



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Anestesisjuksköterskans personcentrerade omvårdnadsåtgärder för
att lindra oro hos patienter som genomgår regional anestesi

– en kvalitativ intervjustudie

Sofia Ek, Sandra Holmqvist

2018-05-16

Examensarbete, Avancerad nivå (yrkesexamen), 15 hp
Omvårdnad
Specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning anestesisjukvård

Handledare: Kati Knudsen
Examinator: Marja-Leena Kristofferzon

Sammanfattning

Introduktion: Anestesisjuksköterskan är den som står i närmast kontakt till patienten under operationen och som främst ska skydda och tillgodose dennes individuella behov. Det är vanligt att patienter som genomgår kirurgi i regional anestesi upplever oro inför och under ingreppet. Både utifrån det aktuella sjukdomstillståndet men även på grund av rädsla för vad som ska ske inne på operationssalen. **Syfte:** Beskriva hur anestesisjuksköterskan identifierar och lindrar oro ur ett personcentrerat omvårdnadsperspektiv hos patienter som genomgår regional anestesi. **Metod:** En kvalitativ intervjustudie med kvalitativ innehållsanalys. I studien intervjuades 11 anestesisjuksköterskor som arbetade med planerad och akut operationsverksamhet med varierande ålder och yrkeserfarenhet. **Huvudresultat:** Anestesisjuksköterskornas erfarenheter visade att tydlig och individanpassad information var viktigt för att kunna arbeta personcentrerat. För att kunna ge individanpassad information var det viktigt att få tid och enskildhet tillsammans med patienten innan operationen. Oro hos patienten identifierades genom att observera fysiska tecken samt att kommunicera med patienten under operationen. Strategier för att lindra oro var närvaro, ögonkontakt, fysisk beröring samt att erbjuda musik och lugnande läkemedel. **Slutsats:** Studien belyste anestesisjuksköterskors erfarenhet av att arbeta personcentrerat för att identifiera och lindra oro hos patienter under regional anestesi. Det framkom att de ofta saknade tid och enskildhet med patienten som var viktigt för att kunna arbeta personcentrerat. För att identifiera och skatta oro användes inga andra hjälpmedel än anestesisjuksköterskans egen bedömning, det ställdes därmed höga krav på den egna förmågan att läsa av och bemöta patienterna på ett individanpassat sätt.

Nyckelord: Anestesisjuksköterska, oro, personcentrerad vård, regional anestesi

Abstract

Introduction: The nurse anesthetist is the one who is in nearest contact with the patient during the surgery and primarily protects and meets his individual needs. It is common for patient undergoing surgery in regional anesthesia to experience anxiety before and during surgery. Both based on the current state of illness but also because of fear of what is going to happen in the operating room. **Aim:** Describe how the nurse anesthetist identifies and relieve anxiety from a person-centred nursing perspective in patients undergoing regional anesthesia. **Method:** A qualitative interview study with qualitative content analysis. In the study, 11 nurse anesthetists were interviewed who worked with planned and urgent surgery with varying ages and professional experience. **Result:** The nurse anesthetists' experiences showed that clear and individualized information was important in order to be able to work person-centred. In order to provide personalized information, it was important to have time and individuality together with the patient prior to surgery. Anxiety with the patient was identified by observing physical signs and also communicating with the patient during the surgery. Strategies to relieve anxiety were presence, eye contact, physical touch and to offer music and sedative drugs. **Conclusion:** The study elucidated the nurse anesthetists' experience of working person-centred to identify and alleviate anxiety in patients under regional anesthesia. It was found that they often lacked time and individuality with the patient which was important in order to be able to work person-centred. In order to identify and estimate anxiety, no other means were used than the nurse anesthetists own assessment, high demands were thus made on their own ability to read and respond to patients in an individualized manner.

Keywords: Anxiety, nurse anesthetist, person-centred care, regional anesthesia

1 INTRODUKTION.....	1
1.1 Bakgrund.....	1
1.1.1 Anestesisjuksköterskans roll utifrån ett personcentrerat perspektiv	1
1.1.2 Personcentrerad vård.....	1
1.1.3 Regional anestesi	2
1.1.4 Oro i samband med anestesi	2
1.1.5 Joyce Travelbee's omvårdnadsteori med personen i fokus	4
1.1.6 Problemformulering	4
1.1.7 Syfte.....	5
2 METOD.....	5
2.1 Design	5
2.2 Urvalsmetod och undersökningsgrupp	5
2.3 Datainsamlingsmetod och tillvägagångssätt	6
2.4 Dataanalys.....	7
2.5 Forskningsetiska överväganden	8
3 RESULTAT	9
3.1 Identifiera behov och individanpassa vården	10
3.1.1 Att arbeta individanpassat som anestesisjuksköterska	10
3.1.2 Att förbereda patienten genom individanpassad information	12
3.1.3 Miljö och tidsbrist – ett hinder för att arbeta individanpassat.....	13
3.2 Strategier för att identifiera oro.....	13
3.2.1 Att identifiera fysiska tecken på oro	14
3.2.2 Att identifiera oro genom samtal.....	14
3.3 Strategier för att lindra oro	15
3.3.1 Att vara närvarande	15
3.3.2 Att ha fysisk kontakt med patienten	17
3.3.3 Att öka komforten under operationen	17
3.3.4 Att lindra oro med hjälp av läkemedel	18
4 DISKUSSION	19
4.1 Huvudresultat	19
4.2 Resultatdiskussion	19
4.2.1 Identifiera behov och individanpassa vården	19
4.2.2 Strategier för att identifiera oro	22
4.2.3 Strategier för att lindra oro	23
4.3 Metoddiskussion	24
4.4 Kliniska implikationer	26
4.5 Förslag till vidare forskning	27
4.6 Slutsats.....	27
5 REFERENSER	28

1 Introduktion

Anestesisjuksköterskan är den som står i direkt kontakt till patienten och som främst ska skydda och tillgodose dennes behov, såväl emotionella som fysiologiska, under operationen (Arakelian, Swenne, Lindberg, Rudolfsson, & von Vogelsang, 2017; Mitchell, 2010). Det är vanligt att patienter som genomgår kirurgi i generell eller regional anestesi upplever oro inför ingreppet, både utifrån det aktuella sjukdomstillståndet men även på grund av rädsla för vad som ska ske inne på operationssalen och hur anestesi kommer påverka kroppen (Haugen, Eide, Olsen, Haukeland, Remme & Wahl, 2008; Lindwall, von Post & Bergbom, 2003; Mitchell, 2010).

1.1 Bakgrund

1.1.1 Anestesisjuksköterskans roll utifrån ett personcentrerat perspektiv

En av de kärnkompetenser som anestesisjuksköterskor förväntas besitta innebär att patientens autonomi och individuella behov sätts i centrum. Anestesisjuksköterskan ska förmedla trygghet till patienten, erbjuda information och bemötande på en individanpassad nivå samt planera vården för den enskilda individen genom den perioperativa dialogen (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & svensk sjuksköterskeförening, 2012). På så sätt kan anestesisjuksköterskan och patienten finna ett samspel som leder till minskad oro (Arakelian et al., 2017; Gilmartin & Wright, 2008; Lindwall et al., 2003; Mitchell, 2010).

Genom att vara mottaglig för patientens situation och tillvarata och respektera dennes rätt till medbestämmande över sin egen vård uppnås välbefinnande hos patienten som kan vara gynnsamt för det medicinska tillståndet under hela operationsförloppet (Arakelian et al., 2017).

1.1.2 Personcentrerad vård

Personcentrerad vård är ett begrepp som vuxit fram sedan 1960-talet som en beskrivning på god och humanistisk vård. Under 2000-talet har forskare bidragit till en förverkling av den personcentrerade vården genom att ta fram teoretiska modeller och tillämpat dem i klinisk verksamhet och därmed skapat evidens för dess goda effekter på patientens välbefinnande (Svensk sjuksköterskeförening, 2016; Göteborgs universitet, 2015).

Personcentrerad vård syftar till att sätta personen snarare än patienten i fokus och ta tillvara på dennes berättelse om sin situation samt möjliggöra medbestämmande över den egna vården. På så vis skapas skraddarsydd vård och omvårdnad utifrån varje persons enskilda behov (Brummel-Smith et al., 2016).

1.1.3 Regional anestesi

Regional anestesi går att utföra genom central eller perifer nervblockad, vilket innebär att patienten är helt eller delvis vaken under operationen (Cobbald & Money, 2010; Hovind, 2016). Den regionala anestesi kan upplevas skrämmande för vissa patienten på grund av känselbortfall, oförmåga att röra sig och känslan av att veta men inte se eller känna vad operatören gör (Arakelian et al., 2017; Bergman, Stenudd & Engström, 2011).

Förberedelserna av en patient som genomgår regional anestesi innefattar samma preoperativa förberedelser som inför generell anestesi. Den preoperativa bedömningen ger nödvändig information för att identifiera eventuella anestetiska riskfaktorer, såsom hjärtsjukdom och hypovolemi. Även om det förväntas att en patient kommer vara medveten under operationen, kan patienten kräva sedering eller att den regionala anestesi måste övergå till generell anestesi (Cobbald & Money, 2010). Den vakna patienten och det nya personcentrerade förhållningssättet i vården gör att anestesijuksköterskans ansvarsområde utökas från att vårda enbart den fysiska patienten till att även tillgodose patientens emotionella behov under operationen (Arakelian et al., 2017; Mitchell, 2010).

1.1.4 Oro i samband med anestesi

Patienter som ska opereras upplever i hög grad preoperativ oro (Gilmartin & Wright, 2008; Haugen et al., 2008; Jlala, French, Foxall, Hardman & Beedforth, 2010; Mitchell, 2009) oavsett om operationen kommer utföras under regional eller generell anestesi. Oron grundas ofta i okunskap kring vad som ska hända under operationen (Arakelian et al., 2017; Gilmartin & Wright, 2008; Haugen et al., 2008; Lindwall et al., 2003; Mitchell, 2010). De vanligaste orsakerna till preoperativ oro är smärta, anesthesiologiska komplikationer, postoperativt illamående och kräkningar. Även rädsla för att inte återfå medvetande efter anestesi, förlora fysisk och känslomässig kontroll eller risken att behöva se att deras kropp skärs i, kirurgiska fel och uppskjuten operation (Homzova & Zeleníková, 2015; Mitchell, 2009). Patientens oro pendlar i intensitet under operationsförloppet i samband med händelser som anestesistart och operationsstart (Haugen et al., 2008), det är därför viktigt att anestesijuksköterskan är lyhörd för patientens signaler under operationen för att kunna erbjuda individanpassad omvårdnad

(Lindwall et al., 2003). Det är i tidigare studier väldokumenterat att skattningsskalor är ett effektivt hjälpmedel för att bedöma oro hos patienter. Den mest vedertagna skalan är Visual Analogue Scale (VAS), som även finns specifikt utformad för oro, Visual Analogue Scale for Anxiety (VAS-A) (Bae, Lim, Hur & Lee, 2014; Bilgin, Altun, Saylam & Erdem, 2012; Haugen et al, 2009; Homzova & Zeleníková, 2015; Jlala et al., 2010; Moon & Cho, 2001; Ng, Chau & Leung, 2004; Trängeberg & Warrén Stomberg, 2013; Wang, Kulkarni, Dolev & Kain, 2002). För att förbygga oro i samband med anestesi finns ett värde i att öka de personcentrerade vårdinsatserna genom den pre-, intra- och postoperativa fasen (Gilmartin & Wright, 2008; Lindwall et al., 2003; Mitchell, 2010).

Den preoperativa oron skiljer sig signifikant åt mellan män och kvinnor och är generellt högre hos kvinnor inför en operation (Homzova & Zeleníková, 2015; Jlala et al., 2010). Oron kan påverka patienternas förståelse, hur de kommer ihåg informationen och deras förmåga att ge informerat samtycke (Jlala et al., 2010). Det är därför viktigt att kommunikationen sker före operationen för att hjälpa att eliminera missuppfattningar och betona att anestesen är säker och kontrollerad (Mitchell, 2009). Den preoperativa informationen gällande den perioperativa perioden förbättrar patienternas kunskap om operationen och den postoperativa återhämtningen. Det gör att patienterna får en känsla av kontroll, blir mentalt förberedd och det minskar därmed patienternas oro (Bergman et al., 2011; Bilgin et al., 2012; Jlala et al., 2010; Mitchell, 2009; Ng et al., 2004).

Tidigare forskning visar på att anestesijuksköterskan kan lindra oro genom att vara nära, hålla patienten i handen och samtala om vardagliga händelser vilket gör att patienten känner en tillhörighet och trygghet som gör att tiden går snabbt på operationssalen (Bergman et al., 2011; Moon & Cho, 2001; Pirbudak & Tepe, 2017). Musik är även ett enkelt och kostnadseffektivt verktyg som minskar oron signifikant pre- och intraoperativt. Musik under regional anestesi leder bort patienternas uppmärksamhet från operationen och får de att tänka på något mer behagligt. Patienter får en känsla av lugn och välmående (Arslan, Özer & Özyurt, 2008; Bae et al., 2014; Trängeberg et al., 2013; Wang et al., 2002). Effekten av intraoperativ musik har också reducerande effekt på patientens vitala parametrar som puls och blodtryck. Musik kan även bidra till en konsekvent minskning av sedering till patienter vilket bidrar till snabbare återhämtning samtidigt som man undviker de negativa effekterna av lugnande läkemedel (Bae et al., 2014; Bansal et al., 2010).

1.1.5 Joyce Travelbee's omvårdnadsteori med personen i fokus

Joyce Travelbee's omvårdnadsteori syftar till att sätta personen framför patienten och utgå från dennes individuella upplevelser och behov för att skapa förutsättning för god omvårdnad. Detta förutsätter att anestesijuksköterskan genom empati och sympati intresserar sig för personen och etablerar en tryggande kommunikation såväl verbalt som icke-verbalt. Hon menar att kommunikation är sjuksköterskans viktigaste verktyg för att etablera en relation med patienten och lära känna denne som en person med individuella behov. Genom god kommunikation kan sjuksköterskan skilja på de behov patienten faktiskt har och de behov som sjuksköterskan tror finns där, detta säkerställer att vården individanpassas och att omvårdnadsåtgärderna är relevanta utifrån behoven (Travelbee, 1971).

Som nämnts ovan står detta i enlighet med det personcentrerade förhållningssätt som anestesijuksköterskor kan tillämpa i patientarbetet för att uppnå trygghet hos patienten under hela operationsförloppet. Genom att sätta personen i fokus och individanpassa kommunikation och omvårdnadsåtgärder samt skapa en personlig relation till patienten ökar välbefinnandet hos både patienten och anestesijuksköterskan (Arakelian et al., 2017; Lindwall et al., 2003; Mitchell, 2010).

1.1.6 Problemformulering

Det är känt att patienter känner oro inför kirurgiska ingrepp under både generell och regional anestesi. Vid generell anestesi sover patienten och tiden för kommunikation och lindring av oro begränsas till de minuterna på operationssalen innan anestesen induceras. Vid regional anestesi är patienten däremot helt eller delvis vaken under operationer som ibland är flera timmar långa. Det ställs då höga krav på anestesijuksköterskan, tillsammans med övrig personal på operationssalen, för att identifiera och lindra patientens oro. För det postoperativa vårdförloppet och patientens återhämtning finns ett högt värde i att patientens exponering för centralstimulerande läkemedel minimeras.

Tidigare forskning belyser vilka strategier och omvårdnadsåtgärder som anestesijuksköterskan kan utföra för att lindra oro samt hur anestesijuksköterskan preoperativt kan identifiera oro genom skattning och samtal. Forskning om hur anestesijuksköterskan kan arbeta personcentrerat utifrån dessa omvårdnadsåtgärder är begränsad.

Med anledning av detta vill vi belysa och undersöka hur anestesijuksköterskan kan arbeta

personcentrerat och vilka omvårdnadsåtgärder anestesijuksköterskan tillämpar för att lindra patientens oro under anestesi samt hur behovet av dessa omvårdnadsåtgärder identifieras.

1.1.7 Syfte

Syftet med intervjustudien var att beskriva hur anestesijuksköterskan identifierar och lindrar oro ur ett personcentrerat omvårdnadsperspektiv hos patienter som genomgår regional anestesi.

2 Metod

2.1 Design

En kvalitativ intervjustudie med beskrivande design har tillämpats då syftet med studien var att beskriva anestesijuksköterskans egna upplevelser och erfarenheter (Polit & Beck, 2012).

2.2 Urvalsmetod och undersökningsgrupp

Urvalet har skett ändamålsenligt då det vid den här typen av studier är viktigt att informanterna har erfarenhet av ämnet för att kunna besvara studiens syfte (Polit & Beck, 2012). Till studien rekryterades 11 informanter, 3 män och 8 kvinnor i åldrarna 29-64 år (median 44 år). Inklusionskriterier för studien var anestesijuksköterskor med erfarenhet av att arbeta med regional anestesi och varierande antal år i yrket. Fast anställning eller vikariat, skiftarbete och tjänstgöringsgrad ansågs inte utgöra någon skillnad för studiens syfte eftersom att syftet var att beskriva vilka omvårdnadsåtgärder anestesijuksköterskan tillämpar vilket inte är direkt relaterat till den verksamhet de arbetar i. Anestesijuksköterskor under introduktion samt anestesijuksköterskor med enbart administrativ tjänst exkluderades ur studien. Informanternas tidigare arbetslivserfarenhet varierade mellan primärvård, akutsjukvård, ambulanssjukvård, allmän vårdavdelning och intensivvårdsavdelning. Antal yrkesverksamma år som anestesijuksköterska varierade mellan mindre än ett år till över 30 år. Endast en tilltänkt informant avböjde att delta i studien vid tillfrågan, den tillfrågade uppgav tidsbrist som orsak till nekandet av deltagande.

Undersökningsgruppen bestod av anestesijuksköterskor verksamma vid två operationsavdelningar i Mellansverige, en avdelning för elektiv kirurgi och en sluten operationsavdelning med verksamhet dygnet runt för både planerad och akut kirurgi av patienter. Vid dessa avdelningar arbetar totalt 58 månadsanställda anestesijuksköterskor och

vid båda avdelningarna förekommer regional och generell anestesi. Under år 2017 utfördes totalt 10683 operationer varav 3449 operationer var i regional anestesi. På operationsavdelningarna utförs kirurgiska, ortopediska, gynekologiska och urologiska operationer.

2.3 Datainsamlingsmetod och tillvägagångssätt

Författarna utformade tillsammans en semistrukturerad intervjuguide för att säkerställa att studiens syfte besvarades (Granheim & Lundman, 2004). Intervjuguiden bestod av 11 öppna frågor för att ge utrymme åt informanterna att svara fritt samtidigt som hela syftet kunde täckas samt styrka studiens pålitlighet.

Huvudsakligen berörde frågorna informantens erfarenhet av personcentrerad vård i anestesimiljö samt arbetet med oroliga patienter som genomgår kirurgi under regional anestesi.

Under intervjuerna ställdes bland annat följande frågor; *"Hur skulle du beskriva att du kan arbeta personcentrerat som anesthesisjuksköterska?"*, *"Kan du beskriva en situation där du tagit hand om en orolig patient under regional anestesi?"*, *"Hur lindrar du oro hos patienter som genomgår regional anestesi?"*, *"Kan du beskriva djupare hur du identifierar oro hos dina patienter på ett personcentrerat sätt?"*

För att utveckla svaren användes följdfrågor och underfrågor som; *"Vad gjorde du då?"*, *"Hur tycker du att det blev när du gjorde så?"*, *"Kan du berätta något mer om det där?"*, *"Vad gör att du känner så?"*.

Samtliga intervjuer avslutades med en öppen fråga: *"Finns det något i det här ämnet du vill lägga till?"*.

Inför varje intervju presenterades en kort definition av begreppet personcentrerad vård så att informanten blev förtrogen med begreppet.

Innan datainsamlingen påbörjades genomfördes en pilotintervju för att säkerställa att intervjuguiden var relevant för studien, att testa den tekniska utrustningen och intervjuens tidsåtgång. Då pilotintervjun svarade väl på studiens syfte har den inkluderats i studien, den föranledde heller inte några ändringar i intervjuguiden (Polit & Beck, 2012).

Individuella intervjuer utfördes och vid samtliga närvarade båda författarna varav den ena utförde intervjun och den andra satt som medlyssnare och förde stödanteckningar. Detta minskade risken för feltolkningar av informanternas berättelser och ökade studiens pålitlighet och trovärdighet (Polit & Beck, 2012). I samband med att intervjuerna startade fick

informanten fylla i en enkät med bakgrundsfrågor gällande kön, ålder, yrkesverksamma år som sjuksköterska, yrkesverksamma år som anestesijuksköterska och tidigare arbetslivserfarenhet. Intervjuerna utfördes under 1 vecka på informanternas respektive arbetsplats där författarna befann sig dagtid under hela perioden för datainsamlingen för att kunna tillmötesgå verksamhetens möjlighet att frigöra informanten från arbetet. Platsen för intervjun valdes i samråd med respektive informant och samtliga intervjuer utfördes i ett ostört avskilt rum i anslutning till arbetsplatsen, vilket rekommenderas av Kvale och Brinkmann (2009).

Samtliga intervjuer spelades in med en mobiltelefon och en MP3-spelare för att säkerställa att ingen information gick förlorad. Intervjuerna varierade mellan 15-40 minuter (median 22:21 minuter). Båda författarna har erfarenhet av sjuksköterskeyrket och den ena har även mångårig erfarenhet av arbete på anesiavdelning i annan yrkesprofession vilket gjorde att författarna kunde relatera till och förstå kontexten av det informanterna berättade (Polit & Beck, 2012).

En ansökan om godkännande av att få genomföra studien skickades till verksamhetschefen för de berörda operationsavdelningarna. När studien blev godkänd kontaktades vårdenhetscheferna på de båda operationsavdelningarna för muntlig och skriftlig information om studien syfte och tillvägagångssätt. De tillfrågades även om hjälp med att få enskild tid med respektive informant för att kunna utföra intervjuerna. Anestesisjuksköterskorna på de båda operationsavdelningarna informerades muntligt om studien vid ett morgonmöte som avdelningschefen ansvarade för. Några anestesijuksköterskor uttryckte i samband med detta ett eget intresse för att delta i studien medan de övriga informanterna rekryterades ändamålsenligt av författarna utifrån studiens inklusionskriterier. I samband med rekrytering tilldelades de aktuella anestesijuksköterskorna skriftlig information om studiens syfte och tillvägagångssätt.

2.4 Dataanalys

Inspelade intervjuer är en viktig del av datainsamling i kvalitativa studier och som forskare måste man se till att transkriptionerna är korrekta och att de återspeglar allt som framkommit under intervjun. Därför har varje ord från de inspelade intervjuerna transkriberats ordagrant inklusive biljud, till exempel skratt och gäspningar (Polit & Beck, 2012; Graneheim & Lundman, 2004).

Intervjuerna transkriberades fortlöpande och lästes i sin helhet flera gånger av båda författarna för att få en djupare förståelse för innehållet. Transkriberingarna analyserades sedan av båda författarna i enlighet med Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning för kvalitativ innehållsanalys för att öka trovärdighet och bekräftelsebarhet. Vid analysen bröts texten ner till meningsenheter som svarade på studiens syfte, de kondenserade meningsenheterna kodades och placerades i en tabell med kategorier och subkategorier som identifierats under analysen genom att söka efter mönster i likheter och skillnader mellan informanterna. För att minimera risken för feltolkningar och öka trovärdigheten i kategorierna utfördes detta arbete av båda författarna först för att sedan diskuteras med andra studiekamrater och sammanställas när konsensus uppnåtts (Graneheim & Lundman, 2004). Inför analysen kodades varje transkriberad intervju med en egen färgkod och de meningsenheter som svarade mot syftet klipptes ur och kondenserades enligt de kategorier som framkommit. Dessa kondenserade meningsenheter bearbetades sedan i respektive kategori och subkategori för att skapa en syntes av det resultat som framkommit under intervjuerna.

Tabell 1: Exempel på analysprocessen av meningsbärande enheter till kod, subkategorier och kategorier

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategorier	Kategorier
Att jag hinner ge lite information innan och att en person jag möter har möjlighet och känner att den kan berätta om sina önskemål och funderingar.	Att ge information och låta patienten uttrycka önskemål och funderingar.	Information utifrån patientens önskemål	Att förbereda patienten genom individanpassad information	Identifiera behov och individanpassa vården
Hålla handen, det är alltid bra tycker jag. Det tycker jag man kommer långt på. Eller att man på håller på något vis på patienten, det tycker jag brukar ge lugnande effekt.	Att hålla i handen eller att hålla en hand på patienten brukar ge en lugnande effekt.	Fysisk kontakt lugnar patienten	Att ha fysisk kontakt med patienten.	Strategier för att lindra oro.

2.5 Forskningsetiska överväganden

Studien genomfördes i beaktande av de fyra forskningsetiska principerna; autonomiprincipen, godhetsprincipen, principen att inte skada och rättvisepincipen. Detta innebär att informanterna deltar i studien helt frivilligt, har informerats om att de har rätt till att ställa frågor, vägra ge information och att avbryta studien utan närmare förklaring. Det innebär också att författarna till studien har behandlat alla informanter med lika värde och inte dömt de som valt att inte delta eller de som valt att avbryta (Polit & Beck, 2012).

Informanterna har garanterats att deras personuppgifter och all information de lämnat behandlas konfidentiellt och avidentifierats enligt Offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400). Informanterna informerades om att intervjuerna spelades in och kodades och att de garanterats att allt material i ljud och text har förvarats så att obehöriga ej har kunnat få tillgång till det för att sedan förstöras när studien avslutades (SFS 2009:400; Vetenskapsrådet, 2002).

I samband med intervjun fick samtliga informanter skriva under ett informerat samtycke kring deras deltagande utifrån dessa forskningsetiska överväganden. I samtyckesblanketten fanns information om att det färdiga resultatet presenterades på gruppnivå så att ingen enskild informant kunde identifieras och de informerades om att deltagandet var helt frivilligt och att de hade rätt till att avbryta sin medverkan när som helst utan närmare förklaring. Där fanns även kontaktuppgifter till författarna till studien (Polit & Beck, 2012; Vetenskapsrådet, 2002). Informanterna fick information om att det färdiga examensarbetet publicerades på de Digitala Vetenskapliga Arkivet (DiVA) där de sedan kunde ta del av resultatet.

Till denna studie var det ej nödvändigt med tillstånd från Forskningsetiska kommittén då ämnet inte berörde informanternas egen hälsa (Codex, 2018).

3 Resultat

Analysprocessen resulterade i tre kategorier, *”Personcentrerad vård”*, *”Strategier för att identifiera oro”* och *”Strategier för att lindra oro”*. De tre kategorierna bygger på 9 subkategorier som presenteras i tabell 2. Resultatet kommer att presenteras i löpande text och med hjälp av citat i kursiv stil förtydligas subkategoriernas innebörd. Siffran efter citatet hänvisar till vilken informant som informationen kommer från.

Tabell 2: Kategorier och subkategorier som framkommit under dataanalysen

Kategori	Identifiera behov och individanpassa vården	Strategier för att identifiera oro	Strategier för att lindra oro
Subkategori	<p>Att arbeta individanpassat som anestesijuksköterska</p> <p>Att förbereda patienten genom individanpassad information</p> <p>Miljö och tidsbrist – ett hinder för att arbeta individanpassat</p>	<p>Att identifiera oro genom samtal</p> <p>Att identifiera fysiska tecken på oro</p>	<p>Att vara närvarande</p> <p>Att ha fysisk kontakt med patienten</p> <p>Att öka komforten för patienten under operationen</p> <p>Att lugna oro med hjälp av läkemedel</p>

3.1 Identifiera behov och individanpassa vården

Anestesisjuksköterskorna möter patienterna i en sårbar situation där det är viktigt att de skapar en god kontakt med patienten för att de ska uppleva trygghet. Då alla patienter har olika erfarenheter och förutsättningar är det viktigt att anestesisjuksköterskan kan möta varje patient ur ett personcentrerat och individuellt perspektiv. Denna kategori belyser hur anestesisjuksköterskan kan arbeta personcentrerat genom bemötande och information men även att bristen på enskild tid med patienten kan utgöra ett hinder.

3.1.1 Att arbeta individanpassat som anestesisjuksköterska

Anestesisjuksköterskorna tyckte att det var viktigt att förbereda sig genom att läsa den dokumentation som fanns tillgänglig. Dels i operationsplaneringsprogrammet där anesthesiologen skrivit en preoperativ narkosbedömning men även i patientens journal. Genom att ha god kunskap om patientens tidigare erfarenheter av vård och eventuella operationer kände anestesisjuksköterskorna att de kunde individanpassa bemötandet i större utsträckning. En del anestesisjuksköterskor beskrev den här informationen som ett värdefullt hjälpmedel då deras preoperativa möte med patienten var begränsat till tiden mellan att de hämtade patienten i sänghallen till dess att de kom in på operationssalen.

Uttryck som ”att sätta patienten i fokus”, ”se patienten man har framför sig”, ”känna av patienten” och ”lyssna på patienten” var återkommande under intervjuerna. Det handlade om att snabbt skapa en god kontakt med patienten genom ett vänligt och positivt bemötande för att sedan kunna identifiera sinnesstämning och avgöra om patienten var lugn eller orolig. Genom att intressera sig för patienten beskrev anestesijuksköterskorna att de kunde identifiera oro även hos de patienter som försökte dölja den. Anestesijuksköterskorna betonade också att det var viktigt att ta reda på vad patienten var orolig för. Vissa patienter var oroliga för själva operationen, andra på grund av sin grundsjukdom och några kanske hade ett trauma med sig som inte var kopplat till den egna vårdssituationen. Genom att fråga patienten vad de var oroliga för kunde anestesijuksköterskan bemöta oron på ett individanpassat sätt och lindra den med rätt omvårdnadsåtgärder.

De anestesijuksköterskor med kortare erfarenhet av yrket beskrev att de hade ett slags standardbemötande som de modifierade utefter den patient de mötte. Anestesijuksköterskor med längre erfarenhet kände sig trygga i att möta patienten och snabbt göra en bedömning som de sedan utgick ifrån i sitt individanpassade bemötande.

I de fall anestesijuksköterskorna tagit del av information om traumatiska eller besvärliga händelser i patientens bakgrund beskrev de att de gjorde allt de kunde för att de inte skulle hamna i liknande situationer igen. Målet var att inte göra traumat värre än det var från början utan att försöka ge patienten en positiv upplevelse av besöket. Genom att i förväg veta om patientens rädslor och farhågor upplevde anestesijuksköterskorna att patienterna kände sig trygga och att det var lättare att skapa ett band och kunna kommunicera om hur de skulle utföra den här operationen på bästa sätt.

”En del är kanske bara orolig för själva ingreppet, en del kommer in och är orolig för anestesin, en del kommer in och är orolig för att de kanske har cancer.” (11)

Vissa anestesijuksköterskor beskrev att de hade möjlighet att bjuda in de mest oroliga patienterna till ett förberedande besök några veckor innan operationsdagen. Det var samma anestesijuksköterska som tog emot patienten vid det förberedande besöket som på operationsdagen, det här var viktigt för att det skapade kontinuitet för patienten. Syftet med besöket var att patienten skulle få så pass mycket information och kunskap att de kände sig trygga inför operationsdagen samt att de i förväg skulle ha upprättat en trygg relation med den ansvariga anestesijuksköterskan. Hur anestesijuksköterskan utformade besöket berodde på vad patienten var orolig för, för vissa patienter räckte det att komma på ett kort besök och se

lokalerna medan andra patienter behövde timslånga besök. Det var viktigt för anestesijuksköterskorna att kunna skraddarsy informationen för varje enskild patient vid de här besöken.

”Ibland är det vuxna som är till exempel jättestickrädda ... då får de komma hit på ett besök om de vill... När de sedan kommer hit är de trygga med vad som ska hända och hur det ser ut och så.” (7)

3.1.2 Att förbereda patienten genom individanpassad information

För anestesijuksköterskorna var det viktigt att förebygga oro genom att på ett tydligt och individanpassat sätt informera patienten. Målet med informationen var att patienten skulle veta så pass mycket om vad som skulle ske inne på operationssalen i förväg att de inte upplevde några överraskningar som gav utrymme för funderingar och oro över till exempel övervakningsutrustning och ljud inne på salen. Att gå igenom steg för steg hur allt skulle gå till var en strategi som anestesijuksköterskorna använde sig av.

Det var viktigt för anestesijuksköterskorna att ge tydlig information till patienterna om hur den regionala anestesi skulle gå till och kunde kännas. Dels var det viktigt för att patienten skulle känna sig trygg med anestesiformen och våga lita på att den skulle fungera, men även för att patienten skulle kunna säga till om något upplevdes konstigt eller avvikande. Genom att förklara hur bedövningen skulle gå till och hur den bedövade kroppsdelens skulle påverkas under och efter operationen kunde anestesijuksköterskan lugna patientens oro både pre-, intra- och postoperativt. Ibland mötte anestesijuksköterskor patienten först efter att den regionala anestesi var lagd, oftast i de fall patienten skulle få en blockad.

Anestesijuksköterskorna beskrev det som ett hinder för att kunna ge patienten individanpassad information och skapa trygghet. Anestesiologen som lagt blockaden hade ofta bara informerat om hur själva proceduren skulle gå till och patienten saknade därför kunskap och information om de intra- och postoperativa effekterna av blockaden vilket gav utrymme för otrygghet och oro.

Anestesijuksköterskorna upplevde även att många patienter hade en felaktig bild av spinalbedövning och därför var väldigt oroliga och tveksamma inför att få en sådan.

Patienterna hade ofta fått höra olika skräckhistorier från vänner och bekanta och om olika komplikationer och det var därför viktigt att anestesijuksköterskan försäkrade sig om att patienten hade korrekt information om hur bedövningen kunde kännas och upplevas.

Anestesijuksköterskorna tyckte att det var viktigt att de fick möjlighet att skapa kontakt med patienten och ta reda på patientens individuella behov av information. De beskrev

individ Anpassad information som att informera utifrån patientens kunskapsnivå och tidigare erfarenhet men även att ge informationen på ett sådant sätt att patienten kunde ta till sig av den.

”... Om vi tar en spinal till exempel så förklarar jag precis hur de ska ligga, vad som kommer att hända...” ”Informerar precis vartenda steg, det ska inte finnas någon tveksamhet i något steg de tar” (4)

3.1.3 Miljö och tidsbrist – ett hinder för att arbeta individ Anpassat

Anestesisjuksköterskor beskrev tidsbrist och miljö som ett hinder för att arbeta personcentrerat med patienterna. De önskade att de hade ett mindre pressat operationsprogram så att de kunde träffa patienten längre tid innan det var dags att gå in till operationssalen. De önskade även att de fick träffa patienten i enrum, i en avskärmad miljö. Att anestesisjuksköterskorna tyckte att tid och enskildhet med patienten var viktigt berodde på att de upplevde det som en möjlighet för att kunna arbeta personcentrerat. Genom att ha mer tid beskrev de att de både kunde ge patienten bättre information på en individ Anpassad nivå samt att patienten kunde uttrycka sina önskemål och berätta sin historia i större utsträckning om samtalet inte blev stressat. En anestesisjuksköterska beskrev det som att även om det inte skulle leda till någon förändring i arbetet om patienten fått berätta om sin historia så skulle det leda till att patienten kände sig värdefull och lyssnad på vilket skulle kunna skapa en känsla av trygghet. Genom att få enskild tid med patienterna beskrev anestesisjuksköterskorna att de kunde ha ett mer privat samtal med patienten och kunna skapa en trygg relation. Det skulle möjliggöra att anestesisjuksköterskan kunde förbereda patienten mentalt och minska oron inför operationen.

”Man saknar tid och enrum, lite avskärmad miljö. Oftast har man för bråttom och det är för mycket folk i närheten, det gör att jag kan känna mig begränsad.” (10)

3.2 Strategier för att identifiera oro

För att identifiera oro hos patienterna använde sig anestesisjuksköterskorna främst av sin egen förmåga att bedöma och skatta oro utifrån fysiska tecken som patienten uppvisade och genom samtal med patienten. Inget hjälpmedel i form av skattningsskalor eller liknande användes, det var därför viktigt att anestesisjuksköterskan var lyhörd för patientens signaler och hade etablerat en så pass bra kontakt att de kunde tolka dem på rätt sätt.

3.2.1 Att identifiera fysiska tecken på oro

Genom att övervaka vitalparametrar kunde anestesisyjuksköterskan se att puls och blodtryck steg, detta blev ett bra hjälpmedel i de fall där patienten inte själv uttryckte sin oro eller inte ville berätta att orons intensitet ökade. Andra fysiska tecken kunde vara att patienten började röra sig mycket, bli spänd i kroppen, skruva på sig och ha svårt att ligga still. Att patienten började ställa väldigt mycket frågor, fick svårt att hålla ögonkontakt eller blev kallsvettig om händerna beskrev anestesisyjuksköterskorna också som vanliga tecken på oro. Då ingen anestesisyjuksköterska uppgav att det fanns något instrument för att skatta patientens oro blev dessa tecken ett hjälpmedel i bedömningen av graden av oro. Att enbart bedöma oro utefter dessa tecken var inte en bra strategi då det även kunde bero på att patienten låg obekvämt i den position som operationen krävde, vid till exempel långa höftoperationer där patienten låg på sidan kunde det börja göra ont i axeln. Det var därför viktigt att utöver dessa tecken prata med patienten under operationen och kontinuerligt ställa frågor och utvärdera patientens oro och effekten av de omvårdnadsåtgärder som sattes in för att hela tiden individanpassa arbetet efter varje enskild patient.

”Man märker att de ställer mycket frågor... man kan nästan se det på kroppshållningen om de är spända eller sådär. Då ser man att de är oroliga” (7)

3.2.2 Att identifiera oro genom samtal

De tillfrågade anestesisyjuksköterskorna betonade vikten av att ha en dialog med patienten under den pågående operationen angående deras oro. Genom att identifiera fysiska tecken på oro visste de att patienten var orolig men inte vad oron bestod i och därför var dialogen viktig. De flesta anestesisyjuksköterskorna upplevde att den intraoperativa dialogen kring patientens oro underlättades om de hade hunnit upprätta en trygg kontakt i det preoperativa samtalet. De beskrev att den trygga kontakten gjorde det lättare för patienten att uttrycka sin oro och be om hjälp för att lindra den.

Anestesisyjuksköterskorna beskrev att grunden för den här dialogen skapades redan vid det preoperativa samtalet, både genom att skapa en kontakt med patienten men även genom att informera om att de ville att patienten skulle berätta om de upplevde något obehag under operationen och att de inte skulle känna sig till besvär. Strategier som anestesisyjuksköterskan använde sig av var att kontinuerligt fråga patienten hur de mådde, om de låg bra, om de kände sig lugna eller oroliga eller om de ville ha det på ett annat sätt. Vid varje nytt moment under operationsförloppet gjordes en ny bedömning. När patienten uttryckte oro beskrev anestesisyjuksköterskorna att det var viktigt att ta reda på mer om oron för att kunna åtgärda

den på rätt sätt men även för att identifiera andra risker såsom illamående på grund av blodtrycksfall eller smärta i en kroppsdel för att patienten låg dåligt på operationsbordet. De uppmanade också patienten att ge feedback på de omvårdnadsåtgärder som tillämpades för att säkerställa att oron faktiskt lindrades och att situationen för patienten blev så bra som möjligt.

”Höftpatienter kan ju bli oroliga för att det börjar göra ont i axeln också mitt under ett ingrepp. Då får man ju försöka åtgärda det... man får fråga patienten.” (11)

3.3 Strategier för att lindra oro

Ett flertal olika strategier som anestesijuksköterskorna använde sig av för att lindra oro hos patienterna framkom under studien. Subjektiva strategier som att vara närvarande, etablera en trygg kontakt och ha ögonkontakt med patienten var lika viktiga som konkreta strategier. Konkreta strategier som framkom var att ge fysisk beröring, erbjuda musik och lindra oro med hjälp av läkemedel. I samtliga fall var det personcentrerade arbetssättet förutsättningen för att anestesijuksköterskan skulle kunna lindra patientens oro på bästa sätt.

3.3.1 Att vara närvarande

Samtliga anestesijuksköterskor som intervjuats i studien betonade att närvaro var en viktig komponent i arbetet med att lindra oro hos patienter, att vara närvarande i stunden och ge patienten bekräftelse och uppmärksamhet. Anestesijuksköterskorna tyckte att det var viktigt att finnas vid patientens huvudände och visa att de fanns där hela tiden för att öka tryggheten hos patienten. Det var viktigt att patienten inte skulle uppleva ensamhet och otrygghet under operationen. Anestesijuksköterskorna tyckte att det var extra viktigt att vara närvarande hos patienten vid de ingrepp där patientens huvudände skiljdes från operationsområdet via den sterila draperingen och narkosbågen.

”Du är vaken, jag är med dig hela tiden, vi har en kommunikation. Vi tar en liten stund i taget, jag sitter bredvid dig, vi löser det här.” (3)

Under operationen hade anestesijuksköterskorna arbetsuppgifter som krävde fokus på annat än patienten. Det kunde till exempel vara dokumentation, observation av vätskor och blödning samt förberedelser av läkemedel till nästa patient i operationsprogrammet. Då anestesijuksköterskorna tyckte att det var viktigt att den vakna patienten alltid skulle sättas i fokus oavsett om det förekom oro eller inte upplevde de dessa arbetsuppgifter som ett hinder för att kunna vara helt närvarande. Det var viktigt att alltid fråga patienten om det var okej att

vända sig bort för att till exempel dokumentera. I de fall patienten var mycket orolig bedömde de mer erfarna sjuksköterskorna att arbetsuppgifter som inte var av akut karaktär kunde bortprioriteras och istället utföras när patienten lämnat salen.

”Dokumentation kan göra att jag måste vända mig bort och faktiskt gå ifrån huvudänden. Det får man göra med viss finesse, säga att jag finns här och jag hör dig. Och ibland så kanske man inte måste skriva under operationen.” (8)

Anestesisjuksköterskorna tyckte det var mycket viktigt att kunna ha ögonkontakt med patienten. Genom att sätta sig nära patienten och möjliggöra ögonkontakt skapades en trygg relation mellan patienten och anestesisjuksköterskan som ingav lugn.

Anestesisjuksköterskorna upplevde att denna trygghet hos patienten skapade förutsättning för att patienten skulle känna sig delaktig i vården som pågick och våga ställa frågor, framföra önskemål eller uttrycka oro. Några anestesisjuksköterskor uttryckte att hos patienter med oförmåga att ta in information på grund av stark oro, demens eller psykisk sjukdom blev ögonkontakten en förutsättning för att över huvud taget kunna nå fram till patienten.

”Det är jätteviktigt med ögonkontakt. Det är viktigt att kliva fram och titta i ögonen på den man pratar med, det inger ett lugn.” (2)

En effektiv strategi för att lindra oro under operationen var att samtala med patienten. Anestesisjuksköterskorna beskrev att det var lugnande för patienten att få tänka på annat än själva ingreppet. Anestesisjuksköterskan kunde genom att fånga patientens intresse för vardagliga saker och samtala om dessa avleda patienten från oro och rädsla. Genom att ha patienten i fokus och intressera sig för deras intressen och dela med sig av sina egna tankar och erfarenheter kring detta uppstod ett trevligt möte. Flera anestesisjuksköterskor beskrev hur dessa samtal kunnat lindra oro i så pass hög grad att lugnande läkemedel kunnat undvikas. Det var däremot en komplex avvägning då anestesisjuksköterskorna beskrev vikten av att lyssna in varje patients behov, vissa patienter hade ett större behov av samtal medan andra ville känna närvaron men låta den ske i tystnad. Det var inte alltid patienten själv uttryckte dessa önskemål och det ställde krav på anestesisjuksköterskans finkänslighet och förmåga att hitta en balans i detta.

Det var även viktigt för anestesisjuksköterskorna att samtlig personal inne på operationssalen var observant på att det var en vaken patient under regional anestesi som låg på operationsbordet och därmed hörde allting som sades. Ibland behövde anestesisjuksköterskan påminna operationspersonalen om detta. Att samtala om annat än själva operationen kunde

vara okej, vissa patienter kunde till och med uppleva det avslappnande. Däremot tyckte en del anestesijuksköterskor att det var viktigt att ha en dialog med patienten om detta och låta patienten uttrycka sina önskemål om hur stämningen på salen skulle vara. Om patienten tyckte att det var okej att personalen pratade om annat så var anestesijuksköterskorna nogga med att även patienten skulle inkluderas i samtalet och känna sig delaktig och i fokus.

”Vissa tycker att det är kul att man pratar om annat. Många blir lugn av att de känner den normala vardagsstämningen” (1)

3.3.2 Att ha fysisk kontakt med patienten

Anestesijuksköterskorna som intervjuades beskrev att fysisk kontakt var en effektiv strategi för att lugna en orolig patient. Genom att hålla patienten i handen eller lägga en hand på axeln kunde de nå fram till oroliga patienter och få dem att slappna av. Den fysiska kontakten i kombination med närvaro och samtal blev ett effektivt hjälpmedel och en strategi som var väldigt lätt att ta till trots de begränsningar som operationsmiljön utgjorde för att lindra oro. Vissa anestesijuksköterskor kunde uppleva att övriga arbetsuppgifter som ska utföras under operationen utgjorde ett hinder för att tillgodose patientens behov av fysisk kontakt. De önskade därför att en extra personal, till exempel en undersköterska, kunde finnas tillgänglig för att lugna de mest oroliga patienterna.

”En hand på axeln eller en hand på ryggen, små saker som gör att de känner sig trygga, att det finns någon där.” (4)

3.3.3 Att öka komforten under operationen

De flesta anestesijuksköterskorna beskrev musik som en effektiv strategi för att lindra oro, dels att ha musik ur högtalare men även att patienten kunde få lyssna på musik i hörlurar. Hur anestesijuksköterskorna erbjöd musik skilde sig åt. De som jobbat länge beskrev att det förut hade funnits cd-spelare och skivor att erbjuda patienten men att detta tagits bort på grund av hygienskäl samt ett dåligt uppdaterat sortiment av musik. Yngre anestesijuksköterskor hade i högre utsträckning föreslagit att patienterna kunde ta med egen musik att lyssna på från sin mobiltelefon eller liknande. Något som var gemensamt mellan anestesijuksköterskor oavsett ålder och erfarenhet av yrket var att de upplevde att patienter som erbjöds att själva få välja vilken musik de skulle lyssna på blev lugnare och hade lättare för att slappna av.

”Man kan ha musik på salen, många tycker att det kan vara skönt. Då får man fråga vad de vill lyssna på, vilken musik de gillar. Det tycker jag de flesta verkar må bra av.” (9)

Andra strategier för att lindra oro kunde vara att minska stimuli i form av ljud från högljudda operationer med hörselkåpor eller öronproppar. Det gick även att ta bort obehagliga dofter från exempelvis diatermin med hjälp av doftpluggar som man sätter i näsan. Att låta patienten ligga skönt på operationsbordet med värme, en extra kudde och ett varmt täcke kunde också vara en effektiv strategi, att göra det lite mysigt utifrån de förutsättningar som fanns.

”För bättre komfort kan man få ett extra varmt täcke på sig. Om man kan göra det lite mysigt på en operationsavdelning kan det ju vara det.” (2)

3.3.4 Att lindra oro med hjälp av läkemedel

Att informera om möjligheten till lugnande och smärtlindrande läkemedel gjorde anestesijuksköterskan patienten delaktig sin vård vilket är kärnan i det personcentrerade arbetssättet. Patienten kunde bestämma när under operationen det lugnande läkemedlet skulle ges och i vilken utsträckning, för vissa patienten räckte det att bli lätt sederad för att ta udden av oron medan andra önskade att få sova. Anestesisjuksköterskorna beskrev att de i stor grad kunde tillgodose patientens önskemål kring läkemedel, de upplevde att de hade ett stort mandat att självständigt administrera individanpassade doser utifrån de ramar som fanns att förhålla sig till. De beskrev att de genom att vara lyhörd och observant på patienten under ingreppet kunde göra patienten delaktig, genom att ha en dialog kände sig patienten sig trygg i att be om hjälp. Anestesisjuksköterskorna beskrev även situationer där patienter nekade till behovet av lugnande läkemedel trots att de låg på operationsbordet och var spända och oroliga i så pass hög utsträckning att det var svårt för operatören att utföra ingreppet. Om övriga omvårdnadsåtgärder för att lindra oro inte hade tillräcklig effekt beskrev anestesijuksköterskorna att det då var deras ansvar att motivera patienten att våga prova en lätt dos lugnande läkemedel för att kunna stå ut.

”Jag är väldigt tydlig med att de får bestämma själva om de vill vara sederade eller inte och att de kan ändra sig. Att de har makten över det själv” (10)

Anestesisjuksköterskorna beskrev administreringen av läkemedel som ett komplement till övriga omvårdnadsåtgärder för att lindra oro. Samtal, fysisk närvaro, musik och minskning av andra stimuli var den primära åtgärden medan läkemedel kunde komplettera effekten av dessa. Beroende på graden av anestesi blev de övriga omvårdnadsåtgärderna bli mer eller mindre framträdande under operationen och anestesijuksköterskorna beskrev att en lätt sederad patient som var vaken krävde fysisk närvaro medan en sovande patient endast krävde övervakning av vitala parametrar och tecken på eventuell smärta eller obehag. Ingen av de

intervjuade anestesijuksköterskorna beskrev att de använde lugnande läkemedel som en ersättning för de ovan nämnda omvårdnadsåtgärderna, däremot kände de att en fullt sederad och sovande patient frigjorde dem från det tidskrävande arbetsmomentet att interagera med patienten under operationen.

”Det beror på, det blir inte en ersättning för man kommer alltid hålla på med patienten på olika sätt... men den här typen av att interagera med en annan person blir hjälpt av sedering till mer eller mindre stor del.” (6)

4 Diskussion

4.1 Huvudresultat

Anestesisjuksköterskornas erfarenheter visade att tydlig och individanpassad information var viktigt för att de skulle kunna arbeta personcentrerat. För att kunna ge individanpassad information var det viktigt att få tid och enskildhet tillsammans med patienten innan operationen. För att identifiera oro hos patienterna före och under operationen kunde anestesisjuksköterskorna observera fysiska tecken såsom spänd hållning, kallsvettiga händer samt stigande puls och blodtryck. För att få en klar bild av vad oron berodde på var det viktigt att kommunicera med patienten vilket underlättades av att ha skapat en trygg relation vid informationssamtalet innan operationen. Strategier som användes för att lindra oro var att vara närvarande och ge patienten uppmärksamhet, att ge ögonkontakt och fysisk beröring. De flesta anestesisjuksköterskorna tyckte även att musik hade en lugnande effekt på patienterna. Att ha möjlighet att ge läkemedel ansågs som ett förmånligt hjälpmedel då patienterna i vissa fall var så oroliga att inget annat hjälpte.

4.2 Resultatdiskussion

Diskussionen bygger på de kategorier som framkom i resultatet, *personcentrerad vård, strategier för att identifiera oro* och *strategier för att lindra oro*.

4.2.1 Identifiera behov och individanpassa vården

Anestesisjuksköterskorna i föreliggande studie beskrev att det var viktigt att kunna känna av, lyssna in och sätta patienten i fokus för att kunna bedriva personcentrerad vård. Travelbee (1971) beskriver i sin omvårdnadsteori att förmågan att se personen i en patient är förutsättning för att kunna skapa kontakt och etablera en relation som sedan ligger till grund

för att kunna möta individens behov. Det här ställer höga krav på anestesijuksköterskans egna förmågor och att verksamheten tillåter att det första mötet med patienten ges tillräckligt med tid. Just aspekten med tid och rum för ett enskilt möte med patienterna innan anestesistart upplevde anestesijuksköterskorna i den här studien som ett hinder för att kunna etablera kontakt och skapa en trygg relation med patienten. I flera intervjustudier som gjorts påvisas liknande resultat där anestesijuksköterskor beskriver tidsbrist som ett hinder för att bemöta patienter ifrån deras individuella behov (Alfredsdottir & Bjornsdottir, 2007; Bengtsson, Johansson & Englund, 2016; Grieve, 2002; Pulkkinen, Junttila & Lindwall, 2015; Sundqvist & Carlsson, 2013). I likhet med anestesijuksköterskorna i denna studie beskrev Sundqvist och Carlsson (2013) att anestesijuksköterskor upplevde att bristen på tid i det preoperativa mötet gjorde dem mindre förberedd på patientens önskemål och behov inför operationen. De kunde inte informera patienten på ett sätt som de ansåg var rimligt för hur personcentrerad vård skulle bedrivas och de kunde inte identifiera oro hos patienten på ett tillfredsställande sätt. Travelbee (1971) betonar vikten av det första mötet med patienten, att det är vid det mötet som relationen skapas och att det sker genom en bedömning av personen som helhet. Anestesijuksköterskan behöver få tid att i en ostörd miljö observera patientens kroppsspråk, uppträdande och språkbruk samt intressera sig för patientens berättelse. Bengtsson et al. (2016) beskriver i sin studie att anestesijuksköterskor upplevde att bristande tid och en hög arbetsbelastning påverkade det här mötet negativt vilket påverkade hur oro hos patienterna kunde identifieras och sedan åtgärdas intraoperativt. Som flera anestesijuksköterskor i föreliggande studie också beskrev är miljön ett hinder. Bengtsson et al. (2016) beskriver i sin studie att bristen på ett rum för ett privat möte utan tidspress skapar stress hos både patienten och anestesijuksköterskan som har en negativ inverkan på patientens upplevelse av trygghet och förtroende.

Sundqvist och Carlsson (2013) och Alfredsdottir och Bjornsdottir (2007) beskriver att anestesijuksköterskorna kände sig ansvariga för patientens välbefinnande. Detta framkommer även i föreliggande studie där anestesijuksköterskorna upplevde att de stod närmast patienten under operationen, både fysiskt genom att finnas vid deras huvudände men även mentalt då de skapat kontakt genom det preoperativa mötet. Enligt Alfredsdottir och Bjornsdottir (2007) ville anestesijuksköterskorna tillfredsställa patientens behov av välbefinnande genom att skapa en miljö präglad av värme, respekt och säkerhet genom ett lugnt, avslappnat och vänligt bemötande. Sundqvist och Carlsson (2013) beskriver i enlighet med Travelbee (1971) vikten av att involvera sig i patienten, att få patienten att känna sig

viktig och lyssnad på samt att etablera kontakt både genom den verbala och den icke-verbala kommunikationen. I föreliggande studie upplevde en del anestesijuksköterskor att de oftast hade gott om tid för det preoperativa mötet med patienten och de beskrev då liknande upplevelser av hur de kunde bemöta patienten personcentrerat.

En viktig del av det personcentrerade arbetssättet som anestesijuksköterskorna i föreliggande studie beskrev var att kunna ge patienten tydlig och individanpassad information. Genom att patienten var välinformerad upplevde anestesijuksköterskorna att deras arbete med att identifiera och lindra oro under operationsförloppet underlättades. Sundqvist och Carlsson (2013) beskriver i sin studie att dialog med patienten var den viktigaste uppgiften anestesijuksköterskan hade och att tydlig information som patienten kunde ta till sig av var viktigt för patientens upplevelse av säkerhet och trygghet. Pulkkinen et al. (2015) betonar vikten av information som en grund för den fortsatta intraoperativa dialogen vilket även föreliggande studie framhåvt. Att ge information om operationen och fördjupa relationen till patienten kunde enligt Pulkkinen göra att patienten kände sig betrodd som expert i sitt eget liv vilket ökade känslan av att få en individanpassad vård.

Mitchell (2008) menar att individanpassad information och möjlighet för patienten att ställa frågor reducerade den perioperativa oron. Genom att ge tydlig information om hur spinalbedövning och blockad kunde kännas och hur lång tid effekten av dessa kunde hålla i sig gjorde att patienten kände sig trygg även i det postoperativa förloppet. I föreliggande studie beskriver anestesijuksköterskorna att den här informationen var mycket viktig men att det upplevde det som ett hinder att de inte alltid var närvarande innan eller under tiden för administrering av bedövningen. Deras önskan om att ha möjlighet att informera patienten om bedövningens effekt bekräftas av Mitchell's (2008) studie och kan vara ett underlag för ändrat arbetssätt.

En del anestesijuksköterskor i föreliggande studie beskrev att det hade möjlighet att bjuda in oroliga patienter till ett förberedande besök på operationsavdelningen. Tidigare forskning visar att det här är ett effektivt sätt att reducera oro inför operationer (Bengtsson et al., 2016; Fortacín, Fortuño, Puig, Casas, Prunera & Morillo, 2015; Pulkkinen et al., 2015; Spalding, 2003). Genom att besöka operationsavdelningen kunde patienten skapa sig en bild av vad som skulle ske på operationsdagen. Genom att bekanta sig med både miljön och personalen skapades en känsla av familjär trygghet som patienten hade nytta av vid operationsdagen, både för att våga uttrycka sin oro men även för att kunna hantera den. Genom att möta samma anestesijuksköterska vid det förberedande besöket som på operationsdagen hade en kontakt

redan skapats vilket gjorde att anestesijuksköterskan var bättre förberedd och i större utsträckning kunde individanpassa vården på operationsdagen. Detta möte gjorde även att patienten kände sig viktigt och värdefull vilket ökade känslan av trygghet (Bengtsson et al., 2016; Spalding, 2003; Pulkkinen et al., 2015).

4.2.2 Strategier för att identifiera oro

Trots att det i tidigare studier är väldokumenterat att skattningsskalor är ett effektivt hjälpmedel för att bedöma oro hos patienter var det ingen utav anestesijuksköterskorna i föreliggande studie som använd sig av något sådant. Den mest vedertagna skalan är Visual Analogue Scale (VAS), som även finns specifikt utformad för oro, Visual Analogue Scale for Anxiety (VAS-A) (Bae et al., 2014; Bilgin et al., 2012; Haugen et al, 2009; Homzova & Zeleníková, 2015; Jlala et al, 2010; Moon & Cho, 2001; Ng et al., 2004; Trängeberg & Warrén Stomberg, 2013; Wang., 2002). Resultatet i föreliggande studie visade istället på att anestesijuksköterskorna identifierade oro utifrån den egna bedömningen av patientens fysiska och verbala uttryck. Det här gör bedömningen diffus och ojämn och då det även framkom i studien att tidsbrist och miljö var ett hinder för att bemöta varje patients individuella behov finns det risk att anestesijuksköterskans bedömning blir felaktig.

Bengtsson et al. (2016) beskriver att det var viktigt för anestesijuksköterskorna att identifiera patientens oro för att kunna planera strategier för att lindra den ur ett individanpassat perspektiv. I enlighet med föreliggande studie beskriver de att vissa patienter inte ville ge uttryck för sin oro vilket gör att det ställs höga krav på anestesijuksköterskan att se bakom patientens fasad och identifiera den här oron. Travelbee (1971) betonar vikten av kommunikation och skapandet av en relation mellan patienten och anestesijuksköterskan vilket skulle ge förutsättning för att se patientens individuella behov och kunna tillmötesgå dem på ett adekvat sätt. Genom att identifiera behoven skapas omvårdnad i samklang med det personcentrerade arbetssättet som eftersträvas. I Bengtsson et al. (2016) studie framkommer det att anestesijuksköterskor med längre erfarenhet av yrket upplevde att de hade lättare att identifiera den outtalade oron hos patienter nu än när de var ny i yrket. Liknande resultat framkom i föreliggande studie, anestesijuksköterskor med lång erfarenhet beskrev att de kände sig lugna i bemötandet av patienter då de hade stor erfarenhet och kunde se vissa mönster i patienters beteende som gjorde att de kunde identifiera oro lättare. De anestesijuksköterskor i föreliggande studie med mindre erfarenhet av yrket beskrev erfarenheten av att bli tryggare i bemötandet och bedömningen av patienten fortlöpande under deras utveckling i yrket och att de bedömde sin förmåga högre redan efter ett år i yrket.

4.2.3 Strategier för att lindra oro

I föreliggande studie framkommer det att anestesijuksköterskans närvaro hade en lugnande effekt på patientens oro, både den fysiska närvaron men även den mentala, att vara närvarande i stunden. Karlsson, Ekeberg, Larsson Mauléon och Almerud Östberg (2013) beskriver anestesijuksköterskans närvaro som att vara uppmärksam på patienten, att vilja äntra patientens värld och stanna där. Närvaron skapades genom att anestesijuksköterskan fanns i patientens synfält och att de genom ögonkontakt kunde skapa ett icke-fysiskt rum för interaktion. Det var såväl en fysisk som emotionell handling från anestesijuksköterskan som skapade trygghet för patienten. Även Sundqvist och Carlsson (2013) betonar vikten av ögonkontakt och närvaro för att lindra patientens oro. Anestesijuksköterskorna i föreliggande studie tyckte det var mycket viktigt att kunna ha den här närheten till patienten för att de inte skulle bli otrygga och känna sig ensamma. Ett hinder för den här närheten var arbetsuppgifter som gjorde att anestesijuksköterskan var tvungen att vända sig bort, exempelvis för att dokumentera i journalen, det var då viktigt att försäkra sig om att det var okej för patienten att de vände sig bort. Det här beskriver även Karlsson et al. (2013) och menar att anestesijuksköterskan har ett stort ansvar i att försäkra sig i att patienten är trygg med att säga till om det uppstår oro eller otrygghet även när ögonkontakten och närvaron brutits. Enligt Travelbee (1971) är det viktigt att bemöta patienten med empati och sympati för att kunna tillgodose individuella behov. Hon beskriver att genom empati kan sjuksköterskan skapa förståelse för patientens upplevelser och behov och sympati beskrivs som sjuksköterskans inställning till att vilja hjälpa patienten. Känslan av sjuksköterskans empati, sympati och emotionella närvaro gör att patienten lättare kan hantera sin situation och sin oro.

Att ha fysisk kontakt med patienten under operationen var en strategi som alla anestesijuksköterskor i föreliggande studie beskrev som enkel och effektiv. Carroll, Cullinan, Clarke och Davis (2012) menar att den fysiska beröringen och komfort på operationsbädden är extra viktig för de patienter som genomgår kirurgi för första gången och därför kan tänkas ha ett större behov av trygghet och oroslindring. Sundqvist och Carlsson (2013) beskriver den fysiska kontakten som ett sätt för anestesijuksköterskan att förmedla till patienten att ”jag finns här för dig”, att inge ett lugn. Travelbee's (1971) teori innefattar sjuksköterskans möjlighet att använda sig själv som ett terapeutiskt redskap i mötet med patienten, att det egna beteendet påverkar patientens sinnesstämning, genom att förmedla lugn kommer även patienten att uppleva ett lugn.

Att bemöta den oro med lugn, erfarenhet och en proffsig attityd var en effektiv strategi enligt anestesijuksköterskorna i föreliggande studie. Det handlade främst om att på ett övertygande sätt förmedla till patienten att även om operationstillfället var unikt och skrämmande för patienten så var det en vanlig arbetsdag för anestesijuksköterskan, en situation med full kontroll. Den här strategin fanns hos anestesijuksköterskor oavsett hur lång erfarenhet de hade av yrket. Däremot upplevde de sin förmåga att förmedla det här lugnet till patienten i högre utsträckning allt eftersom deras egen erfarenhet av yrket växte. I enlighet med detta beskriver Sundqvist och Carlsson (2013) att genom att försöka göra situationen så normal som möjligt, och förmedla känslan av att detta är något vi gör varje dag, kände anestesijuksköterskorna att patienten vågade lägga sitt liv i deras händer, lita på att de skulle bli väl omhändertagna.

Det är välkänt att musik under regional har en lindrande effekt på patientens oro (Arslan et al., 2008; Bae et al., 2014; Trängeberg et al., 2013; Wang et al., 2002). Lee, Wu, Lee, Ho & Shih (2017) beskriver även i sin studie att musik under spinal anesthesi hade en positiv effekt både på hjärtfrekvens, blodtryck och respiration vilket gav positiva effekter på patientens postoperativa återhämtning. I föreliggande studie nämnde samtliga anestesijuksköterskor att musik var en enkel och effektiv strategi för att lindra patienters oro men huruvida de kände att de hade möjlighet att erbjuda patienten detta varierade både mellan arbetsplatserna men även från person till person. Författarna till den här studien önskar att det fanns en tydligare rutin för hur denna strategi skulle kunna tillämpas i verksamheten.

4.3 Metoddiskussion

Då syftet med studien var att beskriva anestesijuksköterskors erfarenheter utfördes en kvalitativ intervjustudie med beskrivande design. Enligt Polit och Beck (2012) är intervjuer en passande metod för att beskriva människors erfarenheter och upplevelser. Genom att välja en passande metod ökar trovärdigheten för studiens resultat.

Informanterna till denna studie rekryterades genom ett ändamålsenligt urval. De rekryterades till studien med variation gällande ålder, yrkeserfarenhet och kön samt erfarenhet av akut eller planerad verksamhet. Polit och Beck (2012) beskriver att ett ändamålsenligt urval bedöms vara den bästa typen av urval i kvalitativa studier där man vill undersöka människors erfarenheter. Genom ett ändamålsenligt urval kan författarna försäkra sig om att få

informanter med varierande bakgrund och erfarenhet av ämnet, vilket ger bredd och nyansering av resultatet och ökar studiens pålitlighet (Polit & Beck, 2012).

I kvalitativa intervjustudier anses det tillräckligt med ett lågt deltagarantal från vilka man samlar djupgående information i ämnet som ska undersökas. När saturation i ämnet uppnåtts kan man säkerställa att antalet informanter är tillräckligt för studiens trovärdighet (Polit & Beck, 2012). I föreliggande studie ingick 11 informanter, de gav samstämmig information och då det vid de sista intervjuerna inte framkom något ytterligare ansåg författarna att saturation hade uppnåtts. Den nödvändiga mängd data som krävs för att svara på en studies syfte varierar mellan komplexiteten i det ämne som ska undersökas och kvalitén av den data som insamlas. Då det blir upp till författarna av en studie att avgöra detta kommer resultatet inte kunna generaliseras eller överföras till en större population då det inte går att säkerställa att man skulle få samma resultat om man gjorde studien med en annan urvalsgrupp (Granheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2012).

Till denna studie samlades data in via individuella semistrukturerade intervjuer med hjälp av en intervjuguide skapad av författarna. Denna typ av datainsamling är enligt Polit och Beck (2012) relevant för den här typen av studier då trovärdighet uppnås genom att informanterna får prata fritt om sina erfarenheter utifrån den intervjuguide som upprättats. Intervjuguiden utformades i enlighet med Polit och Beck's (2012) rekommendationer angående öppna frågor som ej kan svaras med ja eller nej samt relevanta följdfrågor. Det kan dock ses som en svaghet att ingen av författarna utfört en intervjustudie eller upprättat en intervjuguide tidigare. För att uppväga denna svaghet testades intervjuguiden vid en pilotintervju innan datainsamlingen påbörjades för att säkerställa att studiens syfte kunde besvaras (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2012). En risk med denna typ av datainsamling som Graneheim och Lundman (2004) beskriver är att författarna under tiden som datainsamlingen pågår får ny inblick i ämnet som studeras vilket kan påverka valet av följdfrågor.

Platsen för intervjun valdes i samråd med respektive informant och samtliga intervjuer utfördes i ett ostört, avskilt rum. Den ostörda miljön utgör en förutsättning för att intervjun ska resultera i data som på ett trovärdigt sätt återspeglar informantens erfarenheter (Kvale & Brinkman, 2009; Polit & Beck, 2012). Valet av plats för intervjuerna kan därför ses som en styrka i denna studie.

Samtliga intervjuer spelades in och transkriberades ordagrant för att säkerställa att data endast bestod av det informanterna sagt utan att färgas av författarnas upplevelser av intervjun vilket

Polit och Beck (2012) starkt rekommenderar. Det kan ses som en styrka i studien att båda författarna närvarade vid samtliga intervjuer där den ena författaren fokuserade på informanten och den andra satt som medlyssnare och skrev stödanteckningar. Detta hade varit svårt för en ensam författare att utföra med tanke på den bristande erfarenheten av att utföra intervjuer (Graneheim & Lundman, 2004).

Insamlad data har analyserats enligt Graneheim och Lundman's (2004) rekommendationer där varje intervju transkriberats ordagrant för att sedan brytas ner i meningsbärande enheter som kondenserats och kodats in i olika kategorier och subkategorier. Trovärdighet i resultatet uppnås genom att dessa meningsenheter inte är för breda eller för smala samt att de kodas och kategoriseras utan att färgas av författarnas upplevelser från intervjuerna (Polit & Beck, 2012). En svaghet i studien kan vara författarnas bristande erfarenhet av att utföra den här typen av dataanalys vilket medfört att kvalitén på utförandet förändrats under processens gång. De meningsbärande enheterna har placerats i en tabell vilken sedan diskuterats i grupp under handledning där det varit möjligt att diskutera och reflektera angående kodning och kategorisering vilket ökat studiens trovärdighet (Graneheim & Lundman, 2004).

Överförbarheten i kvalitativa intervjustudier är upp till läsaren att bedöma enligt Graneheim och Lundman (2004). Metoden för studiens tillvägagångssätt har därför beskrivits utförligt för att läsaren ska kunna bedöma överförbarheten till andra sammanhang. Genom att presentera ett brett resultat med citat från intervjuerna ges läsaren en möjlighet att skapa egna tolkningar vilket ökar trovärdigheten (Graneheim & Lundman, 2004).

4.4 Kliniska implikationer

I studien framkom det att anestesijuksköterskorna upplevde bristen på preoperativ tid och avsaknad av ett enskilt möte med patienten som ett hinder för att arbeta personcentrerat. Då ett personcentrerat arbetssätt innebär att vara mottaglig för patientens situation och tillvarata och respektera dennes rätt till medbestämmande över sin egen vård, uppnås välbefinnande hos patienten som kan vara gynnsamt för det medicinska tillståndet under hela operationsförloppet. Anestesijuksköterskorna uppgav att möjligheten att identifiera oro och arbeta personcentrerat försämras med den korta tid de har tillsammans med patienten inför operation. Det kan vara till gagn för verksamheten om det gavs möjlighet för anestesijuksköterskan att få mer tid i enrum tillsammans med patienten inför operationen. För att bedöma graden av oro hos patienten finns underlag i tidigare forskning att olika skattningsskalor kan vara till stor hjälp, det skulle därför vara av värde att sådana skalor

implementerades i verksamheten för föreliggande studie.

Det framkom även i studien att anestesijuksköterskorna hade varierande erfarenhet och kunskap om möjligheten att erbjuda musik på operationssalen, ändå ansågs det som en effektiv omvårdnadsåtgärd för att lindra oro. En tydlig rutin för hygienregler kring bruk av egen musikutrustning eller möjligheten att erbjuda musik till patienten inne på operationssalen skulle därför vara gynnsamt då det är en enkel och kostnadseffektiv omvårdnadsåtgärd.

4.5 Förslag till vidare forskning

Under studiens gång framkom det att tid är ett hinder för att kunna identifiera och lindra oro. Anestesijuksköterskorna har ett operationsschema att hålla sig till och var därför begränsade i hur mycket de kunde prata med patienten ostört innan operationen. Det kan vara önskvärt att veta hur patienterna upplever att anestesijuksköterskorna identifierar och lindrar oron på denna korta tid de har tillsammans och hur de upplever anestesijuksköterskans omvårdnadsåtgärder för att lindra oron under operationen.

4.6 Slutsats

Studien belyste anestesijuksköterskors erfarenhet av att arbeta personcentrerat för att identifiera och lindra oro hos patienter som genomgick kirurgi under regional anestesi. I resultatet framkom det att anestesijuksköterskorna tyckte att tid och enskildhet med patienten innan operationen var viktigt för att kunna arbeta personcentrerat men att den möjligheten ofta saknades. För att identifiera oro användes inga andra hjälpmedel än anestesijuksköterskans egna bedömning av de fysiska tecken på oro som patienten uppvisade eller den oro patienten uttryckte i ord. Det ställdes därmed krav på den egna förmågan att läsa av och bemöta patienterna på ett personcentrerat sätt, att införa skattningsskalor för att bedöma graden av oro skulle därför göra bedömningen mer enhetlig mellan medarbetarna.

Anestesijuksköterskorna ville gärna erbjuda musik då de upplevde detta som lugnande för patienten men deras möjlighet att erbjuda musik varierade beroende på arbetsplats. Att kunna administrera lugnande läkemedel ansågs vara en effektiv och nödvändig strategi för att lindra oro hos de mest oroliga patienterna.

5 Referenser

- Alfredsdottir, H., & Bjornsdottir, K. (2007). Nursing and patient safety in the operating room. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 29-37. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04462.x
- Arakelian, E., Swenne, L.C., Lindberg, S., Rudolfsson, G., von Vogelsang, A-C. (2017). The meaning of person-centred care in the perioperative nursing context from the patient's perspective – an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 26, (17-18), 2527-2544. doi: 10.1111/jocn.13639
- Arslan, S., Özer, N., & Özyurt, F. (2008). Effect of music on preoperative anxiety in men undergoing urogenital surgery. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(2), 46-54. doi:
- Bae, I., Lim, H.M., Hur, M-H., & Lee, M. (2014). Intra-operative music listening for anxiety, the BIS index, and the vital signs of patients undergoing regional anesthesia. *Complementary Therapies in Medicine*, 22(2), 251-257. doi: 10.1016/j.ctim.2014.02.002
- Bansal, P., Kharoud, U., Patel, P., Sanwatsarkar, S., Patel H., & Kamat, H. (2010). The effect of music therapy on sedative requirements and haemodynamic parameters in patients under spinal anaesthesia: a prospective study. *Journal of Clinical Diagnostic Research*, 4(4), 2782-2789.
- Bengtsson, Y., Johansson, A., & Englund, E. (2016). Nurse anaesthetists' experiences of the first intraoperative meeting with anxious adult patients: An interview study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(3), 148-154. doi: 10.1177/2057158516631433
- Bergman, M., Stenudd, M., & Engström, Å. (2012). The experience of being awake during orthopaedic surgery under regional anaesthesia. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 16(2), 88-96. doi: 10.1016/j.ijotn.2011.08.004
- Bilgin, T.E., Altun, T., Saylam, B., & Erdem, E. (2012). Effects of preoperative information team on postoperative pain and patients satisfaction. *Turkish Journal of Urology*, 38(2), 91-94. doi: 10.5152/tud.2012.021

- Brummel-Smith, K., Butler, D., Frieder, M., Gibbs, N., Henry, M., Koons, E., ... Vladeck, B.C. (2016). Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(1), 15-18. doi: 10.1111/jgs.13866
- Carroll, J.K., Cullinan, E., Clarke, L., & Davis, N.F. (2012). The role of anxiolytic premedication in reducing preoperative anxiety. *British Journal of Nursing*, 21(8), 479-483. doi: 10.12968/bjon.2012.21.8.479
- Cobbold, A., & Money, T. (2010). Regional anaesthesia: Back to basics. *Journal of Perioperative Practice*, 20(8), 288-293. doi: 10.1177/175045891002000804
- Codex. (2018). Regler och riktlinjer för forskning. Hämtad 2018-03-07, från <http://www.codex.vr.se/index.shtml>
- Fortacín, C.B., Fortuño, M.L., Puig, C.E., Casas, G.I., Prunera, N.M., & Morillo, D.V. (2015). Effectiveness of preoperative visit on anxiety, pain and wellbeing. *Universidad de Murcia*, 14(39), 41-51. doi.org/10.6018/eglobal.14.3.193721
- Gilmartin, J., & Wright, K. (2008). Day surgery: patients' felt abandoned during the preoperative wait. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2418–2425. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02374.x
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measure to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-122. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Grieve, R.J. (2002). Day surgery preoperative anxiety reduction and coping strategies. *British Journal of Nursing*, 11(10), 670-678. doi: 10.12968/bjon.2002.11.10.670
- Göteborgs universitet. (2015). GPCC – Centrum för personcentrerad vård. Hämtad 2017-12-15, från https://gpcc.gu.se/digitalAssets/1567/1567868_1477725_gpcc-broschyr_151016_final.pdf
- Haugen, S.A., Eide, E.G., Olsen, V.M., Haukeland, B., Remme, R.Å., & Wahl, K.A. (2008). Anxiety in the operating theatre: a study of frequency and environmental impact in patients having local, plexus or regional anaesthesia. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2301–2310. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02792.x

- Homzova, P., & Zeleníková, R. (2015). Measuring preoperative anxiety in patients undergoing elective surgery in Czech republic. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 6(4), 321-326. doi: 10.15452/CEJNM.2015.06.0023
- Hovind, L.I. (Red.). (2016). *Anestesiologisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Jlala, H.A., French, J.L., Foxall, G.L., Hardman, J.G., & Beedforth, N.M. (2010). Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, 104(3), 369-374. doi: 10.1093/bja/aeq002
- Karlsson, A-C., Ekebergh, M., Larsson Mauléon, A., & Almerud Östberg, S. (2013). Patient-Nurse Anesthetist Interaction During Regional Anesthesia and Surgery Based on Video Recordings. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 28(5), 260-270. doi: 10.1016/j.jopan.2012.11.009
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun - andra upplagan*. Lund: Studentlitteratur.
- Lee, W-P. Wu, P-Y., Lee, M-Y., Ho, L-H., & Shih, W-M. (2017) Music listening alleviates anxiety and physiological responses in patients receiving spinal anesthesia. *Complementary Therapies in Medicine*, 31, 8-13. doi: 10.1016/j.ctim.2016.12.006
- Lindwall, L., von Post, I., & Bergbom, I. (2003). Patients' and nurses' experiences of perioperative dialogue. *Journal of Advanced Nursing*, 43(3), 246-253. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02707
- Mitchell, M. (2008). Conscious surgery: influence of the environment on patient anxiety. *Journal of Advanced Nursing*, 64(3), 261-271. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04769.x
- Mitchell, M. (2009). Patient anxiety and conscious surgery. *Journal of Perioperative Practice*, 19(6), 168-173. doi: 10.1177/175045890901900601
- Mitchell, M. (2010). Day surgery nursing: a patient-centred approach. *Nursing standard: official newspaper of the Royal College of Nursing*, 22(44), 39-45. doi: 10.7748/ns2010.07.24.44.40.c7885

- Moon, J-S., & Cho, K-S. (2001). The effects of handholding on anxiety in cataract surgery patients under local anaesthesia. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 407-415.
- Ng, S.K.S., Chau, A.W.L., & Leung, W.K. (2004). The effect of pre-operative information in relieving anxiety in oral surgery patients. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 32(3), 227-235. doi: 10.1111/j.1600-0528.2004.00161.x
- Pirbudak, L., & Tepe, N.B. (2017). The Effect of 'Holding The Hand' on Pain, Anxiety and Patient Satisfaction in Cesarean-Section and Gynaecological Surgery. *International Journal of Clinical Anesthesiology*, 5(2), 1067-106.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing Research. Generation and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pulkkinen, M., Junttila, K., & Lindwall, L. (2015). The perioperative dialogue – a model of caring for the patient undergoing a hip or a knee replacement surgery under spinal anaesthesia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(1), 145-153. doi: 10.1111/scs.12233
- Riksföreningen för anestesi och intensivvård & svensk sjuksköterskeförening. (2012). Kompetensbeskrivning – Legitimerad sjuksköterske med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesisjukvård. Hämtad, 2017-12-15, från <http://www.aniva.se/wp-content/uploads/2014/12/komp-beskrivning-anestesi.pdf>
- SFS 2009:400. *Offentlighets- och sekretesslag*. Stockholm Justitiedepartementet L6.
- Spalding, N.J. (2003). Reducing anxiety by pre-operative education: Make the future familiar. *Occupational Therapy International*, 10(4), 278-293.
- Sundqvist, A-S., & Carlsson, A.A. (2013). Holding the patient's life in my hands: Swedish registered nurse anaesthetists' perspective of advocacy. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), 281-288. doi: 10.1111/scs.12057
- Svensk sjuksköterskeförening. (2016). Personcentrerad vård. Hämtad, 2017-12-15, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om->

publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: Davis.

Trängeborg, Ö.S-V., & Warren Stomberg, M. (2013). Listening to music during regional anesthesia: Patients' experiences and the effect on mood. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 28(5), 291-297. doi: 10.1016/j.jopan.2013.01.008

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Elanders Gotab.

Wang, S-M., Kulkarni, L., Dolev, J., & Kain, Z.N. (2002). Music and preoperative anxiety. *Anesthesia & Analgesia*, 94(6), 1489-1494.