångå det naturliga förhållningssätten³ måste det skapas möjlighet till reflektion samt inta en vetenskaplig hållning inför fenomenet som skapar öppenhet och följsamhet där man kan se fenomenet samt dess variationer.

Det som krävs är att forskaren har ett öppet förhållande till fenomenet och tittar på det med nya ögon. Öppenhet är att ärligt lyssna, se och förstå, vilket även innebär respekt och självklart en ödmjukhet till fenomenet likväl att vara känslig och flexibel. Forskaren måste tillåta sig att bli förvånad samt vara lyhörd för det oväntade och det oförutsedda, vidare måste fenomenet ges en ärlig chans att visa sig för att kunna förstå det på ett nytt sätt, enligt Dahlberg, Dahlberg och Nyström (2008). Ett av det största hotet mot öppenheten är förförståelsen samt en alltför snabb och oreflekterad förståelse. Fördomar är socialt grundande subjektiva uppfattningar om det fenomen som ska undersökas. Vi kan inte få bort vår förförståelse men som forskare måste vi lära oss att tygla den, reflektera samt försöka förstå innebörden. I vardagliga sammanhang är det oftast inte något problem men när det ska studeras ett fenomen vetenskapligt är det viktigt att sakta ner förståelseprocessen och reflektera över de snabba omdömena. I och med att man saktar ner farten skapas det en distans till det naturliga förhållningssättet och det man tar för givet (Dahlberg, Dahlberg och Nyström, 2008).

Att tygla förståelsen innebär att sakta ner förståelseprocessen, vilket många gånger kan vara svårt. Strävan är att reflektera över den tidigare förförståelsen så att den inte tar över i förståelseprocessen och inte låta fördomar, teorier eller någon annan förståelse förvilla. Det handlar om att lägga band på sig, vara öppen och följsam mot det som visar sig. Med en tyglad förståelse kan forskaren på så vis se fenomenet på ett annat sätt än ”det för givet tagna”, tills en någon slags förståelse är nådd (Dahlberg, Dahlberg & Nyström 2008; Källerwald, 2007). Tyglad förståelse är att finna det osynliga och göra det synligt samtidigt som forskaren håller det som för ögonblicket är självklart nertröskt, vilket innebär att träda ur sitt naturliga förhållningssätt samt inta en vetenskaplig och fenomenologisk hållning.

Intervju

Enligt Kvale och Birkmann (2009) och Dahlberg, Dahlberg och Nyström (2008) lägger den kvalitativa forskaren tonvikten på människors individuella erfarenheter och upplevelser för att försöka förstå fenomenet. Med hjälp av patienternas upplevelse kan forskaren få fram hur de upplever sin värld med egna ord och genom dessa erfarenheter kan det växa fram ny kunskap som då kan användas till

³ Det naturliga förhållningssättet är vardagslivets förståelseakt, genom vilken vi ständigt förstår vår omvärld, baseras ofta på en oreflekterad tolkning enligt Dahlberg, Dahlberg och Nyström (2008).

att förbättra andras värld (Kvale & Birkmann, 2009). Intervjumetoden i föreliggande studie skedde just genom kvalitativa forskningsintervjuer. Målet för en fenomenologisk intervju är att få intervjuaren att reflektera över fenomenet öppet, följsamt och med en tyglad förståelse. Metoden kan även ge en innebördsrik samt en unik företeelse av människans vardagsvärld där innebörder och erfarenheter kan lyftas fram. Intervjuns utformning karaktäriserades av att de var i samtalsform och samtalen kretsade kring studiens syfte vilket kan jämföras med ett vardagssamtal. Dock finns det en viktig skillnad enligt Kvale och Birkmann (2009) och det är att en forskningsintervju inte är ett samtal mellan likställda parter. Intervjuerna börjar med en och samma öppningsfråga för att fokusera på intresseområdet som skall inbjuda informanten till att börja beskriva fenomenet för att sedan reflektera över vad de sagt. Forskarens uppgift är att rikta informanterna mot fenomenet som ska beskrivas och frågor som ställs därefter syftar till att fånga in fenomenets variationer där patienten kan förtydliga och förklara hur denne upplever sin livsvärld.

Urval

Informanterna i föreliggande studie utgjordes av åtta inläggande patienter som vårdats och opererats i spinalbedövning på ett Västsvenskt sjukhus under 2008. Motivet till avgränsningen var att få ta del av erfarenheterna från ”vakna” patienter under operation. Operationerna som patienterna hade gått igenom var totala knä- och höftledsplastiker och TUR-P/B. Vilka patienter som blev utvalda beroende på vilka som fanns på avdelningarna för tillfället samt de som tackade ja för att delta i studien. Patienterna blev åtta till antalet, där fem var kvinnor och tre var män, i åldrarna 60 – 86 år. Kriterierna för att delta i denna studie var följande: att ha varit patient och operats i spinalbedövning, att forskaren inte vårdat patienten samt att det skulle ha gått minst 4 dagar efter operation innan intervjun genomfördes. Att det skulle gå minst 4 dagar efter operation berodde på att patienterna inte skulle vara påverkade av smärtstillande medel. Att det blev just dessa åtta berodde på forskarens möjligheter att utföra intervjuerna.

Datainsamling

Inför studien genomfördes en muntlig information om studiens syfte under ett sjuksköterskemöte på en ortopedisk avdelning samt till avdelningscheferna (bilaga 1). Sjuksköterskorna var villiga att vara behjälpliga med information till patienter om studiens syfte samt lämna ut samtyckesblankett för underskrift till intresserade patienter (bilaga 2). På grund av en annan studie på avdelningen tog det några veckor innan det blev några informanter att intervjua. Sjuksköterskorna fokuserade på avdelningens studie och frågade därför inte patienterna om den föreliggande studien förrän deras egen var klar. Efter flera påringningar till avdelningen bestämdes det att forskaren själv skulle komma och informera patienterna. På kirurgvårdsavdelningen gavs muntlig information till sjuksköterskorna och där presenterades också studiens syfte. Det hade varit önskvärt att någon annan än intervjuaren själv hade frågat patienterna om att delta i studien.

Patienterna informerades både muntligt och skriftligt om studiens syfte. Det gavs patienterna möjlighet att genomföra intervjuerna på annan plats eller tidpunkt om de ville. Följaktligen blev det att fyra patienter valde att bli intervjuade på sjukhuset och fyra patienter i sina hem. De intervjuer som gjordes på sjukhuset genomfördes i ett avskilt rum någonstans på avdelningen eller någon annanstans

på sjukhuset där man garanterats att bli ostörda. Alla intervjuer är genomförda fyra till tio dagar efter operationen.

Intervjuerna genomfördes enligt Kvale och Birkmann (2009) samt Dahlberg, Dahlberg och Nyström (2008) vilket innebar att intervjuerna inleddes med att vi samtalande omkring patientupplevelsen. Informanten ombands att tänka tillbaka på sin operationsdag och därefter fortsattes intervjun med en och samma öppna inledningsfråga: Hur upplevde du din tid på operation? Även om båda parter har ett gemensamt intresse av att fördjupa ämnet är det ändå forskarens syfte att utveckla intervjun som en dialog och styra informantens uppmärksamhet mot fenomenet. Under intervjuns gång ställdes därför följdfrågor som t ex. Vad menar du med det? Kan du utveckla det mer? Syftet med följdfrågorna var att få patienterna att fördjupa sitt resonemang och därmed börja reflektera över sin tid på operation. Intervjuerna var mellan 30-60 minuter och spelades in på ljudband för att på så sätt kunna ägna all uppmärksamhet åt patienterna. När intervjuerna hade genomförts lyssnades de inspelade banden igenom och därefter transkriberades intervjuerna ord för ord.

Dataanalys

Datamaterialet i studien har analyserats enligt en reflekterande livsvärldsansats så som den beskrivs av Dahlberg, Dahlberg och Nyström (2008). Analysmetoden är tredelad och beskrivs som en rörelse från helhet till delar för att slutligen mynna ut i en ny helhet.

Analysen startar med en bekantgörande del, där det transkriberade materialet läses tills en helhet upplevs. Materialet ska läsas så många gånger att forskaren nästan kan dem utantill, vilket blir ett första igenkännande av fenomenet vilket gjordes även i denna studie. Den andra delen är egentligen den analyserande delen och innebär att materialet arbetas igenom för att få en fördjupad förståelse. Med detta menas att analysen präglas av de frågor som ställs till texten om vad som sägs, hur det sägs och vad innebörden är, vilket gör att texten byter skepnad.

Därefter markerades de centrala utsagorna med olika färger vilka jag tyckte gav mening till fenomenet och där det framkom mönster och meningsbärande enheter. När alla intervjuer var markerade på detta sätt behandlades därefter all den markerade data som en ny helhet. Under analysen av en text är det viktigt att varje del är förståelig i sin helhet men också att helheten förstås i sin del. När meningsenheter var markerade, sammanfördes de till ett s.k. kluster där innebörder hör samman. Innebörernas enheter jämfördes med avseende på likheter och olikheter. Det gäller att inte förlora några innebörder när det skapas kluster utan det måste finnas en sensibilitet där strävan är att göra texten överskådlig.

Sista delen i analysarbetet ska utmynna i en ny helhet, en essens. I föreliggande studie valdes att beskriva studiens resultat i form av teman och därför finns ingen essens beskriven. Under analysfasen kom det fram mönster, nya upptäckter gjordes och slutligen kunde studiens teman beskrivas.

Etiska aspekter

En etisk prövning skickades till Regionala Etikprövningsnämnden i Göteborg som emellertid ansåg att det inte behövdes någon etisk prövning eftersom studien var inom en högskoleutbildning på grundnivå eller avancerad nivå. Trots det har etiska aspekter utifrån Centrala Etikprövningsnämnden (2008) tagits i beaktning, likaså att en reflekterande livsvärldsansats betonar att öppenhet innebär ett etiskt förhållningssätt som innebär att det präglas av värdighet och respekt inför informanterna.

Eftersom forskaren arbetar på den aktuella operationsavdelningen, har strävan varit att forskaren inte vårdat någon av de patienter som valde att delta i studien. Mycket med tanke på att det kunde försvåra intervjuerna då inga ärliga utlåtanden skulle våga komma fram. Studien har godkänts av verksamhetscheferna på de avdelningar som berört patienterna. Patienterna har informerats muntligt om frivilligheten om att delta i studien samt att de kunde avbryta sitt deltagande närhelst de ville och att vården inte påverkas i något hänseende om de valde att delta eller inte. Även en skriftlig information (bilaga 1) har givits. Patienterna har också informerats att datamaterialet kommer att behandlas konfidentiellt där enbart forskaren och dennes handledare kommer att ha tillgång till materialet.

RESULTAT

Analysen av de spinalbedövade patienternas beskrivningar av hur de erfar den intraoperativa fasen presenteras i fyra teman. Dessa teman är; "Följsamma patienter som överlämnar sig", "Det vårdandet mötets betydelse", "Förtroendet för vården och vårdpersonalen" samt "Behov av kunskap". Varje tema styrks med utsagor.

Följsamma patienter som överlämnar sig

När patienter litar på vården och vårdpersonalens yrkeskunskap, tenderar patienter att infoga sig utan att tveka till det som ges som alternativ. Ännu i dag upplever patienter att det är norm att läkare och vårdpersonal har det övergripande beslutet av vården. Patienter upplever att läkare och vårdpersonal är experter inom sitt område och är därför följsamma och överlämnar sig själva till vården utan att vara oroliga.

Jag överlämnade mig helt till den operativa läkarens vård, ja och personalen, jag litade 100 % att detta kunde de ... nä, jag utgick ifrån att de var specialister på och att de kunde.

När patienter kommer till operation har de en känsla av att de överlämnar sin kropp till vårdpersonalen som nu har omsorg om hela människan. När patienter inte längre har kontroll över sin kropp utan lämnar den i någon annans hand känner de sig samtidigt utlämnade och oroliga.

Man känner sig... på ett sätt ... lite utlämnad när man är så långt kommen, för man har lämnat över kontrollen på sin kropp i händerna på dom som är där i, avdelningen, så känns det lite grand.

Patienter upplever att när de kommer till något obekant och okänt finns där en känsla av att de nu är tvungna att överlämna sig till operationspersonalen, som en patient belyser: *att överlämna sig, det är ju det man gör va.* Patienter uttrycker att

när de väl var så långt komna i vårdprocessen, var det operationspersonalen som visste bäst att ta hand om människan och dess kropp, de blev följsamma och överlämnade sig åt vårdpersonalen.

Ja, på nått sätt... nu har ni mig här och då så är det ni som vet bäst... hur det ska va.

Känslan av att operationen äntligen ska bli gjord upplevs som en bra känsla och patienter önskar att allt ska gå bra. Patienter upplever inte att de funderar över hur de vill att det ska vara, utan de anpassar sig till rutinerna när det väl är dags för operation. Likaså ifrågasätter patienter inte vården utan de överlämnar sig automatiskt i vårdarens händer. Patienters önskan är att operationen bara ska bli gjord, vilket gör att de överlämnar och anpassar sig automatiskt efter gängse regler på operationsavdelningen som en patient uttrycker det:

Man anpassar sig på nått sätt automatiskt vet du va, man, man, eh, ligger där och man eh, man eh, ... tycker att på nått sätt att ah, va skönt att dom äntligen gör det här ingreppet nu då eller att dom gör det och hoppas på att det blir bra.

Det vårdande mötets betydelse

Patienterna vill känna en trygghet samt uppleva sig välkomna när de kommer till operation. En mycket viktig del är att patienterna upplever att de blir sedda av vårdpersonalen. Upplevelser av att inte bli sedd, att vara alldeles ensamma utan någon vårdpersonal vilket kan ske när patienter ligger och väntar i sin säng på operationsavdelningens preoperativa sal. När de blir lämnade ensamma känns det ödsligt och de känner sig bortglömda vilket ger snart en känsla av att vara utlämnad.

Nä, det var nog i det första rummet då kunde jag tänka som så, för det var ju, lite ödsligt där å, jag vet inte om dom... ja dom försvann, dom som kanske, det bara var nån minut som jag låg där själv. Jag kunde känna, eh, så där lite oroligt att om dom försvinner folket här å, det kan hända att jag fick lite den tanken. För man är ju väldigt utlämnad å, men det gjorde dom inte, det var ju inte länge eller så det var väl så att dom hade att göra.

Samtidigt visar analysen att patienter känner sig välkomna när de kommer till operationsavdelningen. De upplever att vårdpersonalen tar dem på allvar och delar deras tankar för att bättre kunna förstå deras situation. Patienter känner sig även omhändertagna och att de blir mycket väl bemötta av personalen. Omhändertagandet upplevs positivt och görs på ett professionellt sätt vilket gör att patienter känner sig tagna på allvar. Genom att möta patienter med ett värdigt bemötande visar vårdpersonalen för patienterna att de fortfarande kan vara delaktiga i vårdprocessen samt ha kvar sin självkontroll.

Jag det är ett ställe där dom verkligen ser mig. Käraste nån! Alltså det var ju ... hela tiden nån; "Ja, hur är det?", "Å, hur känner du det?" Och så kommer det nån annan som; "Hej nu ska jag vara med här å att ha hand om det så du vet det", och så där. // Ja, eh, det måste jag säga, det var alltid nån som, man blev ju sedd alltså!

Det upplevs att vårdpersonalen har både tid, möjligheter och en vilja att fråga om patienters behov. Omsorgen och omvårdnaden blir synlig för patienter när de

uppmuntras till att uttrycka sig om något inte står rätt till. En känsla av att bli sedd och samtidigt uppmuntras till delaktighet är en mycket positiv upplevelse. Ett gott omhändertagande är att bli bemött med omtanke och att höra att vårdpersonalen bjuder in patienten till att vara med och forma sin egen vård ger en känsla av gemenskap..

Det känns ju så faktiskt när man kommer in på operation som om ni tar hänsyn till mina behov på nått sätt... "Vill du ha det så här" eller "Vill du göra så?" Det frågar ni ju faktiskt! Och det upplever jag positivt i alla fall.

Att bli väl bemött och omhändertagen gör att patienterna inte känner någon större oro utan de kan känna sig lugna och trygga. Upplevelser av att vårdpersonalen pratar lugnt och tryggt om vad som ska ske härnäst, gör att patienterna upplever sig unika samt att de blir inbjudna till en gemenskap. När vårdpersonalen på operationssalen presenterar sig och samtidigt berättar vad de ska göra gör det lätt för patienterna att följa med i händelseförloppet, som en utsaga styrker: *I det här skedet så sa dom att; " Dom ska göra det och de" "Åh, det e jag som e narkosläkaren" och "Det e jag som gör det" etc.* Dessa många möten mellan all vårdpersonal på operationssalen och patienter upplevs som något bra.

Det var lite springit kanske man tyckte, så där, oj, där var den och vem var det, oj där var en och vem var det? Men alla var ju väldigt bra på att, e tala om vad man heter, å "Nu ska jag göra det och det" å, "Jag finns här å här", så det känns ju väldigt bra.

Själva mötet och omhändertagandet upplevs på många olika sätt av patienter. Vetskapen om att personalen finns vid patientens sida under hela det operativa ingreppet upplevs tryggt vilket gör att patienter känner ett lugn. Att vårdpersonalen är känsliga och känner av stämningen hos patienter uppskattas mycket, som när vårdpersonal bedömer om patienten vill vara ifred eller vara med i en konversation.

Dom frågade, nja dom frågade ju hela tiden hur jag mår och hur jag känner det och så, det gör dom ju. Och en som sa "Jag ska vara med dig hela tiden" och så där. Ha, ha. "Hej, hej här är jag som ska vara med" och "Hur mår du"? "Hur känner du det" och så där. Men vi pratade inte annars kan jag säga och det kan jag väl tycka vara skönt, jag var lite trött tror jag, jag kände mig nog lite trött när jag låg där.

En patient uttrycker att: *Jag var tacksam att det var mycket folk egentligen som hjälper till eftersom jag är ju inte så lätt att lyfta.* När den egna kroppen inte fungerar som den ska och samtidigt är i en utsatt situation uppskattar patienter att få den hjälp som behövs. Om dessutom den sjuka kroppen inte riktigt hänger med eller de har ont i sin kropp kan det vara besvärligt att ligga på operationsbordet som ingreppet kräver. Patienter får god hjälp av personalen och möts med ett värdigt sätt när patienten ska upp i benställningarna.

Ja, det var ju svårt att ligga så kanske, å ... och sen upp med bena så och jag tänkte just hur går det med ryggen och så där? Men det var inga problem och det gick så snabbt och fint och sen fick jag väldig fin hjälp av töserna.

Förtroende för vården och vårdpersonalen

Patienter beskriver att de har ett gott förtroende till vårdpersonalen. De upplever vårdpersonalen som noggrann och kunnig i sitt arbete, de är professionella samt har kontroll över situationen. Personalen behärskar den tekniska utrustningen och vårdmiljön känns 100 % säker. De litar helt på den operativa personalens specialistvård och deras yrkeskunskap. Patienter uttrycker också att de har förtroende för vården när vårdpersonal uppför sig exemplariskt, som en patient nedan beskriver.

... jag har fullt förtroende för dem, så det var ingenting som ... jag kan väl säga det att jag hade förtroende för dem och de uppförde sig exemplariskt, det fanns inget annat sätt att göra den på om jag så säger.

En patient berättar om hur orolig denne var innan operation ”Klart jag var lite orolig innan och så där ja, men när man väl låg där så var det sysstrar runt om mig och någon pratar med en hela tiden å, och det var samma läkare båda gångerna”. Med humor och vardagligt prat hjälper vårdpersonalen patienter att glömma bort sin rädsla för ett tag, samtidigt som de inger förtroende och tillit till sjukvården. Förtroendet för vården och vårdpersonalen är relaterade till varandra samt att förtroendet är byggt på vårdpersonalens kompetens. Förtroendet förstärker patienters tillfredsställelse om den är förbunden med en behandling samt en kontinuitet med den vårdande läkaren och vårdpersonalen.

*För jag har den inställningen att sjukvården är... kunnig, duktig på det dom gör så jag har **ingen** rädsla över att ... dom tar hand om mig eller att dom ska göra nåt fel eller så eller, utan att jag känner det så att... ni vet vad ni ska göra.*

Personalen sprider lugn omkring sig samt är säkra på det de gör, vilket är av stor vikt för att patienter ska känna ett förtroende. När vårdpersonal uppträder med självförtroende skapar detta en känsla av säkerhet hos patienter. En patient beskriver det så här: *Mm, han stod där och såg väldigt lugn å, å... säker ut nästan som om han var styv i korken på något vis alltså, här kommer jag och jag kan mina grejer, alltså det var det.* Patienter kan lättare slappna av och inte bekymra sig mer när de väl accepterat att det är vårdpersonalen som har förtroendet att ta hand om dem, som en patient uttrycker det: *Det kändes väldigt bra för då visste jag ju att dom har koll på läget, så att jag behöver inte eh, så jag behövde ju inte bekymra mig om detta.* Förtroendet för läkaren gör att patienter litar på operationen och att läkaren gör sitt yttersta för att det ska bli så bra som möjligt.

Det finns inte nånting som jag skulle, skulle tänka mig kunnat tänkas skötas bättre, men jag tror att det beror väldigt mycket också att, att jag hade hört att han var duktig den här kirurgen då va, och nu när jag diskuterat med den här doktorn som jag går hos, sa att han är duktig, å när man litar på någon så förutsätter man inte att nånting ska gå tokigt va, för då slappnar man av på ett annat sätt.

Vetskapen om vilken läkare som ska utföra operationen är viktig för patienter. Det finns en stark koppling mellan patienters förtroende för sin läkare och att denne arbetar på det sjukhuset som patienten sökte sig till. Att ha träffat sin läkare på ett inskrivningssamtal innan operation gör också att patienter får ett förtroende för just sin operation, läkaren och sjukhuset. Trots att patienter själva inte kan bestämma vem som ska operera, så kan patienter ändå acceptera eller tacka nej till

en operatör. En av patienterna hade hört att läkaren var duktig och accepterade därför den tilltänkte läkaren, vilket belyses av citaten nedan.

Ja, jag kunde ju inte bestämma att det skulle bli han men jag visste ju att jag kunde acceptera att, att han var duktig.

En känsla av delaktighet i sin vård upplevs mycket tillfredställande, vilket skapar ett förtroende för läkare, sjukhuset och vården och visar sig genom att patienter accepterar en annan läkare än den som rekommenderades under inskrivningen.

Ja, jag hade diskuterat det med honom ja, han rekommenderade en annan läkare här uppe från början, men så blev det den här, av två alternativ så valde de denna och det var ju bra.

Patienter beskriver hur de fullt och fast litar på vården. Pålitligheten för själva sjukhuset och vårdpersonalen är något som medverkar till att patienter har förtroende till själva ingreppet, vilket en utsaga från en patient belyser: *Jag hade redan en god vän som opererat båda sina höfter här och var jätte belåten så att de två sakerna har ju då medverkat till att även jag litar på detta.* Förtroende för läkare gör det heller inte är svårt att slappna av.

Men jag tror det beror på att jag hade hört att han var duktig den här kirurgen... de e, när man litar på någon så förutsätter man inte att någonting ska gå tokigt, va, för då slappnar man av på ett annat sätt.

Olika händelser gör att patienter litar på vården, en händelse kan vara att de sökt sig till sjukhuset tidigare och blivit behandlade för något vilket medför ett förstärkt förtroende för sjukhuset. Vården och vårdpersonalens omvårdnad var vid det tillfället tillfredsställande och patienter upplevde att de var i trygga händer samt att de upplevde att de blev sedda och bekräftade vilket ger ett fortsatt förtroende för vården.

När patienter har förtroende för vården är det många gånger en lättnad att få komma till operation och bli behandlad. Patienterna är äntligen på plats och litar på att vårdpersonalen gör sitt bästa. Förtroende och tillit som vårdpersonalen skapar tillsammans med patienter gör att patienter har respekt inför vårdpersonalens kunskap, vilket medför att patienter kan slappna av under hela vårdprocessen. Som en patient belyser: *Jag var helt inställd på liksom att nu e det, det är det här som gäller åh, eh, jag litar ju på dom.* Tillit till vårdpersonalen gör att patienter upplever att de kan ställa konstiga och besvärliga frågor utan att bli förlöjligade.

Så får man ju inte vara rädd ibland, man kanske tycker att man har ena dumma frågor ibland men det tror jag inte att de bryr sig om nåt.

Patienters okunskap och informationsbehov

Patienter upplever att de inte har eller vet om några andra alternativ och därför ger de efter i det vårdpersonalen föreslår, vilket en patient belyser: *Jag har så lite kunskap om, om sjukvården och jag e väldigt tacksam för dom som gillar att jobba där för jag skulle inte kunna jobba där.* Upplevelser av att bestämma själv är begränsade på grund av kunskapsbrist när det gäller sjukdomar och behandlingsmöjligheter hos många patienter. De har inte alltid kunskap om

vården eller sina rättigheter vilket resulterar i att patienter accepterar rutiner på operationsavdelningen utan att ifrågasätta.

Upplevelser av att det är finns en hel del vårdpersonal runt patienten under förberedelserna inför operationen, gör att patienten funderar på om det verkligen är nödvändigt. Patienters okunskap om den perioperativa processen är stor men de registrerar händelser och ägnar en tanke på situationer under omhändertagandet på operationssalen.

De var inte mycket spring men jag tyckte att det var mycket folk, tyckte jag. Jag funderade lite liksom... skratt vad gör alla liksom? Men det var ju lite som i inledningen på narkos och så lite systrar eller vad det var för nånting som gjorde i ordning och sen kom doktorn och gjorde det andra // ... spontan tanke, att behövs det så här många?

Patienter ställer frågor för att öka sin kunskap. Dock händer det att frågorna inte besvaras. Detta ökar patientens känsla av att det är läkare och vårdpersonal som bestämmer och patienter väljer att inte ta upp frågan igen.

Jag frågade lite granna men så fattar man ju ändå inte vad det är frågan om så det, jag slutade med det rätt så snabbt/jag är mycket för att opponera mig men när jag inget begriper så är det bäst att hålla tyst eller fråga så försiktigt man kan.

Patienter upplever en känsla av nonchalans samt att de bli ignorerade som människor när de blir lämnade själva på preoperativa rummet. Att som patient dessutom inte veta hur det går till i en vårdprocess de aldrig tidigare varit med om, gör patienter oroliga över vad som skall hända. Det är viktigt för patienter att få stöttning och guidning av vårdpersonalen om hur vårdprocessen fungerar.

Ja, jag kände att jag tänk om dom inte kommer, eh, på en lång tid och man ligger här och kan inte gå upp och... men det gjorde dom. Att man kändes sig, att man blir ensam då men det var ju inget sånt.

Ensamhet är inte bara en känsla av att inte ha någon hos sig utan är även en känsla att som patient inte veta vad som ska hända närmast. Patienter känner sig utlämnade om de inte får tillräckligt med information. Kontinuerlig information om vad som kommer att ske gör att patienter känner sig delaktiga över sin vårdssituation som en patient belyser det: *Att man inte bara är utlämnad på nåd och onåd och inte vet nånting alls.* Information om vad som kommer att ske skapar således ett lugn hos patienter

Patienter vill bli förvissade och bekräftade och då är informationen om hur vårdprocessen fungerar av stor betydelse. Patienter försöker i första hand få information om sin operation genom att fråga sin läkare, som en patient citerar: *Och jag tror att det är väldigt bra att man får en sådan information, så det, å det är väldigt när det gäller läkare att de berättar.* Flertalet av patienter uttrycker att informationen som de fått av sin läkare på ett preoperativt samtal innan operationen var mycket viktig.

Ja, väldigt viktigt, otroligt viktigt!

När patienter upplever att de inte får tillräckligt med information av sin läkare, upplever patienter att de måste engagera sig med att ställa egna frågor för att få tillfredsställande information. Lyckas de inte med att få tillfredsställande svar på sina frågor av sin läkare, är en annan informationskälla anhöriga och bekanta som varit med om liknande ingrepp. Så här uttrycker en patient sitt dilemma.

Ja, ja, det är det ju. Det får man ju fråga då, för att det kanske inte alltid är... doktorn säger ju inte så mycket till och från å, utan man får ju kanske... ta reda på... och då får man ju fråga.

Likaså gäller det den preoperativa informationen som patienter får ta del av från vårdpersonalen både på vårdavdelningen och på operationsavdelningen. Under dessa samtal berättar vårdpersonalen på operation hur det går till när de kommer till operation och i vilken ordning allt kommer att ske. Ett lugn skapas hos patienterna inför deras operation genom att vårdpersonalen ger dem en egenkontroll över sin vårdprocess, det är tydligt att information är mycket viktig som en patient belyser: *Det låter konstigt men det, det gjorde det faktiskt att just det där att jag visste så, så pass mycket i förväg hur dom skulle göra och så där.* Att patienter blir tillfredsställda och samtidigt känner att informationen är tillräcklig för att förstå vad som händer under vårdprocessen skapar insikt hur det fungerar i vården.

Ja, jag, jag var ju noga införstådd i detta så vi hade pratat så mycket i förväg, jag visste hur det skulle gå till, om man säger så.

Medpatienter på vårdavdelningen är också en informationskälla om vad som kommer att hända på operation. Berättelser från medpatienter gör att patienter får en kunskap i hur det går till samt är förberedda på vad som händer när de själva kommer till operation.

Det betyder kanske mycket att jag dan innan hade hört någon berätta att de hade satt sprutan, å ... rättare sagt, hon hade frågat när det skulle sätta sprutorna och då hade de sagt att det redan var gjort, för de gjorde det så fint. Så det var väl det som jag hade i bakhuvudet då, ja det var, det var inga problem med det. Det gjorde inget ont eller sådant alls.

Några patienter är väl förberedda på sin operation, detta på grund av att de varit med om ett liknande ingrepp förut som en patient belyser: *Hm, men det ju samma, det gjorde jag ju även då jag gjorde undersökningen innan jag ... det konstaterades att jag hade lite, så det hade jag varit med om.* Vetskapen om hur det går till gör att patienter upplever ett lugn och känner sig väl förberedda när de kommer till operation vilket uttrycktes så här: *Nu visste jag ju lite granna sen tidigare vad som skulle hända// jag kände mig lugn och förberedd.* Patienter som får adekvat information upplever inte situationen som obehaglig utan använder sin utslutningsförmåga på hur de kommer att ligga på operationsbordet, jämfört när de opererades vid ett annat ingrepp.

Nä, nä, jag visste om det liksom i förväg hur det skulle gå till väga, det där visste jag om att jag skulle ligga på sidan och förra gången jag opererades i magen fick jag ligga på rygg och då vart det en hel annan sak. Men nä, eh, nä det var ingenting som var konstigt på nåt sätt, utan det flöt bara som det skulle.

Patienter beskriver att deras vårdssituation inte blir tillfredställd på grund av att de inte får tillräckligt med information av sin läkare. De vill ha mer information om händelseförloppet och eventuella komplikationer. Patienter har svårt att uttrycka sig i korrekta medicinska termer så att läkaren förstår vad de menar. Lika väl som patienter upplever delaktighet över att få ett preoperativt samtal med sin läkare, upplever de även en otillfredsställande delaktighet när deras frågor inte får adekvata svar. Detta gör att patienter inte frågar något mer längre fram under den perioperativa processen.

Då pratade vi ju lite grand och då just det här, då frågade jag honom det här vad kan gå snett? Men jag vet inte om han inte ville förstå frågan eller inte svara, för han svarade liksom då bara faktamässigt vad som händer och liksom, eh, min fråga var väl mer i det skedet vad är det för risk eller liksom så mer, men det berörde han inte, det finns, ja, ... jag ska inte säga att det inte finns någon risk men han svarade liksom så och jag tänkte då, ja, ja, då bryr jag mig inte om å, utan det, det va så mer.

Patienter som inte får den information de behöver för att känna sig tillfredställda, gör att de blir oroliga och har svårt att slappna av. Patienter vill ha ändamålsenlig information för att känna sig tillfredställda med svaren. Det är också viktigt att vårdpersonalen ger sig tid till att förklara och ge patienter den information som patienter frågar efter, vilket några av patienter belyser: *Man kände sig lite orolig å, å, men jag frågade det som jag vill ha svar på. De var väldigt nogga med att tala om, allting egentligen, hur det kommer att bli.* För att mentalt hinna med förberedelsen inför sin operation är det viktigt med ändamålsenlig information av vårdpersonalen. Mycket lidande kan uteslutas för patienter om vårdpersonal informerar dem när det blir en ändring för dem att komma till operationsavdelningen.

I förrgår då va när jag pratade med honom så sa han att jag var nummer två som skulle opereras men det blev inte förrän halv fyra, ja, jag vet inte varför det tog så lång tid. Om det hände nånting annat eller nånting ...

Kontinuerlig information från det att patienten kommer till den preoperativa salen på operationsavdelningen tills de körs till uppvaket, upplevs väldigt tillfredsställande som en patient uttryckte det: *Hon talade hela tiden om det, så att "Jo men... nu har jag gjort det", så "snart kommer de och hämtar dig".* Information gör att patienter känner ett inre lugn samt känner sig delaktiga i sin vårdssituation.

Men jag måste säga att hon var ju väldigt bra ute på, innan jag kom in på operation där dom satte den där nålen och det och hon talade ju också om att nu är det detta och nu är det detta och nu får du ligga lite här, du kanske får ligga här en kvart och så där eller nåt... så man, dom talar ju hela tiden om.

Patienter känner sig trygga på operationsavdelningen och med vården de får, de upplever också att informationen är tillräcklig. De upplever att det inte är viktigt med detaljerad information om vad som hände under själva ingreppet. Patienter litar på och utgår ifrån att vårdpersonal vet vad de gör samt känner sig säkra på att vårdpersonalen gör sitt bästa. På frågan om patienten missat något blev svaret följande:

Nä, inte vad jag märkt// nä, jag utgick ifrån att de var specialister på och det kunde de ju sköta, så nä, faktiskt inte. Det finns ingenting jag skulle vilja veta heller.

DISKUSSION

En avslutande reflektion av metodval samt resultat görs i diskussionen. Svagheter och styrkor tas upp med den ansats och metod som använts i studien. Likaså reflekteras det över studiens resultat där fokus ligger på hur spinalbedövade patienter erfars den intraoperativa fasen.

Metoddiskussion

Studiens syfte har varit att beskriva fenomenet hur spinalbedövade patienter upplever sin tid under den intraoperativa fasen. Det kändes naturligt att koncentrera sig på att göra studien empirisk där livsvärldsperspektivet är grunden för forskningsansatsen. Kvalitativa forskningsintervjuer valdes för att det anses vara lämpligt då forskaren vill få fram fenomenet i människors unika upplevelser och samtidigt klargöra deras perspektiv på sin levda erfarenhet, sin livsvärld. Resultatet i studien visas i form av utsagor. En livsvärldsansats kan aldrig ses som universell. En generell struktur gör att resultatet lyfts ovanför den konkreta nivån men är fortfarande självklar i sin kontext, enligt Dahlberg et al (2008).

Förutom att få reda på hur spinalbedövade patienter upplever sin tid under den intraoperativa fasen var målet att lära mig mer om att skriva en studie med en livsvärldsansats. Under tidens gång har jag förstått att full fokusering under hela arbetes gång är ett måste, vilket jag ibland upplevt har varit en svårighet för mig. Jag har också förstått att det är ett förhållningssätt som kräver mycket övning och färdighet. Önskat att jag varit mer öppen och följsam mot fenomenet för att få mer uttömmande svar från patienterna genom att ställa de ”rätta” följdfrågorna, då patienterna kunde reflektera och utveckla sina uttalanden. Ibland använde jag frågeställningar som påståenden, vilket gav mig korta och inte så uttömmande svar. Trots det bedömer jag att det fanns tillräckligt med material att arbeta med.

Från början var det tänkt att fokus skulle ligga på spinalbedövade höft- och knäplastiker. Det visade sig dock under intervjuernas gång att de tre första informanterna hade en begränsad upplevelse på grund av att de var sederande när de kom till operation. Jag fick således fråga vårdavdelningen vilka patienter som var sederade när de kom till operation, vilket resulterade i att de som varit sederade inte blev tillfrågade om att delta i studien. Jag skulle redan från början ha haft med i min beaktning att sederade höft- och knäplastiker som opereras i spinalbedövning inte var lämpliga patienter i min studie, detta har dock med min ovana att göra när det gäller att söka ett visst fenomen och utforma ett underlag. De kunde ändå berätta hur de hade upplevt sin tid under operation men något pragmatiskt. Urvalet i studien har därför kommit att påverkas av vilka patienter som fått premedicinering. Eftersom jag arbetar på operationsavdelningen var det inte svårt att se nya möjligheter och jag bestämde mig för att fokusera på andra möjliga patientkategorier som var spinalbedövade, därför blev det också TUR-B/P patienter.

Ambitionen från början var att en person utanför studien skulle tillfråga patienter om deras deltagande. Detta för att patienter skall kunna säga nej utan att känna sig påverkade och tvingade att delta i studien. På grund av att sjuksköterskorna på vårdavdelningen prioriterade en egen studie som de hade påbörjat framför min tog datainsamlingen längre tid än beräknat. Att datainsamlingen drog ut på tiden blev en lärdom om hur man förbereder sig inför sin uppgift. Förmodligen hade det inte spelat någon roll för studiens resultat vem som frågade dem och de informanter som blev tillfrågade av mig verkade uppriktigt positiva till studien. Jag uppfattade också att patienterna deltog på ett seriöst sätt och att de gärna ville dela sina upplevelser med mig. På grund av att jag arbetar på operationsavdelningen har jag en förförståelse av att vara patient på operation. Därför är intresset stort av att få veta hur människor upplever sin tid på en operationsavdelning. Är de rädda, oroliga, nöjda, nyfikna eller har de någon annan känsla?

Efter transkribering av min första intervju förstod jag problematiken med att vara följsam mot fenomenet. I de andra intervjuerna försökte jag vara mer fenomeninriktad och fokuserad, vilket gjorde att det gick bättre och bättre. Hade dock önskat att jag inte tagit patienternas upplevelser för givna och vedertagna utan varit mer kreativ med att be dem utveckla sin tanke så att de kunde reflektera mer över påståendet, vilket Dahlberg et. al (2008) menar att det är just det som är poängen i ansatsen. Jag gick tillbaka några gånger och började om från början i analysfasen men även det gick bättre och bättre efter ett tag.

Det hade varit möjligt att behålla ett reflekterande livsvärldsperspektiv och samtidigt utgå från en hermeneutisk forskningsansats där nyckelordet är förståelse genom tolkning. Strävan är då att teoribelägga och genom tolkning ge en bild av dolda innebörder i texten, vilket kanske hade gjort att jag kunde ha kommit ännu vidare med texten. Förståelsen är basen för all tolkning och vi kan aldrig riktigt säkert veta om vi verkligen har förstått, enligt Dahlberg et. al (2008).

Kanske hade resultatet blivit ett annat om åldersspannet i informantgruppen hade varit bredare eller kanske är det en fördom jag har att yngre människor är mer benägna att se till sina rättigheter i hälso- och sjukvården. Den konstanta utvecklingen av IT-samhället gör att yngre människor söker sina kunskaper och upplysningar om alternativa vård och behandlingsmetoder via Internet. Det är dock känt att yngre med god utbildning och god förmåga att kommunicera har större möjligheter att bli aktiva vårdkonsumenter, detta innebär dock inte att andra kategorier skulle sakna vilja att delta i sin vårdprocess enligt Borgenhammar och Fallberg (1997).

Resultatdiskussion

Erfarenheterna som operationssjuksköterska gör att jag har en förförståelse med mig. Detta skulle kunna ge mig en fördel eftersom jag förstår kontexten, men strävan var att försöka medvetandegöra min förförståelse och att tygla den under hela studiens gång. Förförståelsen gjorde att jag snabbt kunde förstå vad patienterna menade, dock försökte jag tygla min förförståelse så gott jag kunde och bad därför patienterna att utveckla sina svar. Under hela studiens gång har tanken funnits med att vara öppen, följsam och samtidigt ett försökt till att distansera mig. Mitt naturliga förhållningssätt ifrågasattes av vad patienterna egentligen menade och följdes av en reflekterande inställning för att kunna närma

mig och ta emot fenomenet som det visar sig (Dahlberg, Dahlberg och Nyström 2008 och Källerwald, 2007).

I föreliggande studie framkom att patienter i det stora hela var nöjda med sin tid på operationsavdelningen. Patienterna upplevde att de fick den information de behövde när de var i den intraoperativa fasen på operation. Dock ville de kirurgiska patienterna gärna ha mer information av sin läkare vad det gällde diagnoser och hur det kommer att fungera för dem i framtiden. Patienterna upplevde att de blev väl bemötta och kände sig välkomna av vårdpersonalen när de kom till operationsavdelningen. Upplevelser av förtroende för vården och vårdpersonalen gjorde att patienterna blev följsamma och utan betänkligheter kände att de kunde överlämna sig i vårdpersonalens omsorg.

Människor som söker sig till dagens sjukvård och som blir patienter hamnar i en vårdprocess. En vårdprocess ses som en följd av handlingar och i vården består processen av ett samspel mellan patient och vårdare, enligt Wiklund (2003). En vårdgivarbedömning påbörjas och i samband med den upprättas det en patientspecifik vårdplan med patienten. Åtgärder initieras, utförs och bevakas och när det är klart avslutas vårdprocessen. Det är lagstadgat att patientens behov ska styra samspelet, lagen innehåller bestämmelser om att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt tillgodose patientens behov av trygghet i vård och behandling enligt SOSFS (1982:736). I föreliggande studie är vårdprocessen från det att patienterna kommer till operationsavdelningen, ingreppet blir åtgärdat till att de sedan lämnar operationsavdelningen, alltså en perioperativprocess.

På en operationsavdelning är det ofta korta möten beroende på operationsingreppet. Enligt en studie på en akutmottagning kan korta möten upplevas av patienter att vårdpersonal stressar förbi, är nonchalanta och att patienter inte blir sedda (Nyström, 2003). Resultatet i föreliggande studie överensstämmer inte med Nyström (2003), utan patienter upplevde att mötet var positivt samt att de blev sedda. Vårdpersonalen hade tid och möjligheter att lyssna till patienters behov, de upplevde inte personalen som stressande. Leinonen, Leino-Kilpi och Jouko (1996) och Leinonen et al. (2001) belyser också i sina artiklar att patienter inte uppfattar vårdpersonalen som stressade i den intraoperativa fasen. Korta möten kan dock försvåra förutsättningar att skapa eller upprätta en vårdande relation. Risken finns att patienters oro och rädsla för anestesi och operationen inte uppmärksammas eller till och med nonchaleras enligt Lindwall (2004).

Korta möten just på den föreliggande studiens operationsavdelning beror helt enkelt på att sjukhuset inte arbetar efter den perioperativa dialogen. Zetterlund, (2000) och Rudolfsson, Hallberg, Ringsberg och von Post (2003) belyser att den begränsade ekonomin gör det svårt att införa den perioperativa modellen samt schematiska svårigheter i att ändra rutiner och arbetssätt inom vården. Perioperativ vårdprocess är en inriktning inom klinisk vårdvetenskap och handlar om operations- och anestesijuksköterskors perioperativa vårdande enligt Lindwall och von Post (2000). Den perioperativa dialogen är en operations- och anestesijuksköterskas pre- intra - och postoperativa samtal med den patient de ska vårda i samband med ett kirurgiskt ingrepp. Modellen syftar till att skapa

kontinuitet, lindra lidande, skydda patientens värdighet samt att skapa ett välbefinnande. Det anses också att under det preoperativa samtalet ges det möjlighet till patienter att berätta om sig själva, sina tankar inför operationen samt ställa egna frågor. Det finns också tid för den perioperativa sjuksköterskan att berätta om vad som kommer att hända på operationsavdelningen, förklara rutiner samt berätta vad som gäller just för patienter de ska vårda (von Post, Frid, Kolvered & Madsen, 2005).

Fokus ska ligga på att uppmärksamma patienterna under det korta mötet. Lyhördhet, vikten av att vara här och nu, lyssna och svara patienterna, vilket Määttä (2006) belyser. Det vilar på sjuksköterskans ansvar att bjuda in patienten till mötet och lägga grunden för ett gott omhändertagande. Att få ett respektfullt bemötande som en individ och inte som ett objekt är huvudsaken för patienterna belyser Lövgren, Sandman, Engström, Norberg och Eriksson (1998) och von Post (1999). Patienter i den föreliggande studien upplevde att de fick ett gott bemötande och blev sedda.

Patienter i föreliggande studie upplever en begränsad kunskap om vården i sig. Kunskapsbristen när det gäller sjukdomar och dess behandlingar men framför allt om den perioperativa processen var uppenbar. För att minska stress och oro hos patienter som ska operera sig är kunskap om den perioperativa processen en väsentlig del av patienters vårdprocess enligt Lindwall och von Post (2000). Leinonen och Leino-Kilpi (1999) belyser att vårdpersonalen kan hjälpa patienter igenom operationen med humor, musik men framför allt med sin kunskap. De belyser också att patienter är oroliga och stressade över anestesi, rädsla för det okända, cancer, smärta och rädsla för komplikationer. Det viktigaste för patienterna under intraoperativa fasen är att de får kontinuerlig information och hjälp med att övervinna sin oro. Patienter som upplevde att de blev tagna på allvar och blev behandlade med respekt kände sig säkrare som patienter och hade en mer aktiv roll i sin vårdssituation, enligt Mauleon, Palo-Bentsson och Ekman (2007). Det framkom också att äldre patienter med kunskap/informations brist har en oförmåga att medverka i beslut när det gäller dem själva.

Ottosson, Hallberg, Axelsson och Lovén (1997) belyser att patienternas lojalitet över hälso- och sjukvården gör dem ovilliga att uttala negativa åsikter. En möjlighet kan vara att resultatet blev lyckat och att hälsan blev bättre under deras sjukhusvistelse. Patienter litar på information de får men de vill gärna veta vad som sker och vad som kommer att ske. Upplevelsen av kunskap var relaterad till självbestämmande, vilket var viktigt för dem. Därför är adekvat information en viktig del av omvårdnaden. Wagner och Bear (2009) menar att patienter uppskattar kunskap om sin hälsa, vilket kan påverka deras livsstil samt ge möjligheter till att bemästra sin oro. De menar också att den största tillfredställelsen var när de fick information av sjuksköterskorna om vad som skulle hända med dem. Trots att Ottosson, Hallberg, Axelsson och Lovén (1997) studie är minst tio år kan likheter ses med den föreliggande studiens resultat där det framkom att patienter var tillfredställda med information de fick under sin tid på operation. Om patienter ska ha en möjlighet till att vara med och utformar sin egen vård är det viktigt att de får lämpliga och riktiga svar på sina frågor. Utan kunskap blir det lätt att patienter fogar sig i det som vården tror är bäst för patienten. Det råder inget tvivel om att patienter i föreliggande studie upplever att

läkare och vårdpersonal är experter på området. Vilket även bekräftas i studien av Lagerström och Bergbom (2006) där patienter överlämnade sig och utgick ifrån att vårdpersonal tar hand om patienters behov, skyddar dem från skador samt kränkningar.

I föreliggande studie hade patienterna varit på ett informationsmöte innan operation och var tillfredsställda med informationen de fått där. Det informerades hur det fungerar på vårdavdelningen, om sjuk/arbetsterapeuternas träning och hjälpmedel postoperativt. Kirurg, ortoped samt anestesiläkare gjorde en preoperativbedömning av patienterna. Dock var det ingen information från operation eller anestesijuksköterskor som informerade om vad som skulle ske på operationsavdelningen. Trots bristen på information om den perioperativa processen, upplevde patienterna i föreliggande studie att de fått tillräcklig information. Det finns patienter som inte reflekterar över att de saknar information före sin operation, utan känner sig nöjda om de får kontinuerlig information.

Hur går detta ihop med dagens informationssamhälle? Vårdgivaren är skyldig att informera om allt som patienten ska genomgå. Enligt SOSFS (1992:22), hälso- och sjukvårdslagstiftningen ställs det stora krav på att patienten informeras om de behandlingsmetoder som står till buds. Vården skall också bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Likaså skall det så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Orsaken till att patienter i föreliggande studie upplevde att de blev sedda, hade tillit till operationen trots att de inte hade fått ett perioperativt samtal kan bero på att vårdpersonalen upplevdes utstråla lugn, säkerhet och var duktiga på att hantera de medicinsktekniska apparaterna. I överensstämmelse med Lagerström och Bergbom (2006) och Leinonen et. al (1996) påvisas att vårdpersonalens kompetens och professionalism, vänlighet samt humor gjorde att patienter upplevde att de blev lugna och kunde slappna av när de kom till operation. En annan orsak var att vårdpersonalen hela tiden informerade, förklarade vad som skulle ske, och guidade patienten i den perioperativa processen.

von Post (1996) menar att förhållandet mellan patient och vårdpersonal är viktigt och att det utvecklas en speciell relation mellan dem. Patienter känner sig sårbara och det är vårdpersonal som ser patienten och verkar som dennes advokat. Den fysiska vårdmiljön påverkar den psykologiska eftersom mötet mellan patienten och vårdpersonalen alltid sker i en fysisk miljö. Fysiska vårdmiljön har på olika sätt ett inflytande på hur mötet utvecklas. Det kan både försvåra eller ge stöd i hur relationen blir. En operationsmiljö upplevs oftast av patienter som steril och färglös. Dock är den fysiska omgivningen inte det primära för hur patienten upplever omvårdnaden, utan det är alltid själva mötet mellan patient och vårdpersonal som är det absolut avgörande enligt Fridell (1998). Vilket också kan jämföras med Henry Gleitman et al. (1999) som skriver om Maslow's holistiska-dynamiska motivationsteorin där de basala behoven, de sociala behoven och säkerheten är de viktigaste för ett upprätthållande liv.

Operation i spinalbedövning har i några studier som t ex Leinonen et. al (1996) och Rudolfsson (2003) påvisat att patienter känner sig tillfredsställda och

delaktiga med vårdpersonalens teamwork. Patienterna hade en känsla av att de blev tagna på allvar när personalen frågade hur patienten mådde och berättade hur operationen framskred. Det framkom också att om vårdpersonalen informerade patienten om vad som skulle hända förstärktes upplevelsen av en vänskap samt att vara betydelsefull. Gustafsson, Ponzer, Heikkilä och Ekmans (2007) och Pateman & Johnson (2000) studier visar en annan sida där spinalbedövade patienter upplevde att de blev övertalade att bli opererade i spinalbedövning samt att det var obehaglig att förlora kontrollen över sina ben under bedövningen. De uttryckte också en känsla av obehag när de hörde och kände hammarslagen under operationen.

Patienter som fått sin cancerdiagnos upplevde inget annat val än att lämna sig i händerna på operationspersonalen. Patienter vill bli friska och anpassar sig nästan till vad som helst för att bli av med sina besvär. Patienterna uttryckte att överlämnandet gjordes till en kompetent personal med stor kunskap. Samtidigt vill patienter inte lägga sig i och vara till besvär enligt Lagerström och Bergbom (2006) och Worster & Holmes (2008). Det som framkom i föreliggande studie visar tydliga kopplingar till tidigare forskning där patienter vill bli bekräftade, sedda, få kontinuerlig information under sin preoperativa tid samt få ett kunnigt utlåtande av sin läkare.

Det som förvånar mest i den föreliggande studien är att patienter upplevde den perioperativa tiden som en tid som bara skulle passeras, för kroppen var tvungen att repareras. Fokus för patienterna var att få fastställt en diagnos samt information om operationen, gärna från operatören själv. Viktigt var också att få information om hur efterförloppet skulle gå till. Enligt patienterna i studien har de inte varit i behov av ett perioperativt samtal. Hade de vetat att de kunde få ett perioperativt samtal med en perioperativ sjuksköterska hade de säkert tagit tillfället i akt. Ett sådant samtal är inte bara givande för patienterna utan även en utveckling för den perioperativa sjuksköterskan.

Betydelse för vårdandet

Trots studier om vårdutvecklingen inom operationssjukvården sedan början av 1980-talet är det inga stora eller märkbara skillnader i utvecklingen fram till nu. Många av dagens patienter vill bli informerade och ställer krav på vården, dock finns det påtagligt många patienter som inte bryr sig nämnvärt utan litar på vården utan att ifrågasätta. I framtiden kommer patienter kommer att vilja bli upplysta om sina rättigheter inom sjukvården i större utsträckning och det kommer att ställas högre och högre krav på sjukhuspersonalen i framtiden när det gäller information. Nyttillkomna patienter kommer att vara i behov av och framför allt kräva en individuell vård. Nyänkandet och nyskapandet måste därför utvecklas för att man skall kunna möta och tillfredställa allas behov.

Trots att det blir lättare och lättare att få tag på information i framtiden som till exempel på Internet, kommer det även i framtiden finnas patienter som inte tar till sig information på annat sätt än den de får via sin läkare eller annan vårdpersonal. De litar på att vården gör sitt yttersta för att de ska få den vård de behöver utan att ifrågasätta. De patienter som vill ha information kommer alltid att få fram den information de behöver. Dock behöver vi fånga upp patienter som inte vet att de kan få information, de som inte bryr sig eller de som inte vet hur man söker

information och göra dem uppmärksamma på vad de har för alternativ och hur de kan påverka sin vård. Den perioperativa dialogen som Lindwall och von Post (2000) beskriver är därför ett mycket bra alternativ för att få informerade patienter. Ett nytänkande och en omvälvande omorganisation inom operationssjukvården måste då påbörjas. Den perioperativa dialogen gör att det ges möjligheter att reflektera över vården, både som givare och mottagare. Genom att reflektera över sina vårdhandlingar ökar kompetensen framför allt hos den perioperativasjuksköterskan, vilket är till gagn för patienter och hälso- och sjukvården. Det är därför viktigt med fortsatt forskning om hur patienter upplever sin tid inom den perioperativa tiden och framförallt inom den intraoperativa fasen. Kunskap för specialistsjuksköterskan framåt och utvecklar samtidigt operationssjukvården.

REFERENSER

AORN. (1989). *Standards and recommended practices for perioperative nursing*. Denver: Inc.

Bengtsson, J. (2001). *Sammanflätningar: Husserls och Merleau-Pontys fenomenologi*. Göteborg: Diados.

Borgenhammar, E. & Fallberg, L.(1997). *Våga vara vårdkonsument. -Vägar till medvetenhet*. Stockholm. SNS Förlag.

CARNA. (2007). April. Volume 63. No 4. Perioperative Nursing: A Class of Their Own. *Nurses ab. Ca*

Centrala etiknämnden. <http://www.epn.se/centrala-etikproevningsnaemnden/om-naemnden.aspx>. (2008).

Dahlberg, K. (2002). Vårdlidande – det onödiga lidandet. *Vård i Norden*.

Dahlberg, K., Dahlberg, H., & Nyström, M. (2008). *Reflective lifeworld research*. Lund. Studentlitteratur.

Dahlberg, K. Segesten, K. Nyström, M. Suserud, B-O. Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K. (2000). *Hälsans idé*. Tryck: Elanders Graphic Systems. Göteborg. Liber AB.

Fridell, S. (1998). *Rum för vårdens möten*. Akademisk avhandling. Stockholm: Kungliga tekniska högskolan.

Gleitman, H., Fridlund, A.J., Reisberg, D. (1999). *Psychology*. W.W. Norton & Company, Inc., 500 Fifth Avenue, New York, N.Y. 10110.

Gustafsson Åkesdotter, B., Ponzer, S. Heikkilä, K & Ekman S-L. (2007). The lived body and the perioperative period in replacement surgery: older people's experience. *Journal of Advanced Nursing* 60 (1), 20-28.

Hallström, I., Elander, G. (2001). A comparison of patient needs as ranked by patients and nurses. *Journal of Caring Science*. 15, 228-234.

Haug, E., Sand, O. & Sjaastad, Ö V. (1993). *Människans fysiologi*. Liber AB. Stockholm.

Holm, S. Hansen, E. (2000). *Pre- och postoperativ omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S. Birkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Kvalvaag Grønnestad, B. & Blystad, Astrid. (2004). Patienters opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon En kvalitativ studie. *Vård i Norden*.

Källerwald, S. (2007). *I skuggan av en hotat existens – Om den onödiga striden mellan biologi och existens i vården av patienter med malignt lymfom*. (Akademisk avhandling). Acta Wexionensia 123. Göteborg: Interlecta Docusys.

Lagerström, E., & Bergbom, I. (2006). The care given when undergoing operations an anaesthesia-the patient's perspective. *Journal of Advanced Perioperative Care*.

Leinonen, T., Leino-Kilpi, H. & Jouko, K. (1996). The quality of intraoperative nursing care: the patient's perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 8, 123-138.

Leinonen, T. & Leino-Kilpi, H. (1999). Research i peri-operative nursing care. *Journal of Clinical Nursing* 1999; 8: 123-138.

Leinonen, T., Leino-Kilpi, H., Ståhlberg, M-R., & Lertola, K. (2001).The quality of perioperative care: development of a tool for the perceptions of patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (2), 294-306.

Lindskog, Bengt, I., (1997). *Medicinsk terminologi*. Almqvist & Wiksell AB, Uppsala.

Lindwall, L. & von Post, I. (2000). *Perioperativ vård - den perioperativa vårdprocessen*. Lund: Studentlitteratur.

Lindwall, L. (2004). *Kroppen som bärare av hälsa och lidande*. Åbo: Åbo Akademis förlag.

Lövgren, G., Sandman, P-O., Engström., Norberg, A., & Eriksson, S. (1998). The view of caring among patients and personell. *Scandinavian Journal Caring Science*, 12, 33-41.

Mauleon, A., Palo-Bengtsson, L. & Ekman, S-L. (2007). Patiénts experiecing local anasthesia and hip surgery. *Journal of Clinical Nursing*. 16, 892-899.

McGavery, H. Chambers, M. & Boore, J. (1999). Exploratory study of nursing in an operating department: preliminary findings of the role of nurse. *Intensive and Critical Care and Nursing*. 15. 346-356.

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

Moene, M. (2006). *Samtal inför ett kirurgiskt ingrepp*. (Avhandling för licentiatexamen, Göteborgs universitet).

Määttä, S M. (2006). Closeness and distance in the nurse-patient relation. The relevance of Edith Stein's concept of empathy. *Nursing Philosophy*.

Nationalencyklopedin. (1995). Höganäs.

Nyström, M. (2003). *Möten på en akutmottagning, om effektivitetens vårdkultur*. Lund: Studentlitteratur.

Ottosson, B. Hallberg, I. R. Axelsson, K & Lovén, L. (1997). Patient's satisfaction with Surgical Impaired by Cuts in Expenditure and After Investigations to Improve Nursing Care at a Surgical Clinic. *International Journal for Quality in health Care*..

Pateman, B. & Johnson, Martin. (2000). Men's lived experiences following transurethral prostatectomy for benign prostatic hypertrophy. *Journal of Advanced Nursing*.

Reid, J. (1998). Preoperative information giving: an essential element of peri-operative practice. *British journal of Theatre Nursing*. 8. (6), 27-30.

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), 77-84.

SFS (1982:723) *Hälso- och sjukvårdslagen*. Författningshandbok. För personal inom hälso- och sjukvård 2006. Stockholm: Liber AB.

SFS (1982:736). *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SOSFS (1992:22) Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om informationsskyldighet för läkare och tandläkare om generiska läkemedel m.m. 1992.

SOSFS (1995:15). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1995.

Wagner, D. & Bear, M. (2009). Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework. *Journal of Advanced Nursing*.

von Post, I. (1996). *Naturlig vård och värdekonflikter inom den perioperativa vården*. Vasa: Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap.

von Post, I. (1999). A hermeneutic textual analysis of suffering and caring in the peri-operative context. *Journal of advanced Nursing*. 30 (4), 983-989.

von Post, I. Frid, I. Kolvered, M. Madsen, C. (2005). *Vård i Norden*.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Lund. Studentlitteratur.

Worster, B., & Holmes, S., (2008). The preoperative experience of patients undergoing surgery for colorectal cancer: phenomenological study. *European Journal of Oncology Nursing* 12, 418-424.

Zetterlund, P. (2000). Perioperativ dialog. *Vård i Norden*.

Patientinformation

Studie om hur spinalbedövade patienter upplever sin tid på operationsavdelning, Alingsås Lasarett.

Under sommaren och hösten 2008 kommer det att genomföras en intervjustudie om spinalbedövade patienter där syftet är att beskriva hur spinalbedövade patienter upplever sin tid under operation. Studien kommer att ligga till grund för en Magisteruppsats i ämnet Vårdvetenskap. Målet med studien är att få fram Dina upplevelser och erfarenheter samt hur Du upplevde din tid under operationen.

Naturligtvis kommer intervjuerna att behandlas konfidentiellt vilket innebär att ingen annan än jag och min handledare läser de bandade och nedskrivna resultaten. Enskilda svar kommer inte att kunna kopplas samman med någon speciell person i den färdiga uppsatsen.

Intervjuerna beräknas ta ungefär 1 timme och genomförs efter överenskommelse med Dig på en plats och en tid som Du anser lämplig.

Din medverkan är helt frivillig och Du kan när som helst utan närmare förklaring avbryta ditt deltagande.

Med vänliga hälsningar

Blomdahl Katarina
Operationssjuksköterska
xxxx-xx xx xx (arbete)
xxxx-xx xx xx (mobil)

Carlsson Gunilla
Lektor, Handledare
Institutionen för Vårdvetenskap,
Högskolan i Borås

Samtycke till studie om hur spinalbedövade patienter upplever sin tid på operation.

Jag har informerats om studien och även tagit del av den skriftliga patientinformationen. Jag är medveten om att mitt deltagande i studien är frivilligt.

Personnummer

Telefonnummer dag och kvällstid

Ort och datum

Namnsteckning

Namnförtydligande