

Dalia Printzlow
Erica Masinjila Kron

Ser ni mer än bara min kropp?

- Patienters upplevelser av trygghet under operation

FÖRFATTARE	Dalia Printzlow Erica Masinjila Kron
PROGRAM/KURS	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot operationssjukvård. Examensarbete i omvårdnad - OM5340 VT 2014
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Monica Pettersson
EXAMINATOR	Margareta Warrén Stomberg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien

Dalia Printzlow
Erica Masinjila Kron

*Ett stort tack till samtliga deltagare för att vi fick ta del av
era erfarenheter och att ni ville medverka i studien.
Vi önskar även tacka vår handledare Monica Pettersson
för god vägledning och engagemang under studiens gång.
Slutligen vill vi tacka våra familjer för ert stöd.*

Titel:	Ser ni mer än bara min kropp? - Patienters upplevelser av trygghet under operation
Title:	Do you see more than just my body? - Patients' perceptions of safety during surgery
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot operationssjukvård/ Examensarbete i omvårdnad/OM5340
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	29 sidor
Författare:	Dalia Printzlow Erica Masinjila Kron
Handledare:	Monica Pettersson
Examinator:	Margareta Warrén Stomberg

SAMMANFATTNING

Introduktion: Allt fler patienter opereras idag under vaket tillstånd med lokalanestesi. Omvårdnad som ges till dessa patienter kan skilja sig från de som får generell anestesi.

Tidigare forskning har lagt fokus på patienters generella upplevelser av att vara vakna intraoperativt. Men det finns ingen forskning med fokus på patienters upplevelser av trygghet. För att kunna anpassa omvårdnad för att skapa trygghet hos patienten är det viktigt med kunskaper om upplevelser av trygghet.

Syfte: Syftet är att beskriva patienters intraoperativa upplevelser av trygghet vid operation med lokalanestesi.

Metod: En kvalitativ design med intervjuer har utförts. Datainsamling har genomförts på ett universitetssjukhus i Västsverige. I pilotstudien har intervjuerna utförts på 4 respondenter som genomgått operation med lokal anestesi. Dataanalysen gjordes utifrån fenomenologisk hermeneutisk forskningsansats. Begrepp som lyfts fram är person, personalism och personcentrerad vård som sätts i relation till trygghet.

Resultat: Analys av patienters upplevelser av trygghet intraoperativt ledde fram till 5 huvudteman med 2-3 subkategorier. Huvudteman är tillit till vården, trygghet till vårdmiljön, att vara en person, delaktig i sin vård och att ha egna föreställningar om ingreppet.

Konklusion: Resultatet visar att patienters upplevelser av trygghet kan påverkas av olika faktorer som bland annat väntetider, vårdmiljön, egna föreställningar och vårdpersonalens förhållningssätt. Vårdpersonalens förhållningssätt är en stor bidragande faktor för trygghetskänslan. Kvaliteter för personcentrerad vård har framkommit där vikten av att bli sedd som en person och vara delaktig i sin vård har beskrivits.

ABSTRACT

Introduction: An increasing number of patients undergo surgery under local anesthesia and are therefore awake during the procedure. Nursing care that is provided to these patients can differ from those that receive general anesthesia. Previous research has focused on patients' general experiences of being awake intraoperative. But there is no research that focuses on patients' perceptions of security. Knowledge about patients' perceptions of security is important in order to be able to adapt care that provides safety for the patient.

Purpose: The purpose is to describe patients' intraoperative experiences of security during surgery under local anesthesia.

Method: A qualitative design with interviews has been used. Data collection has been carried out at a university hospital in western Sweden. In the pilot study, interviews were conducted on 4 respondents that had been operated on under local anesthesia. Data analysis was based on hermeneutic phenomenological research approach. Concepts of person, personalism and person-centered care have been highlighted and put in relation to security.

Results: The analysis of patients' experiences of security intraoperatively led to five main themes with 2 - 3 subcategories in each theme. The main themes are trust in healthcare, security to the care environment, to be a person, to be involved in your care and to have own beliefs about the intervention.

Conclusion: The results show that patients' perceptions of safety can be affected by various factors such as the waiting time, care environment, their own beliefs and health professionals' attitudes. Health professionals' attitude is a major contributing factor for the sense of security. Qualities of person-centered care have emerged in which the importance of being seen as a person and be involved in your own care has been described.

Keywords: Security, nursing, intraoperative, local anesthesia, patients experiences, person-centered care.

INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Trygghet i vården	1
Operationssjuksköterskans ansvarsområden	2
Lokalbedövning som anestesiform	3
Att vara vaken intraoperativt	3
Centrala begrepp	4
Trygghet	4
Teoretisk referensram	4
Person och personalism	4
Personcentrerad omvårdnad	5
TIDIGARE FORSKNING	6
Problemformulering	7
SYFTE	8
METOD	8
DESIGN	8
URVAL	9
DATAINSAMLING	9
DATAANALYS	10
PILOTSTUDIE	11
Urval	11
Datainsamling	11
Analys	12
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	12
Forskningsetiska krav	13
RESULTAT	13
TILLIT TILL VÅRDEN	14
Att känna trygghet till organisationen	14
Att känna trygghet till personalens kompetens	14
TRYGGHET TILL VÅRDMILJÖN	15
Att vara bekant med vårdmiljön	15
Att känna trygghet till det rena	16
Att känna sig bekväm i operationssalen	16
BETRAKTAD SOM PERSON	16
Att känna sig välkommen	16
Att bli sedd som en person	17
DELAKTIG I SIN VÅRD	17
Att känna trygghet till god omvårdnad	17
Att känna trygghet genom information	17
Att känna trygghet genom kommunikation	17
ATT HA EGNA FÖRESTÄLLNINGAR OM INGREPPE	18
Över förväntan	18
Trygghet till operationen	18
DISKUSSION	18
METODDISKUSSION	18
RESULTATDISKUSSION	21

Tillit till vården	21
Trygghet till vårdmiljön.....	22
Betraktad som person	23
Delaktig i sin vård	24
Att ha egna föreställningar om ingreppet.....	25
Slutsats.....	25
Arbetsfördelning.....	26
REFERENSLISTA	27

BILAGOR

- 1 Sökning i databaser**
- 2 Brev till verksamhetschefer och vårdenhetschefer**
- 3 Forskningspersonsinformation**
- 4 Intervju frågeguide**

INTRODUKTION

INLEDNING

Vårdgivaren strävar efter att arbeta i en nära relation med patienten för att kunna ge god vård. Under en operation är patienten i fokus då det bara är denne som ligger på operationsbordet och personalen finns där som stöd för patienten. Det finns dock en risk att operationspersonalen objektifierar patienten genom att fokus främst läggs på själva ingreppet och patienten glöms bort som ett subjekt. För en patient som är vaken under en operation är operationssalen en helt främmande plats med många olika intryck som leder till olika upplevelser med antingen en negativ eller positiv inverkan. Vårdgivare bör kunna anpassa omvårdnad till den enskilde personens behov vilket bidrar till att personcentrerad vård ges. Denna studie syftar därför till att undersöka vilka upplevelser som skapar trygghet hos en patient i vaket tillstånd under en operation.

BAKGRUND

Trygghet i vården

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) är målet en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.

Vården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär bland annat att den ska vara av god kvalitet som tillgodoser patientens behov av trygghet. Vården ska även bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Vidare ska vården främja goda kontakter mellan patienten och sjukvårdspersonalen (SFS 1982:763).

Vårdsökandes behov ska inte begränsas till enbart den tekniska hälso- och sjukvården utan grundtryggheten ligger på kunnig personal och väl utvecklade resurser. Vårdpersonalen ska även ta hänsyn till individens upplevelser av vården och dess miljö. Utifrån individens specifika situation ska vårdpersonalen beakta behoven av vård och omsorg. Att känna trygghet för sin hälsa är ett behov som finns hos alla människor. Trygghet till vården innebär vetskap om att hjälp finns tillgängligt vid

inträffad skada eller sjukdom. Förutom det ska vården uppfylla medicinska krav och önskemål om personligt omhändertagande (SOU 1979:78).

Operationssjuksköterskans ansvarsområden

I sjuksköterskans profession och yrkesutövning skall patienten få en god och säker vård. Sjuksköterskan ska arbeta utifrån en helhetssyn och etiskt förhållningssätt. Detta innebär bland annat att sjuksköterskan använder en humanistisk människosyn som värdegrund (SFS 1982:763). Omsorg och respekt ska visas för patientens autonomi, integritet och värdighet. Patientens kunskaper och erfarenheter ska även tillvaratas. Vidare ska sjuksköterskan föra patientens talan utifrån dennes önskemål. Tillsammans med medarbetares kunskaper och erfarenheter och genom teamsamverkan ska en helhetssyn tillämpas patienten. Sjuksköterskan ska göra det möjligt för patienten att delta i sin vård och behandling genom dialog och vägledning. Patientens trygghet och välbefinnande vid undersökning och behandling ska tillgodoses genom omdöme, kunskap och information (Riksföreningen för operationssjukvård & SSF, 2011).

Kompetensbeskrivning för operationssjuksköterskor beskriver att operationssjuksköterskan har ansvar för patientens omvårdnad före, under och efter det kirurgiska ingreppet eller undersökningen. Operationssjuksköterskan ska kunna bidra till att en god och säker perioperativ omvårdnad ges till patienter. Det krävs av operationssjuksköterskan kunskaper om ansvars- och kvalitetssystem, evidens, beprövad erfarenhet och best praxis för att kunna ge en säker och trygg perioperativ vård (Riksföreningen för operationssjukvård & SSF, 2011).

Perioperativ omvårdnad utförs i tre faser vilka är preoperativ, intraoperativ och postoperativ fas (Lindwall & Post, 2008). Operationssjuksköterskans ansvar är att skapa en relation med patient och närstående. Med hjälp av patientens och närståendes behov och även medarbetarnas kompetens görs prioriteringar av arbetet för att skapa en personcentrerad vård. Operationsteamet har ett ansvar att bevara patientens värdighet, integritet och autonomi. För att kunna värna om integritet i operationssalen ska kommunikationen ske respektfullt med patient och medarbetare (Riksföreningen för operationssjukvård & SSF, 2011).

Lokalbedövning som anestesiform

Under en operation får patienten anestesi i form av antingen narkos eller lokalbedövning. Narkos innebär ett kontrollerat medvetslöst reversibelt tillstånd för patienten. Under lokalbedövning blockeras känsel i ett specifikt område av kroppen (Halldin, Lindahl, Björnekull & Wilhelmsson, 2005). Allt fler patienter opereras inom dagkirurgisk verksamhet. Därför är det allt vanligare att lokalanestesi används vilket innebär att patienterna är vakna under operationen (Kaye, Urman & Vadivelu, 2012). Fördelar med lokal anestesi är exempelvis minskad intraoperativ blödning, risk för djup ventrombos och lungemboli samt färre besvär av anestesis biverkningar postoperativt (Halldin et al., 2005). Forskning har visat att även dödligheten minskas vid lokal anestesi, vårdtidsvistelsen för patienten förkortas och fler sjukhusplatser blir tillgängliga (Gilmartin & Wright, 2008).

Under lokal anestesi är patienten vaken under ingreppet och blir medveten om miljön i operationssalen och om själva ingreppet. Patienters förväntningar och upplevelser av den perioperativa omvårdnaden skiljer sig från de patienter som får narkos (Hankela & Kiikkala, 1996).

Att vara vaken intraoperativt

Den intraoperativa fasen som även är den genomförandefasen, sträcker sig från att patienten tas emot av operationspersonal på operationsavdelningen till och med patienten överlämnas till den postoperativa avdelningen (Lindwall & Post, 2008). Under den intraoperativa fasen är operationssjuksköterskan ansvarig för bland annat att ha en aseptisk miljö, bevara steriliteten, och positionera patienten rätt. I operationssjuksköterskans roll ingår även att ge patienten en säker vård samt psykiskt och emotionellt stöd (Dåvøy, Eide, Hansen, Midenstrand & Törnqvist, 2012). Kolvered, Öhlén och Gustafsson (2012) beskrev i deras studie att operationssjuksköterskans mål vid möte med patienten intraoperativt var att få denne att känna sig självsäker och välmående. Detta blev möjligt genom att se patienten och välkomna denne i den högteknologiska operationssalen, göra patienten självsäker, dela tankar, låta patienten vara en individ och skapa en säker atmosfär.

Centrala begrepp

Trygghet

Segesten (1994) beskriver trygghet som ett brett begrepp som behöver förstås utifrån det sammanhang som det används i och ska betraktas som ett mänskligt behov. En individ kan få, känna och ha behov av trygghet samt ställa krav på det. I andra hand kan en känsla av trygghet skapas, behovet tillgodoses och tryggheten ges. Trygghetsbegrepp har tre huvuddimensioner vilka är trygghet som en känsla, ett inre tillstånd och relaterat till det liv individen lever. Trygghetskänslan kan skapas genom att personen vet att det finns resurser som kan kontrolleras. Samtidigt kan tryggheten störas av faktorer som leder till förlust av kontroll av resurserna. Detta innebär ett hot mot individens livskvalitet vilket gör att individen strävar efter att bli fri från hotet. Trygghet kan betraktas utifrån många olika synvinklar där grundtrygghet är ett av de många olika nyckelbegrepp inom detta område. Grundtryggheten har en koppling till begreppen identitet, jag-styrka och egenvärde. Vårdpersonalen kan genom psykologisk litteratur öka kunskaper och förmåga att kunna avslöja tecken på bristande grundtrygghet. Vårdpersonalen kan sedan använda sig av grundtryggheten för att kunna hjälpa patienten att hantera den uppkomna situationen.

Teoretisk referensram

Person och personalism

Omvårdnadsteoretiker Jean Watson beskriver en person som en levande och växande varelse, ett varande i världen och som skådeplats för den mänskliga existensen. Ande, kropp och själ är tre dimensioner hos personen som påverkas av begreppet själv. Begreppet står för bland annat den totala summan av kroppens delar, tankar, förmågor, begäran, minnen och levnadshistoria. Personens existens förkroppsligas i erfarenheter, i naturen och i den fysiska världen. Personen kan påverka den fysiska världen och naturen genom att till exempel ta kontroll eller leva i harmoni med den. En persons själv är en process utan slut eftersom nya erfarenheter förvandlas till ny kunskap och psykologiska ögonblick påverkas av det tidigare psykologiska ögonblicket (Watson & Grundberg, 1993).

Edberg (2013) beskriver person som en varelse med självkänedom, självrespekt och värdighet och denne kan medverka i olika beslut som tas. Genom subjektiva erfarenheter som en person har gått igenom är denne ett centrum av reflektion och

medvetenhet. Personen står i relation till omvärlden och andra personer. Utveckling sker tillsammans med andra och är förankrade i konkreta situationer.

McCormack och McCance (2010) beskriver att ordet person syftas på att fånga de kännetecken som representerar våra mänskligheter och i det sätt som vi konstruerar våra sätt att leva. Våra personegenskaper skapar och formar oss av bland annat våra moraliska värderingar, hur vi uttrycker och engagerar oss emotionellt och i en relation.

Inom personalismen är sociala kategorier centrala. Genom personalism skapas och utvecklas varje person genom andra personer. Detta menas att varje personlig erfarenhet innefattar något som inte är skapad ensamt av en enskild person utan i interaktion med andra (Edberg, 2013).

Personcentrerad omvårdnad

Begreppet personcentrerad omvårdnad används inom hälso- och sjukvården för att framhäva personens livsvärldsperspektiv. Begreppet utgår utifrån en humanistisk grund och beskriver god omvårdnad som ska vara etiskt korrekt och bör användas inom sjukvårdsutövandet. När begreppet patient används inom sjukvården syftas innebörden på en grupp vilket medför att alla patienter är lika. Patienterna generaliseras med likartade upplevelser och därmed får samma behandling. För att bryta detta mönster läggs vikt på delaktighet, patientanpassad och personcentrerad vård och därmed ses personen. För alla patienter är det viktigt att bli sedd som en person. Med personcentrerad omvårdnad ses personen bakom sin sjukdom, åldrande och beteende (Edvardsson, 2010). Det är en vård som strävar efter att synliggöra hela personen och prioriterar för att tillgodose individuella behov (SSF, 2010). Personen ska sättas i centrum och upplevelser av sin sjukdom bekräftas genom att vårdpersonalen försöker sätta sig in i personens situation och utgå utifrån individens perspektiv. I vårdandet läggs vikten på att sjukvårdspersonalen och personen tar alla vårdbeslut och vårdprocesser tillsammans. Den drivande kraften i personcentrerad vård är att skapa en jämvikt i det annars ojämna maktförhållandet mellan vårdare och patient. Tidigare kunskap visar att en persons egna upplevelser, tolkningar och strategier kan reduceras i mötet med den professionella vården. Detta kan orsaka att en patient blir objektifierad vilket leder till att personen reduceras till en sjukdom eller en diagnos (Edvardsson, 2010). Patienten bör involveras i vårdprocessen och på ett

aktivt sätt tar del av de beslut som tas när det gäller sin vård (Ekman et al., 2011; Lindseth & Norberg, 2004).

Enligt centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet- GPCC (2012) beskrivs tre nyckelbegrepp som utgör personcentrerad vård. Den mest centrala delen är partnerskapet som handlar om att patienten och vårdgivaren har respekt för varandras kunskaper gällande upplevelser av sjukdom respektive generella kunskaper. Den andra är patientberättelsen där personen berättar om sitt tillstånd är en förutsättning för personcentrerad vård. Det tredje nyckelbegreppet står för dokumentation.

En viktig uppgift för vårdpersonal är att samla in kunskap i mötet med patienten. Livsberättelsen har använts som metod i olika forskningssammanhang som till exempel antropologi, etnografi och sociologi. I människors berättelser finns kunskaper som är värdefulla att studera och kan leda till fördjupade förståelser av livet. För att kunna sätta personen i centrum, krävs att vårdaren lär känna personen. Livsberättelsen kan alltid användas i vården för att kunna förstå den enskilda personen. Vårdarens uppgift är att lyssna till och ta emot berättelsen genom att vara närvarande och tillgänglig i mötet med personen. Det är speciellt viktigt att vårdaren sedan kan möta patienten och kunna utföra handlingar som tillgodoser patientens verkliga behov (Edvardsson, 2010).

Personalens interaktion med patienten är avgörande för patientens tillfredställelse av sjukvården därför är bemötandet av patienten viktigt. Patienterna kan bli missnöjda med vården om de vill skapa en relation med vårdgivaren som i sin tur har sin fokus på det praktiska omhändertagandet av patienten. Personcentrerad omvårdnad kännetecknas av relationer mellan människor där personen i fokus ses som ett subjekt och objektivering av patienten undviks (Edvardsson, 2010).

TIDIGARE FORSKNING

Sökningen gjordes i databaserna Cinahl och Pubmed med sökorden patient, intraoperative care, experiences, surgery, regional anesthesia, safety, security och perceptions. Artiklar som hittades i Cinahl fanns även i Pubmed, 5 artiklar valdes ut från Cinahl (bilaga 1). Studierna som hittades belyser patienters generella upplevelser av att vara vakna intraoperativt.

Vad det gäller trygghet beskrevs i studierna att patienter som hade erfarenheter av operation i vaket tillstånd kände sig lugnare och mindre stressade. När patienterna var medvetna om vad som skulle hända bidrog detta till att de kände sig trygga vid ankomst till operationssalen. Det var tryggt att ligga på operationsbordet för de deltagare som hade positiva erfarenheter av tidigare operationer (Bergman, Stenudd & Engström, 2012).

Att vara vaken och därmed medveten om vad som försiggick under operationen gav en känsla av trygghet (Ying, Levy, Shan, Hong & Wah, 2001). Det var tryggt att ha personal i närheten och veta var de befann sig i operationssalen (Bergman et al., 2012; Karlsson, Ekebergh, Mauléon & Österberg, 2012). Forskning har visat att genom närhet kunde vårdpersonal och patienterna kommunicera med varandra, vilket bidrog till att patienterna kände att de var sammanlänkade och att tiden gick snabbt (Bergman et al., 2012). Direktkontakt vid till exempel beröring gav en känsla av trygghet och ögonkontakt mellan patienten och vårdaren försäkrade om att vårdpersonalen fanns i närheten. Ögonkontakt gav en känsla av bekräftelse och trygghet i ett utsatt läge där patienten hade varken kontroll eller överblick i tid eller rum (Karlsson et al., 2012). Patienter kände sig lugna och trygga under operationen då de upplevde att personalen inte tog något för givet (Bergman et al., 2012).

Vidare har det beskrivits i tidigare forskning att upplevelser av trygghet påverkades av patienters interaktion med andra, möjlighet till att få uppleva de olika momenten under operationen och upplevelser av operationsmiljön. Vad det gäller patienters interaktion med vårdpersonal och eventuell anhörig hade de möjlighet att uttrycka eventuella obehag som upplevdes under ingreppet. Det var tryggt när patienterna upplevde att de olika momenten gick bra. Gällande operationsmiljön uppskattades det att få lyssna på musik (Ying et al., 2001). Det framkom i studierna att information som gavs under operationen var viktig för patienters trygghet och välbefinnande (Bergman et al., 2012; Hankela & Kiikkala, 1996; Tinnfält & Nilsson, 2011; Ying et al., 2001).

Problemformulering

Edvardsson (2010) beskriver att vårdvetenskap och omvårdnadsforskningens mål är att förstå fenomenen, att vårda och att få vård. Personalens känsla för det upplevda och hur det är att vara i den andres situation kan fördjupas genom att samla berättelser

om upplevelser och erfarenheter av patienters vård. Denna kunskap behövs för att kunna erbjuda lindring och tröst.

Det blir fler och fler som opereras vid vaket tillstånd. Omvårdnaden som dessa patienter ska få skiljer sig från omvårdnaden som ges till sövda patienter. Vad som har ett avgörande betydelse för om vården blir personcentrerad är vad vi som sjuksköterskor gör och hur vi gör det vi gör för den enskilda patienten (SSF, 2010).

Det finns ingen forskning som har fokus på patienters upplevelser av trygghet intraoperativt. Det saknas även kunskaper om hur personcentrerad vård kan ges intraoperativt. Utan denna kunskap kan det finnas hinder för operationssjuksköterskan att tillämpa personcentrerad vård i utövandet av sitt arbete. Målet med studien är att erhålla kunskaper om patienters upplevelser av trygghet intraoperativt. Med denna kunskap kan operationssjuksköterskan se patienten som en person med enskilda behov och kunna ge en personcentrerad vård som eftersträvas enligt kompetensbeskrivning.

SYFTE

Syftet är att beskriva patienters intraoperativa upplevelser av trygghet vid operation med lokalanestesi.

METOD

DESIGN

Med denna studie ska en djupare förståelse erhållas gällande personers individuella upplevelser i vaket tillstånd under en operation. En kvalitativ forskningsmetod har valts för denna studie.

Fenomenologisk hermeneutisk forskningsansats används för att undersöka mening av den levda erfarenheten (Lindseth & Norberg, 2004). För att kunna tolka och analysera intervjuer har en fenomenologisk hermeneutisk forskningsansats använts. Filosofen Gadamer beskriver den fenomenologiska hermeneutiska processen som en cirkulär relation även känd som den hermeneutiska cirkeln. Där texten förstås i sin helhet genom att ha ett öppet förhållningssätt (Polit & Beck, 2013).

URVAL

Patienter som skall genomgå ett kirurgiskt ingrepp i ett universitetssjukhus i Västsverige kommer att tillfrågas att delta i studien.

Inklusionskriterier för studien är:

- Patienter som ska genomgå en operation under lokal anestesi.

Exklusionskriterier för studien är:

- Patienter som inte kan behärska det svenska språket i tal och skrift.
- Patienter som inte är orienterade i tid, rum och person.
- Patienter under 18 år.
- Patienter som blir påverkade av lugnande läkemedel under operationen.

Fenomenologiska studier brukar ha få respondenter, vanligtvis 10 eller färre (Polit & Beck, 2013). Tio personer kommer att tillfrågas att delta i studien och ett strategiskt urval kommer utföras. Deltagarna ska vara av olika kön och ålder för att få ett brett perspektiv på personernas upplevelser.

DATAINSAMLING

Deltagarna ombeds av intervjuaren att berätta om vad som skapar trygghet under operationen. Intervjufrågor som ställs är:

- Kan du berätta hur det var för dig från och med du kom in till operationssalen till och med du lämnade den.
- Berätta gärna om vad som gjorde dig trygg under operationen.

Följd frågor som ”skulle du kunna förklara för mig” och ” kan du berätta mer om” utan att leda diskussionen ställs. Detta för att patienterna ska kunna förklara eller förtydliga sina upplevelser och för att undvika missförstånd. Ljudinspelningar av intervjuerna görs och tiden beräknas vara mellan 30-40 minuter. Ljudinspelningarna ska transkriberas ordagrant.

Tillvägagångssätt:

- Etiskt tillstånd kommer att sökas för att kunna genomföra studien.
- Tillstånd för att genomföra studien inhämtas från ansvariga vårdenhetschefer.
- Ansvariga operationskoordinatorer från respektive avdelningen tillfrågas om assistans att välja ut lämpliga patienter.

- Patienterna tillfrågas om deltagandet i studien preoperativt och i samband med detta ges muntlig information om studien.
- Forskningspersonsinformation (FPI) ges till patienterna som accepterar att delta i studien (bilaga 3). Utrymme för patienterna att ställa eventuella frågor inför deltagandet ges.
- Patienternas samtycke är frivilligt, uttryckligt och preciserat till den forskning som ska utföras och ska finnas dokumenterat. Ett samtycke får när som helst tas tillbaka med omedelbar verkan (CODEX, 2013).
- Om ineliggande patienter önskar delta i studien, genomförs intervjun på postoperationsavdelningar 5-7 dagar efter operationen när patienterna har återhämtat sig.
- En avskild och lugn miljö där patienten känner sig bekväm, väljs ut för att genomföra intervjun.

DATAANALYS

Först läses materialet igenom flera gånger för att få ett helhetsintryck och därmed bekantas med materialet. Efter att ett helhetsintryck har skapats hos läsarna görs ett sökande för att identifiera och formulera teman. Ett tema skapas genom att organisera textstycken med så likvärdigt innebörd som möjligt. Hela texten delas in i meningsbärande enheter och sorteras in i teman. De enheter som inte svarar på studiens syfte läggs åt sidan och medverkar inte i de olika teman som formulerats (Lindseth & Norberg, 2004). De meningsbärande enheterna som väljs ut kodas med hjälp utav färgpennor. Detta gör det tydligare för att se vart de olika meningsbärande enheterna hör hemma i teman (Malterud & Midenstrand, 2009). De meningsbärande enheterna läses igenom och sedan kondenseras vilket beskriver innehållets innebörd med så enkla ord som möjligt (Lindseth & Norberg, 2004). Kondenseringen sorteras och samlas till subkategorier som förstås utifrån operationssjuksköterskans förförståelse. Subkategorierna sorteras slutligen till huvudteman. Citat utvecklas genom att förtäta innehållet som sedan används för att representera i resultatet. Slutligen läses transkripten igenom i sin helhet med de olika temana i åtanke (Malterud & Midenstrand, 2009).

PILOTSTUDIE

Urval

I syfte att testa metodens genomförbarhet har en pilotstudie genomförts. Pilotstudien genomfördes på universitetssjukhus i Västsverige. Av praktiska skäl valdes enheterna centralkliniken och kvinnokliniken, där författarna utförde sina verksamhetsförlagda utbildningar. Skriftligt tillstånd inhämtades från respektive verksamhetschefer och vårdenhetschefer för att kunna utföra studien (bilaga 2). Deltagarna valdes utifrån studiens inklusionskriterier i samråd med koordinators och samordnare på respektive operationsenhet.

Tre dagkirurgiska patienter från kvinnokliniken valdes ut ur det planerade operationsschemat och tillfrågades om eventuellt deltagande på inskrivningsdagen. En av dessa patienter blev struken från operationsplaneringen. Från centralkliniken valdes fyra dagkirurgiska patienter ur operationsschemat. En av patienterna var svår att få tag på genom telefon. Tre patienter tillfrågades 1-5 dagar innan planerad operation. En av dessa patienter tackade nej på grund av emotionell påfrestning av sin sjukdomsproblem.

Författarna presenterade sig för intervjupersonerna och gav muntlig och skriftlig forskningspersonsinformation (bilaga 3) om studiens syfte och vad det innebär att medverka. De tillfrågande fick även möjlighet att ställa följdfrågor till studiens ansvariga. Fyra av de tillfrågade patienterna tackade ja till att medverka i studien. Intervjupersonerna var mellan 40-65 år och bestod av tre kvinnor och en man.

Datainsamling

Datainsamling utfördes under mars-april 2014 några timmar efter avslutat ingrepp. Deltagarna från centralkliniken intervjuades på operationsavdelningen. En intervju genomfördes i sänghallen eftersom det inte fanns tillgång till samtalsrummet under den aktuella dagen. Den andra intervjun genomfördes i ett enskilt samtalsrum. Patienterna från kvinnokliniken intervjuades på postoperativ avdelning i enskilt patientrum.

Intervjuerna inleddes med en öppningsfråga där deltagarna fick berätta om hur det var från och med de kom in till operationssalen tills de lämnade operationssalen. Deltagarna fick även berätta om vad som gjorde de trygga under operationen. Vidare

ställdes följdfrågor utifrån patienternas berättelser. Intervjuerna varade i 10-15 minuter och spelades in på mobiltelefonen samt kodades för att garantera anonymitet.

Analys

De inspelade intervjuerna lyssnades igenom av både författarna och ljudfilerna transkriberades ut ordagrant. Författarna genomförde analys av materialet tillsammans utifrån den storskaliga studiens analysmetod. Författarna delade upp analysens delar i en tabell för att skapa en mer tydlig struktur av materialet. Slutresultatet blev 5 huvudteman som beskriver en vaken patients upplevelser av trygghet intraoperativt.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen.

Meningsbärande enheter	Kondensering	Subkategorier	Tema
Ett par gånger kändes lite grann och då krävdes det liksom bara att jag sa aj då ökade hon på lite, så det var väldigt väldigt bra.	Lyhörd till patienten.	Att känna trygghet till personalens kompetens.	Tillit till vården.
De ser ju inte men mössan är ju nere såhär långt och så är det papper upp här så man ser ju inte människan egentligen. Så det gäller att komma ihåg att det är en vaken person som hör.	Tillsyn och bekräftelse.	Att bli sedd som en person.	Att vara en person.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Grundläggande för vård och omvårdnad är respekt för mänskliga rättigheter där personen behandlas med respekt, har rätt till liv och värdighet. Enligt International Council of Nurses (2014) har en sjuksköterska fyra grundläggande ansvarsområden som är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (Northern Nurses' Federation, 2003).

Omvårdnadsforskning har ofta ett humanistiskt fokus där olika aspekter av mänsklig sårbarhet ingår. Studien utgår från forskningsetiska krav som bygger på etiska principer med ursprung från förenta nationernas (FN) deklaration om mänskliga rättigheter och i Helsingforsdeklarationen. De etiska principerna är principen om autonomi, att göra gott, att inte skada och principen om rättvisa. Dessa principer säkerställer att forskning som involverar människor är av en god etisk standard (Northern Nurses' Federation, 2003).

Forskningsetiska krav

I studien har följande forskningsetiska krav används:

Informationskravet: Deltagarna får muntlig information om studien vid förfrågan om medverkan. Deltagarna till studien får även en forskningspersoninformation (FPI) där det finns en övergripande plan för studien, deras uppgift och vilka villkor som gäller för deltagandet i studien. Information ges skriftligt och muntligt om att deltagandet i studien är frivilligt och medverkan kan avbrytas när som helst.

Krav på samtycke: deltagarna har rätt att själva bestämma över sin medverkan, hur länge de vill delta och hänsyn tas till deras villkor. Samtycket är frivilligt och framgår skriftligt. Medverkan i studien kan avbrytas när som helst utan att behöva ange skäl för detta. Deltagarens vård eller behandling kommer inte att påverkas negativt.

Krav på konfidentialitet: all insamlad data behandlas konfidentiellt genom avidentifiering av data och deltagarens identitet. All data och information förvaras på ett tryggt sätt och oåtkomligt för obehöriga. Alla etiska känsliga uppgifter om enskilda, identifierbara personer ska behandlas med tystnadsplikt av alla som medverkar i projektet.

Nyttjandekravet: all data som insamlas för studien ska endast användas för forskningsändamål och kommer inte utlånas för annat bruk (Vetenskapsrådet, 2002).

RESULTAT

Efter analys av insamlat data framkom fem huvudteman som representerar två till tre subkategorier.

Tabell 2. Redovisning av dataanalys med subkategorier och huvudteman.

SUBKATEGORIER	HUVUDTEMAN
<ul style="list-style-type: none">○ Att känna trygghet till organisationen.○ Att känna trygghet till personalens kompetens.	Tillit till vården.
<ul style="list-style-type: none">○ Att vara bekant med vårdmiljön.○ Att känna trygghet till det rena.○ Att känna sig bekväm i operationssalen.	Trygghet till vårdmiljön.
<ul style="list-style-type: none">○ Att känna sig välkommen.○ Att bli sedd som en person.	Att vara en person.
<ul style="list-style-type: none">○ Att känna trygghet till god omvårdnad.○ Att känna trygghet genom information.○ Att känna trygghet genom kommunikation.	Delaktig i sin vård.
<ul style="list-style-type: none">○ Över förväntan.○ Trygghet till operationen.	Att ha egna föreställningar om ingreppet.

TILLIT TILL VÅRDEN

Att känna trygghet till organisationen

Informanterna uttryckte att de kände sig trygga när det inte var för långa pauser och väntetider. De beskrev att det var bra när personalen gjorde det de skulle och de olika momenten flöt på.

”Men det var inga pauser, inga väntetider utan de gjorde det de skulle kändes det som...Den enda väntetiden som var, var det några minuter på att det skulle komma någon läkare det var det, sen var det inget annat.”

En av deltagarna förklarade att det var när denne blev liggande för lång tid utan att det hände någonting, kunde tankarna sväva iväg och få en negativ tankegång.

”...att det flyter på. Det är när man bli liggande på olika poster...Då hinner man tänka egna tråkiga tankar.”

Att känna trygghet till personalens kompetens

Pilotstudiens informationspersoner beskrev att de kände sig trygga av att vara i personalens händer under operationen. Det som gjorde deltagarna trygga var det sättet som personalen arbetade på. I personalens arbete lyftes hur de olika momenten utfördes och hur personerna upplevde utförandet av ingreppet. Det som upplevdes var att personalen kunde sin sak och att arbetet utfördes på ett smidigt sätt. Det var tryggt

för deltagarna att se gott samarbete mellan personalen i operationssalen och hur de arbetade tillsammans för att utföra det planerade ingreppet.

”Det är väll det här omhändertagandet, att man känner att man i händerna på, det är klart folk som kan sin sak och även vill ta hand om en. Som är liksom inställda på att de ska hjälpa en.”

”Jag var nyfiken på hur genomtänkt det är de har så när de är där inne eller om de går efter egen sunt förnuft så att säga. ...om de har talat igenom. Jag tyckte att det var grymt det sättet de jobbade på, att det flöt på så bra...”

Deltagarna beskrev att personalens förhållningssätt vara av vikt för att uppleva trygghetskänsla. En deltagare berättade att genom personalens lyhörddhet räckte det med att uttrycka ett ”aj” vid smärta, då vidtogs direkta åtgärder. En annan intervjuperson berättade att när denne fick bekräftelse av att personalen var nöjda med vad som utförts förstärktes upplevelsen av att vara trygg. Deltagarna beskrev att det kändes lugnt och tryggt med olika avledande strategier som exempelvis möjlighet till att lyssna på musik och att personalen småpratade med dem.

”...att man kunde lyssna på musik och sen att de småpratade lite grann och försöker liksom, man förstår ju att det är en strategi men det fungerar ändå, att man småpratar om annat och så innan.”

I intervjupersonernas berättelser beskrevs en upplevelse av trygghet genom att veta att personalen fanns alldeles i närheten. En av deltagarna beskrev att det var viktigt att både känna att det fanns personal i närheten och veta var i operationssalen de befann sig. En annan informant berättade att det kändes tryggt att vara kopplad till utrustning med övervakning och att någon hela tiden följde mätvärdena. Deltagarna som hade genomgått några oväntade moment som snabbt kunde åtgärdas upplevde sig lugna och därmed trygga under resten av operationsprocessen.

”Att vara kopplad till att man hela tiden följde blodtrycket och kopplad till maskiner kändes väldigt tryggt för mig.”

TRYGGHET TILL VÅRDMILJÖN

Att vara bekant med vårdmiljön

Två av informanterna beskrev att de kände sig trygga i vårdmiljön på grund av sina tidigare erfarenheter. Den ena kände sig tryggare på grund av tidigare

operationserfarenheter och var därmed bekant med operationsmiljön. Den andra beskrev sig inte vara stressad eftersom denne arbetade själv i sjukhusmiljön.

”Jag jobbar ju själv i sjukhusmiljö så jag är inte så stressad. Så jag känner mig inte särskilt orolig för att lägga mig i en pack...”

Att känna trygghet till det rena

En av informanterna berättade att operationssalen var väldigt ljus. Vid intervju av en annan deltagare började personen med att beskriva operationssalen. Det som informanten lade märke till vid ankomst till salen var att det var ordnat, städat och inga konstigheter.

”...så det var ordnat och städat och inga konstigheter, tyckte jag.”

Att känna sig bekväm i operationssalen

Flertal av forskningspersonerna beskrev att de kände sig trygga och bekväma utifrån exempelvis operationssalens atmosfär, storlek och utrustning. Vad det gäller operationssalens storlek, uttryckte en av forskningspersonerna att det kändes bra med en liten operationssal. Informanterna kände sig bekväma i operationsmiljön eftersom det rådde en lugn och lättsam stämning och att det var lagom med personal. En av deltagarna som låg i gyn läge på operationsbordet vid ingreppet kände sig avslappnad och lugn trots att det var en utsatt positionering. I berättelsen funderade personen om lugnet berodde på att det endast var kvinnor i operationssalen.

”... att det var ganska många där men inte så att det kändes som att det var för många.”

BETRAKTAD SOM PERSON

Att känna sig välkommen

Forskningsdeltagarna kände sig trygga i operationsmiljön när de kände sig välkomna. De tyckte att det som påverkade tryggheten var exempelvis att personalen var trevliga och vänliga som personer. Majoriteten av informanterna beskrev även att det som gjorde de trygga var vänligt bemötande och omhändertagande av vårdpersonalen. De preciserade att detta var viktigt redan från första början och hela vägen i operationsprocessen.

”Från början när jag kom in så när man var in genom dörrarna så blev man väl bemött... Sen är de ju trevliga som personer, det gjorde sitt.”

Att bli sedd som en person

Deltagarna beskrev vikten av att bli sedda som personer och de kände sig trygga när de fick känslan av att personalen hade de i sina tankar. Det uttrycktes att det var viktigt att få bekräftelse om att personalen betraktade de som personer med känslor och inte glömde att de var vakna.

"... att de tänker att man är och är osäker så säger de att det är ingen fara med mig."

"... att de vet att det är en person som är vaken som ligger där så att man inte glömmer det."

DELAKTIG I SIN VÅRD

Att känna trygghet till god omvårdnad

I deltagarnas berättelser framkom att det var bra när personalen inte skulle ha bråttom och gjorde vad de sa. Samtliga forskningspersoner beskrev vikten av att få tydliga förklaringar under ingreppets gång. Utöver detta berättade deltagarna att det var tryggt när de fick upprepad tillsyn samt att de kunde stämna av med personalen att allt var bra.

"Att man berättar vad man gör, nu gör vi såhär, nu kommer det sticka lite här, nu spänner det, nu ger jag dig lite sån medicin, nu kommer det rusa lite, att man får veta eftersom man är vaken, man hör ju vad de säger."

Att känna trygghet genom information

Det beskrevs av intervjupersonerna att kontinuerlig information med upprepad och tydliga förklaringar av vad som skedde under operationen skapade trygghet. Att deltagarna fick tillgång till information betonades upprepade gånger vara av vikt för att känna sig trygg i sin vård.

"Så information om vad de gör eftersom man sitter med papper upp i ansiktet och ska ligga på ett visst sätt så känner man ju sig alltid lite utlämnad. Så information är väll framförallt som gör att man känner sig trygg när man är vaken i det."

"De talar om precis vad de gjorde, ja det ger mig en trygghetskänsla."

Att känna trygghet genom kommunikation

Intervjupersonerna kände sig trygga när vårdpersonalen pratade med dem under operationens gång. Det uttalades att kommunikationen skulle vara ständig under hela

operationen samt att det var viktigt med tvåvägs kommunikation mellan personen och vårdgivaren.

”Det var att de kommunicerar med mig hela tiden. ... två vägar också för att jag kunde fråga.”

ATT HA EGNA FÖRESTÄLLNINGAR OM INGREPPE

Över förväntan

En av de intervjuade uttalade i berättelsen en rädsla inför operationen på grund av sina egna tankar. När detta motbevisades genom att operationsprocessen gick över förväntan bra, stärktes trygghetskänslan. En annan deltagare hade tidigare upplevt en stressad operation som blev positivt överraskad nu och gav personen en bra erfarenhet.

”Så som jag hade varit rädd och tänkt på det här innan så det var totalt onödigt att allting var över förväntan. Jag var bekväm, lugn hela tiden.”

Trygghet till operationen

Vad det gäller hur omfattande operationen var uttryckte deltagarna att de kände sig mer trygga av att veta att det var en liten operation som skulle genomföras. De berättade att det skulle kännas värre om det hade varit en större operation. Vidare berättade informanterna att det var tryggt när operationen utfördes utan några komplikationer.

”...jag visste att det var särskild liten grej som inte går fel eller så. Värre om man skulle göra den stora operationen. Så jag kände mig inte särskilt orolig. ... det var inga konstigheter heller vilket gör att det också blir ju tryggt...”

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Med denna studie ville en djupare förståelse fås för personers egna upplevelser av trygghet under operation med lokal anestesi. Författarna ansåg att en kvalitativ ansats var passande för att svara på studiens syfte. Med hjälp av kvalitativ ansats kan olika fenomen tolkas och ett sammanhang kan förstås utifrån en persons synvinkel. Forskaren skapar även en djupare förståelse för personens egna subjektiva upplevelser (SBU, 2013).

Urval av forskningspersoner ska utgå ifrån personer som bäst bär på information och kan förhålla sig till det som ska studeras (Alvehus, 2013). Författarna ville genomföra studien på personer som hade upplevt en operation i lokal anestesi och som sedan kunde återberätta sina upplevelser. Personer som exkluderades var de som inte kunde behärska det svenska språket och var för påverkade av narkosläkemedel. Författarna har diskuterat om denna exklusionsgrupp dock är av vikt för att studera tryggheten. Anledning till detta kan vara att persongrupper med begränsade kommunikationsmöjligheter är en utsatt grupp eftersom det finns begränsningar i hur de kan uttala sig och därav äventyras trygghetskänslan. Personer som blir påverkade av narkosläkemedel kan möjligtvis vara i större behov av trygghet. Eftersom behovet av lugnande medel fanns under operationen. Det har diskuterats om dessa patienter hade upplevt trygghetskänsla kanske behovet av läkemedel inte hade förekommit i lika stor utsträckning. Författarna var endast intresserade av att utföra studien på vuxna patienter därför valdes 18 år som en åldersgräns.

Av praktiska skäl valdes deltagarna utifrån de möjligheter som fanns på respektive operationsenhet utifrån operationsschemat och tidsintervall för utförandet av datainsamlingen. Eftersom dessa ingrepp varade maximalt upp till en timme var ingreppen relativt korta. Datainsamlingen utfördes under 4 veckors tid vilket begränsade urvalet av deltagare på grund av tidsbrist. I pilotstudien valdes deltagare som hade genomgått två olika ingrepp för att undvika att det blev för stora olikheter av upplevelser, eftersom i pilotstudien ingick endast fyra deltagare. En stor heterogenitet i ett litet urval kan leda till problem av förståelse för fenomenet uppstår på grund av att de individuella fallen av upplevelsorna är så olika varandra (SBU, 2013).

I den fullskaliga studien kommer en längre tidsperiod av datainsamling planeras för att få mer variation av kön, ålder, social bakgrund och operationstid. Urvalet kommer att bestå av 10 respondenter. Detta skulle bidra till en mer variation av information som belyser flera olika fenomen (SBU, 2013).

Eftersom fenomenologisk hermeneutisk analys hade valts som är en djup tolkning utifrån personers egna berättelser valde författarna att utföra intervjuer (SBU, 2013; Lindseth & Norberg, 2004). Intervjuerna var även en bra metod för att fånga deltagarnas perspektiv gällande ett fenomen (SBU, 2013). Intervjuerna skulle utföras

5-7 dagar efter operationen på sjukhuset när patienterna hade återhämtat sig men fortfarande hade färsk minnen av sina upplevelser. I pilotstudien blev det inte möjligt eftersom de inkluderade personerna var dagkirurgiska patienter som skulle skrivas ut under operationsdagen. Styrkan i detta var att deltagarnas upplevelser fångades i nuet. Eftersom deltagarna var klara för hemgång hade de även ingen beroendeställning till sjukvården.

I intervjun användes en öppningsfråga och en fråga specifikt för studiens syfte. Tanken med öppningsfrågan var att patienten själv fick lyfta fram det mest väsentliga i sina erfarenheter av att genomgå en operation. Författarna ställde även följdfrågor utöver de planerade frågorna för att låta patienten tala vidare om sina upplevelser. Författarna upplevde svårigheter med att samla information genom att endast ställa två öppna frågor och låta deltagarna berätta fritt. Det upplevdes av författarna att deltagarna begränsade sina berättelser. Författarna har diskuterat att intervjuerna hade kunnat bli längre om intervjuerna inte genomfördes i arbetskläder och personerna inte vetat att författarna genomförde sina verksamhetsförlagda utbildningar på respektive enhet. Detta kan ha haft en påverkan på intervjun eftersom deltagarna kanske då inte väljer att dela alla sina erfarenheter. För att även kunna utföra en intervju av hög kvalitet krävs omfattande träning av forskarna samt helst inom en gemenskap av erfarna intervjuare för att lära sig forskningsintervjuns hantverk (Kvale, Brinkmann & Torhell, 2009). Dessa argument anses ha haft en bidragande orsaker till att intervjuerna inte varade enligt den uppskattade tiden.

Andra bidragande orsaker har varit att en intervju genomfördes i sänghallen på operationsavdelningen eftersom det inte fanns tillgång till ett samtalsrum under den dagen. Författarna tror att datainsamlingen kan ha påverkats eftersom deltagaren var på en allmän plats trots att det inte fanns någon annan där. En av författarna hade även varit med under en av intervjupersonens operation vilket även kan ha haft en påverkan på intervjun. Intervjuerna spelades in på mobiltelefonen och kodades för att garantera anonymitet.

Analysmetoden tillämpas väldigt väl i denna studie men den är tidskrävande. I den fullskaliga studien bör författarna låta intervjupersonerna se över transkripten för att få möjlighet att komma med synpunkter och eventuellt komplettera om så önskas. För att få ytterligare synpunkter är det önskvärt med en andra part som får möjlighet att gå

igenom materialet i den fullskaliga studien (SBU, 2013). Med hjälp av handledning har materialet fått en annan synvinkel och idéer har kunnat bollas och diskuterats med en andra part. Ett fynd som upptäcktes vid helhets läsning av transkripten var att en av intervjupersonerna ansåg att författarna endast var ute efter information efter knivstart. Trots öppningsfrågan hade det inte tydligt framkommit utifrån FPI till deltagaren om vad som menades med den intraoperativa fasen.

Författarna lyssnade enskilt på sina två utförda intervjuer och transkriberade dessa. Sedan sammanställde författarna tillsammans efter att bägge hade lyssnat igenom samtliga inspelningar med respektive transskript och kontrollerat innehållet. Författarna hade tidigare varit noga med att sätta sig in i grunderna av den valda analysmetoden och analysen utfördes i samarbete.

RESULTATDISKUSSION

Utifrån patienters berättelser och författarnas tolkning framkom det tydligt när deltagarna kände sig trygga i den intraoperativa fasen och vad som bidrog till trygghetskänslan. I resultatet framkom fem huvudteman vilka är trygghet till vården, trygghet till vårdmiljön, att vara en person, delaktig i sin vård och att ha egna föreställningar om ingreppet. Resultatet visade även att kvaliteter av personcentrerad vård kunde tillämpas intraoperativt.

Tillit till vården

I en stor del av pilotstudiens resultat framkom att deltagarna upplevde trygghet utifrån hur vården planerades och utfördes av personalen. Exempelvis att arbetet flöt på och att det var korta väntetider. Vid granskning av tidigare forskning har det inte funnits beskrivningar om samband mellan väntetider hos patienter och upplevelser av trygghet. Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god vård uppfylls utifrån hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2010:659). Förutom att öka patientsäkerheten genom denna lag anser författarna att detta även ökar patienters upplevelser av trygghet samt tillit till vården.

Vårdpersonalens förhållningssätt har i pilotstudien visat sig vara av stor betydelse för att skapa trygghet hos personerna. Deltagarna belyste att personalens samarbete sinsemellan, sättet de utförde sitt arbete samt närhet till deltagarna gav en trygghetskänsla. Vidare beskrevs av deltagarna att vara kopplad till utrustning med övervakning och veta att någon följde mätvärden var tryggt. Liknande upplevelser har

beskrivits i tidigare forskning där det framkom betydelsen av personalens närhet och placering i operationssalen för att patienterna ska känna sig trygga (Bergman et al., 2012; Karlsson et al., 2012). Vidare har tidigare forskning beskrivit patienters generella upplevelser gällande personalens förhållningssätt och kompetens som en tillit till personalens engagemang, goda tekniska kunskaper och förståelse för patientens intraoperativa situation (Tinnfält & Nilsson, 2011). Det framhövdes önskemål om vikten av klinisk övervakningen i första hand av patienten och inte enbart av själva apparaturen (Hankela & Kiikkala, 1996; Karlsson et al., 2012). I pilotstudien har dessa upplevelser kunnat kopplas till vad som ger trygghetskänsla hos personerna.

Operationssjuksköterskans professionella kompetens och yrkesutövning styrs av tidigare erfarenheter, evidensbaserad kunskap, lagar och föreskrifter (Dåvøy et al., 2012). Genom att tillämpa dessa kunskaper i vårdandet av patienten anser författarna att en trygghetskänsla skapas. Upplevelse av trygghet till vården utifrån organisationen och personalens kompetens har i pilotstudien visats vara den största bidragande faktorn till trygghet intraoperativt.

Trygghet till vårdmiljön

Pilotstudien visade att tidigare erfarenheter av vårdmiljön kunde påverka patienters känsla av trygghet. Det framkom att deltagarna som tidigare hade operationserfarenheter kände sig trygga av att vistas i operationsvårdsmiljön. Det har även framkommit att den som själv arbetade inom sjukhusmiljön kände sig inte stressad av att vistas på en operationsavdelning. Tidigare forskning har beskrivit att patienter som tidigare hade genomgått en operation i vaket tillstånd kände sig lugna (Bergman et al., 2012). Dock har det inte påvisats att personer som arbetade inom sjukhusmiljön kände sig trygga även på grund av sin erfarenhet.

I pilotstudiens resultat berättade informanterna om operationssalens utseende och utformning som var städad, ordnad och ljus vilket skapade trygghet. I forskning har patienters generella upplevelser av operationssalens miljö beskrivits som ljus och vacker (Hankela & Kiikkala, 1996) och en känsla av att operationssalen var steril utifrån doften av desinfektionsmedel (Bergman et al., 2012). Det framhövdes inte att samtliga upplevelser knyts an till personens trygghetskänsla men utifrån pilotstudien har författarna fått fram att dessa upplevelser bidrar till trygghet.

I litteratur beskrivs att aseptik är inriktad på det som synligt är rent för ögat. Operationssalen ska vara utformad för minimerad risk av att sprida vårdrelaterade infektioner (Rothrock, 2011). Operationssjuksköterskan ansvarar utifrån kompetensbeskrivningen för att hygieniska och aseptiska principer tillgodoses. Detta gör att en operation kan utföras på ett tryggt sätt och därmed förebygga smittspridning (Riksföreningen för operationssjukvård & SSF, 2011). Författarna anser att känslan av god hygien skapar trygghet eftersom det minskar oro hos personerna för att utveckla postoperativa vårdinfektioner.

Forskning har beskrivit personernas generella upplevelser om operationssalensmiljö som varm, professionell och av en god atmosfär (Bergman et al. 2012; Karlsson et al. 2012). Utifrån pilotstudiens resultat kan författarna sätta upplevelserna i relation till trygghet eftersom liknande upplevelser har framkommit. Upplevelserna som nämndes var en lättsam stämning samt en lugn och rofylld miljö.

Pilotstudie tar även upp att lagom med personal i operationssalen samt eventuellt av vilken kön personalen var, kunde påverka patienters upplevelse av att vara lugn och bekväm. Författarna anser att det är viktigt för vårdpersonalen att se till att vårdtagaren är bekväm i operationssalen vilket vidare leder till att denne blir avslappnad och trygg. En avslappnad och trygg person har en bättre samarbetsförmåga vilket i vissa ingrepp önskas. Personalen i operationssalen är en av faktorerna som kan orsaka smittspridning som vidare kan leda till postoperativa infektioner (Socialstyrelsen, 2006). Att inte vara för många i operationssalen är bra eftersom risken för infektioner minskas. Enligt Socialstyrelsen (2006) ska som mest 8-10 personer vistas i operationssalen.

Betraktad som person

I pilotstudiens resultat framkom att det var viktigt med vänligt och trevligt bemötande, bra omhändertagande och känsla av att vara välkommen vilket gav trygghetskänsla. Deltagarna tog även upp att det var viktigt att bli sedd som en person med känslor och få bekräftelse av personalen. I tidigare forskning beskrevs exempelvis att genom ögonkontakt fick patienten bekräftelse och därmed blev betraktad som en person (Karlsson et al., 2012).

Utifrån pilotstudiens resultat anser författarna att vårdpersonalen ska se personen i vårdandet och vara lyhörda till vårdtagaren vilket bidrar till trygghet. Vidare skapar

detta förutsättningar för en god relation och att personcentrerad vårdande kan tillämpas. Detta styrker vad Edberg (2013) beskriver om att en person står i relation till omvärlden och till andra personer och kan medverka i olika beslut som tas. Vidare beskriver Segesten (1994) att relationstrygghet ansluts till bland annat nätverk av människor samt varma och nära relationer. En person söker en relation där denne blir behandlad med respekt och positivt bemött. GPCC (2012) beskriver i personcentrerad vård att patienter är personer och ska ses bakom sin sjukdom. För att kunna engagera personen i sin vård ska denne betraktas som en människa med vilja, känslor och behov. Eftersom möten mellan personer och personal i vården är korta, har vårdpersonalen ett stort ansvar för att kunna se och möta hela personen. Möten mellan patienten och vårdpersonalen är fundamentalt för att forma partnerskap. Ekman et al., (2011) i sin studie beskriver att genom att ge patienten möjlighet att presenterar sig själv som en person inleds ett samarbete mellan vårdgivaren och personen som tillsammans arbetar för lösningar i vårdandet.

Delaktig i sin vård

I pilotstudiens resultat betonades vikten av kommunikation, information och att vara delaktig i sin vård intraoperativt, vilket skapade trygghet. Trygghet upplevdes genom personalens utförande av god omvårdnad. Exempelvis var att de inte skulle ha bråttom vid utförandet av sitt arbete och gav tydliga förklaringar i de olika momenten. Författarna ser ett samband mellan pilotstudiens resultat och det som har framkommit i tidigare forskning där patienters känsla av trygghet och uppfyllelser kan påverkas genom att vara i interaktion med andra (Ying et al., 2001).

Författarna anser att när en person känner sig trygg kan ett partnerskap mellan vårdgivaren och vårdtagaren formas som gör att vårdtagaren känner sin delaktig i sin vård. Segesten (1994) beskriver att i trygghet till interaktionen med omvärlden ingår bland annat kontrolltrygghet och relationstrygghet. Kontrolltrygghet handlar om att förstå, förutse, hantera och kontrollera den tillvaro en lever i. Kvaliteter som belyser relationstryggheten är öppenhet, ömsesidighet, förståelse, gemensamma mål, ärlighet, acceptans och förmåga av att nå varandra. Författarna anser att information, kommunikation och god omvårdnad under utförandet av vården skapar relationstrygghet. Detta leder till att patienten samarbetar med vårdpersonalen till gemensamma mål och blir delaktig i sin vård, vilket i sin tur tillgodoser kontrolltryggheten.

Enligt GPCC (2012) är två av nyckelbegreppen inom personcentrerad vård partnerskap och patientberättelsen. Genom partnerskap ser vårdpersonalen den hjälpsökande personen som en aktiv partner med kunskaper och kompetens som bidrar till utförande av dennes vård. Dialogen mellan vårdgivaren och hjälpsökaren skapar en patientberättelse. Det är upp till en professionell vårdgivare att påbörjar samtalet. I pilotstudien har författarna kunnat se ett tydligt samband mellan trygghetskänsla hos vårdtagaren och delaktighet i sin vård. Att vara delaktig i sin vård är en av komponenterna i personcentrerad vård. Författarna anser därmed att utifrån pilotstudiens resultat kan personcentrerad vård skapa förutsättningar för trygghet.

Att ha egna föreställningar om ingreppet

Utifrån resultat av pilotstudien kan författarna konstatera att personers tankar och kunskaper om operationen kan påverka hur tryggt de känner sig under ingreppet. Deltagarna som ingick i pilotstudien hade ett operationsingrepp av mindre art, där operationstiden var totalt cirka en timme. Det framkom i resultatet att det kändes tryggt att veta att operationen var liten eftersom deltagarna gjorde en jämförelse av en stor operation. Detta har även visats i tidigare forskning som har belyst att kunskap om att veta vad som skulle hända i operationssalen gjorde att patienterna kände sig trygga (Bergman et al., 2012). Författarna anser att tankar om en liten operation associeras med färre komplikationer vilket kan leda till en trygghetskänsla.

De patienter som har förutfattade meningar innan utförandet av operationen som leder till känslor som rädsla är en viktig grupp att försöka få tag i redan i den preoperativa fasen. Detta kan göras genom exempelvis ett preoperativt samtal eller eventuellt utläsa i patientjournalen (Dåvøy et al., 2012). Författarna kunde se i pilotstudien att patienter som vad rädda inför operationen ändrade sin känsla till trygghet utifrån den vård som gavs, vilket är ett nytt fynd som inte har framkommit i tidigare forskning. Därför anser författarna att det är viktigt för vårdpersonalen att vara medvetna om att upplevelserna kan förändras under operationen och sträva efter att vara konsekventa i utförandet av omvårdnad.

Slutsats

Genom de samlade berättelserna av vakna patienters upplevelser intraoperativt har en förståelse framhävts om vad som skapar trygghet. Det är många olika faktorer som kan bidra till trygghetskänsla men faktorerna är även individuella. Pilotstudiens resultat har visat att bland annat ett gott bemötande, väl omhändertagande och att

involvera personen i sin vård får patienten bekräftelse av att bli sedd som en person. Genom att bli sedd som en person skapas goda relationer och är förutsättningar för ett partnerskap. För att kunna arbeta personcentrerat krävs ett gott samarbete mellan samtliga professioner och en vårdkultur som är öppen för förändringar.

Det finns begränsad forskning om vakna patienters upplevelser intraoperativt. I den forskning som finns beskrivs patienters generella upplevelser. Det som är unikt för denna studie är att författarna har framhävt personers upplevelser specifikt för trygghet. Pilotstudien ger kunskap om vad vårdpersonalen kan bidra med för att skapa trygghet hos en vakna patient intraoperativt men detta inte är tillräckligt. Därför anser författarna att mer evidensbaserad kunskap behövs inom detta område eftersom fler operationer sker i vaket tillstånd.

Arbetsfördelning

Författarna har tillsammans planerat, format, genomfört och sammanställt magisteruppsatsen i ett gott samarbete.

REFERENSLISTA

- Alvehus, J. (2013). *Skriva uppsats med kvalitativ metod: en handbok*. Stockholm: Liber.
- Bergman, M., Stenudd, M., & Engström, Å. (2012). *The experience of being awake during orthopaedic surgery under regional anaesthesia*. *International Journal of Orthopaedic & Trauma Nursing*, 16(2), 88-96. doi: 10.1016/j.ijotn.2011.08.004
- CODEX regler och riktlinjer för forskning. (2013). *Informerat samtycke*. Hämtad 2013-12-27, från <http://www.codex.uu.se/manniska2.shtml>
- Dåvøy, G. A. M., Eide, P. H., Hansen, I., Midenstrand, M., & Törnqvist, L. (2012). *Operationssjukvård : operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Edberg, A. K. (2013). *Omvårdnad på avancerad nivå : kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur.
- Edvardsson, D. (2010). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ... Sunnerhage, K. S. (2011). *Person-centered care- Redy for prime time*. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-251. Doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008.
- Gilmartin, J., & Wright, K. (2008). *Day surgery: patients' felt abandoned during the preoperative wait*. *Journal of Clinical Nursing*, 17(18), 2418-2425. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02374.x
- GPCC. (2012). *Personcentrerad vård*. Hämtad 2013-12-19, från <http://www.gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-varld/>
- Halldin, M., Lindahl, S., Björnekull, C., & Wilhelmsson, J. (2005). *Anestesi*. Stockholm: Liber.
- Hankela, S., & Kiiikkala, I. (1996). *Intraoperative nursing care as experienced by surgical patients*. *AORN Journal*, 63(2), 435-442. doi: 10.1016/S0001-2092(06)63231-6
- Karlsson, A.C., Ekebergh, M., Mauléon, A.L., & Österberg, A.S. (2012). "Is that My Leg?" Patients' Experiences of Being Awake During Regional Anesthesia and

Surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 27(3), 155-164. doi:
10.1016/j.jopan.2012.02.005

Kaye, A.D, Urman, R.D., &Vadivelu, N. (2012). *Essentials of regional anesthesia*.
USA:Springer.

Kelvered, M., Öhlén, J., & Gustafsson, B.Å. (2012). *Operating theatre nurses' experience of patient-related, intraoperative nursing care*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 449-457. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00947.x

Kvale. S., Brinkmann, S., & Torhell S.E. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*.
Stockholm: Studentlitteratur.

Lindseth, A., & Norberg, A. (2004). *A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 145-153. doi: 2004120877

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

Malterud, K., & Midenstrand, M. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning : en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-centered nursing : theory and practice*. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.

Northern Nurses' Federation. (2003). *Ethical guidelines for nursing research in the Nordic countries*. Oslo: Northern Nurses' Federation.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2013). *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Riksföreningen för operationssjukvård & Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2011). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning mot operationssjukvård*. Tillgänglig:
<http://www.seorna.com/media/31056/kompbeskrivning.pdf>

Rothrock, J.C. (2011). *Alexander's care of the patient in surgery*. 14th ed. Toronto: Mosby.

SBU. (2013). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården en handbok*.
Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering

Segesten, K. (1994). *Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet*. Göteborg: K&K Segesten.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelse. (2006). *Att förebygga vårdrelaterade infektioner- ett kunskapsunderlag*. Socialstyrelsen.

SOU 1979:78. *Mål och medel för hälso- och sjukvården: Hälso- och sjukvårdslag betänkande av hälso- och sjukvårdsutredningen HSU*. Stockholm: Socialdepartementet.

Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2014). *ICN:s etiska kodverk för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2010). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Tillgänglig: <http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-publikationer/Vardegrund.for.omvardnad.web.pdf>

Tinnfält, I., & Nilsson, U. (2011). *Patients' Experiences of Intraoperative Care During Abdominal Aortic Aneurysm Repair Under Local Anesthesia*. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 26(2), 81-88. doi: 10.1016/j.jopan.2011.01.009.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Tillgänglig: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Watson, J., & T. Grundberg (1993). *En teori för omvårdnad: omvårdnad och humanvetenskap*. Lund, Studentlitteratur.

Ying, L.C., Levy, V., Shan, C.O., Hung, T.W., & Wah, W.K. (2001). *A qualitative study of the perceptions of Hong Kong Chinese women during caesarean section under regional anaesthesia*. *Midwifery*, 17(2), 115-122.

SÖKNING I DATABASER

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
20131126	Cinahl	Patients AND Intraoperative care AND Experiences	Inga begränsningar	22	4	3	2
20131212	Cinahl	Experiences AND Patient AND Surgery AND Regional anaesthesia AND Safety	Inga begränsningar	1	1	1	1
20131212	Cinahl	Experiences AND Patient AND Surgery AND Regional anesthesia AND Security	Inga begränsningar	1	1	1	1
20131212	Cinahl	Intraoperative AND Patient AND Perception	Inga begränsningar	30	2	1	1



UNIVERSITY OF GOTHENBURG

EN UNDERSÖKNING OM PATIENTENS UPPLEVELSER AV ATT VARA VAKEN INTRAOPERATIVT.

Vi är två operationssjuksköterskestudenter som heter Dalia Printzlow och Erica Kron. Vi studerar på Göteborgs Universitet och i utbildningen ingår ett examensarbete på avancerad nivå. Vi planerar att genomföra vår studie på respektive VFU placeringar som är SU/ Östra, OP 2 Kvinnokliniken samt SU/Central kliniken operation Östra OP 1.

Syfte med vår studie är att undersöka vad som påverkar en vakens upplevelse av trygghet intraoperativt. Med denna studie vill vi få en ökad kunskap och förståelse av hur operationssjuksköterskan kan tillämpa personcentrerad vård intraoperativt.

Patienterna kommer att tillfrågas att delta i studien och forskningspersoninformation (FPI) kommer att tilldelas. Studien är kvalitativ där datainsamling kommer att ske med patientintervjuer efter operationen av studiens ansvariga. Intervjuerna kommer att spelas in och förväntas ta 30-40 minuter. Deltagarna kommer att tillfrågas om att berätta om sina upplevelser av att vara vaken under operationen. Deltagarnas personuppgifter kommer inte finnas med i intervjuerna eller resultatet. Forskningsmaterialet kommer att förvaras skyddad och inlåst så att det inte blir någon åtkomst för obehöriga. I resultatet kommer eventuella citat att användas men anonymitet garanteras. Vi anser att det inte finns några risker för deltagandet. Det är dock möjligt att det upplevs känsligt för personerna att berätta om operationen. Patienterna har rätt att avbryta sitt deltagande i studien när som helst utan att behöva förklara varför.

För att kunna genomföra denna studie behöver vi ert tillstånd. Vi kommer behöva hjälp av operationskoordinatorn för att välja ut lämpliga patienter som uppfyller studiens inklusionskriterier (se bilaga). Vi önskar att kunna genomföra intervjuer med fyra personer, två från respektive enhet.

Med Vänliga Hälsningar

Dalia Printzlow
dalia.printzlow@hotmail.com
0738-79 00 55

Erica Kron
ericamasinjila@yahoo.com
0735-61 98 82

Jag är tagit del av informationen gällande studien och godkänner att studien genomförs.

Signatur: _____



UNIVERSITY OF GOTHENBURG

FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

Bakgrund och syfte

Allt fler patienter opereras under vaket tillstånd med lokalbedövning. I vaket tillstånd under en operation är patienten närvarande i det som sker under hela operationen och detta leder till många olika upplevelser. Omvårdnad som ges till patienten i vaket tillstånd skiljer sig från den omvårdnad som ges till en sövd patient.

Operationssjuksköterskans ansvar är bland annat att bemöta patienten med värdighet, integritet och autonomi. Med denna studie undersöks faktorer som påverkar en vakens patients upplevelser av trygghet under en operation.

Förfrågan om deltagande

Du som skall genomgå en operation i vaket tillstånd kommer att tillfrågas om att delta i studien där du får delge din upplevelse av denna situation. Tillgång till dina uppgifter har skett i samråd med operationskoordinatören.

Hur går studien till?

Du ombeds att delta i intervju på din avdelning 5-7 dagar efter operationen efter att du har fått möjlighet att vila och återhämta dig. Intervjun kommer att utföras av studiens ansvariga i en lugn miljö. Intervjun kommer att spelas in och förväntas ta 30-40 minuter. Önskemålet är att ni berättar om era upplevelser av hur det var att vara vaken under operationen. Intervjun kommer att skrivas ut och texten kommer att analyseras. Resultatet kommer ingå i en magisteruppsats i Göteborgs Universitet.

Vilka är riskerna?

Du utsätter dig inte för några risker genom att delta i studien. Det är dock möjligt att det kan upplevas känsligt för dig att berätta om operationen.

Finns det några fördelar?

Fördelar med denna studie är att kunna få ökad kunskap om vårdande av patienter i vaket tillstånd under operation.

Hantering av data och sekretess

Dina personuppgifter som namn och personnummer kommer inte finnas med i intervjuerna. Ljudinspelningen och den utskrivna texten kommer att förvaras skyddad och inlåst så att det inte blir någon åtkomst för obehöriga. I resultatet kommer

Dalia Printzlow
Erica Masinjila Kron

eventuella citat att användas men anonymitet garanteras. Alla personuppgifter kommer att behandlas enligt personuppgiftslagen (SFS 1998:204).

Hur får jag information om studiens resultat?

Du kan få ta del av resultatet genom att kontakta ansvariga för studien.

Frivillighet

Ditt deltagande i studien är frivilligt. Du har när som helst, utan särskild förklaring, rätt att avbryta. Du behöver hellre inte förklara något om du väljer att inte vara med.

Ersättning

Ersättning kommer inte att tilldelas för att vara med i studien.

Vid frågor var vänlig att kontakta ansvariga för studien:

Student:

Dalia Printzlow
Leg. Sjuksköterska
dalia.printzlow@hotmail.com
Tel: 0738-79 00 55

Handledare:

Monica Pettersson
Leg. Sjuksköterska, Lektor
monica.pettersson@gu.se

Erica Kron
Leg. Sjuksköterska
ericamasinjila@yahoo.com
Tel: 0735- 61 89 92

Personuppgifts ombud:

Susan Lindahl
Sahlgrenska sjukhuset
Tel: 031-343 27 26

Samtycke

Jag ar tagit del av informationen gällande studien och är intresserad av att medverka.

Signatur _____



UNIVERSITY OF GOTHENBURG

INTERVJU FRÅGEGUIDE

- Kan du berätta hur det var för dig från och med du kom in till operationssalen till och med du lämnade den.
- Berätta gärna om vad som gjorde dig trygg under operationen

Dalia Printzlow
Erica Masinjila Kron

Dalia Printzlow
Erica Masinjila Kron