



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Patienters upplevelser av att opereras i regional anestesi

En litteraturstudie

Författare: Isabelle Hasselnäs och Sofia Nilsson

Handledare: Vanja Berggren

Magisteruppsats

Våren 2018

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Patienters upplevelser av att opereras i regional anestesi

En litteraturstudie

Författare: Isabelle Hasselnäs och Sofia Nilsson

Handledare: Vanja Berggren

Magisteruppsats

Våren 2018

Abstrakt

Bakgrund: Det blir allt vanligare att opereras i vakettillstånd med hjälp av regional anestesi. Tidigare forskning har belyst fördelarna med att opereras i regional anestesi jämfört med generell anestesi. Samtidigt är regional anestesi förknippat med rädsla och oro för patienter. Under operation är patienten utelämnad i vårdpersonalens händer och beroende av operationsteamets kunskap och kompetens. Framöver kommer omvårdnaden av vakna patienter under operation att bli en mer central arbetsuppgift för operationssjuksköterskan. Således är kunskap och förståelse om patienters upplevelser av vaken kirurgi viktigt att beskriva. **Syfte:** Syftet var att beskriva patienters upplevelser av att vara vakna under operation i regional anestesi. **Metod:** En litteraturstudie baserad på kvalitativa studier har använts som metod för att sammanställa data från tidigare vetenskapliga studier och beskriva patienters upplevelser. **Resultat:** Analysen resulterade i tre teman och sex subteman som beskriver patienters upplevelser av att opereras i regional anestesi. Det framkom i resultatet att de flesta patienter känner ett behov av kontroll och att den perioperativa informationen hade stor betydelse. Att känna någon form av rädsla och obehag var vanligt förekommande, trots detta upplevde de flesta ändå att det var en positiv upplevelse. Att ha en förtroendefull relation med operationsteamet och möjlighet att kommunicera under operation var viktigt för att patienterna skulle känna sig trygga och delaktiga. **Konklusion:** Oavsett vilken typ av kirurgi som patienter genomgått i vakettillstånd framkom liknande upplevelser. Däremot med förekomst av individuella variationer. Således betonas vikten av att se varje patient som en unik individ och att bedriva en personcentrerad vård. Kunskap och förståelse för patienters upplevelser är viktigt för att kunna identifiera, planera och utföra omvårdnadsåtgärder i syfte att ombesörja en positiv och trygg upplevelse av vaken kirurgi.

Nyckelord

Patienters upplevelser, Vaken kirurgi, Regional anestesi, Perioperativ omvårdnad, Operation.

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Introduktion	4
Problemområde	4
Bakgrund	5
<i>Perspektiv och utgångspunkter</i>	5
<i>Perioperativ omvårdnad</i>	5
<i>Operationssjuksköterskan och patienten</i>	6
<i>Regional anestesi</i>	8
Syfte	8
Metod	8
Urval	9
Datainsamling	9
Kvalitetsgranskning	10
Analys av data	12
Forskningsetiska avvägningar	13
Resultat	13
Patienters upplevelser av kontroll	14
<i>Betydelse av information</i>	14
<i>Behov av delaktighet och kontroll</i>	15
Patienters upplevelser av smärta och sinnesintryck	17
<i>Smärta och obehag</i>	17
<i>Kroppen som frånvarande men samtidigt närvarande</i>	18
<i>Rädsla och oro i en perioperativ kontext</i>	19
Patienters upplevelser av interaktion	21
<i>Relationens betydelse för trygghet</i>	21
Diskussion	22
Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion	25
Konklusion och implikation	29
Referenser	30
Bilaga 1	36
Bilaga 2	37
Bilaga 3	38
Bilaga 4	40

Introduktion

Problemområde

Det blir allt vanligare att operationer utförs i regional anestesi istället för generell anestesi. Utvecklingen av anestesi och kirurgi möjliggör att mer komplexa operationer utförs i regional och lokal anestesi (Brodin, Hellzén & Häggström, 2017). Patienten tillsammans med anesthesiologen bestämmer om generell eller regional anestesi ska användas under ingreppet, förutsatt att regional anestesi är ett alternativ. Många patienter väljer idag att opereras i regional anestesi (Bodelsen, Lundberg, Roth, & Werner, 2015; Cobbold & Money, 2010; Mitchell, 2009).

Tidigare forskning har visat att fördelarna med regional anestesi bland annat är cirkulatorisk och respiratorisk stabilitet, snabb postoperativ återhämtning, minskad risk för vårdrelaterad infektion samt att patienten tillåts vara delaktig och bevara känslan av kontroll (Cobbold & Money, 2010; Höhener, Blumenthal, & Borgeat, 2008; Karlsson, Ekebergh, Larsson Mauléo & Almerud Österberg, 2013). Samtidigt är regional anestesi förknippat med ångslan och oro för vissa patienter. Rädsla inför att känna smärta, förlamning, och att se eller höra operationen är exempel som beskrivs (Karlsson et al, 2013). Patienter som opereras i vaket tillstånd under regional anestesi upplever å ena sidan att de känner sig delaktiga och trygga men samtidigt infinner sig känslor av att vara ensam och utlämnad (a a). En del patienter tycker att det känns otrevligt och skrämmande att vara vaken under operation (Pompeo, 2012).

Att ge omvårdnad åt patienter som är vakna under operation kommer att bli en mer central arbetsuppgift för operationssjuksköterskor framöver (Mitchell, 2009). Således är kunskap om patienters upplevelser av att vara vaken under operation viktigt för att kunna bemöta patienter på rätt sätt och stärka deras välbefinnande och känsla av trygghet intraoperativt. Under operationen är patienten helt utlämnad i vårdpersonalens händer och därav beroende av vårdpersonalens kompetens och kunskap, vilket gör patienten sårbar (Bäckström, 2012). I operationssjuksköterskans ansvar ingår det att, tillsammans med resten av operationsteamet, begränsa omfattningen av påfrestningar och stress för patienten (a a). Att kunna ge personcentrerad vård och bejaka patienters psykosociala behov i dagens högteknologiska och komplexa operationer är en utmaning som ställs på sin spets för operationssjuksköterskan när patienten är vaken.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Comfort theory, eller komfortteorin, är en omvårdnadsteori som utvecklades av sjuksköterskan Katherine Kolcaba (Kolcaba, 2003). Komfortteorin utgår från en holistisk syn på människan och utgörs av två delar. Den första delen handlar om patientens behov av komfort och lindring och den andra delen handlar om det sammanhang som behovet av komfort befinner sig i. De tre olika typerna av komfort som Kolcaba (2003) beskriver är: *relief*, som utgörs av upplevelsen när ett behov tillgodoses, *ease*, ett tillstånd av lugn och välbefinnande samt *transcendence*, ett tillstånd där individen kan sätta sig över obehaget. De fyra olika sammanhangen utgörs av det fysiska, psykospi rituella, miljömässiga och sociokulturella. Således innebär komfortteorin att effektiva omvårdnadsåtgärder som tillgodoser individens behov av relief, ease och transcendence i de fyra olika kontexterna stärker individen och resulterar i ökad komfort.

Perioperativ omvårdnad

Perioperativ vård är den vård och omvårdnad som utförs i samband med att en patient ska opereras. Den perioperativa vården delas in i tre faser, pre-, intra- och postoperativ vård (Karlsson et al, 2013). Arbetet kring patientens operation sker i team och för en god kvalitet på vården ska alla teammedlemmars olika kompetenser tillvaratas (Riksföreningen för operationssjukvård, Rfop, 2011). Operationssjuksköterskan och anestesijuksköterskan ansvarar gemensamt för omvårdnaden av patienten under den perioperativa perioden (Karlsson et al, 2013). Operationssjuksköterskan arbetar enligt omvårdnadsprocessen i den perioperativa periodens olika faser. Datainsamling och planering av omvårdnaden sker i den preoperativa fasen, genomförandet av omvårdnadsåtgärder utförs intraoperativt och utvärderingen av omvårdnadsåtgärder sker postoperativt (rfop, 2011). Omvårdnaden ska präglas av en helhetssyn på människan och ett etiskt förhållningssätt där personcentrerad vård är i fokus. Operationssjuksköterskan ansvarar för att skapa en relation med patienten utifrån patientens upplevelser och erfarenheter (a a).

Enligt hälso-och sjukvårdslagen (HSL, SFS 2017:30) ska vården vara av god kvalitet där patienters behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet tillgodoses. Vidare ska vården bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan

patient och hälso-och sjukvårdspersonal. Vårdpersonalens arbete ska bedrivas utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet för en god och säker vård som ges på lika villkor för hela befolkningen (Patientsäkerhetslagen, PSL, SFS 2010:659). För att uppnå en säker och trygg perioperativ vård krävs specialistkompetens inom operationssjukvård (Rfop, 2011). Operationssjuksköterskan samverkar med de andra medarbetarna i teamet för att på ett professionellt sätt omhänderta patienten (Bäckström, 2012).

Operationssjuksköterskan och patienten

Det blir allt vanligare att operationer utförs i regional anestesi istället för generell anestesi och för operationssjuksköterskan kommer patienter som är vakna under sin operation bli en allt mer central del i omvårdnaden (Bodelsen, et al. 2015; Cobbold & Money, 2010; Mitchell, 2009). Regional anestesi kräver en större grad av samarbete mellan operationssjuksköterskan och patienten. En trygg patient samarbetar och deltar bättre under operation vilket ställer stora krav på operationssjuksköterskan att vara närvarande i interaktionen med patienten för att kunna införliva trygghet (Palese & Infanti, 2006; Hankela & Kiikkala, 1996). Karlsson et al (2013) beskriver i sin studie det intraoperativa vårdande rummet som är ett icke fysiskt rum och som skapas i mötet mellan patienten och specialistsjuksköterskan. I det intraoperativa rummet kommunicerar och interagerar specialistsjuksköterskan och patienten med varandra och mening i relationen skapas. Det är viktigt att patientens perspektiv får komma till tals och att specialistsjuksköterskan inte lämnar det vårdande rummet då patienten annars kan känna sig sårbar, utsatt och utanför. Lindwall (2003) betonar i sin studie vikten av att etablera en vårdande relation med patienten och föra en perioperativ dialog som skapar förutsättningar för patienten att dela med sig av erfarenheter, förväntningar och rädslor. Genom den perioperativa dialogen känner sig patienten trygg och vågar lämna över ansvaret av sin kropp till operationssjuksköterskan. Att känna förtroende och tillit till operationssjuksköterskan var för patienterna viktigare än att själv bevara kontroll över situationen (a a).

Miljön på en operationssal är för många patienter främmande och skrämmande oavsett vilket ingrepp som ska utföras. Att behöva opereras och få anestesi ökar stress och oro (Haugen, Eide, Olsen, Haukeland, Remme & Whal, 2008; Bäckström, 2012) och ses som ett hot mot integriteten (Hankela & Kiikkala, 1996). Oron kan vara kopplad till tanken på att vara vaken under operation eller att det ska göra mer ont att opereras i regional anestesi (Mitchell, 2008). Andra känner oro och ångest inför att få anestesi och hur kroppen ska reagera, men även vad man eventuellt kommer att se och höra exempelvis instrument, medicinteknisk utrustning och

konversationer (Haugen et al, 2008; Mitchell, 2008). I sjuksköterskans ansvarsområde ingår det bland annat att främja hälsa och lindra lidande (ICN:s etiska kod för sjuksköterskor, 2014). Genom att begränsa omfattningen av de påfrestningar som en operation innebär kan stress reduceras. För operationssjuksköterskan innebär det att förebygga och identifiera oro och ångest hos patienter som ska opereras som del av omvårdningsprocessen (Valeberg, 2013; Haugen, et al, 2008; Bäckström, 2012).

Patienter som är i behov av operation kan ses som en homogen grupp med vissa gemensamma drag, men samtidigt upplever var och en situationen på sitt eget sätt (Valeberg, 2013). Därför är det viktigt att operationssjuksköterskan arbetar utifrån personcentrerad vård så att varje individs unika behov och upplevelser tillgodoses på bästa sätt. Personcentrerad vård är en utav specialistsjuksköterskans kärnkompetenser (Ekman & Norberg, 2012) och personcentrerad vård innebär att synliggöra och respektera hela människan. Människan ska ses som en unik individ där andliga, existentiella, sociala, psykiska samt fysiska behov ska tillgodoses och omvårdningen ska präglas av värdighet, vilja och ömsesidighet (a a).

Med anledning av att patienter är vakna vid regional anestesi och medvetna om miljön och behandlingen krävs det en hög etisk standard. En patient som är vaken under sin operation är känslig och sårbar inför allt som händer i operationssalen (Brodin et al, 2017). För att uppnå en hög etisk standard behöver alla medlemmar i teamet agera professionellt och ha patienten som främsta fokus. För operationssjuksköterskan innebär det att ha kontroll över den vårdande miljön genom att vara alert och medveten om vad som sker på operationssalen för att kunna uppmärksamma problem eller kritiska moment som äventyrar den etiska standarden för patienten. Att vara medveten bidrar även till att kunna skydda patienten från obehag av något eller någon (a a). Händelser som kan äventyra patienters upplevelse är svårigheter i operationen, respektlöst beteende och olämpliga konversationer. Operationssjuksköterskorna i Brodin et als (2017) studie beskrev åtgärder som att påminna övriga teammedlemmar att patienten är vaken, styra konversationer i en annan riktning, undvika skrämmande ord men även att låta vissa oetiska handlingar förbises för att inte starta argumentation framför patienten. Flera studier (Hankela & Kiikkala, 1996; Haugen et al, 2008; Mitchell, 2008; Brodin et al, 2017) betonar vikten av att kontinuerligt informera patienten om varje steg i den intraoperativa fasen. Att informera patienten inför olika moment som ska utföras exempelvis desinfektion, nålstick, positionering eller annat bidrar till att stötta patientens autonomi. En välinformerad patient besparas katastrofala tankar som annars leder till onödigt oro och hindrar patientens förmåga att hantera oron på ett effektivt sätt (a a).

Regional anestesi

Anestesi definieras som frånvaro av alla typer av sensationer inklusive smärta, känsla av temperatur, tryck eller kroppsläge (Bodelsen, et al. 2015). Analgesi är ett annat förekommande begrepp som innebär en selektiv frånvaro av smärtupplevelser, men med andra sensationer bevarade (a a).

Regional anestesi, eller lokalbedövning, innebär att sensationerna endast elimineras från den del av kroppen där operationen ska utföras vilket tillåter patienten att vara helt eller delvis vaken, men smärtfri under operationen. Vid vissa typer av regional anestesi kan känsel för tryck och beröring samt motorisk funktion kvarstå. Medvetandegraden och andningsfunktionen påverkas i mindre utsträckning än vid generell anestesi (Bodelsen, et al. 2015; Valeberg 2013). Den regionala anestesin kan ges som infiltrationsanalgesi, där lokalanestesimedlet injiceras i anslutning till den vävnad som ska bedövas. Intravenös regional anestesi (IVRA) ges intravenöst i samband med blodtomt fält vid ortopediska ingrepp i underarm och hand. Perifera nervblockader innebär att lokalanestesimedlet injiceras nära perifera nerver eller nervplexus. Centrala blockader innebär både epidural analgesi och intratekal, även kallat spinal, analgesi där lokalanestesimedlet injiceras extraduralt respektive intraduralt (Bodelsen, et al. 2015; Ellingsen, 2012).

Då omvårdnaden av patienter som är vakna under operation kommer att bli en mer central arbetsuppgift för operationssjuksköterskan är det av stor vikt att operationssjuksköterskan har kunskap om patienters upplevelser av att opereras i vaket tillstånd

Syfte

Syftet var att beskriva patienters upplevelser av att vara vakna under operation i regional anestesi.

Metod

Uppsatsen har genomförts som en litteraturstudie för att sammanställa data från tidigare vetenskapliga studier inom valt område. Resultatet är baserat på kvalitativa studier. Valet av kvalitativa studier baseras på att de undersöker personers subjektiva upplevelser, erfarenheter och uppfattningar till ett visst fenomen och syftar till att söka förståelse (Staten beredskap för

medicinsk och social utvärdering, 2017; Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström, 2016), vilket är syftet med aktuell litteraturstudie. Statens beredskap för medicinsk och social utvärdering (SBU) har använts som metodlitteratur.

Urval

För att göra sökområdet specifikt och relevant till syftet fastställdes inklusions- och exklusionskriterier (SBU, 2017). Författarna diskuterade och beslutade gemensamt om vilka inklusions- och exklusionskriterier som ansågs relevanta och användes. Inklusionskriterierna som fastställdes var följande: studier publicerade inom tjugo år, kvalitativ studiedesign, studiepopulation över 18 år, operation i regional eller lokal anestesi, artiklar skrivna på engelska, originalartiklar samt studier med etiskt godkännande.

Datainsamling

Litteratursökningar av vetenskapliga studier utfördes i databaserna PubMed och CINAHL. Dessa databaser valdes för att de ansågs mest relevanta då de innehåller studier inom området medicin och omvårdnad (Willman et al, 2016; SBU, 2017). Litteratursökningarna utfördes med hjälp av relevanta sökord som författarna gemensamt kommit överens om. Karolinska Institutets hemsida användes för att översätta sökord till den engelska MeSH-terminologin och MeSH-termerna användes därefter vid litteratursökningar i PubMed. MeSH-termer som användes i störst utsträckning var *patient satisfaction* och *wakefulness*. I CINAHL användes istället headings och de som ingick i sökningarna var *conscious sedation*, *anesthesia spinal*, *anesthesia conduction*, *anesthesia local* och *surgery operative*. Förutom MeSH-termer och headings användes också fria sökord som inspirerades av nyckelord från andra studier eller som ansågs relevanta för syftet enligt författarna. Fritextord som användes i PubMed var *patient perspective*, *patient perception*, *awake*, *awake surgery*, *intraoperative*, *operation*, *surgery*, *qualitative study* och *regional anesthesia*. I CINAHL utgjordes fritextorden av *patient experience*, *awake surgery*, *awake*, *intraoperative*, *surgery*, *surgical procedure*, *operation*, *patient satisfaction* och *patient perception*. Syftet med att söka med fritextord var att hitta studier som ännu inte blivit indexerade. Att söka med både indexeringsord och fritextord är att föredra för att hitta så många relevanta studier som möjligt (SBU, 2017). Förhoppningen var att genom en kombinerad sökstrategi med både indexeringsord och fritextord inte utesluta några artiklar av intresse för studiens syfte. För att få ett så brett och

specifikt sökresultat som möjligt användes de booleska operatorerna OR mellan sökord inom ett block och AND i sökningar mellan olika block (SBU, 2017).

Databassökningarna inleddes med att separat söka på varje indexeringsord och fritextord. Därefter skapades block genom att kombinera synonyma begrepp med varandra och söka med OR. Olika block kombinerades sedan och söktes med hjälp av AND för ett slutgiltigt sökresultat. Utöver blocksökningar kombinerades även enskilda sökord med varandra och söktes då endast med hjälp av AND. I databaserna finns inbyggda funktioner, så kallade *limits*, som hjälper till att avgränsa sökningarna men avgränsningarna kan också utföras manuellt vid granskning av material (SBU, 2017). Författarna kom överens om att inte använda några limits i databaserna med risk för att sökresultatet skulle bli för snävt.

Avgränsningarna utfördes således manuellt vid granskning av titel och abstrakt. Enligt SBU (2017) kan andra söksätt som till exempel ”related articles” i PubMed eller referenslitteratur användas för att hitta forskning med kvalitativa studier. Författarna hittade en studie via ”related articles” i PubMed i samband med att ett abstrakt granskades, studien kunde dock inte återfinnas i de övriga sökningarna i varken PubMed eller CINAHL. En annan studie hittades också via referenslistan i en artikel och en manuell sökning gjordes därför i PubMed där studien fanns. Denna studien kunde inte heller återfinnas i de övriga sökningarna.

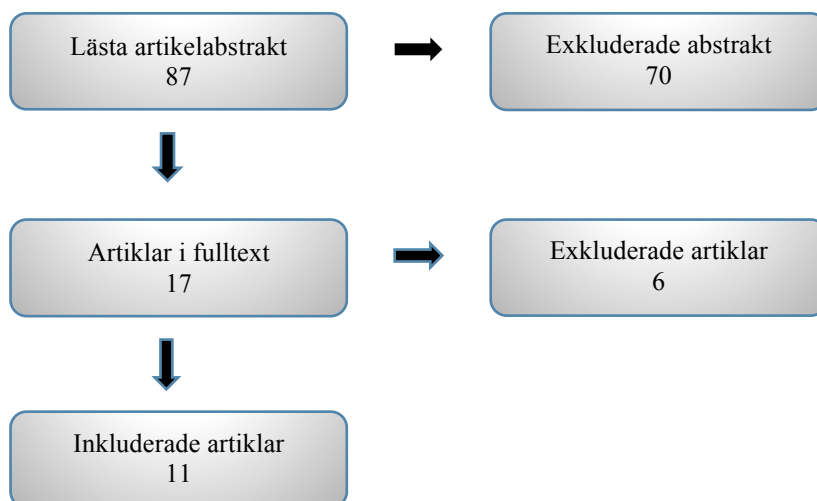
Redovisning av databassökningarna presenteras i bilaga 1. De sökningar som inte gav några träffar i databaserna, inte var av relevans för syftet eller de sökningar som gav samma resultat har exkluderats från redovisningen av databassökningarna.

Kvalitetsgranskning

Insamlad litteratur bedömdes avseende relevans för studiens syfte genom att författarna började med att läsa titlarna på sökresultatet och de titlar som var av intresse ledde till att studiernas abstrakt lästes (SBU, 2017). När författarna ansåg att artiklarnas abstrakt var relevant laddades artiklarna ner i fulltext och sparades. Denna grovsällning av litteratur utgör det första steget i relevansbedömningen (a.a). Totalt sparades sjutton artiklar. Artiklarna lästes sedan igenom och granskades med hjälp av SBU:s mall för bedömning av relevans, vilket är det andra steget i relevansbedömningen, se bilaga 2. Författarna läste och granskade artiklarna var och en för sig, oberoende av varandra. Därefter jämförde författarna sina bedömningar och diskuterade innehållet i varje artikel gemensamt för att uppnå konsensus. Då relevansbedömningen syftar till att sortera bort irrelevanta studier som varken svarar på syftet eller uppfyller inklusionskriterierna (SBU, 2017), exkluderades fyra stycken studier. Två av

studierna exkluderades på grund av att de inte svarade på syftet. En studie exkluderades på grund av att den var kvantitativ. Den fjärde studien som exkluderades hade inte ett etiskt godkännande, vilket var ett inklusionskriterie. De studier som bedömdes vara relevanta gick vidare för att kvalitetsgranskas. Översikt över urvalsprocessen redovisas i figur 1.

Totalt tretton stycken studier kvalitetsgranskades. SBU:s mall för kvalitetsgranskning av kvalitativa studier användes som hjälp vid bedömningarna, se bilaga 3. Mallen berör studiers tillförlitlighet genom att ta upp olika kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet som underlättar vid granskningen (SBU, 2017). Granskningarna av studierna inleddes med att författarna separat läste studierna och sedan kvalitetsgranskade dem utifrån SBU:s mall. Studiernas kvalitet bedömdes som hög, medelhög eller låg (SBU, 2017). Därefter gjordes en gemensam sammanställning av författarnas bedömningar och en slutgiltig värdering av varje artikels kvalitet. Oklarheter diskuterades och klargjordes. Nio stycken artiklar bedömdes vara av hög kvalitet, två stycken av medelhög kvalitet och två stycken ansågs ha låg kvalitet. De två studier med låg kvalitet valdes att exkluderas från litteratursammanställningen på grund av den låga kvaliteten och att de inte tillförde någon ytterligare information. Kvalitetsnivån på inkluderade studier redovisas i bilaga 4. Totalt inkluderades elva stycken studier i sammanställningen av resultatet.



Figur 1. Översikt över exkludering och inkludering av artiklar.

Analys av data

Dataanalysen utfördes enligt SBU:s (2017) syntesprocess. Genom syntesprocessen skapas och sammanställs studiernas resultat till ett nytt perspektiv eller synsätt. Syntesprocessen består av fyra olika steg som går ut på att identifiera meningsbärande koder i studiernas resultat som sedan kondenseras till första nivåns teman. Besläktade första nivåns teman bearbetas och reduceras till andra nivåns teman. Därefter analyseras andra nivåns teman för att hitta viktiga mönster och samband som syntetiseras till övergripande tredje nivåns teman. Slutligen formuleras resultat och slutsats.

Författarna påbörjade analysen med att läsa och bearbeta varje artikel. Anteckningar fördes kontinuerligt och meningsbärande enheter som svarade på syftet lyftes fram. Författarna läste och antecknade var och en för sig för att sedan jämföra anteckningarna och de meningsbärande enheterna för att försäkra sig om att båda författarna tolkat innehållet likadant och inte uteslutit värdefullt innehåll (Willman et al, 2016). Därefter skrev författarna upp alla meningsbärande enheter i en lista och granskade dessa flertalet gånger för att identifiera likheter. Sedan kondenserades de meningsbärande enheterna gemensamt till första nivåns teman. Vidare fortlöpte analysprocessen med att författarna gick tillbaka till studierna och kontrollerade att första nivåns teman stämde överens men studiernas resultat. Genom att diskutera och analysera första nivåns teman och jämföra dessa med varandra kunde likartade första nivåns teman urskiljas och reducerades till andra nivåns teman. Varje andra nivåns teman fick därefter en färgmarkör och författarna gick åter tillbaka till studiernas resultat och färgmarkerade stycken till lämpligt tema. All värdefull information som svarade på syftet blev färgmarkerat. I processen med att färgmarkera repeterade författarna studiernas resultat och viktiga mönster och samband kunde urskiljas. På så sätt bearbetades och diskuterades andra nivåns teman gemensamt avseende likheter och skillnader och syntetiserades till övergripande tredje nivåns teman. I tabell 1 redovisas ett exempel från analysprocessen.

Tabell 1. Exempel från analysprocessen.

Meningsbärande enhet	1:a nivåns teman	2:a nivåns teman	3:e nivåns teman
Patienter kunde höra vad som pågick men hade ingen möjlighet att se, vilket resulterad i känslan att inte vara helt involverad i vad som pågick.	Utelämnad	Delaktighet	Patienters upplevelser av kontroll

Forskningsetiska avvägningar

För att skydda individer som deltar i forskning samt att värna om individernas grundläggande värden och rättigheter är det viktigt med forskningsetik. Enligt Helsingforsdeklarationens riktlinjer ska forskning vara etiskt godkänd, ha informeratsamtycke, ta hänsyn till deltagarnas integritet och hantera information konfidentiellt. Det ska även framgå att deltagandet i forskningen är frivilligt och när som helst kan avbrytas (Sandman & Kjellström, 2016). I sjuksköterskans etiska ansvar ingår det att värna om mänskliga rättigheter och integritet, se till att enskilda människor får korrekt och tillräcklig information för samtycke till vård och behandling samt behandla patientuppgifter konfidentiellt (ICN:s etiska kod för sjuksköterskor, 2014). Med anledning av ovanstående är artiklarna som presenteras i resultatet etiskt godkända och följer Helsingforsdeklarationens riktlinjer.

Resultat

Analysen resulterade i tre teman och sex subteman som belyste patienternas upplevelser av att opereras i vakettillstånd. I tabell 2 redovisas en översikt av analysprocessen.

Tabell 2. Översikt av analysprocessen

1:a nivåns teman	2:a nivåns teman	3:e nivåns teman	
Kunskap	Information	Patienters upplevelser av kontroll	
Förberedelse			
Att bli sedd	Delaktighet		
Eget ansvar			
Utelämnad			
Självbestämmande			
Rörelseinskränkt	Smärta och obehag	Patienters upplevelser av smärta och sinnesintryck	
Sinnesintryck			
Overklig upplevelse			
Smärtsamma sensationer			
Främmande miljö	Rädsla och oro		
Komplikationer			
Kirurgiska instrument			
Okontrollerad kropp			
Kommunikation	Relation		Patienters upplevelser av interaktion
Förtroende			
Tillit	Trygghet		
Sårbar			
Misstro			
Närhet			
Distans			
Exponerad			
Övergiven			

De teman som framkom var *patienters upplevelse av kontroll, patienters upplevelser av smärta och sinnesintryck* och *patienter upplevelse av interaktion* och subteman *betydelse av information, behov av delaktighet och kontroll, smärta och obehag, kroppen som frånvarande men samtidigt närvarande, rädsla och oro i en perioperativ kontext* och *relationens betydelse för trygghet*.

Patienters upplevelser av kontroll

Betydelse av information

Att erhålla adekvat och pålitlig information i anslutning till operationen på ett rakt och begripligt sätt var av stor vikt för patienters förmåga att hantera operationen och känna sig lugna (Leal, Fonseca & Landeiros, 2017; Howie, Bambrough, Karabatsou & Fox, 2016). Den pre- och intraoperativa informationen hade också betydelse för de mentala förberedelserna och för att kunna göra medvetna val, vilket gav en känsla av kontroll (Bergman, Stenudd & Engström, 2012; Howie et al, 2016). Informationen gjorde att inga moment eller händelser kom som överraskningar (Leal et al, 2017).

”They explained everything, I was calm, quiet. I knew everything that was going to happen.”
(Leal et al, 2017, s. 729).

En patient beskriver hur viktig informationen var för att hon inte skulle drabbas av panik under operation:

”...you know you won't be able to get any words out, but you know, don't panic, it's normal. So by being told what was normal and not normal i didn't panic” (Howie et al, 2016, s. 2618).

Fördelen med att vara vaken under operation var att få kontinuerlig och upprepad information samt möjlighet att ställa frågor vilket gav en känsla av kontroll samt att veta exakt i vilken fas kirurgen befann sig i (Palese, Scrap, Fachin, Visioli & Zanninis, 2008; Bergman et al, 2012). Information under operation kan erhållas genom att prata direkt med kirurgen, få positiv feedback eller genom att lyssna på när personalen pratar med varandra (Palese et al, 2008).

”They explained continually that now you will feel like this and now you feel it this way and it felt as if they had almost gone through it themselves” (Bergman et al, 2012, s. 92).

De flesta patienterna i en studie var nöjda med den information de fick och upplevde inte att ytterligare information var nödvändig (Manchella, Khurana, Duke, Brussel, French & Zuccherellis, 2011). Samtidigt upplevde vissa patienter att de inte fick tillräckligt med konkret information inför operationen och önskar att de hade fått mer (Fletcher, Nair, Macniven, Basu & Byrne, 2012; Chit Ying, Levy, Shan, Hung & Wah, 2001). Brist på konkret information resulterar i att patienter inte alltid förstår det operativa ingreppet eller dess eventuella konsekvenser och förväntade resultat. Patienter upplever också svårigheter att berätta för sina anhöriga om operationen när de inte fått tillräckligt med information (Fletcher et al, 2012). Brist på information kan också leda till att patienter får svårt att förstå, följa med och delta i operationen som gör att de upplever oförmåga att påverka eller delta i beslut som berör dem (Mauleon, Palo-Bengtsson & Ekman, 2007).

Behov av delaktighet och kontroll

Att vara vaken under operation upplevdes som mer säkert och mindre hotfullt, samt ökade känslan av delaktighet och kontroll (Leal et al, 2017; Bergman et al, 2012; Chit Ying et al, 2001). Patienter som tidigare genomgått en kraniotomi (kirurgiskt öppnande av skallen) i generell anestesi föredrog att genomgå kraniotomi i vaket tillstånd då de upplevde en ökad känsla av kontroll (Leal et al, 2017).

“Ten years ago I was knocked out and now I was awake. I preferred to be awake because I could see everything. The advantage is that I know what the team did and if it goes wrong, I can bad-mouth them. That reassures me a lot, I’m not scared about not waking up anymore.”
(Leal et al, 2017, s.729).

Att ha kontroll upplevdes som positivt och tog sig i uttryck i form av val, information och ansvar (Howie et al, 2016). Patienter upplevde inte alltid att de hade ett val hurvida operationen skulle genomföras i vaket tillstånd eller inte med hänsyn till risk för komplikation som till exempel funktionsnedsättning (Palese et al, 2008). Ibland fanns det ingen valmöjlighet att opereras i annat än vaket tillstånd, men valet att opereras eller inte är fortfarande upp till patienten själv vilket ledde till att de ändå bibehöll en känsla av kontroll (Howie et al, 2016). En del patienter upplevde att de inte hade någon valmöjlighet om de ville

bli friska, utan att det bara var att acceptera operationen (Mauleon et al, 2007). Val som ökade känslan av kontroll och delaktighet för patienter som genomgick vaken neurokirurgi var om patienterna ville vara vakna eller sövda under operationens sista del (Howie et al, 2016). Att ha kontroll under sin operation upplevdes av många patienter som viktigare än andra känslor då det inte var ovanligt att känna maktlöshet och oförmåga att påverka om något inte gick som planerat (Palese et al, 2008). En negativ aspekt av kontroll var att upplevelsen av ansvar för operationens resultat ökade ju mer kontroll de hade. Det kunde medföra att de lade skulden på sig själva för uppkomsten av funktionsnedsättningar (Howie et al, 2016). Men att patienterna kände ansvar och förstod vikten av den roll de hade under operationen samt att aktivt kunna medverka gav också en känsla av tillfredställelse och ökad delaktighet (Leal et al, 2017; Palese et al, 2008).

“...And I helped in my own surgery. Who knows, maybe if I'd been operated asleep, I would have consequences.” (Leal et al, 2017, s.727).

“...It is my role during the operation to help the neurosurgeon understand where it is dangerous to touch and where he should be operating...” (Palese et al, 2008, s. 168).

En studie visar att patienter pendlar mellan känslan att ha kontroll och att vara övergiven (Karlsson, Ekebergh, Mauléon och Österberg, 2012). Faktorer som påverkar upplevelsen av att inte ha kontroll under operation är det begränsade synfältet bakom draperingen och positioneringen av kroppen. Det bidrar till att patienter inte kan se vilka som är närvarande inne på operationssalen eller vad som händer och var det sker vilket leder till att patienter känner utanförskap och inte upplever att de har kontroll över situationen och den egna kroppen. Brist på kontroll under operationen resulterade i att patienterna kände sig som objekt (Howie et al, 2016). Möjligheten att kunna kommunicera och prata med vårdpersonalen ökade känslan av delaktighet och för att bevara känslan av kontroll valde vissa patienter att inte använda hörselskydd. En patient beskrev det som:

“why should I lie there listening to music when they are working on me?” (Karlsson et al, 2012, s. 159)

Ljudet från operationen gjorde ingreppet verkligt och genom att inte höra vad som pågick under operationen kände sig en del patienter odelaktiga och sårbara (Karlsson et al, 2012).

Draperingen påverkade patienternas delaktighet negativt genom att de inte kunde se vad som hände utan endast höra. Om patienterna dessutom inte hörde de ljud de förväntade sig, till exempel från personalen eller utrustningen, uppstod samtidigt en känsla av att tappa kontrollen (Bergman et al, 2012). Däremot var det en del patienter som inte ville höra ljud och valde att distansera sig från situationen med hjälp av hörselskydd och lämnade över kroppen i personalens händer (Karlsson et al, 2012).

Patienters upplevelser av smärta och sinnesintryck

Smärta och obehag

De starkaste intrycken av att vara vaken under operationen var de sensoriska upplevelserna, framförallt ljud (Palese et al, 2008; Manchella et al, 2011; Chit Ying, 2001; Leal et al, 2017). Patienter som genomgick neurokirurgi beskriver att de mest förekommande ljuden var från bormaskinen, sågen, det konstanta hummandet från sugen och personalens konversationer (Palese et al, 2008; Khu et al, 2010; Manchella et al, 2011). Även ljud från övriga kirurgiska instrument beskrevs som vanligt förekommande (Chit Ying et al, 2001; Manchella et al, 2011) och patienterna som genomgick ortopedisk kirurgi beskriver starka minnen av ljudet från sågen och hammaren (Mauleon et al, 2007). De olika ljuden från operationen upplevdes som obehagligt och skrämmande (Chit Ying et al, 2001; Leal et al, 2017; Howie et al, 2016), framförallt när ljuden kom oväntat (Mauleon et al, 2007). Även frånvaro av ljud kunde upplevas som obehagligt samtidigt som ljud i form av musik istället upplevdes som betryggande (Chit Ying et al, 2001).

Positioneringen var en annan faktor som bidrog till smärta och obehag. Att ligga i samma position på operationsbordet en längre tid utan att kunna röra sig beskrevs som svårt och obekvämt (Palese et al, 2008; Leal et al, 2017; Manchella et al, 2011; Bergman et al, 2012; Chit Ying et al, 2001; Whittle et al, 2005; Karlsson et al, 2012) och ibland även smärtsamt (Bergman et al, 2012). Att vara positionerad med armarna fastspända ut från kroppen och ingen möjlighet till mobilisering upplevdes som ett obehag och gav en känsla av att vara sårbar och exponerad. Patienterna liknade det vid att vara korsfäst (Leal et al, 2017; Chit Ying et al, 2001; Karlsson et al, 2012).

“My two hands were hung just like crucifixion...The feeling is uncomfortable...” (Chit Ying et al, 2001, s.119).

Vid neurokirurgi upplevde de flesta patienterna att fixation av huvudet med trepunktsstöd var både obehagligt och smärtsamt. (Whittle et al, 2005; Manchella et al, 2011; Palese et al, 2008; Leal et al, 2017) Patienter beskriver hur de inte kan röra sitt huvud och att trepunktsstödet satt för hårt vilket orsakade ömhet och smärta (Whittle et al, 2005). Vissa patienter beskrev också en klaustrofobisk känsla (Manchella et al, 2011). Fixeringen av trepunktsstödet tillsammans med användandet av borren var de svåraste momenten för patienterna relaterat till ljudet, vibrationerna, smärtan och den obekväma positionen (Palese et al, 2008). Andra orsaker till smärta var att få olika typer av infarter för injektion och administrering av lokalanestesi (Manchella et al, 2011, Chit Ying et al, 2001, Palese et al, 2008). Vid neurokirurgi upplevdes smärta när muskeln och skalpen manipulerades och suturerades (Leal et al, 2017). Patienter som genomgick ortopedisk kirurgi beskrev en intensiv smärta och obehag från tourniquetten och att det kändes som om armen skulle gå av (Bergman et al, 2012). Men att känna smärta ansågs vara oundvikligt i samband med operation och något som patienterna förväntade sig och accepterade (Mauleon et al 2007). Däremot fanns det patienter som inte upplevde någon smärta alls (Whittle et al, 2005; Manchella et al, 2011; Palese et al, 2008; Leal et al, 2017) och att få information hjälpte patienterna att förbereda sig mentalt, vilket minskade känslan av smärta och obehag (Chit Ying et al, 2001).

Kroppen som frånvarande men samtidigt närvarande

Patienter som fick regional anestesi inför ortopedisk kirurgi upplevde situationen som överklig (Bergman et al, 2012; Karlsson et al, 2012; Mauleon et al, 2007). Enligt Mauleon et al (2007) upplevde patienterna sig som observatörer av sin egen operation.

“ Like visiting a service station...I didn't think of it as my leg or me being operated on”

(Mauleon et al, 2007, s. 896).

Den bedövade kroppsdelens upplevdes annorlunda som om den hade försvunnit och vissa patienter hade svårt att förstå vad som hände när de tappade kontakt med kroppsdelens (Bergman et al, 2012). Kroppen upplevdes inte som hel längre, utan i två olika delar, som att en kroppsdel blivit bortkopplad från resten av kroppen (Bergman et al, 2012; Karlsson et al, 2012; Mauleon et al, 2007). Den bedövade kroppsdelens kändes okontrollerad och främmande.

“ One can hardly visualize what it’s like to be so numb...here it was as if it was disconnected, it felt as though my legs weren’t part of my body anymore” (Karlsson et al, 2012, s. 159).

När effekten av regional anestesi inträder och patienterna är oförmögna att styra sin kropp upplevde de att kroppen blev behandlad och manövrerad som ett objekt eller byggnadsmaterial. När kroppsdelarna manövrerades uppfattade patienterna att deras kroppsdel flöt runt vilket bekräftade att kroppen inte längre var hel och upplevdes som att den faktiskt kunde tillhöra någon annan (Karlsson et al, 2012).

“...we’ll bend you as much as possible...one of them took hold under the legs, one in the neck and then they bent it as if my body was just some package” (Karlsson et al, 2012, s. 159).

Rädsla och oro i en perioperativ kontext

Det framkom i nästan alla studier att de flesta patienter som ska genomgå en vaken operation kan uppleva någon form av oro eller ångest (Fletcher et al, 2012; Manchella et al, 2011; Whittle et al, 2005; Howie et al, 2016; Chit Ying et al, 2001; Khu et al, 2010; Mauleon et al, 2007; Palese et al, 2008 & Bergman et al, 2012). Det är inte ovanligt att patienter initialt reagerar med rädsla och misstro då en vaken operation uppfattas som hotfullt (Manchella et al, 2011; Howie et al, 2016; Khu et al, 2010). Patienter som tidigare genomgått ortopedisk kirurgi i vaket tillstånd kände inte någon stress eller oro utan kände sig istället trygga och lugna på grund av att de visste vad de skulle förvänta sig (Bergman et al, 2012). Även vetskapen om att vaken kirurgi kan vara ett säkrare alternativ påverkar patienterna positivt och de känner sig lugna istället för oroliga (Leal et al, 2017).

“You see and feel the surgery all the whole time, so you know that everything is going alright. You don’t get scared” (Leal, 2017, s. 727).

Patienter som ska genomgå vaken neurokirurgi på grund av cancer är mer oroliga över sjukdomen och mindre oroliga över operationen oavsett om den utförs i vaket tillstånd eller generell anestesi (Khu et al, 2010).

“I don’t think I was shocked in the sense of the awake surgery. I’m more shocked at being the target of a cancerous tumor...” (Khu et al, 2010, s. 1059).

Patienter som genomgår neurokirurgi upplever störst rädsla och ångest över eventuella komplikationer som död, permanenta funktionsnedsättningar eller paralys (Manchella et al, 2011; Howie et al, 2016; Palese et al, 2008; Fletcher et al, 2012). En del patienter anser att språket är en fundamental aspekt i vad som gör oss till människor och de upplevde störst rädsla för att tappa talförmågan. Patienterna kände även rädsla inför att operationen skulle kunna påverka deras identitet genom att förlora en del av deras personlighet (Howie et al, 2016). Andra patienter upplevde däremot störst rädsla för förlust av motoriska funktioner mer än språkliga funktioner (Palese et al, 2008). De beskrev också rädsla över att inte kunna kontrollera sina kroppar och handlingar intraoperativt samt oro över hur de skulle reagera över de uppgifter som kirurgen kommer be dem att göra.

“I’m afraid because I’m not sure...if I can control myself during the operation...” (Palese et al, 2008, s. 168).

Rädslor och negativa tankar över komplikationer så som att bli paralyserad resulterade i att patienterna använde olika försvarsmekanismer pre- och intraoperativt för att inte tänka på operationen. Försvarsmekanismernas syfte var att undvika, distrahera sig eller genom humor distansera sig från tankarna (Fletcher et al, 2012).

Patienter upplever rädsla över att inte veta vad som kommer att hända med dem under operationen (Mauleon et al, 2007; Chit Ying et al, 2001). Patienterna kände rädsla inför smärta (Chit Ying, 2001) och tidigare smärtupplevelser påverkade patienterna negativt inför operation då de kände rädsla och oro över att det skulle göra ont (Mauleon et al, 2007). Operationen skapade också oro och ångest för patienterna med tanke på hur operationen skulle påverka deras kroppar och framtida hälsa. (Chit Ying et al, 2001; Mauleon et al, 2007).

“many thought came up in my mind and they made me scared, for example, the degree of pain after the operation, and the degree of pain when I get out of bed and the feelings during the process of operation” (Chit Ying, 2001, s.118)

Den främmande miljön var också en faktor som gav upphov till rädsla. De stora lamporna i taket och ljudet från instrumenten kändes skrämmande och det fanns en rädsla av att kirurgiska instrument skulle lämnas kvar i kroppen eller att ramla av det smala operationsbordet (Chit Ying, 2001). Patienterna upplevde också miljön som varm och

professionell med en avslappnande atmosfär som bidrog till att de kunde slappna av och tänka på annat än operationen. Lukten av desinfektionsmedel gav känslan av en steril miljö utan att upplevas som skrämmande (Bergman et al, 2012).

Trots oro och rädslor upplevde patienterna i flertalet studier att det generellt var en positiv upplevelse att vara vaken under operation (Khu et al, 2012; Fletcher et al, 2012; Manchella et al, 2011; Chit Ying et al, 2001) och tyckte att det gick bättre än förväntat (Khu et al, 2012). Många skulle genomgå en vaken operation igen vid behov och även rekommendera det för andra (Leal et al 2017; Khu et al 2012).

”It really felt like it wasn’t a big deal...” (Khu et al, 2010, s. 1057).

Patienters upplevelser av interaktion

Relationens betydelse för trygghet

Det framkom i nästan alla studier att relationen mellan patienterna och personalen upplevdes fundamental för att patienterna skulle känna sig trygga och få en positiv upplevelse av att vara vaken under operation (Mauleon et al, 2007; Fletcher et al, 2012; Chit Ying et al, 2001; Bergman et al, 2012; Karlsson et al, 2012; Manchella et al, 2011; Khu et al, 2012; Howie et al, 2016). För kvinnor som genomgick kejsarsnitt spelade även interaktionen med partner en viktig roll för känslan av trygghet (Chit Ying, 2001). En förtroendefull relation bidrog till att patienterna upplevde ett professionellt omhändertagande och kände sig lugna och trygga under operationen. Detta resulterade även i en positiv inställning till eventuellt framtida operationer (Bergman et al, 2012).

I flertalet av studierna lades stor vikt vid relationen med kirurgen. Förtroende och tillit till kirurgen var för många avgörande i beslutet om operationen skulle genomföras eller inte (Howie et al, 2016; Khu et al, 2010; Fletcher et al, 2012; Manchella et al, 2011). En förtroendefull relation till kirurgen var viktigt då patienterna kände att de lade sina liv i kirurgens händer och på grund av komplexiteten i beslutet att opereras eller inte lade en del av patienterna över ansvaret och beslutet till kirurgen (Fletcher et al, 2012). För patienter som skulle genomgå livsavgörande neurokirurgi var relationen med kirurgen den faktor som hade

störst betydelse för beslutet att opereras, framförallt då en vaken kraniotomi kändes främmande för den enskilde patienten (Khu et al, 2010).

“It’s important to trust the doctor, because I’m gonna offer the doctor my most valuable thing – my body, my life. If I cannot trust him, how can I do that?” (Khu et al, 2010, s.1059).

Relationen till operationspersonalen bidrog också till hur patienterna upplevde och hanterade situationen med att vara vaken under operation genom att de fokuserade på en eller flera personer under operation istället för ingreppet i sig. På så sätt kunde patienterna hålla sina känslor under kontroll och undvika de bisarra eller obehagliga upplevelsorna samt minska oro och ångest (Fletcher et al, 2012; Howie et al, 2016). Att känna förtroende resulterade också i att patienter kände sig trygga och klarade av situationer som upplevdes svåra. Samtidigt resulterade upplevelsen av misstro till ökad stress och ångest vilket gjorde att patienterna kände sig otrygga (Mauleon et al, 2007). Misstro uppstod i situationer där patienterna upplevde att de blev beordrade om något och inte kunde argumentera emot. De upplevde då en inskränkt valmöjlighet och kände sig tvingade att lita på operationspersonalen om de ville bli friska (Mauleon et al, 2007). Känslan av trygghet infinner sig när personalen är nära patienten, framförallt med fokus på anestesijuksköterskan. Möjligheten att kunna kommunicera och ha en dialog med personalen under operation var viktigt för att patienterna skulle känna sig inkluderade och uppleva en gemenskap (Bergman et al, 2012; Karlsson et al, 2012). Patienterna betonade vikten av att ha anestesijuksköterskan nära för att de skulle känna sig trygga (Karlsson et al, 2012). Att kunna få ögonkontakt och fysisk kontakt i form av en hand, ökade känslan av trygghet och patienterna kände sig sedda. Upplevelsen av att personalen tar emot, lyssnar och ger respons på patientens behov var viktigt för att de inte skulle känna sig ensamma eller övegivna. Samtidigt som patienterna å ena sidan upplever ett behov av att bli bekräftade, känner de ett behov att ibland vara osynlig för att inte utgöra ett hinder eller störa personalen i deras arbete (a a).

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med denna studie var att beskriva patienters upplevelser av att vara vakna under operation. Studien genomfördes som en litteraturstudie med syfte att sammanställa tidigare

forskningsresultat. I valet av metod hade en empirisk intervjustudie kunnat tillämpas då det är en lämplig metod för att beskriva upplevelser (SBU, 2017). Författarna ansåg däremot att en litteraturstudie gav möjlighet till en bredare översikt av ämnet med fler antal deltagare och deras upplevelser av fenomenet. I jämförelse hade en empirisk studie haft färre deltagare och mindre underlag för att beskriva resultatet och svara på studiens syfte. Studiens resultat utgörs enbart av studier med kvalitativa forskningsmetoder då det anses vara mer relevant för att få en djupare förståelse för individers subjektiva upplevelser (SBU, 2017).

Vid datainsamlingen fann författarna att det fanns flertalet kvantitativa studier utförda som svarade på syftet, men dessa exkluderades således. Detta kan eventuellt ha påverkat resultatet genom att värdefull information uteblivit från sammanställningen av resultatet. Ett alternativ hade varit att inkludera studier med såväl kvalitativ som kvantitativ forskningsmetod.

Databaserna PubMed och CINAHL användes för datainsamling. För att en litteratursökning ska bedömas tillräckligt utförlig och för att hitta alla studier som svarar på frågeställningarna krävs det utförliga sökningar i minst två databaser (Willman et al, 2016; SBU 2017). En artikel som presenteras i resultatet hittades via en referenslista och återfanns i PubMed vid manuell sökning. Den artikeln kunde dock inte återfinnas i blocksökningarna som författarna utfört. På grund av detta finns en risk att författarna inte haft tillräckligt relevanta sökord och eventuellt gått miste om fler studier av relevans som svarat på syftet. En svaghet i studien kan vara att endast två databaser har använts för insamling av data. Under datainsamlingen gång fann författarna att utbudet av kvalitativa studier var begränsat, därav användes inte funktionen limits i databaserna med förhoppning att öka sökresultatet. På grund av det begränsade utbudet valdes att inkludera studier publicerade inom tjugo år istället för tio år som var det ursprungliga inklusionskriteriet. Författarna bedömde att detta inte påverkade resultatet då upplevelserna av fenomenet inte ansågs förändras över tid. Tre artiklar inkluderades i resultatet genom denna justering.

Artiklarnas vetenskapliga kvalitet värderades med hjälp av SBU's mall för kvalitetsgranskning av kvalitativa studier. När kvalitetgranskningen var utförd bedömdes nio studier vara av hög kvalitet, två studier var av medelhög kvalitet och två studier var av låg kvalitet. Endast de studier som hade hög eller medelhög kvalitet inkluderades i sammanställningen av resultatet. De två studier med låg kvalitet exkluderades då de inte bör utgöra underlag för sammanställning (Willman et al, 2016). Att författarna valt att endast

inkludera studier av hög och medelhög kvalitet kan ses som en styrka och ökar trovärdigheten i resultatet (Willman et al, 2016; SBU, 2017).

Förförståelse utgör en viktig komponent för motivationen för att inleda ett projekt. Samtidigt föreligger det risk att förförståelsen begränsar och påverkar forskarens objektivitet genom hela projektets gång (SBU, 2017). Denna studie genomfördes som en litteraturstudie och författarna har således inte själva varit en del av urvalsprocessen, datainsamling och analys av data på samma sätt som vid empiriska studier. Förförståelse som författarna ändå hade när denna litteraturstudie inleddes kunde härledas till förväntningar relaterat till författarnas tidigare yrkeserfarenheter. Det kan anses rimligt att analys av data var den del i aktuell studie som var mest utsatt att påverkas av författarnas förförståelse. För att minska subjektiva tolkningar samt öka studiens tillförlitlighet, har författarna aktivt försökt hålla sig öppet till datamaterialet och bearbetat det enskilt och därefter tillsammans för att jämföra samt uppnå konsensus (SBU, 2017).

Endast artiklar med etiskt godkännande valdes att inkluderas i studien, vilket ökar den etiska trovärdigheten. Då sjuksköterskan har ett etiskt ansvar i sin yrkesutövning (ICN's etiska kod för sjuksköterskor, 2014) var det viktigt för författarna att ha ett etiskt förhållningssätt till studien trots att det är en litteraturstudie.

Vid granskning av studier med kvalitativ metod är det viktigt att man förhåller sig kritisk till om hela det studerade fenomenet är kartlagt eller om det finns risk för snedvridet resultat (Willman et al, 2016). En del patienter i studierna erhöll premedicinering eller sederande läkemedel inför och under delar av operationen. Det kan således inte uteslutas att de läkemedel som gavs kan ha påverkat patienternas upplevelser och minnen som därigenom kan ha påverkat resultatet. Däremot har forskarna till de olika studierna bedömt patienterna tillräckligt adekvata och att deras upplevelser ändå varit relevanta för studierna. En annan aspekt som kan ha påverkat resultatet är att de flesta studier haft funktionsnedsättningar, demens och afasi som exklusionskriterie. Därför finns ingen data presenterad om dessa patienters upplevelser i denna litteraturstudie.

Det kan tänkas svårt att göra en kvalitativ studies resultat överförbart då kvalitativa studier oftast innehåller få deltagare samt utgörs av individers subjektiva upplevelser (SBU, 2017). Från början var tanken att uppsatsens syfte skulle vara smalare och precisera en viss typ av

kirurgi där patienterna opererades i regional anestesi för att kunna göra resultatet mer överförbart. Vid testsökningar i de medicinska databaserna var dock omfattningen av material av så specifika studier av kvalitativ design inte tillfredställande enligt författarna. Därav togs beslut att göra syftet bredare och inkludera olika typer av kirurgi där patienter är vakna i regional anestesi. Däremot kan man öka potentialen för överförbarhet genom att inkludera så varierande fall som möjligt av samma fenomen i studien (SBU, 2017). Ett annat resonemang som ökar överförbarheten är fokus på sammanhang och likheter mellan dessa samt vad som är empiriskt känt. Resultatet i studier förväntas då också kunna existera i andra liknande sammanhang förutsatt att det är sammanhanget i sig som bestämmer ett fenomen eller mönster (a.a.). Enligt författarna är sammanhanget i den här uppsatsen att vara vaken under operation och enligt litteraturen och tidigare forskning är det själva operationen och anestesin i sig som ger upphov till fenomenet hos patienter, snarare än den bakomliggande sjukdom eller skada de ska opereras för. Dessutom utgörs litteraturstudien av fler antal deltagare och större underlag. Författarna anser därför att resultatet är överförbart oavsett vilken typ av ingrepp som utförs i vaket tillstånd.

Resultatdiskussion

Syftet var att beskriva patienters upplevelser av att vara vaken under operation i regional anestesi. I resultatet framkom tre teman; patienters upplevelser av kontroll, patienters upplevelser av smärta och sinnesintryck och patienters upplevelser av interaktion. Med utgångspunkt i Kolcabas komfortteori kommer dessa teman att diskuteras utifrån de fyra holistiska sammanhangen; det fysiska, psykospi rituella, miljömässiga och sociokulturella. Omvårdnadsåtgärder syftar till att tillgodose patientens behov av komfort i de olika sammanhangen och de olika typerna av komfort utgörs av *relief* (lättnad), *ease* (lugn och välbehag) och *transcendence* (tillstånd där en kan sätta sig över obehaget).

Det fysiska sammanhanget som beskrivs av Kolcaba (2003) kan kopplas till temat patienters upplevelser av smärta och obehag. Resultatet visade att positioneringen i kombination med att ligga stilla länge var en faktor som upplevdes obekvämt och smärtsamt för patienterna (Palese et al, 2008; Leal et al, 2017; Manchella et al, 2011; Bergman et al, 2012; Chit Ying et al, 2001; Whittle et al, 2005; Karlsson et al, 2012). Detta styrks av andra studier som visade att en del patienter kände ett större obehag av att ligga stilla under en längre period snarare än själva operationen i sig (Wahab, Grundy & Weidmann, 2011; Hankela & Kiikkala, 1996; Tinnfält & Nilsson, 2011). Operationssjuksköterskan och resten av operationsteamet ansvarar

gemensamt för patientens perioperativa omvårdnad och ska identifiera samt förebygga omvårdnadsproblem. I ansvaret ingår bland annat en säker positionering av patienten (rfop, 2011) samt främja hälsa och lindra lidande (ICN's etiska kod för sjuksköterska, 2014). Enligt komfortteorin bör operationssjuksköterskan således genomföra omvårdnadsåtgärder relaterat till positioneringen som främjar patientens behov av antingen release, ease eller transcendence.

Andra orsaker till smärta som framkom av litteraturstudiens resultatet var fixering av trepunktsstöd och när skalpen manipulerades och suturerades vid neurokirurgi (Palese et al, 2008; Leal et al, 2017), vilket bekräftas av andra studier (Mulroy, Robertson, McDonald, Bok & Simpson, 2017; Bajunaid & Abdulrazag, 2015). Med omvårdnadsåtgärder som syftar till att reducera patientens smärta kan tillståndet av relief öka (Kolcaba, 2003), exempelvis genom administrering av analgetika, vilket visat sig vara effektivt vid smärta orsakad av trepunktstöd och manipulering av skalpen (Bajunaid & Abdulrazag, 2015). Litteraturstudiens resultat visade också att patienter upplevde smärta vid att få olika typer av infarter och lokalbedövning (Manchella et al, 2011; Chit Ying et al, 2001; Palese et al, 2008). Vilket bekräftas av tidigare studier som visat att patienter upplevde momentet att få lokabedövning injicerat som mest smärtsamt (Caddic, Jawad, Southern & Majumder, 2011; Bajunaid & Abdulrazag, 2015). Resultatet i litteraturstudien visade att smärta ansågs oundvikligt och något som patienter förväntade sig och accepterade (Mauleon et al, 2007). Detta framkom också i en annan studie som visade att vikten av att opereras resulterade i att patienterna satte sig över sin oro och smärta (McCloud, Harrington & King, 2014). Samtidigt som litteraturstudiens resultat visade att upplevelsen av smärta var vanligt förekommande vid operationer i regional anestesi ska det betonas att det också framgick i resultatet att det fanns patienter som inte upplevde någon smärta alls (Whittle et al, 2005; Manchella et al, 2011; Palese et al, 2008; Leal et al, 2017).

Det psykospirituela sammanhanget enligt Kolcaba (2003) kan utifrån litteraturstudiens resultat kopplas till patienters upplevelser av rädsla, oro och kontroll. Resultatet visade att upplevelsen av rädsla och oro var vanligt förekommande vid operationer i regional anestesi (Fletcher et al, 2012; Manchella et al, 2011; Whittle et al, 2005; Howie et al, 2016; Chit Ying et al, 2001; Khu et al, 2010; Mauleon et al, 2007; Palese et al, 2008; Bergman et al, 2012) och att känslan av kontroll hade stor betydelse för patienterna (Leal et al, 2017; Bergman et al, 2012; Howie et al, 2016; Palese et al, 2008; Karlsson et al, 2012). Det styrks av annan

forskning som också visar på att regional anestesi är förknippat med ängslan och oro (Cobbald, & Money, 2010; Höhener et al, 2008; Pompeo, 2012) och att patienter, oavsett variationer i upplevelser, eftersträvar någon form av kontroll (Susleck, Willocks, Secret, Norwood, Holweger, Davis, Myhan & Trimpey, 2007). Litteraturstudiens resultat visade också att tidigare erfarenheter av vaken operation minskade stress och oro och bidrog istället till att patienter kände sig lugna och trygga (Bergman et al, 2012), likaså föredrog patienter som tidigare opererats i generell anestesi att opereras i vaket tillstånd på grund av ökad kontroll (Leal et al, 2017). Tidigare studier har också visat att fördelarna med regional anestesi bland annat är att patienten tillåts vara delaktig och bevara känslan av kontroll (Cobbald & Money, 2012; Höhener et al, 2008). I litteraturstudiens resultat framkom det att den perioperativa informationen hade betydelse för patienters förmåga att förbereda sig mentalt, minska oro och ångest samt bevara kontroll (Leal et al, 2017; Howie et al, 2016; Bergman et al, 2012; Palese et al, 2008). Det bekräftas av tidigare studier som visat att perioperativ information har en positiv påverkan på patienter som ökar kunskap och minskar oro och ångest (Lee, Chui & Gin, 2003; Mitchell, 2008; Haugen et al, 2009; McCloud et al, 2014; Wahab et al, 2011; Brodin & Häggström, 2017). Däremot kan för mycket information eller för detaljerad information skapa mer ångest och oro för patienten (McCloud et al, 2014). Det är operationssjuksköterskans ansvar att begränsa omfattningen av de påfrestningar och stress som patienten utsätts för under operation (Bäckström, 2012). Med utgångspunkt i komfortteorin (Kolcaba, 2003) och stöd av vetenskaplig forskning skulle operationssjuksköterskan kunna använda sig av individuellt anpassad information som omvårdnadsåtgärd mer systematiskt än vad som görs idag för att ännu bättre tillgodose patientens behov av komfort i det psykospirituela sammanhanget.

Det tredje sammanhanget som beskrivs av Kolcaba (2003) är det miljömässiga.

Litteraturstudiens resultat som beskriver patienters upplevelser av sinnesintryck och rädsla kan relateras till detta sammanhang. Det framkom i resultatet att de sensoriska upplevelserna, framförallt ljud, gav starkast intryck av att vara vaken under operation (Palese et al, 2008; Manchella et al, 2011; Chit Ying et al, 2001; Leal et al, 2017) och att ljuden, eller frånvaro av ljud, kunde upplevas som obehagligt och skrämmande (Chit Ying et al, 2001; Leal et al, 2017; Howie et al, 2016). Resultatet visar också att den främmande operationsmiljön gav upphov till rädsla (Chit Ying et al, 2001) samtidigt som resultatet motsägelsefullt även visar att operationsmiljön upplevdes som varm och avslappnade (Bergman et al, 2012). Tidigare studier bekräftar att operationsmiljön skapar oro och rädsla för patienter och att ljud var en av

de starkaste minnena som patienter hade från operation i regional anestesi samt att ljudet upplevdes obehagligt (Hankela & Kiikkala, 1996; Caddick et al, 2011; Dove, Gilmour, Weightman & Hocking, 2011; Haugen et al, 2008). Flertalet patienter vill därför inte höra eller se vad som händer under operation (Dove et al, 2011). Däremot visar litteraturstudiens resultat också att vissa patienter upplevde ljudet från operationen som positivt för att kunna bevara känslan av delaktighet och kontroll (Bergman et al, 2012; Karlsson et al, 2012). Således föreligger det skillnader i upplevelserna av ljudet i en operationssal.

Enligt operationssjuksköterskor är omvårdnaden och patientens välbefinnande en viktig aspekt att ta hänsyn till för att tillgodose den vakna patientens behov (Palese & Infanti, 2006). För att kunna öka patientens tillstånd av komfort i det miljömässiga sammanhanget (Kolcaba, 2003) bör operationssjuksköterskan vara medveten om variationer i miljöns påverkan på patienters upplevelser för att kunna vidta lämpliga omvårdnadsåtgärder.

Det sista sammanhanget som Kolcaba (2003) beskriver är det sociokulturella sammanhanget vilket kan kopplas till litteraturstudiens resultat som beskriver patienters upplevelser av interaktion. I resultatet framkom det att relationen mellan patienten och personalen var viktigt för att känna förtroende och tillit (Mauleon et al, 2007; Fletcher et al, 2012; Chit Ying et al, 2001; Bergman et al, 2012; Karlsson et al, 2012; Manchella et al, 2011; Khu et al, 2012; Howie et al, 2016). Möjligheten att kunna kommunicera och föra en dialog var en viktig aspekt i interaktionen för att känna närhet och kunna vara delaktig (Karlsson et al, 2012). Tidigare studier bekräftar relationens betydelse för känslan av trygghet under operation (Susleck et al, 2007; Karlsson et al, 2013; Lindwall, 2003) och att interaktion med operationspersonalen var viktigt för känslan av kontroll (Susleck et al, 2007). Genom kommunikation och interaktion mellan specialistsjuksköterskan och patienten skapas mening i relationen och genom att vara närvarande i interaktionen upplever patienterna trygghet. Om specialistsjuksköterskan gör sig frånvarande kan patienten känna sig sårbar, utsatt och utanför (Karlsson, 2013; Palese & Infanti, 2006; Hankela & Kiikkala, 1996). Litteraturstudiens resultat visade också att relationen å andra sidan kan leda till upplevelsen av misstro som leder till att patienter känner sig otrygga och upplever en ökad stress och ångest (Mauleon et al, 2007). I operationssjuksköterskans kompetensbeskrivning står det beskrivet att operationssjuksköterskan har ett ansvar att skapa en relation med patienten och att kommunicera, informera och undervisa patienter för att möjliggöra delaktighet (Rfop, 2011). För att tillgodose patientens behov av komfort från ett sociokulturellt sammanhangs

perspektiv (Kolcaba, 2003) är det av stor vikt att operationssjuksköterskan, med stöd av forskning och kompetensbeskrivningen, i största möjliga mån främja en inlyssnande relation med patienten för att skapa en trygg och positiv upplevelse av att vara vaken under operation.

Konklusion och implikation

Denna litteraturstudie visar att patienter överlag tolererade väl att vara vakna under operation trots att de flesta patienter upplevde någon form av rädsla eller oro på grund av ovisshet intraoperativt och för komplikationer. Patienter eftersträvade kontroll och den perioperativa informationen var fundamental för upplevelsen av delaktighet och kontroll. Operationsmiljöns påverkan på upplevelsorna varierade, men en vanligt förekommande orsak till obehag var ljuden från operationssalen. Patienter som opereras i regional anestesi utsätts för olika typer av smärta, där positioneringen tillhörde en av de vanligaste orsakerna. Relationen med operationsteamet och möjligheten att kunna kommunicera var viktig för känslan av trygghet och för att patienterna skulle känna sig sedda.

Personcentrerad vård är betydelsefull. Oavsett vilken typ av kirurgi som patienter genomgått i vaket tillstånd framkom liknande upplevelser. Däremot förekommer det individuella variationer, således betonas vikten av att se varje patient som en unik individ och att bedriva en personcentrerad vård för den enskildes upplevelse av vaken kirurgi.

Bättre kunskap om patientens perspektiv bland operationspersonalen är viktigt då operationer i regional anestesi blir allt vanligare. Kunskapen och förståelsen kan användas för att bättre identifiera, planera och utföra omvårdnadsåtgärder i syfte att ombesörja en positiv och trygg upplevelse av vaken kirurgi.

För att öka kunskapen och fördjupa förståelsen behövs mer forskning. Författarna anser att det finns ett behov av fortsatt kvalitativ forskning om hur patienter upplever att opereras i vaket tillstånd, då utbudet av kvalitativa studier inom området är begränsat samt att omvårdnaden av patienter som genomgår vaken kirurgi kommer att bli en mer central arbetsuppgift för operationssjuksköterskor. Det är således av kliniskt värde att öka kunskapen och förståelsen av patientens perspektiv för att i sin tur kunna öka den kompetens som behövs för en trygg och personcentrerad vård. Ökad kunskap bidrar också till utvecklings- och förbättringsarbete inom vården, vilket ligger i såväl den enskildes individens som samhällets intresse.

Referenser

Bajunaid, K. & Abdulrazag, M.A. (2015). Awake craniotomy – A patient's perspective. *Neurosciences*, 20(3), 248-252. Doi: 10.17712/nsj.2015.3.20140548

Bergman, M., Stenudd, M. & Engström, Å. (2011). The experience of being awake during orthopaedic surgery under regional anaesthesia. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 16, 88-96. Doi 10.1016/j.ijotn.2011.08.004

Bodelsson, M (Red.), Lundberg, D., Roth, B. & Werner, M. (2015). *Anestesiologi* (3). Estonia: Studentlitteratur.

Brodin, K., Hellzén, O. & Häggström, M. (2017). Intraoperative Care of the Conscious Patient from the Perspective of the Operating Theatre Nurse: A Grounded Theory. *Open Journal of Nursing*, 7, 1086-1099. Doi 10.4236/ojn.2017.79079

Bäckström, G. (2012). Operationssjuksköterskans profession. I I.Hansen (red.), *Operationssjukvård operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad*. (1:3 s. 29-42). Lund: Studentlitteratur.

Caddick, J., Jawad, S., Southern, S. & Majumder, S. (2012). The power of words: sources of anxiety in patients undergoing local anaesthetic plastic surgery. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 94(2), 94-98. Doi: 10.1308/003588412X13171221501267

Chit Ying, L., Levy, V., Oi Shan, C., Hung, T & Wah, W. (2001). A qualitative study of the perceptions of Hong Kong Chinese women during caesarean section under regional anaesthesia. *Midwifery*, 17, 115-122. Doi 10.1054/midw.2000.0249

Cobbold, A & Money, T. (2010). Regional anesthesia, back to basics. *Journal of perioperative practice*, 20 (8), 288-293. Hämtad 2017-12-20 från:
<http://resolver.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se/openurl?sid=Entrez:PubMed&id=pmid:20860189>

Dove, P., Gilmour, F., Weightman, WM. & Hocking, G. (2011) Patient perceptions of regional anesthesia: influence of gender, recent anesthesia experience, and perioperative concerns. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 36(4), 332-335. Doi: 10.1097/AAP.0b013e318217a89b

Ekman, I. & Norberg, A. (2012). Personcentrerad vård – teori och tillämpning. I A.K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk, J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (1:5 s. 29-53). Lund: studentlitteratur.

Ellingsen, S. (2012). Peroperativ smärtlindring. I I.Hansen (red.), *Operationssjukvård operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad*. (1:3 s.321-329). Lund: Studentlitteratur.

Fletcher, K., Nair., R., Macniven, J., Basu, S. & Byrne, P. (2012). An interpretative phenomenological analysis of the patient experience of an awake craniotomy: Brain tumour diagnosis to the discharge. *British Journal of Health Psychology*, 17, 828-842. Doi 10.1111/j.2044-8287.2012.02079.x

Hankela, S & Kiikkala, I. (1996). Intraoperative Nursing Care as Experienced by Surgical Patients. *Aorn Journal*, 63 (2), 435-442. Hämtad 2017-12-20 från: [http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092\(06\)63231-6/fulltext](http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092(06)63231-6/fulltext)

Haugen, A.S., Eide, G.E., Olsen M.S., Haukeland, B., Remme, Å.R. & Whal, A.K. (2008). Anxiety in the operating theatre: a study of frequency and environmental impact in patients having local, plexus or regional anaesthesia. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2301-2310. Doi 10.1111/j.1365-2702.2009.02792.x

Howie, E., Bambrough, J., Karabatsou, K. & Fox, J. (2016). Patient experiences of awake craniotomy: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Journal of Health Psychology*, 21 (11), 2612-2623. Doi 10.1117/1359105315581513

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). Hämtad 2017-12-20 från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Höhener, D., Blumenthal, S. & Borgeat, A. (2008). Sedation and regional anesthesia in the adult patient. *British Journal of Anesthesia*, 100 (1), 8-16. Doi 10.1093/bja/aem342

Karlsson, A-C., Ekebergh, M., Larsson Mauléon, A. & Almerud Österberg, S. (2012). "Is that my leg?" Patients experience of being awake during regional anesthesia and surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 27 (3), 155-164. Doi 10.1016/j.jopan.2012.02.005

Karlsson, A-C., Ekebergh, M., Larsson Mauléon, A. & Almerud Österberg, S. (2013). Patient-nurse anesthetist interaction during regional anesthesia and surgery based on videorecordings. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 28 (5), 260-270.

Khu, K., Doglietto, F., Radovanovic, I., Taleb, F., Mendelsohn, D., Zadeh, G. & Bernstein, M. (2010). Patients' perceptions of awake and outpatient craniotomy for braintumor: a qualitative study. *J Neurosurg*, 112, 1056-1060. Doi 10.3171/2009.6.JNS09716

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice – A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company, Inc.

Leal, R.T.M., Da Fonseca & Landeiro, J.A. (2017). Patients' perspective on awake craniotomy for braintumors – single center experience in Brazil. *Acta Neurochir*, 159, 725-731. Doi 10.1007/s00701-017-3125-0

Lee, A., ; Chui Tong, P. & Gin, T. (2003). Educating patients about anesthesia: a systematic review of randomized controlled trials of media-based interventions. *Anesthesia and Analgesia*, 96(5), 1424-31. Doi 10.1111/j.1365-2648.2008.04769.x

Lindwall, L. (2003). Patient's and nurse's experiences of perioperative dialogues. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (3), 246-253. Doi 10.1046/j.1365-2648.2003.02707.x

Manchella, S., Khurana, V., Duke, D., Brussel, T., French, J. & Zuccherelli, L. (2011). The experience of patients undergoing awake craniotomy for intracranial masses: expectations, recall, satisfaction and functional outcome. *British Journal of Neurosurgery*, 25 (3), 391-400. Doi 10.3109/02688697.2011.568640

Mauleon, A., Palo-Bengtsson, L. & Ekman, S.L. (2007). Patients experiencing local anaesthesia and hip surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 892-899. Doi 10.1111/j.1365-2702.2006.01771.x

McCloud, C., Harrington, A. & King, L. (2014). A qualitative study of regional anaesthesia for vitreo – retinal surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 70(5), 1094-1104. Doi: 10.1111/jan.12263

Mitchell, MJ. (2008). Conscious surgery: influence of the environment on patient anxiety. *Journal of Advanced Nursing*, 64 (3), 261-271. Doi 10.1111/j.1365-2648.2008.04769.x

Mitchell, MJ. (2009). *Patient anxiety and conscious surgery*. Univerity of Salford Manchester. Hämtad 2017-12-20 från: <http://usir.salford.ac.uk/1924/1/JPeriO.pdf>

Mulroy, E., Robertson, N., Macdonald, L., Bok, A. & Simpson, M. (2017). Patients' perioperative experience of awake deep – brain stimulation for parkinson disease. *World Neurosurgery*, 105, 526-528. Doi: 10.1016/j.wneu.2017.05.132

Palese, A. & Infanti, S. (2006). The experiences of nurses who participate in awake craniotomy procedures. *Aorn Journal* 84 (5), 811-826. Doi 10.1016/S0001-2092(06)63967-7

Palese, A., Skrap, M., Fachin, M., Visioli, S. & Zannini, L. (2008). The experience of patients undergoing awake craniotomy – In the patients' own words. A qualitative study. *Cancer Nursing*, 31 (2), 166-172. Doi 10.1097/01.NCC.0000305699.97625

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Hämtad 2017-12-20 från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

Pompeo, E. (2012). Awake thoracic surgery – Is it worth the trouble? *Seminars in thoracic and cardiovascular surgery*, 24 (2), 106-114. Doi 10.1053/j.semtcvs.2012.06.010

Riksföreningen för operationssjukvård (2011). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning mot operationssjukvård* {broschyr}. Hämtad 2017-12-20 från: <http://www.rfop.se/nationellt/kompetensbeskrivning/>

Sandman, L., & Kjellström, S. (2016) *Etikboken – Etik för vårdande yrken*, (1:7). Lund: Studentlitteratur.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2017) *utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården – en handbok*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Hämtad 2017-12-20 från http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_kapitel04.pdf

Susleck, D., Willocks, A., Secrest, J., Norwood, B., Holweger, J., Davis, M., Myhan, G. & Trimpey, M. (2007). The Perianesthesia Experience From the Patient's Perspective. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 22(1), 10-20. Doi:10.1016/j.jopan.2006.11.004

Svensk sjuksköterskeförening (2014). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (broschyr). Hämtad 2017-12-20 från: <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Etik/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor/>

Tinnfält, I. & Nilsson, U. (2011). Patients experiences of intraoperative care during abdominal aortic aneurysm repair under local anaesthesia. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 26(2), 81-88. Doi: 10.1016/j.jopan.2011.01.009

Valeberg, B-T. (2013). Patienter i generell anestesi. I I.L Hovind (red.), *Anestesiologisk omvårdnad*. (s. 49-54). Lund: Studentlitteratur.

Wahab, S., Grundy, P. & Weidmann, C. (2011). Patient experience and satisfaction with awake craniotomy for brain tumours. *British Journal of Neurosurgery*, 25(5), 606-613. Doi: 10.3109/02688697.2011.568642

Whittle, I.R., Midgley, S., Georges, H., Pringle, A.M. & Taylor, R. (2005). Patient perceptions of “awake” brain tumour surgery. *Acta Neurochir*, 147, 275-277. Doi 10.1007/s00701-004-0445-7

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad - En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*, (4:1). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1(4)

PubMed 2018-02-26

Söktermer	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Granskade artiklar	Inkluderade artiklar
Patient satisfaction (MESH) OR patient perspective OR patient perception AND awake OR wakefulness (MESH) OR awake surgery AND intraoperative OR operation OR surgery	223	223	40	8	5
Awake surgery AND patient experience AND qualitative study	14	14	11	1	1
Patient experience AND awake surgery AND regional anesthesia	68	68	9	2	1
Manuell sökning: Manchella, Khurana, Duke, Brussel, French & Zuccherelli, 2011	1	1	1	1	1
Related articles: McCloud, Harrington & King, 2011	1	1	1	1	0

CINAHL 2018-02-27

Söktermer	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Granskade artiklar	Inkluderade artiklar
(MH) conscious sedation OR (MH) anesthesia spinal OR (MH) anesthesia conduction OR (MH) anesthesia local AND (MH) surgery, operative AND patient experience	276	276	10	1	1
Patient experience AND awake surgery	50	50	5	2	2
Awake surgery OR awake AND intraoperative OR surgery OR surgical procedure OR operation AND patient experience OR patient satisfaction OR patient perception	88	88	10	1	0

Bilaga 1. Mall för bedömning av relevans

REVIDERAD 2014

Författare: _____ År: _____ Artikelnummer: _____

1. Studiepopulation	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är den population som deltagarna togs från tydligt beskriven och relevant?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Är sättet att rekrytera deltagare acceptabelt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Är studiens inklusionskriterier adekvata?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Är studiens exklusionskriterier adekvata? ¹	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Undersökt intervention	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är den undersökta interventionen relevant? ²	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Är den undersökta interventionen administrerad/utförd på ett korrekt sätt? ³	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Är den undersökta interventionen administrerad/utförd på ett reproducerbart sätt? ⁴	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Jämförelseintervention	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är jämförelseinterventionen relevant? ⁵	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Kan man utesluta att val av jämförelseintervention, dos eller administrationsätt/utförande medfört ett systematiskt fel till förmån för endera interventionen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Effektmått	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Har undersökta effektmått klinisk relevans?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Studielängd ⁶	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är studiens längd adekvat?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Är uppföljningstiden adekvat?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Total bedömning av studierelevans				
Relevant <input type="radio"/>		Inte relevant <input type="radio"/>		

Bilaga 5. Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser

REVIDERAD 2014

SBU:s granskningsmall bygger på tidigare publicerat material [1,2], men har bearbetats och kompletterats för att passa SBU:s arbete.

Författare: _____ År: _____ Artikelnummer: _____

Total bedömning av studiekvalitet:

Hög Medelhög Låg

Anvisningar:

- Alternativen "oklart" används när uppgiften inte går att få fram från texten.
- Alternativen "ej tillämpligt" väljs när frågan inte är relevant.

1. Syfte

Ja Nej Oklart Ej tillämpl

- a) Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?

Kommentarer (syfte, problemformulering, frågeställning etc):

2. Urval

Ja Nej Oklart Ej tillämpl

- a) Är urvalet relevant?
- b) Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?
- c) Är kontexten tydligt beskriven?
- d) Finns relevant etiskt resonemang?
- e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?

Kommentarer (urval, patientkaraktäristika, kontext etc):



STATENS BEGRÄNSNING FÖR
MEDICINSK UTVÄRDERING

MALL FÖR KVALITETSGRANSKNING AV STUDIER MED KVALITATIV FORSKNINGSMETODIK

5:1

3. Datainsamling	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är datainsamlingen relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Råder datamättnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till datainsamlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (datainsamling, datamättnad etc):

4. Analys	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är analysen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Råder analysmättnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (analys, analysmättnad etc):

5. Resultat	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är resultatet logiskt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är resultatet begripligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är resultatet tydligt beskrivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Genereras hypotes/teori/modell?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (resultatens tydlighet, tillräcklighet etc):

Bilaga 4(4)

Författare Årtal Land	Studiens syfte	Studiens design	Urval (Bortfall)	Huvudresultat	Kvalitet
Bergman et al. 2011 Sverige	Syftet var att beskriva patienters upplevelser av att vara vaken under ortopedisk kirurgi i regional anestesi.	Kvalitativ deskriptiv metod Intervjuer som varade mellan 30-45 min.	10 patienter mellan 36-72 år. Kvinnor n=8, män n=2	Resultatet visade att relationen med vårdpersonalen och operationsmiljön var av stor betydelse för känslan av välbefinnande och trygghet under operationen.	Hög
Chit Ying et al. 2001 Kina	Syftet var att utforska kvinnors erfarenheter och upplevelser av elektiva kejsarsnitt utförda under regional anestesi.	Kvalitativ explorativ metod Postoperativa intervjuer på avdelning som varade mellan 30-45 min.	18 patienter. Kvinnor n=18	Resultatet visade att kvinnorna föredrog att vara vakna under operation, men upplevde operationsmiljön som skrämmande och hade ett behov av intraoperativ information. Interaktionen med andra var viktig för upplevelsen.	Hög
Fletcher et al. 2012 England	Syftet var att utforska upplevelsen av att genomgå en vaken kraniotomi i Storbritannien.	Kvalitativ fenomenologisk metod. Semistrukturerade intervjuer som utfördes i deltagarnas hem och varade mellan 46-70 min.	7 patienter (1) mellan 26-41 år. Kvinnor n=4, män n=3	Resultatet visade att relationen med kirurgen var den faktor som hade störst betydelse för deltagarnas upplevelse. Deltagarna tolererade operationen väl men upplevde det hela som överkligt och önskade mer konkret information om operationen.	Hög
Howie et al. 2016 England	Syftet var att öka förståelsen för patienters upplevelser av att genomgå en vaken kraniotomi.	Kvalitativ fenomenologisk metod. Semistrukturerade intervjuer som utfördes pre-och postoperativt inom ramen av 6-16 veckor.	6 patienter (1) mellan 30-60 år.	Resultatet visade att en vaken kraniotomi upplevdes som ett hot mot integriteten men med hjälp av en förtroendefull relation till vårdpersonalen fick deltagarna sina behov tillgodosedda. Att ha kontroll upplevdes som positivt men gav samtidigt känslan av ett större ansvar.	Hög

Carlsson et al. 2012 Sverige	Syftet var att beskriva betydelsen av att opereras i regional anestesi utifrån patienters upplevelser	Kvalitativ fenomenologisk metod. Öppna intervjufrågor 3-30 dagar postoperativt.	9 patienter mellan 52-85 år. Kvinnor n=6, män n=3	Resultatet visade att deltagarna upplevde tvetydiga känslor och balanserade mellan känslan av närhet och distans och känslan av att vara i kontroll eller utelämnad. Resultatet beskrev också upplevelsen av kroppen i regional anestesi som främmande och överklig. Relationen och dialogen med vårdpersonalen var viktigt för att minska känslan av att känna sig ensam och utsatt.	Hög
Chu et al. 2010 Kanada	Syftet var att beskriva patienters uppfattning av vaken och dagkirurgisk kraniotomi.	Kvalitativ metod. En preoperativ intervju 1 vecka innan operation och en postoperativintervju 1-2 veckor postoperativt, med semistrukturerade intervjufrågor.	27 patienter mellan 30-76 år. Kvinnor n=11, män n= 16.	Resultatet visade att patienter hade en positiv upplevelse av vaken kraniotomi men att intraoperativ smärta var ett problem. Deltagarna uttryckte större oro över sin sjukdom än över operationen. Att ha en förtroendefull relation med kirurgen var viktigt för att våga genomgå operationen.	Hög
Jeal et al. 2017 Brasilien	Syftet var att beskriva patienters uppfattning av att ha genomgått vaken kraniotomi till följd av hjärntumör.	Kvalitativ metod semistrukturerade intervjuer, 4-6 veckor postoperativt.	17 patienter (1) i åldern 25-78 år. Kvinnor n=5, män n=12.	Resultatet visade att patienter överlag hade en bra upplevelse av vaken kraniotomi och var positivt överraskade. Obekvämligheter under operation kopplades framförallt till positioneringen. Patienter som tidigare opererats i generell anestesi föredrog att opereras i vaket tillstånd med hjälp av regional anestesi.	Medel hög

al. 2011 Australien	förväntningar, minnen och tillfredsställelse av patienter som genomgick en vaken kraniotomi.	En preoperativ intervju 1-2 dagar innan operation och två stycken postoperativa intervjuer 3-5 dagar postoperativt och 6 veckor postoperativt med semistrukturerade frågor	i åldern 18-78 år. kvinnor n=9, män n=17.	tolererade väl att genomgå en vaken kraniotomi. Adekvat preoperativ information ökade patienternas trygghet. Positionering, injektioner och trepunktsstödet bidragande faktorer som gav upphov till smärta och obehag.	
Mauleon et al. 2007 Sverige	Syftet var att beskriva patienters erfarenhet av att opereras i lokalanestesi och dess betydelse för deras upplevelse	Kvalitativ fenomenologisk metod. Intervjuer med öppna frågor, 5-10 dagar postoperativt	7 patienter mellan 61-79 år. Kvinnor n=5, män n=2	Resultatet visade att deltagarna upplevde att opereras i lokalanestesi var en utmaning avseende smärtan och upplevelsen av att tiden stod still. Förtroende till personalen hjälpte deltagarna att känna kontroll i situationer där miljön kändes främmande och överklig och där operationen var svår att ta till sig.	Hög
Palese et al. 2008 Italien	Syftet var att beskriva deltagares upplevelser före, under och direkt efter en vaken kraniotomi.	Kvalitativ fenomenologisk metod. En preoperativ intervju 1 dag före operation och 1 dag postoperativt. Intervjuerna bestod av öppna frågor och varade mellan 30-60 minuter.	21 deltagare mellan 20-63 år. kvinnor n=11, män n=10	Resultatet visar att kontinuerlig information intraoperativt och interaktion med operationspersonalen minskade stress och oro. Intraoperativt strävade patienter efter kontroll samt kände sig delaktiga när de förstod den viktiga roll de hade under operationen. De starkaste upplevelsorna av operationen var kopplade till operationsmiljön och det patienterna kunde höra men även se, lukta och känna.	Hög
Whittel et al. 2005 Storbritannien (Skottland)	Syftet var att beskriva skottiska patienters upplevelser av en vaken kraniotomi.	Kvalitativ metod. Enkätundersökning med öppna frågor om upplevelsen av ingreppet.	15 deltagare mellan 25-67 år. kvinnor n=7, män n=8	Alla patienter kände sig adekvat förberedda inför operationen. Trots känslor av obehag, rädsla och ångest tolererade deltagarna ingreppet väl. Faktorer som bidrog till smärta och obehag var bl.a positioneringen, trepunktsstödet och injektion av lokalanestesi.	Medel hög