



LUNDS
UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Anestesisjuksköterskans förhållningssätt kring begreppet awareness: ett professionellt misslyckande

-En kvalitativ intervjustudie.

Författare: Therése Celandér
Författare: Frank Munk-Andreasen
Handledare: Anna Kristensson Ekwall

Magisteruppsats

Våren 2014

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Anestesisjuksköterskans förhållningssätt kring begreppet awareness: ett professionellt misslyckande

-En kvalitativ intervjustudie.

Författare: Therése Celander
Författare: Frank Munk-Andreasen
Handledare: Anna Kristensson Ekwall

Magisteruppsats, Våren 2014

Abstrakt

Awareness är en sällsynt (1:1000) men allvarlig komplikation till anestesi. När det förekommer kan det innebära stora psykologiska efterföljder för den drabbade. Anestesisjuksköterskor i Sverige har en viktig roll vid det perioperativa omhändertagandet av patienten. Syftet var att belysa anestesisjuksköterskans förhållningssätt kring awareness. En kvalitativ induktiv metod användes. Totalt intervjuades 16 anestesisjuksköterskor med hjälp av semistrukturerade frågor. En innehållsanalys enligt Burnard användes. Tre huvudkategorier utkristalliserades: *Kunskap*, *Synsätt samt Profession*. Anestesisjuksköterskan uppfattar förekomsten av perioperativ awareness som ett professionellt misslyckande. Vidare präglas hennes omvårdnadsperspektiv av tron på patienten och dennes närstående samt lyhörighet för patientens situation. Då det är första gången denna kliniska problemställning utforskats utifrån Anestesisjuksköterskans synvinkel, behövs djupare och mera ingående studier kring hennes roll.

Nyckelord

Awareness, Anestesi, Varseblivning, Vakenhet, Sömn djup, Anestesisjuksköterska, Kvalitativ Studie

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Problembeskrivning.....	4
Bakgrund.....	5
Funktionbeskrivning, Lagar och författningar.....	5
Riskfaktorer vid awareness.....	6
Klassificering av Awareness.....	7
Barn och Awareness.....	8
Monitorering av sömndjup.....	8
BIS kontra ETAC.....	9
Modified Brice Interview.....	10
Psykologiska följder av awareness.....	11
Teoretisk utgångspunkt.....	11
Syfte.....	13
Metod.....	13
Urval.....	14
Datainsamling.....	14
Databearbetning.....	15
Etisk avvägning.....	15
Resultat.....	17
Information om informanterna.....	17
Kategorier.....	17
Kunskap.....	18
Synsätt.....	20
Profession.....	22
Diskussion.....	26
Metoddiskussion.....	26
Resultatdiskussion.....	30
Konklusion och implikationer.....	32
Referenser.....	33
Bilaga 1.....	39

Problembeskrivning

Enligt Svenska Perioperativa registret (SPOR) utförs ca 700000 anestesier per år i Sverige (SPOR, 2014). I USA utförs 30 miljoner anestesier på år (Sebel, 2004). En eller två per tusen nedsövda patienter kan erfara awareness under den perioperativa perioden (a.a.). Enligt Samuelsson (2008) riskerar mellan 2-65% av dem som upplevt awareness att utveckla långvariga tillstånd såsom smärta och psykiskt obehag. Även posttraumatiskt stress syndrom (PTSD) är vanligt (Lenmarken, 2007; Leslie, 2010 ; Osterman, 2001).

Fenomenet upplevd awareness uppmärksammades internationellt genom dess filmatisering av Hollywoodfilmen "Awake" (2007). Awareness är med andra ord en fruktad bieffekt av icke-adekvat sömndjup som då och då omnämns i media eller som rättsfall i utlandet (Mashour, 2010). Ett problem som många patienter upplever är att de inte blir trodda, bland annat i en studie av Samuelsson (2008) där tretton av trettionio patienter beskriver att de bemöttes av skepsis hos vårdpersonalen när de berättade om awarenessstillfället.

Glantz (2013, 10 februari) berättar om ytterligare en patient som upplevt awareness och som ej heller blivit trodd. I anestesijuksköterskans yrkesroll ingår bland annat att skapa trygghet och förtroende gentemot både patient och närstående (Hovind, 2013). Varför blir patienter inte trodda när de försöker berätta sin historia?

I detta sammanhang har anestesijuksköterskans förhållningssätt kring awareness en avgörande betydelse för hur hon hanterar denna problemställning i sin kliniska praxis. För närvarande finns det några studier på magisternivå (Helmersson, 2010; Åberg, 2013) samt doktorsnivå (Samuelsson, 2008) som behandlar detta ämne i Sverige. Ingen av dessa studier har dock belyst anestesijuksköterskans förhållningssätt kring begreppet awareness. Som framgår i problemområdet, upplever många patienter att de inte blir trodda när de väl finner mod att berätta om sina upplevelser till vårdpersonalen.

Förhoppningen är att genom den här studien öka förståelsen för hur anestesijuksköterskan förhåller sig till begreppet awareness. Då det vid databassökningar inte återfunnits några studier som belyser hur anestesijuksköterskan uppfattar begreppet awareness, var det intressant att undersöka detta.

Bakgrund

Det finns ingen bra översättning för “awareness” på svenska. Begreppet “varseblivning” används i motsvarande betydelse av Halldin (2005). För enhetlighetens skull används begreppet awareness genomgående i texten. Awareness kan förekomma under generell anestesi och på 1950-talet, i samband med att muskelrelaxantia introducerades inom anestesi, noterades de första fallen av awareness (Halldin, 2005; Hutchinson, 1961; Winterbottom, 1950). Awareness definieras som oavsiktlig vakenhet under narkos utan förmåga till verbal kommunikation eller kroppsliga rörelser (Hovind, 2013).

Samuelsson (2008) definierar begreppet awareness som tydligt minne av händelser som inträffat under generell anestesi. Mashour (2011) definierar awareness som ett misslyckande att trycka ner vakenhet, upplevelseförmåga samt explicita minnesepisoder. I början klassificerades dessa berättelser som drömmar eller att de hade samband med intubation eller extubation men även att det omöjligt skulle kunna hända. Efterhand förstod man att det inte bara var möjligt, utan att det faktiskt inträffade oftare än vad man trodde (Halldin, 2005).

Funktionsbeskrivning, Lagar och författningar

Lindwall (2008) beskriver en för svenska förhållanden anpassad form av perioperativt vårdande utifrån den amerikanska motsvarigheten “The Perioperative Practice”, (AORN, 2006). Enligt denna definition ... *“den perioperativa vården utgörs av anestesi- och operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad, den perioperativa dialogen det vill säga det pre-, intra, och postoperativa samtalet med patienten och kirurgiska behandlingsstrategier det vill säga det praktiska tillvägagångssättet på vilket patientens fortsatta hälsa och liv står på spel” (a.a.).*

Enligt kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterskor verksamma inom anestesijukvård utfärdad av Riksföreningen för Anestesi och Intensivvård (2008) bygger anestesijuksköterskans profession på en värdegrund som innebär att patienten ska behandlas som en unik person med speciella och individuella behov. Anestesijuksköterskan ska visa

lyhördhet och respekt för patientens integritet och värdighet men också vara uppmärksam, öppen och mottaglig för patientens situation (a.a.).

Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS, 1982:763) innehåller de grundläggande föreskrifter gällande alla former av hälso- och sjukvård i Sverige (Raadu, 2013). Den är byggd på målsättningar så som; krav på god vård, vård på lika villkor samt behovsvillkor det vill säga att den mest sjuka behandlas först. Följande paragrafer är emellertid vägledande, nämligen **2a§ 3** som bygger på patientens självbestämmande och integritet, **2a§ 5** där vården skall utformas i samråd med vårdtagaren, **2b§** informations- och samtyckeskrav, samt **3a §** behandlingsalternativ utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Patientsäkerhetslagen (SFS, 2010:659) utvecklade ansvarsfördelningen genom att specificera krav på “en kunskapsbaserad, ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv och jämlik hälso- och sjukvård i rätt tid (a.a.)

Riskfaktorer vid awareness

Awareness är vanligast bland thoraxkirurgi (1,1-23%), akuta kejsarsnitt (0,4%) och traumakirurgi (0,1-43%). Risken är mångdubblad om patienten är ytligt nedsövd (Crosby, 2011; Samuelsson, 2008) eller har fått muskelrelaxantia utan tillräckligt sömndjup (Avidan, 2011). Enligt Halldin (2005) kan det handla om både mänskliga faktorer men också brister i apparatfunktioner såsom otillräckligt gastillförsel på grund av tekniska fel. Goda kunskaper och färdigheter i användandet av inhalationsanestetika kan minimera risken för awareness (a.a.). Bischoff (2011) delar riskfaktorer vid awareness i 3 huvudkategorier: 1) Patientrelaterade (ASA III-IV, kronisk multisjuka, missbrukare). 2) Kirurgiska tillstånd (akuta kejsarsnitt, akut trauma- och jourtids-operationer). 3) Anestesimetodsrelaterade (med muskelrelaxantia och utan sederande läkemedel). Vidare identifierades följande prevalens för upplevd awareness (a.a.)

Perception	Prevalens (%)
Auditiv	85-100
Visuell	27-46
Rädsla	78-92
Känsla av hjälplöshet	46
Operationsdetaljer	64
Paralys	60-89
Smärta	41

Tabell 1: Illustrerar förekomsten av upplevd awareness enligt Bischoff (2011, sid 2)

Klassificering av Awareness

Mashour et al. (2010) har utvecklat Michigan Awareness Classification Instrument (MACI). Detta instrument kan användas av sjukvårdspersonalen för att klassificera patienternas typ och intensitet av deras upplevda awareness.

Klass 0:	Ingen awareness
Klass 1:	Begränsad auditiv perception
Klass 2:	Taktil perception (kirurgisk manipulation eller endotrakeal tub)
Klass 3:	Smärta
Klass 4:	Paralys (känslan av att inte kunna röra sig, prata eller få luft)
Klass 5:	Paralys och Smärta
Klass D:	“D” för “distress” då inkluderar patienternas utsagor för rädsla, ångest, känsla av undergång och kvävning samt känsla av en förestående död

Tabell 2: "Michigan Awareness Classification Instrument" illustrerar det instrument som används för att klassificera patienternas typ och intensitet av upplevd awareness enligt Mashour et al. 2010, sid.814

Barn och Awareness

Incidensen av perioperativ awareness är högre hos barn (0,8-5,0 %) än hos vuxna (Johr, 2006; Uezono, 2006). Bischoff (2011) rapporterade i sin översiktsartikel att risken för awareness är 8 till 10 gånger högre hos barn än vuxna. Davidson (2007) menar först och främst att barn har två typer av awareness upplevelser, antingen "vuxen-liknande" eller "barn-liknande." "Vuxen-liknande" har samma orsaker, incidens och med eventuellt samma konsekvenser som vuxna medan "barn-liknande" awareness upplevelser inte är associerade med paralytisk, är mindre stressande för barnen och har inga tydliga samband med ytlig sömndjup, misstag eller avsiktlig undersövning.

Vidare menar Davidson (2007) att okunskap råder om orsakerna till den "barn-liknande" formen av awareness upplevelse och att det beror på att det inte finns tillräckligt med vetenskapliga studier som avhandlar barn yngre än 5 år och awareness för att kunna dra några säkra slutsatser. De studier som finns är antingen för små eller ofullständiga. Dessutom är sannolikheten att bilda explicita minnen för barn yngre än 3 år oklart. Däremot finns det ett klart samband mellan awareness och drömmar men orsaken därtill är fortfarande oklar. För närvarande finns inte tillräckliga kunskaper för hur de yngsta barnen bildar implicita minnen eller har explicit hågkomst (recall) vid vakenhetstillstånd.

Det är något som i sin tur öppnar fältet för ett tvärvetenskapligt meningsutbyte där neurofysiologer, filosofer och psykologer skulle kunna vara delaktiga (a.a.) För äldre barn dvs 5 år uppåt rapporterade Davidson et al. (2011) lustgasanestesi (OR 2.4 (95 % CI 1.08-5.32 p=0.03)) samt trakeal intubation (OR 3.0 (95% CI 1.20-7.56 p=0.02)) som två oberoende av varandra riskfaktorer som orsak till perioperativ awareness (a.a.).

Monitorering av sömndjup

Det finns inget objektiva sätt att identifiera perioperativ awareness (Samuelsson, 2008). Autonom respons i sig kan inte avslöja awareness eftersom sympatiskt påslag egentligen kan

vara förekommande av andra orsaker också. Vidare finns det rapporterade fall där awareness förekommit med eller utan kroppsrörelser samt med eller utan muskelrelaxantia (a.a.). För anestesipersonalens vidkommande står olika perioperativa redskap tillbuds men deras funktionalitet och tillförlitlighet är något osäker. Som exempel kan electroencephalogram derived bispectral index (BIS), electroencephalogram (EEG) samt endtidal anesthetic-agent concentration (ETAC) nämnas (Avidan, 2011; Kertai, 2012). Nyare monitorer såsom Entropy, som försöker mäta olika delar av hjärnan och dess muskelaktivitet finns nu på marknaden och förhoppningsvis ska dessa ge förbättrade mätningar av patientens sömndjup (Geiz-Ewerson & Wren, 2007).

BIS kontra ETAC

Avidan (2011) jämförde möjligheterna att upptäcka perioperativt upplevd awareness med hjälp av BIS kontra ETAC som övervakningsmetod. Av resultatet framgick att 7 av 2861 patienter (0,24%) inom BIS-gruppen och 2 av 2852 (0,07%) inom ETAC gruppen visade sig ha haft upplevd awareness. Totalt 19 fall (0,66 %) visade sig ha haft bestämd eller möjligt upplevd awareness i BIS gruppen jämfört med 8 fall (0,28%) inom ETAC gruppen. Därför kunde slutsats inte dras att BIS är mer tillförlitlig än ETAC vad gäller upptäckten av perioperativ awareness (a.a.). Johansen (2006) hänvisar däremot till två stora studier där incidensen av minnen efter anestesi minskades med 80 % vid BIS-monitorering intraoperativt. Han menade dessutom att användning av BIS ökar möjligheten för en skräddarsydd anestesi (a.a.).

Det Amerikanska anesthesiologiska sällskapet (ASA),(2006) har i enlighet med sitt konsensus dokument rekommenderat att mätning av sömndjup ska avgöras från fall till fall och inte användas som standardövervakning (a.a.).

Modified Brice Interview

Samuelsson (2008) menar att det bara är patienterna själva som kan bekräfta eller förneka att de har haft awarenessupplevelse under operationen eftersom det i högsta grad handlar om en subjektiv upplevelse. Däremot är sannolikheten att patienten skulle berätta om sin upplevda awareness spontant är dock minimal (a.a.) Det amerikanska anestesilogiska sällskapet har utfärdat ett konsensusdokument för att identifiera riskgrupper och minimera risken för awareness (ASA, 2006). “Modified Brice Interview (MBI)” är ett hjälpmedel som vårdpersonal ska kunna använda för att identifiera patienter med upplevd awareness (Brice, 1970; Liu, 1991).

“Modified Brice Interview” är fem enkla frågor som vårdpersonalen postoperativt kan använda sig av för att upptäcka förekomsten av awareness (a.a.). Dessa frågor utgörs av:

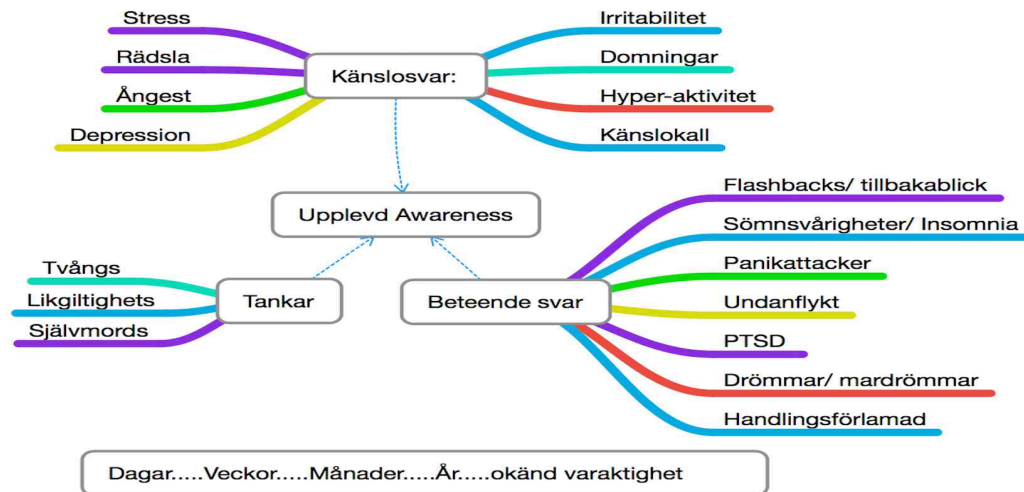
1. Vad var det sista du kommer ihåg innan du somnade?
2. Vad var det första du kommer ihåg när du vaknade?
3. Kan du komma ihåg något mellan den tid du somnade och vaknade?
4. Drömde du något under operationen?
5. Vad var det värsta med din operation?

Det som är viktigt i detta sammanhang är att intervjuaren inte ger några förslag utan bara lämnar fältet öppet så att patienten svarar i den takt hon själv vill (Bischoff, 2011).

Enligt Samuelsson (2008) beror svarsgraden på det förtroende och den relation som finns mellan vårdare och patient. Vissa patienter väljer av rädsla för att stämpas som psykisk “störd” eller liknande att inte ge några svar. Emellertid kan en icke-taktfull frågeställning provocera fram undanträngda minnen därför rekommenderas försiktighet när och hur perioperativ personal ställer dessa frågor. Tidpunkten när dessa frågor ställs till patienten kan ha en avgörande betydelse. En alltför tidig, det vill säga direkt efter operationen, kan vara olämpligt då patienten fortfarande kan vara omtöcknad av anestesimedel eller lider av smärta, illamående eller andra postoperativa komplikationer. Å andra sidan kan en alltför sen intervju antingen provocera fram “undanträngda” minnen eller vara utan svar då patientens minnen redan är bortglömda (a.a.).

Psykologiska följder av awareness

Bruchas, Kent, Wilson och Domino (2011) har utifrån tidigare forskningsstudier kunnat klassificera patienternas kort men också långvariga symtom enligt följande:



Figur 1 illustrerar patienternas kort och långvariga symtom enligt Bruchas et al. 2011 sid. 260

Teoretisk utgångspunkt

Föreliggande studie har sin utgångspunkt i Orlandos interaktionsteori. Interaktionsteorin innebär att det praktiska arbetet sjuksköterskan utför till största delen bygger på personlig kontakt. Patientens aktiva deltagande betonas och hon menar att omvårdnadens fokus behöver flyttas från den medicinska diagnosen och de automatiska handlingar som följer, till en vård i samråd med patienten. Sjuksköterskan konfronteras dock i sitt arbete med specifika situationer där generella principer inte kan appliceras godtyckligt eftersom varje patient är unik (Schmieding, 1993). Teorin baseras på 4 antaganden:

1. *Antaganden om omvårdnad:* att omvårdnaden är en egen profession. Den professionella omvårdnaden är fokuserad på patientens omedelbara upplevelse. Sjuksköterskan identifierar både orsak till problem och vilken hjälp som behövs för att lindra och planerar de handlingar

som är nödvändiga. Utvärdering sker genom observation av patientens beteende. Bristen på en klart definierad funktion har hämmat omvårdnadens möjlighet att visa resultat både i praktik och forskning. Kontakt med patienten uppstår visserligen via det medicinska området men medan den medicinska disciplinen ansvarar för prevention och behandling, svarar omvårdnaden för att tillgodose patienternas fysiska och psykiska välbefinnande under den tid som behandling eller övervakning pågår.

2. *Antaganden om patienten:* alla patienter är unika och handlingar ska anpassas till den enskildes omedelbara hjälpbehov. Det är viktigt att etablera en stödjande relation för att patienten ska kunna uttrycka innebörden av sina problem och behov. Sjuksköterskan bör också ha en utforskande roll vid varje given tidpunkt där hon undersöker patientens egentliga behov för att avgöra om patienten fortfarande behöver hennes hjälp. Patientens beteende är meningsfullt även om det inte alltid ter sig självklart. Genom att observera patientens beteende kan sjuksköterskan nå en slutsats om att det krävs närmre utforskande för att förstå dess mening. Patienter både kan och vill kommunicera verbalt även när de är oförmögna till det.

3. *Antagande om sjuksköterskan:* Sjuksköterskans reaktion på varje patient är unik. Hon kan aldrig veta på förhand hur hon ska reagera på patienten utan måste i varje situation utforska sina egna reaktioner och handlingar för att förstå vad de innebär för patienten. Sjuksköterskans uppgift är att hjälpa patienter att undvika eller lindra obehag eller problem men samtidigt bör hon inte heller förstärka patienternas problem. Sjuksköterskans tanke är hennes främsta redskap för att hjälpa patienten genom att omsätta tanken till handling. Tanken uppstår i interaktionen med patienten och tankens innebörd påverkar hennes agerande. Sjuksköterskan kan tänka logiskt och har förmågan att omsätta innehållet i sina tankar i handlingar som gagnar patienten. Då sjuksköterskan inte använder tanken först utan handlar automatiskt hindrar det henne att uppfylla sitt omvårdnadsansvar genom att inte tagit hänsyn till patientens uppfattning. Sjuksköterskans yrkesutövning förbättras genom självreflektion. Insikten om hur hennes beteende förbättrat patientens situation eller ej, måste ligga till grund för hennes utveckling och förbättring av praktiska kunskaper och färdigheter.

4. *Antagande om interaktionen mellan sjuksköterska och patient:* i interaktionen mellan sjuksköterska och patient uppstår en process. Sjuksköterskans ord och handlingar påverkar patienten och vice versa. Om sjuksköterskan uttrycker sina tankar i form av frågor eller

undranden, så underlättar det för patienten att uttrycka sina tankar om det hon säger. Genom att utforska meningen i patientens beteende underlättar det för patienten att uttrycka sina problem, vilket skapar tillit och underlättar kommunikationen. Mötet mellan patient och sjuksköterska är en viktig källa till kunskap i omvårdnaden eftersom sjuksköterskans uppfattning om patienten ligger till grund för patientens omvårdnadsplanering (a.a.).

Syfte

Syftet med studien var att belysa anestesijuksköterskans förhållningssätt kring begreppet awareness.

Metod

Anesthesijuksköterskors förhållningssätt kring awareness undersöktes med hjälp av kvalitativ induktiv ansatsmetodik. För att få en djupare förståelse för fenomenet hölls intervjuer med hjälp av semistrukturerade frågor som formulerades i en intervjuguide för att användas som stöd under själva intervjun (Danielson, 2012). Uppföljningsfrågor användes av intervjuaren som stöd för att få inblick i informanternas erfarenheter, känslor, förståelse, uppfattningar samt tankar samt när förtydligande behövdes. Förförståelse innebär den syn som forskaren har på omvärlden och hur hon anser verkligheten borde vara men även vad hon tror sig finna i en undersökning (Granskär & Höglund, 2008). Författarna var medvetna om sin förförståelse vilket innebar att de i intervju situationen försökte undvika en speciell inriktning av samtalet. Enligt Danielson (2012) är det bra att testa intervjufrågor och intervjuens struktur men även den tekniska utrustningen genom en eller flera provintervjuer. En av författarna hade möjlighet att utföra en provintervju som sedan används i resultatet. Efter feedback från handledaren förbättrades intervjutekniken till att bli mer fokuserad på ämnet och färre sidospår.

Urval

Enligt Hartman (2004) har urvalet stor betydelse vid studier med kvalitativ metod. Det är viktigt att finna personer som kan ge den information som eftersöks. Om forskaren inte har den kunskap eller kännedom som behövs för att finna rätt personer till studien kan forskaren med fördel ta hjälp av någon annan som har bättre kunskap och kännedom (a.a.). Den här studiens fokus låg på anestesijuksköterskor. För att finna informanter som ville delta i studien tillfrågades verksamhetschefer vid två stora sjukhus i Sverige om tillstånd att intervjua verksamma anestesijuksköterskor vid respektive anesthesiavdelning. Bekvämlighetsurval användes eftersom det var svårt att finna informanter som spontant anmälde sig för deltagande i studien (Polit & Beck, 2004). Enligt riktlinjer för Lunds Universitet bör mellan 5-25 informanter ingå i en kvalitativ magisteruppsats. Målet var att få in material från sexton anestesijuksköterskor utan några exklusionskriterier.

Datainsamling

Verksamhetscheferna vid två stora sjukhus i Sverige kontaktades via e-mail för godkännande. Efter att respektive verksamhetschefs medgivande var inhämtat, informerades enhetscheferna vid respektive avdelning om studien vid olika avdelningsmöten. Informationsbrev med informerat samtycke till potentiella deltagare delades ut. På detta sätt värvades tio stycken informanter. Resterande informanter kontaktades via e-mail. Tiden och platsen för intervjun var antingen bestämd av enhetschefen vid respektive avdelning eller av informanterna. Alla informanter intervjuades personligen. Insamling av data skedde i mars-april 2014. Innan intervjuerna påbörjades inhämtades informerat samtycke efter att informanterna muntligen informerades om studiens upplägg och konfidentialitet. Längden på intervjuerna varierade mellan 16 till 53 minuter. Alla intervjuer utfördes var för sig och delades lika mellan författarna. Intervjuerna spelades in med hjälp av ljudupptagare eller inspelningsprogram på dator. Därefter transkriberades materialet var för sig ordagrant efter bästa förmåga i en oidentifierad form där varje informant fick en siffra från ett till sexton. En av författarna sände sin första transkriberade intervju till handledaren för feedback innan nästa intervju påbörjades. Ingen utom studieförfattarna och handledaren har haft tillgång till det

transkriberade materialet som förvarats inlåst under tiden fram till examinationstillfället, dock lämnades ett slumpmässigt utvalt avidentifierat transkript ut till en utomstående person för att validera kodningen. Härefter kommer det i sin helhet förstöras.

Databearbetning

Inspelade intervjuer transkriberades fortlöpande, ordagrant i sin helhet och datamaterialet lästes igenom var för sig upprepade gånger för att som Henricson och Billhult (2012) beskriver, förstå helheten i det nedskrivna materialet. Analys av materialet påbörjades först när alla intervjuer var utförda. En kvalitativ induktiv innehållsanalys användes enligt Burnards fyra steg (Burnard, Gill, Stewart, Treasure & Chadwick, 2008). Författarna började med att identifiera och färgkoda meningsbärande enheter både individuellt på sitt eget material men också på den andres. Härefter jämfördes uppkomna huvudkategorier, underkategorier och teman med varandra. Efter diskussion uppnåddes enighet kring vilka huvudkategorier och underkategorier som ansågs reflektera materialet på ett objektivet sätt. Huvudkategorierna döptes om och blev fler medan underkategorierna kondenserades från 29 stycken ner till 8. För att validera analysen enligt Burnard et al. (2008) tillfrågades en utomstående person som inte hade anknytning till arbetet eller processen att läsa genom ett slumpmässigt utvalt transkript och koda texten fritt. Det visade sig att den kodningen överensstämde bra med författarnas egen kodning. Härefter diskuterades de olika kategorierna och teman med handledaren för ytterligare vägledning vilket ledde till att teman som ansågs onödiga togs bort. Slutligen gjordes ytterligare en kondensering där flera underkategorier slogs samman.

Etisk avvägning

Vetenskapsrådets etiska principer (2002) det vill säga informations-, samtyckes-, konfidentialitet- samt nytto kravet har beaktats under den här studien. En etikansökan sändes till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) vid Medicinska fakulteten, Lunds Universitet för

yttrande innan studien påbörjades. Etiknämndens kompletteringskrav samt rekommendationer efterföljdes noggrant. Verksamhetschefernas skriftliga godkännande inhämtades. Informanternas skriftliga "informerade samtycke" inhämtades innan varje intervju och frivilligheten och möjligheten att avbryta deltagandet poängterades. Eftersom studien belyste anestesijuksköterskans förhållningssätt kring awareness, var inga patienter involverade. Patient eller personrelaterade händelser och berättelser togs bort eller avidentifierades. Allt material har förvarats inlåst och skyddat för utomstående under studiens gång.

Resultat

Information om informanterna

Anestesisjuksköterskorna som intervjuades är verksamma på anesthesiavdelningar vid 2 stora sjukhus i Sverige. De har sammanlagt 432 års yrkeserfarenhet som sjuksköterska och 308 års yrkeserfarenhet som anestesisjuksköterska med en median av 17,5 år. Av de 16 intervjuade personerna var tre män och tretton kvinnor. Antal år som verksam anestesisjuksköterska varierade från 3 år upp till 42 år. Fyra personer är i åldersgrupp 60 år och uppåt, tre i åldersgrupp 50-59 år, åtta i 40-49 år, och en i åldersgrupp 30-39 år.

Kategorier

Av de 16 transkriberade intervjuerna kunde genom innehållsanalysen tre huvudkategorier urskiljas med ett flertal underkategorier. Huvudkategorierna är kunskap, synsätt och profession. Huvudkategorierna är uppdelade i följande underkategorier:

Kunskap:

- Definition
- Riskfaktorer

Synsätt:

- Känslor
- Tron på patienten
- Lyhördhet

Profession:

- Anestesisjuksköterskans roll och ansvar
- Anestesiologiska överväganden
- Yttre faktorer

Nedan visas ett exempel på hur kondenseringsprocessen utvecklades fram till en kategori.

Meningsbärande Enhet	Kondenserad Meningsbärande Enhet	Kod	Underkategori	Huvudkategori
INF 3: som narkos-ssk är detta något som man är <u>rädd för</u> , det är ju lite av en <u>fasa</u> och helt <u>oacceptabelt</u> , det är en sån sak man tänker på, det är därför vi, har jag förstått av XXX ibland <u>söver</u> patienterna <u>lite för mycket</u> och det kan nog vara för att vi är så <u>rädda</u> att de ska drabbas av <u>awareness</u> .	Söver patienterna lite för mycket rädda att drabbas av awareness Är rädd för, är en fasa och helt oacceptabelt	Rädsla Awareness Rädsla Awareness	Känslor	synsätt
INF 11: .jag skulle nog vara <u>besviken på mig själv</u> som inte har upptäckt det!	Besviken på sig själv	Skuldkänsla	Känslor	synsätt
INF 11: för det är en negativ upplevelse, det är en så.. <u>smärtsam eller skräckinjagande upplevelse</u> ..så det är inget som jag vill att de barn jag sover ska uppleva.	Smärtsam & Skräckinjagande upplevelse Inget jag vill barnen ska uppleva	Negativ upplevelse Önskemål	Känslor Känslor	synsätt

Tabell 3: Kondenseringsprocessen samt huvud- och underkategorier

Kunskap

Definition

Många av informanterna beskriver awareness som ett tillstånd där patienten kommer till medvetande och aktivt förnimmer något under operationen såsom känsel eller hörsel men inte kan förmedla sig. Dock behöver patienterna inte nödvändigtvis vara smärtpräglade.

Överlag anser sig de flesta informanter fått bra kunskap vad gäller awareness under sin vidareutbildning. Ytterligare kunskap om ämnet har inhämtats vid temadagar som anordnats av arbetsgivaren. Speciellt intresserade hade själv förkovrat sig genom att läsa facklitteratur.

Informant 7: dels så måste jag ju ha klart för mig hur mycket jag måste söva patienten, hur djupt jag behöver söva överhuvudet, alltså doseringar på allting när det gäller läkemedel och då gaser också.

Informanterna nämner både kortsiktiga men också långsiktiga bieffekter av en awareness upplevelse. Mardrömmar, rädsla, obehagskänslor, ångest och vanföreställningar är några av de vanligaste symtom som beskrivs. Hos barn kan det leda till negativa reaktioner i mötet med vitklädda personer flera år efteråt. Begreppet post traumatiskt stress syndrom (PTSD) nämns också i detta sammanhang. Informanter som arbetar inom barnanestesi uppger att det råder osäkerhet om hur barnen påverkas av awareness och man tror det finns ett stort mörkertal eftersom många barn inte kan förstå sammanhang eller förmedla sig. Det finns en övertygelse att patienter med upplevd awareness måste leva med traumat i flera år efteråt och att det kan påverka deras förtroende för sjukvården.

Riskfaktorer

Hos informanterna finns genomgående en stor medvetenhet och om vilka riskfaktorer eller riskmoment som kan öka risken för awareness i samband med anesthesiologiska ingrepp. I stort sett alla informanter kan nämna medicinska eller kirurgiska tillstånd som ökar risken. Dessa faktorer eller moment kan vara: thoraxkirurgi, urakuta ingrepp såsom aortaanerysm, sectio eller andra former av trauma där patienterna är väldigt hemodynamiskt instabila och där man inte vågar söva för djupt. Även sköra patienter som till exempel ASA 4 eller väldigt sjuka barn anses vara utsatta för högre risk för awareness eller neurokirurgiska patienter där tillgången till huvudet är begränsad.

Vidare nämns total intravenös anestesi (TIVA) och target controlled infusion (TCI) som en riskfaktor eftersom sömndjupet är svårare att värdera men även ryggpatienter eller de patienter där problem uppstår i samband med intubationen och där man förbiser att fördjupa anestesi, löper en större awareness risk. Flera av informanterna uppger att muskelrelaxerande läkemedel i sig ökar risken för awareness eftersom patienten inte kan förmedla sig på något sätt.

Andra läkemedel som kan försvåra möjligheten att ge patienten ett adekvat sömndjup är psykofarmaka, långvarig användning av analgetika samt Catapressan. Ketalar omnämns på grund av dess biverkan genom hallucinationer. En medvetenhet om missbrukares behov av större doser anestesimedel återfanns också i texten.

*Informant 16: Det jag känner mig mest osäker, det är när jag muskelrelaxerar..
.äh... faktiskt... då har man inte samma pejl på, hur kroppen fungerar, då ligger
du platt till.*

Synsätt

Känslor

Överlag är awareness ett känsloladdat begrepp för alla informanterna. Anestesi-
sjuusköterskorna tar det som ett professionellt misslyckande om detta skulle inträffa och
någon anser till och med att man borde skämmas, speciellt om misstaget beror på nonchalans.
De har även en klar uppfattning om att det inte är patientens fel eller beror på patientens
tillstånd utan att awareness är skapat av anestesisten som möjligtvis valt fel anestesimetod.

Några önskar helst att detta tillstånd inte skulle förekomma överhuvudtaget.

Awarenessbegreppet uppfattas i negativa ordalag såsom obehagligt, obehagskänslor,
förfärligt, ångest, skrämmande och katastrof-narkos. En medvetenhet finns om att detta måste
vara en smärtsam eller skräckinjagande upplevelse för patienten. Majoriteten upplever en
rädsla för att det som absolut inte får ske inträffar och väljer att istället "översöva" sina
patienter.

Det är bättre att översöva än att undersöva patienterna. Informanterna har en klar bild vad
gäller kliniska färdigheter utifrån det antal år man har arbetat som anestesijjuksköterska. De
anser att man växer in i sin roll. Rädslan för att patienterna inte ska sova tillräckligt djupt
leder ofta till översövning. Denna rädsla försvinner i takt med antalet patienter som hon sover.

*Informant 12: Ja, när man var nyfärdig, var man rädd för awareness, och då är
man väldigt rädd för att söva för ytligt! Man är väldigt duktigt att söva för djupt
i början! Och man är väldigt duktigt att väcka sent i början just därför att man
vill absolut inte skapa tillfälle för awareness. .. det tycker jag att det kommer*

faktiskt med erfarenhet, och den kliniska blicken, hur man vågar släppa upp anestesin i slutet på operationen i samband med att man tex syr ihop, det är, man blir allt duktigare ju längre tid man jobbar, och det är för att man har det i bakhuvudet. Jag vill inte att mina patienter ska drabbas av awareness!

Tron på patienten

Överlag har alla informanter gett uttryck för att de skulle tro på en patient eller dennes föräldrar om de berättade om en awareness upplevelse. Patienten bör inte ifrågasättas utan "kunden" har alltid har rätt. Samtidigt finns det en viss tveksamhet eftersom det ibland kan vara svårt att skilja mellan drömmar i samband med induktion och väckning kontra awareness upplevelse och en det finns en förståelse för att det kan vara svårt att upptäcka awareness under operationen. Man försöker hitta logiska förklaringar och någon menar att detta beror på att sjukvården inte vill ta sitt ansvar eller rannsaka sig själva och därför istället avfärdar fenomenet som hallucinationer. Detta liknas vid polisen som utreder sitt eget brott. I allmänhet anser informanterna att fenomenet awareness diskuteras för lite i avdelningen. Om en sådan händelse inträffar, är det endast de inblandade som diskuterar fallet och för övrigt förekommer diffusa samtal i kafferummet. Man anser dock inte att ämnet är tabubelagt men att man gärna undviker att diskutera det, att det finns en slags "hysch, hysch" kring hela ämnet. En förklaring som anges är att det är något som alla är rädda för och som man inte vill tänka på.

Informant 13: Föräldrarna och barnet... jag skulle ta dem på allvar till att börja med, det tror jag.. det är jätte viktigt, både föräldrar om man har ett större barn och är det ett litet barn så kanske lite mer gentemot föräldrarna till att börja med, men att ta dem på allvar.

Lyhördhet

Flera informanter ger uttryck för att aktivt lyssnande underlättar kontakten mellan patient och anestesijuksköterska. Detta leder till ett ökat förtroende. Att vara lyhörd och ha patienten och föräldrar i fokus anses som en viktig del i deras arbete. Ett värdigt, patientfokuserat och respektfullt omhändertagande av patienten under hela operationsförloppet är viktigt inte bara för patienten men även för anestesijuksköterskan. Att försäkra patienten om att denne kommer bli väl omhändertagen och övervakad under hela den perioperativa perioden samt att tala om för patienten att operationen är färdig och att allt har gått bra, var något som framkom av texten. Om awareness skulle inträffa, uttryckte alla informanter vikten av att erbjuda patienten samtal och uppföljning för att underlätta för patienten att kunna komma vidare. Att försöka förklara för patienten hur denna situation kunnat uppstå samt förmedla kontakt till professionellt hjälp ansågs viktigt.

Informant 3: ja, det måste man ju ta tag i absolut och jag tror nog att jag hade sagt att: det här måste vi hjälpa dig med och ganska så snart, kanske redan inne på postop hade jag tagit med mig ansvarig narkosläkare till den här patienten som hade haft en awareness upplevelse och inte släppa den förrän det är färdigt för patienten. Så absolut! Ta tag i det, lyssna på patienten så mycket som han behöver, försöka förklara och hjälpa patienten med fortsatt kontakt till professionell hjälp för att komma över saken.

Profession

Anestesisjuksköterskans roll och ansvar

I texten framgår att anestesijuksköterskorna ser det som sin främsta uppgift att söva, underhålla och väcka och att patienten ska sova gott och säkert baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet. Det anses viktigt att patienten ska vara ordentligt sövd vid

inubationsmomentet. Anestesisjuksköterskan har ett högt säkerhetstänkande och skulle kunna tänka sig att skriva avvikelse på sig själv av två anledningar. Dels för att se om det är hon själv som har begått ett misstag eller om det beror på ett fel i systemet. Anestesisjuksköterskorna anser att noggrannhet är en viktig egenskap för att förebygga och undvika awareness. Noggrannheten innefattar bland annat moment såsom intravenösa infarter och kontroll av teknisk utrustning.

Informant 14: ...Det ska liksom inte finnas någon tvekan när jag ska intubera eller göra någonting.....så har jag försäkrat mig om att nålen fungerar perfekt.. är det intravenöst då ser jag till det är infarter som jag kan komma åt och kontrollerar noggrant...försäkrar mig om att jag vet att det intravenösa verkligen går in och att barnet sover.....om..jag kör TIVA då är det absolut viktigaste.. att veta att det inte går subkutant och att barnet får i sig...

Anesthesiologiska överväganden

För att bedöma patientens sömndjup så observerar majoriteten av anestesisjuksköterskorna olika fysiologiska parametrar som pupillerna (deviation, storlek), blinkreflex, hud (värme och fuktighet), puls (takykardi), blodtryck (hypertoni), ventilationen (stigande andningsfrekvens och stigande CO₂), tårar i ögonen. Några informanter uppger att de är försiktiga vid induktion framför allt hos äldre på grund av deras fysiologiska inflexibilitet medan samma problematik inte existerar vid sövning hos relativt friska barn. Ett problem som många av informanterna tar upp är svårigheter att observera dessa parametrar vid olika ingrepp där hela eller stora delar av patienten är täckt. Exempel på sådana ingrepp är: ryggoperationer, hjärnkirurgiska ingrepp eller andra ingrepp i huvud-hals regionen där huvudet är övertäckt. I dessa situationer uppger majoriteten av informanterna som arbetar inom vuxenanestesi att olika hjälpmedel såsom BIS eller Entropy används. Anestesisjuksköterskorna var dock noga med att poängtera att det endast är som ett komplement och att man inte kan förlita sig på värdena helt och hållet. Inom barnanestesi används dock inte BIS eller Entropy utan där använder anestesisjuksköterskorna sig av endtidalt gaskoncentrationsvärde (ETAC) som ett komplement för att mäta sömndjup, särskilt när de inte har tillgång till huvudet och pupiller. Att bedöma sömndjup upplevdes som svårare när TIVA eller TCI användes eftersom man

upplevde att de värden som ställts in på infusionspumparna var trubbiga och inte alltid levererade den mängd anestesimedel som patienten behövde. Alla intervjuade anestesijuksköterskor gör dagligen olika överväganden gällande anestesimetoder kontra patientens medicinska tillstånd samt vilken övervakning och hjälpmedel som hon behöver för att kunna säkra en god sömn.

Informant 14: sen när det är givet och barnet verkar sova så kontrollerar jag ögonen och reflexer och sån här. När jag har gjort det så kanske jag släpper lite på gasen..hur mycket som går in alltså. Jag tittar väldigt sällan på MAC men jag tittar jättemycket på ögonen, vill att de ska vara centrerade och blinkreflexen för att verkligen se att de är djupt sövda. Sen fortsätter jag försäkra mig om att barnet sover ordentligt innan jag intuberar eller innan de börjar operera för då kan jag inte titta i ögonen och om det är en hjärnoperation då går det ju inte men när jag kommit till det läget då vi har lagt patienten i operationsläge och det är tvättat och täckt...tiden fram till det..då har jag verkligen försäkrat mig om att barnet sover och verkligen sett på alla parametrar som puls, blodtryck och tittar en sista gång i ögonen och på helheten och då vet jag att barnet sover.

Yttre faktorer

I texten återfanns flera faktorer som avhandlade den perioperativa strukturen. De anestesijuksköterskor som arbetade inom vuxenanestesi upplevde oftare att det inte fanns tillräckligt med tid för att prata med patienten varken innan eller efter operationen. Informanterna beskrev stressen av ett pressat operationsprogram med ord som "hårt tempo". Detta problem återfanns inte inom barnanestesi. Tvärtom var man här medveten om att barn och föräldrar överlag hade behov av en större tolerans och att saker och ting fick lov att ta längre tid. Här var det viktigare att kvaliteten av den givna vården var hög kontra kvantiteten. I texten framkom önskemål från flera anestesijuksköterskor att få träffa de patienter de ska söva, dagen innan. Detta trodde man skulle vara en fördel och trygghet för patienten men även för narkosköterskan.

Tidsfaktorn är också aktuell i det postoperativa omhändertagandet då många inte upplevde sig ha tid att gå tillbaka till postoperativa avdelningen för att besöka de patienter som man sövt och fråga om de sovit gott eller drömt något. Detta besök hade även inneburit en feedback och en bekräftelse på hur bra eller dålig narkos man utfört. Endast i speciella fall besökte man patienten efteråt. Vid tillfälle av awareness saknades rutiner dels för att dokumentera händelsen i patientjournalen men även rutiner för omhändertagandet av patienten efteråt. Många menade att patienten borde träffa både narkosläkare och narkosköterska för samtal initialt för att sedan slussas vidare till fortsatt professionell hjälp.

Informant 5: det beror ju på vad man prioriterar och vilka rutiner man vänjer sig vid som personal tror jag. ...Det vore kanske bra på så sätt att du får ett kvitto på hur bra narkosen har varit....personligen skulle jag gärna vilja att vi träffade de patienterna vi ska söva redan dagen innan , att man går upp till avdelningen , att det på något vis finns tid till det men vi arbetar inte efter någon sån modell...

Diskussion

Metoddiskussion

En kvalitativ induktiv ansats valdes eftersom det är en metod som fokuserar på informanternas egna upplevelser och erfarenheter. Även med få deltagare kan en djupare förståelse uppnås, speciellt med något längre intervjuer (Danielson, 2012). Elo och Kyngas (2008) menar också att kvalitativ innehållsanalys kan användas vid forskningsfrågor där det inte finns tidigare undersökningar gjorda.

Strategiskt urvalsförfarande var önskvärt till denna studiedesign eftersom urvalet har stor betydelse vid studier med kvalitativ design. Det är viktigt att finna personer som kan ge den information som eftersöks (Hartman, 2004). Omständigheterna främst i form av svårigheter att rekrytera informanter, ledde till tidsbrist och att bekvämlighetsurval slutligen tillämpades.

Polit & Beck (2004) menar att detta urvalsförfarande är vanligt men kan vara olämpligt eftersom risken finns att det inte speglar populationen och därmed ger ett skevt resultat. Författarna menar dock att detta urval trots allt ledde till god spridning gällande anestesijuksköterskornas ålder och yrkeserfarenhet och att skevheten därför inte blev så uttalad som litteraturen beskriver i samband med detta urvalsförfarande.

Semistrukturerade frågor i en intervjuguide användes som stöd under själva intervjun. Uppföljningsfrågor ställdes när förtydligande behövdes. Enligt Danielson (2012) ger intervjuguiden en bra struktur för att få fram det väsentliga inom avsatt tid. Trost (2010) menar att ordet strukturering kan betyda två olika saker. Om intervjufrågorna har öppna svarsalternativ så anses de vara ostrukturerade men om en intervju eller ett frågeformulär innehåller en struktur så anses det vara högt strukturerat. Enligt den beskrivningen har författarna i föreliggande studie i så fall använt sig av strukturerade intervjuer med öppna frågor.

Inom den hermeneutiska forskningen är forskarens förförståelse essentiell för att kunna se, förstå och utveckla ny kunskap (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008). Dock kan

förförståelsen hindra forskaren att se något nytt. Att reflektera över sin egen förförståelse är därför en viktig ingrediens i kvalitativ forskning (a.a.). Författarna till föreliggande studie anser sig varit försiktiga med sin egen förförståelse under intervjuerna och försökt att inte ställa ledande frågor. Dessutom har författarna endast haft två verksamhetsförlagda utbildningar bakom sig vid undersökningstillfället vilket minimerar risken för en ”medveten” förförståelse. Dock har författarna varit väl pålästa om fenomenet innan intervjuerna påbörjades. Vidare har författarna ofta diskuterat sin förförståelse under själva analysarbetet genom att ifrågasätta om det är författarna som tolkar meningarna på ett visst sätt eller det verkliga är informanterna som menar det.

Intervjuerna genomfördes av författarna var för sig eftersom det av logistiska orsaker var omöjligt att göra dem tillsammans. Det kan vara både fördelar och nackdelar med detta förfarande. Fördelen är enligt Trost (2010) att informanten inte är i underläge medan nackdelarna med att vara ensam intervjuare kan vara att ovana intervjuare kan behöva stöd av varandra i början för att få en bättre informationsmängd. Eftersom författarna till föreliggande studie inte är vana intervjuare hade det varit önskvärt att göra de första intervjuerna tillsammans. Detta var dock inte möjligt och anses vara en svaghet i studien.

Miljön där intervjun sker har stor betydelse (Trost, 2010). Det är viktigt att informanten känner sig trygg i miljön och att intervjun kan göras ostört. Ofta får informanten själv välja lokal men intervjuaren måste ha förslag på lämpliga alternativ och inte lämna över ansvaret för detta på informanten. Intervjuerna skedde i lokaler anslutna till operations avdelningen vilket var förslag från enhetscheferna på respektive klinik. Detta innebär att ingen av informanterna behövde byta om och möjligheten fanns då för dem att avbryta intervjun för att återgå till den ordinarie verksamheten om så behövdes.

Alla intervjuer kunde slutföras utan avbrott och spelades in med hjälp av data program eller diktafon. Fördelen med detta är att intervjuaren kan koncentrera sig på det viktigaste nämligen informanternas svar och risken är minimal att tappa viktig information (Danielson, 2012).

Andra fördelar är enligt Trost (2010) att man kan lyssna på ordval och tonfall många gånger, man kan skriva ut och se vad som sagts ordagrant men också lära sig av sina misstag genom att höra sin egen röst. Den som textar dåligt slipper svårigheten med att tyda sin egen handstil. Nackdelarna är att det tar tid att lyssna igenom det inspelade materialet eftersom man tvingas

spola fram och tillbaka upprepade gånger för att finna detaljer, gester och mimik kan inte återges, det tar lång tid att transkribera materialet samt att många människor inte tycker om att bli inspelade. Att upprepade gånger behöva kontrollera utrustningen vad gäller batteri är en annan nackdel som nämnts (a.a.). Ytterligare en nackdel som en av författarna personligen erfor var att ljudkvaliteten kan variera beroende på aktiviteter som föregår vid sidan om. Detta försvårade transkriberingen.

Transkriberingen påbörjades direkt efter avslutad intervju. Detta menar Danielson (2012) gör det lättare att komma ihåg kroppsspråk och gester som kan komma till nytta i analysen. För att undvika risken för felskrivningar bör varje författare transkribera sina egna intervjuer menar Trost (2010). Även under transkriberingen är det viktigt med ett etiskt perspektiv. Att avidentifiera informanterna genom att utesluta innehåll som kan spåras till någon är viktigt. Författarna gjorde detta genom att varje informant tilldelades en siffra och att exempelvis citat justerades så att det inte skulle vara möjligt att spåra någon.

En av författarna intervjuade 6 av 8 informanter på en och samma eftermiddag. Detta var ett önskemål från enhetschefen och berodde på dagens operationsprogram. Tyvärr omöjliggjorde det feedback från handledaren efter intervju nummer ett och försvårade därmed möjligheten för författaren att växa i sin intervjuteknik medan den andra hade möjlighet att få feedback från handledaren efter sin första intervju och växte i rollen som intervjuare.

Författarna upplevde överlag att informanterna var väldigt öppna, generösa och gärna delade med sig av sina erfarenheter, tankar, känslor, upplevelser och uppfattningar.

Skillnaden med en kvalitativ metod jämfört med kvantitativ metod är enligt Graneheim och Lundman (2004) svårigheten att uppnå trovärdighet. För att uppnå detta bör forskningsresultatet granskas i relation till vald metod. Urvalet av informanter bör vara varierat för att kunna belysa syftet ur olika perspektiv. En blandning av ålder och kön anses också öka trovärdigheten. Författarna till föreliggande studie anser att 16 informanter med god spridning gällande ålder och yrkeserfarenhet, uppfyller kraven på trovärdighet samt de krav som ställs inom ramen för magisteruppsats.

Graneheim och Lundman (2004) menar vidare att hur analysen utförs har stor betydelse för trovärdigheten. Att välja passande meningsbärande kategorier är viktigt, det får inte vara för

brett eller för många kategorier som liknar varandra men ej heller för smalt eftersom texten då lätt kan bli uppstyckad (a.a.). Författarna använde Burnards (2008) 4 stegsanalys som metod för att analysera materialet.

Hur väl kategorierna speglar resultatet är viktigt enligt Graneheim och Lundman (2004). Det som är irrelevant för syftet bör rensas bort. Författarna kondenserade ner kategorierna från 29 stycken till 15 efter diskussion med handledaren. Efter arbetsseminariet kondenserades materialet och kategorierna minskades från 15 till 8 stycken. Att visa hur kodningen gjorts är ett bra sätt för att öka trovärdigheten menar Graneheim och Lundman (2004) och detta har författarna till föreliggande studie också redovisat. Ett annat sätt att öka trovärdigheten är att söka förståelse hos en annan person. Det kan vara en annan forskare, handledare eller utomstående person.

Enligt Burnard (2008) lämpar sig dock handledaren inte som utomstående granskare eftersom denne är präglad av processen. Istället bör någon helt utomstående person granska kodningsprocessen. Därför anser vi att studiens trovärdighet har ökat genom att en utomstående person fick ta del av ett slumpmässigt och avidentifierat transkript för fri kodning. Denna kodning ledde till exakt samma utfall som författarnas egna.

Tillförlitlighet handlar enligt Graneheim och Lundman (2004) om hur mycket resultatet ändras under tiden arbetet fortgår. Det finns alltid en risk att forskarna blir inkonsekventa. Genom att diskutera öppet i teamet om likheter och skillnader i en text, så är det lättare att hålla sig på rätt spår. Författarna till föreliggande studie har koncentrerat sig på att identifiera likheter i insamlat material mer än skillnader. Båda författarna är väl insatta i insamlat material genom att samtliga intervjuer har lästs genom var för sig men också tillsammans. Vidare har hela analysen genomförts gemensamt vilket ökar tillförlitligheten. Att intervjua är en utvecklande process som kan leda till nya frågor som gör att forskningsområdet smalnar av och blir mer ändamålsenligt.

Med överförbarhet menas hur väl resultatet kan överföras till andra grupper. Det är då väldigt viktigt att forskningsprocessen är väl beskriven (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna anser att överförbarheten uppnåtts i detta arbete eftersom urval, beskrivning av deltagare, datainsamling och analys är noggrant beskrivet vilket gör det lättare för andra att upprepa studien och få samma resultat.

Resultatdiskussion

För att underlätta läsningen diskuteras resultatet utifrån de huvudkategorier som urskiljdes i resultatet.

Kunskap

Informanterna har en klar bild av vad begreppet awareness innebär definitionsmässigt samt vilka kort- och långsiktiga bieffekter det har för patienterna. Överlag anser sig de flesta informanter fått bra kunskap vad gäller awareness under sin vidareutbildning. Dessutom finns stor medvetenhet om vilka riskfaktorer eller riskmoment som kan öka sannolikheten för awareness i samband med anesthesiologiska ingrepp. Vikten av teoretisk kunskap för att kunna fatta kliniska beslut stärks av Prowse och Lyne (2000) som menar att det finns en tyst "teoretisk" kunskap hos sjuksköterskan men att den kunskapen först blir effektiv när sjuksköterskan använder sig av den i det praktiska arbetet. Erfarenheten har därför en viktig funktion. Även Orlando menar att ju bredare sjuksköterskans kunskap är desto fler resurser kan hon utnyttja (Schmieding, 1993). Författarna anser att informanternas kunskap var bred och variationsrik.

Synsätt

Awareness är ett negativt känsloladdat begrepp för alla informanterna och ses som ett personligt misslyckande om deras patient skulle drabbas av detta. De uttrycker sig i termer som "katastrof-narkos". Vidare har alla anestesijuksköterskor uttryckt att de skulle tro på patienten och dennes närstående om de berättade om en awareness upplevelse. Detta står i kontrast till den massmediala bild som ibland ges. Tvärtom upplever författarna att informanterna är empatiska, lyhörda och mån om sina patienter. Det vore intressant att veta var i vårdkedjan patienten upplever sig ej ha blivit trodd. Att vara lyhörd och ha patient och föräldrar i fokus är en viktig del av anestesijuksköterskans arbete. Ett värdigt,

patientfokuserat och respektfullt omhändertagande anses vara viktigt. Om awareness skulle inträffa, ses uppföljningssamtal och stöd som ett bra sätt att hjälpa patient komma vidare. Fraczyk och Godfrey (2010) menar att patient- tillfredsställelsen är beroende av anestesijuksköterskans förmåga att identifiera patientens individuella behov. Enligt Orlando är alla patienter unika med individuella hjälpbehov och sjuksköterskan måste därför anpassa sina handlingar efter den enskilde patientens omedelbara hjälpbehov. Hon menar vidare att det även är sjuksköterskans uppgift att hjälpa patienter att undvika eller lindra obehag och fysiska eller psykiska problem. Omvänt bör sjuksköterskor inte förstärka patienternas problem (Schmieding, 1993).

Profession

Anestesisjuksköterskor ser det som sin främsta uppgift att söva, underhålla och väcka. Målet är att patienten ska sova gott. Noggrannhet är en viktig egenskap för att förebygga och undvika awareness. Anestesisjuksköterskan har ett högt säkerhetstänkande och skulle kunna tänka sig att skriva avvikelse på sig själv. Berland och Natvig (2005) studie visade att anestesisjuksköterskor prioriterade patienternas säkerhet. Lokala riktlinjer men också hennes individuella omdöme var viktiga beståndsdelar i patientsäkerhetsarbetet.

För att bedöma patientens sömndjup så observerar majoriteten av anestesisjuksköterskorna olika fysiologiska parametrar. Ett problem som tas upp är svårigheten att observera dessa parametrar vid olika ingrepp där hela eller stora delar av patienten är täckt. Olika hjälpmedel används som komplement till de fysiologiska parametrarna. Stomberg, Sjöström och Haljamäe (2001) studie visar att fysiologiska parametrar, mimik och icke-centrerade pupiller fortfarande spelar en viktig roll för svenska anestesisjuksköterskors bedömning av sömndjup.

De anestesisjuksköterskor som arbetade inom vuxenanestesi upplevde oftare att det inte fanns tillräckligt med tid att prata med patienten varken innan eller efter operationen. Detta menade anestesisjuksköterskorna berodde på ett pressat operationsprogram som ledde till ett högt tempo. Att inte ha tid att besöka patienten postoperativt minskar möjligheten att identifiera eventuellt upplevd awareness. Detta anser vi vara problematiskt. Även Rudolfsson, Ringsberg och von Post (2003) menar att det perioperativa samtalet uppfattas som en källa till

styrka av sjuksköterskor varför organisationer borde bekräfta detta och främja dess förekomst bättre, särskilt tiden spelar en viktig roll i detta sammanhang, utan tid finns ingen möjlighet till ett gott sjuksköterskesamtal. Inom barnanestesi är tempot mera anpassat till barnet och föräldrarnas individuella behov. Det får ta den tid det tar på bekostnad av kvantiteten.

Konklusion och implikationer

Anestesisjuksköterskor har en viktig roll i det perioperativa omhändertagandet av patienten. Anestesisjuksköterskor uppfattar förekomsten av perioperativ awareness som ett professionellt misslyckande. Vidare präglas hennes omvårdningsperspektiv av tron på patienten och dennes närstående samt lyhördhet för patientens situation. Resultatet visar att lokala PM och rutiner saknades för handhavandet samt för uppföljning av förekommen awareness. Öppna diskussioner förekom sällan på avdelningen utan var förbehållen de direkt involverade i patientfallet. Detta uppfattades som bristfälligt. Önskemål om större öppenhet för de icke-direkt-involverade framkom utifrån ett inlärningsperspektiv.

Då det är första gången denna kliniska problemställning utforskats utifrån anesthesijsköterskors perspektiv, rekommenderas djupare och mer ingående studier om hennes förhållningssätt kring awareness.

Referenser

- American Society of Anesthesiologists Task Force on Intraoperative, ASA, (2006). Practice advisory for intraoperative awareness and brain function monitoring: a report by the american society of anesthesiologists task force on intraoperative awareness. *Anesthesiology*, 104(4), 847-864.
- AORN. (2006). *Standards, recommended practices and guidelines, 2006 : with official AORN statements* (2006 ed.). Denver, CO: AORN.
- Avidan, M. S., Jacobsohn, E., Glick, D., Burnside, B. A., Zhang, L., Villafranca, A., . . . Group, B.-R. R. (2011). Prevention of intraoperative awareness in a high-risk surgical population. *N Engl J Med*, 365(7), 591-600. doi: 10.1056/NEJMoa1100403
- Awake, 2007 hämtad den 14 April 2014,
Länk:<http://www.imdb.com/title/tt0211933/?ref_=nv_sr_4>
- Berland, A., & Natvig, G. (2005). Ensuring patient safety [Norwegian]. *Nordic Journal Of Nursing Research & Clinical Studies / Vård I Norden*, 25(3), 33-38.
- Bischoff, P., & Rundshagen, I. (2011). Awareness under general anesthesia. *Dtsch Arztebl Int*, 108(1-2), 1-7. doi: 10.3238/arztebl.2011.0001
- Brice, D. D., Hetherington, R. R., & Utting, J. E. (1970). A simple study of awareness and dreaming during anaesthesia. *Br J Anaesth*, 42(6), 535-542.
- Bruchas, R. R., Kent, C. D., Wilson, H. D., & Domino, K. B. (2011). Anesthesia awareness: narrative review of psychological sequelae, treatment, and incidence. *J Clin Psychol Med Settings*, 18(3), 257-267. doi: 10.1007/s10880-011-9233-8
- Burnard, P., Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Analysing and presenting qualitative data. *Br Dent J*, 204(8), 429-432. doi: 10.1038/sj.bdj.2008.292
- Crosby, G. (2011). General anesthesia--minding the mind during surgery. *N Engl J Med*, 365(7), 660-661. doi: 10.1056/NEJMe1107203

- Danielson, E. I M. Henricson, (red.) (2012). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (1. uppl.) Lund: Studentlitter
- Davidson, A. J. (2007). Awareness, dreaming and unconscious memory formation during anaesthesia in children. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 21(3), 415-429.
- Davidson, A. J., Smith, K. R., Blusse van Oud-Alblas, H. J., Lopez, U., Malviya, S., Bannister, C. F., . . . Weber, F. (2011). Awareness in children: a secondary analysis of five cohort studies. *Anaesthesia*, 66(6), 446-454. doi: 10.1111/j.1365-2044.2011.06703.x
- Elo, S., & Kyngas, H. (2008). The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*, 62(1), 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Fraczyk, L., & Godfrey, H. (2010). Perceived levels of satisfaction with the preoperative assessment service experienced by patients undergoing general anaesthesia in a day surgery setting. *J Clin Nurs*, 19(19-20), 2849-2859. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03277.x
- Geiz-Ewerson, M., & Wren, K.R. (2007). Awareness under anesthesia. *Journal of Perianesthesia Nursing*, vol 22 s. 85-90.
- Glantz, R. (2013, 10 februari). Sjuåring var vaken under operationen. *Helsingborgs Dagblad*. Hämtad 16 december, 2013, från <<http://www.http://hd.se/helsingborg/2013/02/10/sjuaring-var-vaken-under/xt>>
- Graan-Bruun, A-M. I I.L. Hovind (red.) (2013). *Anestesiologisk omvårdnad*. (2., [rev.] uppl.) (s. 17-31). Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. Volym 24, sid 105-112.

- Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Halldin, M. A. B. (2005). *Anestesi* (2. uppl. ed.). Stockholm: Liber.
- Hartman, J. (2004). *Vetenskapligt tänkande: från kunskapsteori till metodteori*. (2., [utök. och kompletterade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Helmersson, K., & Linder, H. (2010). *Den goda sömnen - Anestesisjuksköterskors upplevelser av att ge god sömn*. Högskolan i Borås Retrieved from <http://hdl.handle.net/2320/6816>
- Henricson, M. (red.) (2012). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M. & Billhult, A. I M. Henricson, (red.) (2012). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Hovind, I.L. (red.) (2013). *Anestesiologisk omvårdnad*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Hutchinson, R. (1961). Awareness during surgery. A study of its incidence. *Br J Anaesth*, 33, 463-469.
- Johansen, J. W. (2006). Update on bispectral index monitoring. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 20(1), 81-99.
- Johr, M. (2006). [Awareness: a problem in paediatric anaesthesia?]. *Anaesthetist*, 55(10), 1041-1049. doi: 10.1007/s00101-006-1040-5
- Kertai, M. D., Whitlock, E. L., & Avidan, M. S. (2012). Brain monitoring with electroencephalography and the electroencephalogram-derived bispectral index during cardiac surgery. *Anesth Analg*, 114(3), 533-546. doi: 10.1213/ANE.0b013e31823ee030
- Lenmarken, C., & Sydsjö, G. (2007). Psychological consequences of awareness and their treatment. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 21(3), 357-367.

- Leslie, K., Chan, M. T., Myles, P. S., Forbes, A., & McCulloch, T. J. (2010). Posttraumatic stress disorder in aware patients from the B-aware trial. *Anesth Analg*, *110*(3), 823-828. doi: 10.1213/ANE.0b013e3181b8b6ca
- Lindwall, I., & Von Post, I. (2008). *Perioperativ vård : att förena teori och praxis* (2. uppl., 1. ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Liu, W. H., Thorp, T. A., Graham, S. G., & Aitkenhead, A. R. (1991). Incidence of awareness with recall during general anaesthesia. *Anaesthesia*, *46*(6), 435-437.
- Mashour, G. A., Esaki, R. K., Tremper, K. K., Glick, D. B., O'Connor, M., & Avidan, M. S. (2010). A novel classification instrument for intraoperative awareness events. *Anesth Analg*, *110*(3), 813-815. doi: 10.1213/ANE.0b013e3181b6267d
- Mashour, G. A., Orser, B. A., & Avidan, M. S. (2011). Intraoperative awareness: from neurobiology to clinical practice. *Anesthesiology*, *114*(5), 1218-1233. doi: 10.1097/ALN.0b013e31820fc9b6
- Mashour, G. A. (2010). *Consciousness, awareness, and anesthesia*. pp 204-20. Cambridge: Cambridge University Press.
- Osterman, J. E., Hopper, J., Heran, W. J., Keane, T. M., & van der Kolk, B. A. (2001). Awareness under anesthesia and the development of posttraumatic stress disorder. *Gen Hosp Psychiatry*, *23*(4), 198-204.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7. edition. ed.). Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins.
- Prowse, M. A., & Lyne, P. A. (2000). Clinical effectiveness in the post-anaesthesia care unit: how nursing knowledge contributes to achieving intended patient outcomes. *J Adv Nurs*, *31*(5), 1115-1124.
- Raadu, G. (2013). *Författningshandbok för personal inom hälso- och sjukvården* (Vol. 44). Johanneshov: TPB.

- Riksföreningen för Anestesi och Intensivvård (2008) Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesisjukvård. länk:<<http://www.aniva.se/assets/komp-beskrivning--anestesi.pdf>>.
- Rudolfsson, G., Ringsberg, K. C., & von Post, I. (2003). A source of strength--nurses' perspectives of the perioperative dialogue. *J Nurs Manag*, 11(4), 250-257.
- Samuelsson, P. (2008). *Awareness and dreaming during anaesthesia : incidence and importance*. Linköping: Linköping University, Faculty of Health Sciences.
- Schmieding, N.J. (1993). *Ida Jean Orlando: a nursing process theory*. Newbury Park, Calif.: Sage.
- Sebel, P. S., Bowdle, T. A., Ghoneim, M. M., Rampil, I. J., Padilla, R. E., Gan, T. J., & Domino, K. B. (2004). The incidence of awareness during anesthesia: a multicenter United States study. *Anesth Analg*, 99(3), 833-839, table of contents. doi: 10.1213/01.ANE.0000130261.90896.6C
- Stenqvist, O. I M. Halldin & Lindahl, S. (red.) (2005). *Anestesi*. (2., [rev. och uppdaterade] uppl.) Stockholm: Liber.
- Stomberg, M. W., Sjostrom, B., & Haljamae, H. (2001). Routine intra-operative assessment of pain and/or depth of anaesthesia by nurse anaesthetists in clinical practice. *J Clin Nurs*, 10(4), 429-436.
- Svenska perioperativa registret, SPOR, (2014). Hämtad 14 februari, 2014, från <http://www.ucr.uu.se/spor/>
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. (4., [omarb.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Uezono, S., & Mio, Y. (2006). Monitoring consciousness in the pediatric patient: not just a small adult. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 20(1), 201-210.
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Winterbottom, E. H. (1950). Insufficient anaesthesia. *Br Med J*, 1(4647), 247.

Åberg, V. & Jeffrey, W. (2013). Oavsiktlig vakenhet under operation - Hur kan riskerna minskas?. (Student paper). Mittuniversitetet.

Intervjuguide:

Namn:.....

ÅLDERSGRUPP: (20-29år), (30-39år), (40-49år), (50-59år), (60-uppåt)

Antal år som SSK:.....

Antal år som ANE-SSK:.....

Typ av anesthesi-Avdelning:.....

Vad tänker du om begreppet Awareness?

-Följdfrågor:

-Förhållningssätt? (erfarenheter, tankar, känslor, uppfattningar, förståelse)

-Handlingsberedskap?

Har du i din yrkesroll eller privatliv mött någon med upplevd awareness?

Ja)- Vill du utveckla det lite mer.....hur bemöttes den här personen?

Vad tror du är orsaken till att många patienter inte blir trodda?

Inre ? Yttre?

Exempel på uppföljningsfrågor:

- Kan du utveckla det vidare.....?

- Vilken betydelse/ innebörd har det...?

- Hur tänker du.....?

- Kan du ge ett exempel...?