



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Att vara vaken

Patientens upplevelse av att vara vaken under operation - En systematisk litteraturstudie

Författare: Jenny Olsson
Karin Zettergren

Handledare: Helena Rosén

Magisteruppsats

Våren 2018

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

Att vara vaken

Patientens upplevelse av att vara vaken under operation - En systematisk litteraturstudie

Författare: Jenny Olsson
Karin Zettergren

Handledare: Helena Rosén

Magisteruppsats

Våren 2018

Abstrakt

Det blir allt vanligare att opereras vaken under regional och lokal anestesi vilket ställer andra krav på anestesijuksköterskan gentemot användningen av generell anestesi. Därav är det av vikt att systematiskt granska samt sammanställa den evidens som föreligger, för att beskriva patienters upplevelser av att vara vaken under operation. Studiens syfte var att systematiskt sammanställa litteratur för att beskriva patientens upplevelse av att vara vaken under operation. Studien har genomförts som en systematisk litteraturstudie med narrativ syntes som baserats på nio originalartiklar med kvalitativt innehåll. Resultatet av studien visar att patienter anser att kommunikationen, informationen samt bemötandet från anestesijuksköterskan och övriga i operationsteamet är de viktigaste faktorerna för hur upplevelsen av den vakna operationen ska bli. Studien kan i kliniska syften användas som ett underlag för att öka medvetenheten, förmågan att förstå samt kunskapen av patienternas upplevelse av att vara vaken under operation.

Nyckelord

patient, upplevelse, vaken operation

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Innehåll

Introduktion	4
Problemområde.....	4
Bakgrund.....	4
<i>Perspektiv och utgångspunkter</i>	4
Anestesisjuksköterskans roll.....	6
Vaken under operation	7
Syfte	8
Metod	8
Urval.....	8
Datainsamling.....	9
Analys av data.....	10
Forskningsetiska avvägningar.	11
Resultat.....	11
Behov av kontroll och involvering	12
Regional- och lokalanestesi.....	13
Relationen till sjukvårdspersonalen	13
Perioperativ information betydelsefull	14
Operationsmiljön främmande.....	15
Diskussion.....	15
Metoddiskussion.....	15
Resultatdiskussion.....	18
Konklusion och implikationer.	20
Referenser	21
Bilaga 1. Sökschema	
Bilaga 2. Artikelöversikter	
Bilaga 3. Mall för kvalitetsgranskning	

Introduktion

Problemområde

Det blir allt vanligare att opereras vaken under regional eller lokal anestesi (Zetterström, 2016), vilket ställer andra krav på anestesistjuksköterskan gentemot användningen av generell anestesi (Palese & Infanti, 2006). I de skandinaviska länderna är användandet av regional och lokal anestesi stort jämfört med andra länder i världen. Det anses att vakenheten under pågående operation är viktig för patienten som då kan följa vad som händer (Zetterström, 2016). Enligt tidigare studier innebär användandet av regional och lokal anestesi ofta kortare sjukhusvistelse (Bulka, Shotwell, Gupta, Sandberg & Ehrenfeld, 2014; Gilmartin & Wright, 2008; Grauman, Boethius & Johansson, 2016) men också medicinska fördelar såsom respiratorisk och cirkulatorisk stabilitet, snabbare återhämtning samt mindre analgesi postoperativ (Höhener, Blumenthal & Borgeat, 2008; Grauman et al., 2016). En rapport utgiven av Svensk sjuksköterskeförening (2013), visar att det finns kunskapsluckor hos operationspersonalen angående patientens upplevelse av regional och lokal anestesi under operation. Det kan göra det svårt för anestesistjuksköterskan att bemöta och bekräfta patienten som en unik individ och bedriva personcentrerad vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2012, 2016). Därav är det av vikt att systematiskt granska samt sammanställa den evidens som föreligger, för att belysa patienters upplevelser av att vara vaken under operation. Anestesistjuksköterskan behöver en djupare förståelse för att kunna bemöta patienterna på rätt sätt.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Forskning inom omvårdnad har syftet att utveckla vården till det bättre, göra den mer säker och jämlik för patienter och dess närstående (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Vården ska främja individens hälsa och minska lidande genom att låta patient och närstående lyfta fram sina upplevelser i mötet med sjukvårdens professioner, för att på så sätt kunna undersöka nya metoder och omvårdnadsåtgärder (a.a.). Den personcentrerade vården har sin utgångspunkt i patienter med eventuella anhöriga (Ekman & Norberg, 2016). Den betonar

vikten av att se hela patienten och denne som en individ i partnerskap med hälso-och sjukvård. Här sker en förflyttning från fokus på patientens sjukdom till personens upplevelser samt erfarenheter till dennes risk för sjukdom eller sjukdom. Kommunikationen skall även ske ömsesidigt mellan vårdpersonal och vårdade person (a.a.).

Mötet mellan patient och anestesijuksköterska sker i regel under begränsad tid och anestesijuksköterskan har därav kort tid på sig att inge förtroende och trygghet (Graan Bruun, 2016). En omvårdnadsteoretiker som just tar upp om den mellanmännsliga relationen är Joyce Travelbee (Travelbee, 1971). I sin teori beskriver hon den mellanmännsliga dimensionen om förståelse i mötet mellan patient och sjuksköterska, det för att kunna förstå vad omvårdnad är. Travelbee har sin utgångspunkt i att människan är en unik och oersättlig individ, som bara existerar en enda gång i denna värld. Travelbee beskriver vidare att människor inte ska generaliseras och förkastar samtidigt begreppen patient och sjuksköterska. En mellanmännslig relation kan bara uppnås mellan konkreta personer, och inte mellan generella och abstrakta roller (som patient-och sjuksköterskerollerna). En förutsättning är att båda parter ser och reagerar på varandras mänsklighet och innan den mellanmännsliga relationen kan uppnås går parterna igenom flera interaktionsfaser (a.a.).

Första och andra interaktionsfasen sker genom det första mötet och i framväxt av identiteter (Travelbee, 1971). Vid det första mötet är patienten och sjuksköterskan främmande för varandra, vilket gör att de i stor utsträckning har generaliserade uppfattningar och förväntningar om den andra parten. Samtidigt får de båda parterna ett första intryck av den andra personens personlighet genom observationer, intryck och bedömningar. Därför är det viktigt att sjuksköterskan är medveten om generaliseringen av den andre för att på så sätt kunna se den unika personen bakom sjukdomen. Efterhand som relationen byggs vidare kommer de båda parternas identiteter och personligheter växa fram och deras generaliserade roller kommer försvinna (a.a.).

Travelbee (1971) skriver i tredje interaktionsfasen att empati och sympati krävs för att förstå individens psykologiska tillstånd. En förutsättning för empati är att de involverade parterna har likartade upplevelser, vilket betyder att den således kan begränsas av de egna erfarenheterna. Efter empati kommer fasen om sympati, som inte tillhör delen av att lära känna den andra personen, vilket empati gör. Sympati, är en önskan om att lindra lidande, vilket styrs av tankesätt, attityd och kännetecknas av äkta medkänsla i form av omsorg i

omvårdnaden. Således kan inte sympati uppstå om man inte känner närhet till den andra personen (a.a.).

Travelbee (1971) skriver i den slutgiltiga interaktionsfasen att i mellanmännsliga relationer uppstår en nära förståelse och ömsesidig kontakt mellan de båda parterna. Det för att interaktionen gradvis byggs upp från de föregående faserna. Den här fasen representerar ett inbördes förhållningssätt mellan två individer, där personerna delar varandras innersta tankar, känslor och attityder. Relationen mellan patient och sjuksköterska blir meningsfull när de delar varandras upplevelse och sjuksköterskan har kunnat lindra patientens lidande. Enligt Travelbee är sjuksköterskans viktigaste verktyg kommunikationen. Kommunikationen är en förutsättning för att kunna nå målet i omvårdnaden, och gör det möjligt för sjuksköterskan att etablera en mellanmännslig relation (a.a.).

Anestesisjuksköterskans roll

Anestesisjuksköterskan representerar en kunskapsgrän inom sjuksköterskeyrket, där möte med patienten pre- peri- och postoperativt (Graan Bruun, 2016). I arbetsuppgifterna ingår bland annat att skapa tillit och förtroende hos patienten men även närstående.

Anestesisjuksköterskan ska kunna anpassa anestesi efter operation/behandling, upprätthålla fri luftväg, övervaka, observera samt bedöma och kunna vidta skyndsamma åtgärder vid akuta situationer. Framförallt grundar sig anestesisjuksköterskans yrke i att förebygga, lindra och behandla (a.a.). Kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor med specialistutbildning inriktning anestesisjukvård tillsammans med ICN: s etiska kod för sjuksköterskor förtydligar anestesisjuksköterskans arbetsuppgifter samt ger råd vid etiska avvägningar (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Anestesisjuksköterskan ska ta del av och söka sig till ny relevant forskning för att hålla sig à jour kompetensmässigt (a.a.)

Anestesisjuksköterskans möte med patient som ska erhålla regional eller lokal anestesi är viktig, där god information om tillvägagångssättet är en del av operationsprocessen (pre-, peri- och postoperativt). Patienten kan känna oro inför att vara vaken under ett kirurgiskt ingrepp (Matthey et al., 2004), och då är det bra om anestesisjuksköterskan är lyhörd och hjälper patienten genom att ge mer eller mindre sederande läkemedel med hänsyn till patientens oro, ingrepp och sjukdomstillstånd (Valeberg, 2016). Det har i en studie av Bengtsson, Johansson och Englund (2016) visats att anestesisjuksköterskor tycker det är svårt

att veta hur bemötandet ska ske med oroliga patienter, där mycket berodde på otillräcklig tid för förberedelse och planering. Däremot beskrev anestesisyjuksköterskan att mer erfarenhet gjorde det lättare att bemöta och hantera situationen i första mötet med patienten (a.a.). Ingrepp som genomförs med regional och lokal anestesi kan ta lång tid och därför är dialogen mellan anestesisyjuksköterskan och operationssjuksköterskan tillsammans med patienten betydande, så han eller hon ligger bra på operationsbordet och är gott smärtlindrad, både perioperativt samt för den postoperativa återhämtningen (Valeberg, 2016). I hela vårdprocessen är det viktigt med en välinformerad patient, då en informerad patient bättre kan hantera situationen han eller hon befinner sig i (a.a.). Angeläget är också att reducera stressorer såsom onödigt pipande maskiner, samtal som tar fokus från patienten samt att konsekvent vara lyhörd för patienten, vilket gäller hela operationsteamet (Palese & Infanti, 2006;Valeberg, 2016).

Vaken under operation

Att vara vaken under operation blir allt vanligare och anses vara viktigt för patienten som kan följa vad som händer under operationen (Zetterström, 2016). Det innebär att patienten antingen erhållit lokalbedövning eller regional anestesi, det för att patienten inte skall behöva uppleva smärta under eller efter ett kirurgiskt ingrepp (Lundberg, Roth & Werner, 2015). Operationer och ingrepp som idag kan göras i lokalbedövning är till exempel borttagning av hudförändringar, tänder eller vid ingrepp såsom gastroskopi. Vid större ingrepp läggs lokalanestesimedlet regionalt såsom i spinal eller epiduralrummet eller så kan lokalanestesimedlet även läggas som blockad. Några exempel på operationer som kan utföras med hjälp av regionalanestesi är operationer i buk, övre- och nedre extremiteter eller obstetrisk kirurgi. Det gemensamma för lokalanestetika är att det verkar lika, vilket innebär att det hämmar nervimpulserna i valda delar av kroppen genom att binda till specifika receptorer (a.a.). Syftet med att patienten får lokalanestesimedel är att det verkar lokalt där läkemedlet depolariseras än att absorberas i hela kroppen (Fredholm, Eintrei, Eriksson, & Bergek, 2016). Funktionsbortfallet som erhålls av lokalanestesimedlet sker först via autonoma nervsystemet där patienten kan känna bortfall av temperaturkänslighet (Næss & Strand, 2016). Andra delen är somatisk sensibilisering där patienten får bortfall av smärta, här ingår även bortfall av beröring och tryck samt den sista delen som är motorisk blockad. Lokalanestesimedel kan läggas allt från ytligt som till exempel under huden och larynx till att läggas som regional analgesi där läkemedlet stimulerar centralt såsom spinalt eller epiduralt beroende på ingrepp (a.a.).

En stor fördel med att vara vaken under operation med lokalbedövning eller regional analgesi är att patienten är vid medvetande och att man ej aktivt tar över patientens andning som vid generell anestesi (Lundberg et al., 2015). Ofta ger det cirkulatoriska och respiratoriska fördelar som ger en snabbare postoperativ återhämtning och leder till kortare sjukhusvistelse (Gilmartin & Wright, 2008; Höhener et al., 2008). Däremot kan patienten vara orolig över att behöva uppleva operationen och känna oro för permanent förlamning i anläggandet av spinal- eller epiduralanestesi (Matthey et al., 2004). Därför är det att beakta vid administrering av lokalanestetika att det kan i höga doser/koncentrationer vara neurotoxiska och att administreringen spinalt eller epiduralt kan ge förödande konsekvenser om patienten inte är hemodynamiskt stabil eller har vissa systemsjukdomar (Fredholm et al., 2016).

Syfte

Syftet var att systematiskt söka och sammanställa litteratur för att beskriva patientens upplevelse av att vara vaken under operation.

Metod

Studiens design är en systematisk litteraturstudie som baseras på vetenskapliga artiklar med kvalitativt innehåll. En systematisk litteraturstudie menar Forsberg och Wengström (2015) syftar till att skapa data utifrån tidigare empiriska studier genom att systematiskt söka, kritiskt granska och därefter sammanställa litteraturen inom ett specifikt ämne. Författarnas förförståelse angående patientens upplevelse under vaken operation var att det är en subjektiv upplevelse. Författarnas erfarenheter var att upplevelsen kan variera, en del uppfattar miljön som obehaglig och känner oro och andra patienter uttrycker en nöjdhet över att inte sövas.

Urval

Urvalet bestod av kvalitativa artiklar som undersökte patienters upplevelser av att vara vaken under operation. Inklusionskriterierna var att deltagarna i artiklarna skulle vara över 18 år, då de annars inte ansågs som vuxna och myndiga. De vetenskapliga artiklarna skulle vara skrivna på engelska eller svenska och vara publicerade från 2007 och framåt. Ytterligare

inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara peer- reviewed. Då studien riktade sig ur ett patientperspektiv exkluderades sjuksköterske- och anhörigperspektiv.

Datainsamling

En inledande pilotsökning i databaser samt manuella sökningar gjordes för att få en översikt om valt problemområde. Därefter gjordes en mer noggrann och systematisk sökning enligt Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU] (2017) i databaserna Cinahl, Pubmed och Psycinfo. Enligt Forsberg och Wengström (2015) är PubMed den största medicinska databasen med artiklar både inom medicin och omvårdnad. Cinahl är en databas som inriktar sig på omvårdnadsvetenskap samt Psycinfo, som främst inriktar sig på den psykologiska forskningen inom medicin och omvårdnad (a.a.). Nyckelord framkom med hjälp av SPICE- modellen (*Setting, Perspective, Intervention/Interest, Comparison, Evaluation*) och var *patients, experience* och *awake surgery*, som sedan var till hjälp för att finna möjliga synonymer. Andra sökord som användes var *regional anesthesia, local anesthesia, anesthesia conduction, awake patient, emotions, perspective, life change events* och *feelings*. I sökningarna användes ämnesord från de olika databaserna (Mesh i Pubmed, Headings i Cinahl och Theasurus i Psycinfo) i kombination av fritexttermer för att fånga upp icke-indexerade termer och få ett så brett sökresultat som möjligt vilket beskrivs i SBU (2017). Sökningarna skedde i block där den booleska termen OR användes, därefter sammanlänkandes blocken med hjälp av den booleska termen AND för att begränsa mot studiens syfte. I databaserna användes begränsning gällande artiklarnas publicering, 2007-2018, men i Cinahl och Psycinfo skedde ytterligare begränsning i form av att de skulle vara skrivna på engelska samt vara peer-reviewed, begränsningar som inte kunde ske i Pubmed. Först lästes titlar, därefter abstract och de artiklar som ansågs svara mot studiens syfte hämtades sedan i fulltext eller beställdes. Totalt fann författarna 18 artiklar som noggrant lästes igenom, däremot framkom det i sökningarna samma artikel på mer än ett ställe, vilka kallas dubblett. Det exkluderades nio artiklar, varav fyra stycken var dubletter, tre stycken som inte svarade mot syftet och två stycken av kvantitativ metod. Artikelsökningarna och dubbletterna finns redovisade i sökschema (*Bilaga 1*). De nio artiklarna som var kvar kvalitetsgranskas med hjälp av SBU:s (2017) granskningsmall av studier med kvalitativ forskningsmetodik (*Bilaga 3*), som är ett system för att beskriva styrkan i det samlade vetenskapliga underlaget hos varje enskild artikel. Artiklarna bedömdes utefter *Låg, Medelhög* och *Hög kvalitet*. Författarna utförde ett poängsystem där positiva svar gav ett

poäng och detta översattes sedan till procent. Artiklar mellan 70-80% ansågs ha medelhög kvalitet och 80-100% ansågs ha hög kvalitet. Artiklarna bedömdes efter trovärdighet, överförbarhet, bekräftelsebarhet och pålitlighet, och artiklar med hög kvalitet ansågs beskrivit detta väl medan artiklar med medelhög kvalitet ansågs ha vissa brister. Brister som ansågs sänka kvalitén var till exempel låg överförbarhet, lägre bekräftelsebarhet samt pålitlighet. Efter kvalitetsgranskningen kom det fram att ingen artikel hade låg kvalitet vilket gjorde att ingen artikel exkluderades. Totalt blev det nio artiklar som finns sammanfattade i artikelöversikter (*Bilaga 2*).

Analys av data

De utvalda artiklarna sammanställdes med narrativ syntes utifrån SBU (2017) beskrivning och utfördes med induktiv ansats. Att arbeta induktivt menar Forsberg och Wengström (2015) är att man inte utgår från någon teori, utan att från det inhämtade materialet skapar en egen hypotes/teori och slutsats (a.a.). Syntesen bestod av olika steg, där artiklarna i första steget lästes upprepade gånger av författarna var för sig för att få en helhet samt identifiera meningar som svarade mot studiens syfte (SBU, 2017). Meningarna markerades med hjälp av färgmarkeringar som kortfattat beskrev deras innebörd och för att identifiera likheter och skillnader. I steg två granskade författarna tillsammans de färgade meningarna för att se om de relaterade till varandra för att kunna forma tema och i tredje steget skapades färdiga tema. Därefter kunde resultatet sammanställas under varje tema (Tabell 1) (a.a.). Teman utgjorde det manifesta innehållet utan tolkning och där författarna sedan kunde dra en slutsats. Totalt fann författarna fem olika teman.

Tabell 1. Exempel på kategorisering

Artiklarnas resultat	Innebörd	Kodenserad innebörd	Tema
Deltagarna kunde höra vad som hände utan att se vilket gjorde att de inte kände sig involverade och brist på kontroll	Att höra men inte se skapade en känsla av att inte vara involverade och ha kontroll	Ej involverad och brist på kontroll	Behov av kontroll och involvering
Deltagarna upplevde att känslan av trygghet gav en känsla av kontroll	Upplevelse av trygghet gav en känsla av kontroll	Upplevelse av kontroll, gav trygghet.	
Deltagarna upplevde att en känsla av kontroll gjorde att de kunde förbereda sig inför operationen	En känsla av kontroll gjorde att kunde förbereda sig	Kontroll för att kunna förbereda sig	
Deltagarna försökte tänka på vilket moment och skede de var i för att få kontroll över situationen	Tänka på vilket moment och skede de var i för att skapa kontroll	Att skapa kontroll	

Forskningsetiska avvägningar

De forskningsetiska principerna har till syfte att ge normer i förhållandet mellan forskare och undersökningsspersonerna så att en god avvägning vid konflikt kan göras mellan forskningskravet och individskyddskravet. De fyra huvudkraven är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 1990). Däremot är inte de huvudkraven tillämpbara då det här är en litteraturstudie. Etiska övervägande bör ändå göras vid systematiska litteraturstudier menar Forsberg och Wengström (2015). Det är därför viktigt att välja studier som blivit godkända från en etisk kommitté eller att etiska övervägande noggrant övervägts, att redovisa alla artiklar som ingår i litteraturstudien samt dess resultat och inte bara det som stödjer författarnas egna åsikt (a.a.). Det här ökar det vetenskapliga värdet menar Forsberg och Wengström (2015). Det är därför angeläget att författarna har ett forskningsmässigt förhållningssätt så att deras förförståelse och tidigare erfarenheter inte påverkar studiens trovärdighet.

Resultat

Totalt identifierades fem teman vid analys som beskriver patienters upplevelser av att vara vaken under operation. Resultatet baseras på nio artiklar utförda i länderna Sverige, Kanada, Australien, Storbritannien, Italien samt Brasilien.



Behov av kontroll och involvering

I majoriteten av artiklarna beskrevs det att deltagarna kände att de behövde ha kontroll över sin situation (Bergman, Stenudd och Engström, 2012; Howie, Bambrough, Karabatsou & Fox, 2016; Palese Skarp, Fachin, Visoli & Zannini, 2008). Att vara vaken upplevdes av patienterna i artikeln av Khu et al. (2010) som att de fick en känsla av kontroll. Patienterna beskrev även en känsla av nyfikenhet av att se och höra vad som hände när operationen startade (Bergman et al., 2012; Webster, Bremner & McCartney, 2011). En patient i studien av Bergman et al. (2012), som intervjuat 10 patienter, önskade att han haft en spegel i taket eller att det inte hade funnits någon drapering så han kunnat se operationen. Studien av Karlsson, Ekebergh och Almerud- Österberg (2012), där nio patienter intervjuades, beskrevs det patienter uttryckte att de inte ville höra något då eventuella misstag kunde uppfattas som kunde göra han/hon orolig. Att höra vad som hände men att inte se, gjorde att patienterna inte kände sig involverade i det som skedde (a.a.). Brist på kontroll upplevdes när de inte hörde förväntade kommentarer eller ljud från operationen (Bergman et al., 2012; Karlsson et al., 2012.). När patienterna inte upplevde att de hade kontroll över sin situation försökte de fantisera om vad som hände i varje moment samt förstå vilket skede de var i för att kunna skapa kontroll (Howie et al., 2016; Palese et al., 2008).

I en studie av Howie et al. (2016) beskrevs det att känslan av kontroll berodde på erfarenheten utanför själva operationen, det vill säga förberedelserna inför operationen och hanteringen samt återhämtning efter operationen. Patienterna försökte få kontroll över sin situation på olika sätt och fler kände bristen på kontroll när de identifierades som objekt, därför var det viktigt att ge patienterna en roll under operationen för att de skulle känna kontroll genom att ge dem val (Howie et al., 2016; Karlsson et al., 2012, Mauléon, Paolo-Bengtsson & Ekman, 2007).

I studien av Mauléon et al. (2007) där sju patienter intervjuades beskrevs det att äldre patienter tyckte att de tappade kontrollen när de kände att de inte hade förtroende för personalen som deltog i operationen. Förtroendet brast för dessa patienter när de upplevde att de inte hade något val att opereras utan kände att operationen var påtvingad. De kände sig tvingade att lita på personalen eftersom operationen var nödvändig. Om de kände sig överkörda inne på operationssalen och de inte kunde säga till om något eller argumentera

emot blev de ledsna och besvikna. Kände de sig trygga så stärkte det de äldres känsla av förtroende och det ingavs genom att involvera och informera patienterna (a.a.).

Regional- och lokalanestesi

Vakenheten upplevdes som en olustig känsla för patienterna (Karlsson et al., 2012), ändå beskrevs det i flera studier som en positiv upplevelse (Bergman et al., 2012; Manchella et al., 2011; Khu et al., 2010; Webster et al., 2011). Patienterna uppskattade att det fanns en möjlighet att inte bli sövd av anestesiläkemedlet samt möjligheten att slippa illamående och hallucinationer som ofta uppkommer vid generell anestesi (Bergman et al., 2012; Khu et al., 2010; Webster et al., 2011). Patienter som tidigare hade opererats i vaket tillstånd kände sig mer lugna och mindre stressade av att opereras vakna igen (Bergman et al., 2012). Däremot kände de som inte hade opererats vakna tidigare en fruktan samt en orolighet att kirurgen skulle vara stressad (a.a.). Patienter uttryckte att det var svårt för dem att förmedla hur de skulle känna innan de blev opererade i vaket tillstånd och hur det skulle vara att tappa känslan i den kroppsdel som skulle opereras (Karlsson et al., 2012). Patienter upplevde att de var rädda för att inte bli sedda som en person, bekräftade samt var rädda för att känna sig utanför fast att de var operationens mittpunkt. Patienter distanserade sig själva från operationen genom att både prata och se sig själv som bortkopplad från sin kropp samtidigt som de ville ta plats. Patienter upplevde särskilt det när fokus flyttades från dem till den opererade kroppsdel en längre tid. Att inte känna kroppsdel som opererades fick dem att känna sig separerade från sin kropp (a.a.).

“It was a generally positive experience... a little freaky...it was unreal” (Khu et al., 2010, s. 1057).

Relationen till sjukvårdspersonalen

I ett par av artiklarna beskrevs det att patienterna kände att det var viktigt att skapa en relation med sjukvårdspersonalen (Bergman et al., 2012; Howie et al., 2016). En bra relation mellan de båda parterna gjorde att patienterna kunde klara av sina upplevelser av operationen bättre (Bergman et al., 2012; Howie et al., 2016; Karlsson et al., 2012). Patienterna kände sig bekväma med operationsteamet och kände sig professionellt omhändertagna vilket gjorde att de var lugna och fann tillit (Bergman et al., 2012). Patienterna beskrev i studien av Bergman et al. (2012) att de kände sig trygga och säkra av att ha anestesijuksköterskan nära sig under

operationen. Anestesisjuksköterskan kanske inte var precis vid deras huvud hela tiden utan en bit bort, däremot uttryckte en patient i Karlsson et al. (2012) studie att det skapade otrygghet när hon inte visste vart anestesisjuksköterskan var. Vikten av kontinuerlig kontakt genom till exempel ögonkontakt eller beröring betonades i Karlsson et al. (2012) studie. Patienterna beskrev att konversationerna de hade med anestesisjuksköterskan gjorde att de kände sig sammanlänkade med varandra och operationstiden upplevdes som kortare (Bergman et al., 2012; Karlsson et al., 2012). Framförallt tyckte patienterna att det mest avslappnande var när konversationen bestod av vardagliga saker, som tex hur länge snön skulle ligga kvar eller hur vädret var (a.a.). Patienter som genomgått neurokirurgi berättade i Leal, Orlando da Foncea och Landeiro (2017) studie att anestesispersonal hela tiden pratade för att se så allt var som det skulle.

“It went rather quickly, I thought this will take time, but he was very entertaining [laugh] the cavalier [Anesthesia nurse] by my side so we talked a lot during the surgery” (Bergman et al., 2012, s.91).

Patienter beskrev att de oroade sig för att de skulle störa operationspersonalen om de krävde för mycket uppmärksamhet och att personalen därför skulle göra ett sämre jobb (Karlsson et al., 2012; Webster et al., 2011). De var en balans för patienten att försöka erhålla trygghet samt bekräftelse och att inte känna att de var i vägen (Karlsson et al., 2012).

Perioperativ information betydelsefull

I en studie av Leal et al. (2017), där 17 patienter hade intervjuats, tyckte patienterna att den preoperativa informationen om operationens process var bra då den gavs på ett enkelt och begripligt sätt. En patient berättade att ” They explained everything, I was calm, quiet. I knew everything that was going to happen” (s. 729) (a.a.). En välinformerad patient både pre- och perioperativt gav patienterna kontroll, en chans till förberedelse samt vad som kunde förväntas (Bergman et al., 2012; Karlsson et al., 2012, Khu et al., 2010). Tillräcklig information gällande förberedelse inför operationen och den potentiella effekten av operationen var viktig visades det sig i studien av Howie et al. (2016), samt gav ett partnerskap mellan patienten och operationsteam. Att kontinuerligt ge information om hur det skulle kännas upplevdes av patienterna som att personal själva gått igenom samma sak (Bergman et al., 2016). Det var viktigt för patienterna att få information under operationen då det var omöjligt för dem att veta i vilket skede operationen var i (Palese et al., 2008) och det

gjorde att de kände sig trygga (Bergman et al., 2012). Fördelarna med att vara vaken under operation var att informationen upprepades (Bergman et al., 2012). När operationsteamet förklarade vad som hände under operationen gavs patienterna möjlighet till att ställa frågor (a.a.).

Brist på information hos äldre patienter fick dem att känna sig mindre delaktiga i vårdprocessen och vad som skulle hända med deras kroppar, det skapade en oro i vilken förmåga deras kroppar och deras framtida hälsa skulle bli (Karlsson et al., 2012).

Operationsmiljön främmande

Patienter beskrev att de uppfattade miljön som högteknologisk, steril och främmande (Karlsson et al., 2012). I studien beskrevs det att positioneringen på operationsbordet inte kändes naturlig och att de hade svårt att förstå vad som hände med dem (a.a.). Patienter upplevde också en känsla av att de distanserade sig själva från sin kropp och operationen samt att de inte kunde förstå att de blev opererade (Karlsson et al., 2011; Manchella et al., 2011). Däremot beskrevs det i Bergman et al. (2012) att patienterna tyckte att operationsmiljön var professionell med en god atmosfär. En del patienter tyckte operationssalen liknade en verkstad och luktade desinfektionsmedel vilket gjorde att miljön kändes steril. Den gröna operationsdraperingen upplevdes som varm och mjuk, och patienterna uppmärksammades på att det inte var så mycket rostfritt stål som de hade antagit (a.a.). De kunde komma ihåg ljud från operationssalen såsom konversationer mellan personal, instruktioner av anestesipersonal och instrument som användes vid operationen (Manchella et al., 2011; Mauléon et al., 2007; Paelse et al., 2008; Webster et al., 2011). Även om det som spelade mest roll för patienterna var att höra kunde de även känna beröring och lukt (Paelse et al., 2008).

“I thought it was very professional, it was clean and sterile but it was anyhow...warm...I must use the word warm” (Bergman et al., 2012, s.92).

Diskussion

Metoddiskussion

I den här systematiska litteraturstudien valde författarna att följa och inspireras av SBU (2017) systematiska litteratursökning samt göra en narrativ syntes. Totalt ingick det nio kvalitativa artiklar i litteraturstudiens resultat. Valet av att enbart använda artiklar med

kvalitativ metod berodde på att det var patientupplevelser som skulle beskrivas och då krävs en djupare diskussion vilket inte går att få genom kvantitativ metod. För att diskutera kvalitén och tillförlitligheten för den här studien används det inom kvalitativ forskning fyra begrepp som är pålitlighet, trovärdighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet (Mårtensson & Fridlund, 2017; Shenton, 2004).

För att stärka pålitligheten i den här litteraturstudien valde författarna innan arbetsprocessen startade att skriva ner sin förståelse för att undvika att det skulle påverka studiens analys och resultat (Mårtensson & Fridlund, 2017; Shenton, 2004). Det uppkom bland annat från flera artiklar att patienterna inte vågade prata med sjukvårdspersonal då de var rädda för att störa, något författarna inte tidigare haft tanke på vilket även visar hur viktigt det är att anestesijuksköterskan skapar en relation med patienten. Författarna hade under kvalitetsgranskningen granskat så de utvalda artiklarna var godkända av etiskt kommitté eller att etiska övervägande noggrant hade övervägts, vilket artiklarna hade och ingen behövde exkluderas. Att välja artiklar som genomfört etiska övervägande ökar enligt Forsberg och Wengström (2015) det vetenskapliga värdet och författarna anser att de nio artiklarna i resultatet väl svarar för litteraturstudiens syfte.

Trovärdighet handlar om hur väl datainsamlingen och analysen är beskriven i studiens metod samt hur väl resultatet stämmer överens med verkligheten (Mårtensson och Fridlund, 2017; Shenton, 2004). Författarna valde att följa SBU (2017) metodbok för systematiska studier. Först definierades en frågeställning och med hjälp att SPICE-modellen identifierades tänkbare sökord och även nyckelord. Tre databaser användes där alla var inriktade på omvårdnad, medicin och psykologi, Pubmed, Cinahl och PsycINFO och det var för att finna relevanta artiklar. Det utfördes blocksökningar med fritextord kombinerat med ämnesord för att få ett brett sökresultat. Hade enbart ämnesord används vid sökningarna fanns risken att artiklar hade missats som ännu inte fått det tilldelats via databaserna. Några artiklar uppkom i mer än en databas vilket tyder på att sökorden och databaserna var relevanta för syftet vilket även ökar trovärdigheten. Blocksökningen anser även författarna var bra då det gav tillräckligt med sökträffar, däremot blev det i Pubmed många sökträffar jämfört med övriga databaser vilket författarna noterade, och anledningen är antagligen att det fanns begränsningar i sökkriteriet som inte kunde göras i Pubmed. Sökningarna begränsades till 2007-2018, då författarna ville ha en aktuell bild av forskningsområdet. För att stärka trovärdigheten i artiklarna ytterligare var sökkriterium även att artiklarna skulle vara peer- reviewed, det vill säga vetenskapligt

granskade innan publicering. Vid datainsamlingen fann författarna 18 artiklar, men efter genomläsning visades det sig att det fanns dubletter och att titel samt abstract inte alltid representerade innehållet vilket gjorde att nio artiklar exkluderades. Det gör att det kan ha missats artiklar som skulle tänkas vara relevanta. Författarna anser i efterhand att det kan ha varit en brist att inte ha tagit hjälp av bibliotekarie mer, författarna är ändå nöjda över antalet sökträffar. De nio artiklarna som var kvar kvalitetsgranskades med hjälp av SBU (2017) granskningsmall av studier med kvalitativ forskningsmetodik, där författarna utförde ett poängsystem varav ett positiv svar gav ett poäng och detta översattes sedan till procent. Att bedöma kvalitén på artiklarna var något författarna ansåg var svårt då det var första gången och gjorde att ny kunskap om kvalitetsbedömningar fick inhämtas. Att kvalitetsbedöma och granska samtliga utvalda artiklar och sedan jämföra ansåg författarna som bra då det stärker litteraturstudiens resultat samt trovärdighet. Författarna hade som grundtanke vid arbetsprocessens början att göra en metasyntes, men insåg däremot att det inte skulle vara möjligt på grund av tidsbristen och artiklarnas olikheter. Därför valde författarna att göra en narrativ syntes beskriven utav SBU (2017). Artiklarna lästes fler gånger av författarna då de var skrivna på engelska och för att det fanns risk att översättningen kunde feltolkas, då ingen av författarna har engelska som modersmål. För att minska risken för feltolkningar diskuterade författarna under handledning fram kategorier vilket stärker trovärdigheten.

Författarna anser att datainsamlingen och analysen är väl beskrivna vilket stärker bekräftelsebarheten. Bekräftelsebarhet är om studiens metod är så väl beskriven att den skulle kunna göras om för att få samma resultat (Mårtensson & Fridlund, 2017; Shenton, 2004). Därför har författarna även valt att illustrera en tabell över hur analysen gick till samt hur kategorierna skapades. Däremot menar författarna att antal sökträffar eventuellt kommer variera då databaser plockar bort och lägger till artiklar vilket kan göra att resultatet blir något annorlunda.

Överförbarhet är om studiens resultat kan överföras till andra grupper eller kontext (Mårtensson och Fridlund, 2017; Shenton, 2004). Av de utvalda artiklarna var majoriteten från Europa, vilket visar att vakna operationer med regional och lokal anestesi främst sker i de västerländska länderna. Eftersom författarna, trots inga geografiska begränsningar i sökningarna, inte fann artiklar från Asien eller Afrika kan det vara svårt att överföra hela resultatet där då sjukvårdssystemet kan skilja sig. Däremot tror författarna att resultatet kan

överförs till alla personer, oavsett ingrepp eller undersökning, inom slutenvården och primärvården.

Resultatdiskussion

Utifrån studiens resultat visades det sig hur viktigt det var för patienterna att känna tillit till sjukvårdspersonalen och hur viktig kommunikationen mellan de båda parterna är under vaken operation. En stor del som genomsyrade resultatet var informationen patienterna fick och hur kravet på den varierade när de kom till en främmande situation och miljö.

I merparten av artiklarna beskrevs det att sjukvårdspersonalen och framförallt anestesijuksköterskan hade en stödjande och trygg roll som patienterna ansåg var viktig när de opererades i vaket tillstånd (Bergman et al., 2012; Howie et al., 2016; Karlsson et al., 2012). Däremot framkom det att patienterna kunde känna en oro att inte våga fråga sjukvårdspersonalen då de var rädda för att störa (Karlsson et al., 2012). Det har visats i liknande studier som visar att om anestesijuksköterskan kommunicerar med patienterna ges patienterna möjligheten att ställa frågor något som vidare minskat oron (Haugen et al., 2009). Genom att ge patienterna en aktiv roll i att ställa frågor och delta i konversationen inne på operationssalen skapas en gemenskap och delaktighet vilket gör att anestesijuksköterskan kan förstå vem patienten är som individ (Haugen et al., 2009; Kolvered, Öhlén & Gustafsson, 2012; Palese & Infanti, 2006). Relationen mellan sjukvårdspersonal och patient går i linje med Travelbees (1971) teori om mellanmänskliga relationer. Hon menar att relationen bara kan uppnås mellan konkreta personer och att båda parter ser varandras mänsklighet. Travelbee (1971) menar att kommunikationen är det viktigaste verktyget för att kunna skapa en mellanmänsklig relation och för att kunna nå målet i omvårdnaden. Därför krävs det att anestesijuksköterskan kommunicerar med patienterna för att kunna inge trygghet samt få patienten att prata om sina innersta tankar (a.a.). Att skapa delaktighet är en förutsättning för god omvårdnad och är något all sjukvårdspersonal ska sträva efter vilket även finns lagstadgat i Patientlagen (SFS 2014:821).

En del i kommunikationen är även att informera patienten, och i majoriteten av artiklarna beskrev patienterna informationen som god och den gavs kontinuerligt under operationen (Bergman et al., 2012; Khu et al., 2010; Leal et al., 2017; Palese et al., 2008). Däremot framkom det ändå att äldre patienter upplevde brist på information vilket gjorde att de kände

sig mindre delaktiga och gav dem oro under operation men även postoperativt (Karlsson et al., 2012). Det är även något som bekräftas i en annan studie att brist på kontinuerlig information finns under operation och att mängden av innehållet varierar stort (Leinonen, Leino-Kilpi, Ståhlberg och Lertola, 2003). Eftersom det blir allt vanligare att opereras i vaket tillstånd ställer det andra krav på sjukvårdspersonalen och framförallt anestesijuksköterskan, angående hur informationen mellan professioner ges men även informationen till patienterna.

Kravet på information av patienterna gentemot vården och sjukvårdspersonal genomsyrade resultatet i sin helhet. Patienten kunde finna trygghet i informationen eller känna sig överväldigad (Karlsson et al., 2012, Bergman et al., 2012, Khu et al., 2010). Patienterna kunde känna sig trygga när de fick väl genomgången information inför ingreppet eller otrygga då informationen ej kunnat nå fram på det sättet som önskats (Mauléon et al., 2007).

Personcentrerad vård är det som skall genomsyra den moderna sjukvården och innebär att patienten skall med hjälp av sjukvårdspersonal ges förutsättningar att göra evidensbaserade val i förhållande till sin hälsa och att vårdpersonal respekterar patientens val efter givna möjligheter och inte döma (Ekman & Norberg, 2016). Patienten skall få den informationen han eller hon önskat för att känna trygghet och delaktighet. Patienter har olika krav gällande informationen som ges och mängden information bör anpassas efter patientens önskemål. Här har anestesijuksköterskan ett ansvar att få patientens förtroende och tillit med hjälp av kontinuerlig information för att samarbetet skall fungera under hela vårdförloppet.

Upplevelsen av operationsmiljön vid vaken operation varierade bland artiklarna, och en del av patienterna upplevde den som främmande och onaturlig och tyckte även att uppläggnings inför operationen kunde upplevas som onaturlig (Karlsson et al., 2012). Patienten kunde även ibland inte förstå vad som hände med dem och kunde inte riktigt ta in att de blev opererade (Karlsson et al., 2011; Manchella et al., 2011). Att personalen var nära och hade upprepad kontakt med patienten upplevdes som viktig då patienten annars kände sig utlämnad (Karlsson et al., 2012; Paelse et al., 2008). I kompetensbeskrivningen för anestesijuksköterskor står det att som anestesijuksköterska ska vi skapa tillit och förtroende till patienten (Svensk sjuksköterskeförening, 2012). För att skapa det menar Travelbee (1971) att det krävs empati och sympati från anestesijuksköterskan och kunna förstå individens psykologiska tillstånd och ha en önskan om att lindra lidande. Därför är det viktigt att ha i åtanke att patienten inte är i vår operationsmiljö dagligen och att den kan verka skrämmande. Det gör att det är särskilt viktigt att ha god kontakt med patienter som opereras under vaken

anestesi, som regional eller lokal. Att anestesijuksköterskan fanns nära till hands och kontinuerligt bekräftade patienten både med verbal och fysisk kontakt gjorde att patienten upplevde operationsmiljön som mer lättsam (Bergman et al., 2012; Karlsson et al., 2012, Leal et al., 2017). Kontinuerlig information genomsyrade även skapandet av trygghet i den nära kontakten under operationen.

Konklusion och implikationer

Den här systematiska litteraturstudien visar att patienter anser att kommunikationen, informationen samt bemötandet från anesthesijuksköterskan och övriga i operationsteamet är de viktigaste faktorerna för hur upplevelsen av den vakna operationen ska bli.

Anesthesijuksköterskan behöver ha insikt i att patienternas upplevelser av vården inte alltid stämmer överens med den egna uppfattningen. Genom den här studien ökas medvetenheten, förmågan att förstå samt kunskapen av patienternas upplevelser av att vara vaken under pågående operation. Det ger anesthesijuksköterskor samt övrig operationspersonal en djupare förståelse för patienternas upplevelse och gör att personal kan bemöta patienterna som unika individer och bedriva personcentrerad vård.

Referenser

*= artiklar i resultat

Bengtsson, Y., Johansson, A., & Englund, E. (2016). Nurse Anaesthetists` Experiences of the First Intraoperative Meeting with Anxious Adult Patients. An interview study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(3), 148-154. doi: 10,1177/2057158516631433

* Bergman, M., Stenudd, M., & Engström, Å. (2012). The Experience of Being Awake during Orthopaedic Surgery under Regional Anesthesia. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 16(2), 88-96. doi: 10.1016/j.ijotn.2011.08.004

Bulka, C.M., Shotwell, M.S., Gupta, R.K., Sandberg, W.S., & Ehrenfeld, J.M. (2014). Regional Anesthesia, time to hospital discharge, and in-hospital mortality: A propensity score matched analysis. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 39(5), 381-6. doi: 10.1097/AAP.0000000000000121.

Ekman, I., & Norberg, A. (2016). Personcentrerad vård-teori och tillämpning. I Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H., Öhlen, J. (Red). *Omvårdnad på avancerad nivå-kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (1,5. Uppl., s.29-53). Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra en systematisk litteraturstudie*. (4. Uppl.,). Stockholm: Natur & kultur.

Fredholm, B.B., Eintrei, C., Eriksson, L.I., & Bergek, C. (2016). Farmakologi. I S.GE. Lindahl., O. Winsö., & J. Åkeson. (Red.). *Anestesi*. (3. Uppl., s.70-108). Stockholm: Liber.

Gilmartin, J., & Wright, K. (2008). Day surgery: patients' felt abandoned during the preoperative wait. *Journal of Clinical Nursing*, 17(18), 2418-2425.

Graan Bruun, A-M. (2016). Anestesisjuksköterskans kompetens. I I. L. Hovind (Red.). *Anestesiologisk omvårdnad*. (2.2. Uppl., s.17-30). Lund: Studentlitteratur.

Grauman, S., Boethius, J., & Johansson, J. (2016). Regional Anaesthesia Is Associated with Shorter Postanaesthetic Care and Less Pain Than General Anaesthesia after Upper Extremity Surgery. *Anesthesiology Research and Practice*, 2016 (2016). doi: 10.1155/2016/6308371.

Haugen, AS., Eide, G.E., Olsen, M.V., Haukeland, B., Remme, A.R., & Wahl, A.K. (2009). 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(16), 2301-2310

*Howie, E., Bambrough, J., Karabatsou, K., & Fox, J RE. (2016). Patient experiences of awake craniotomy: An interpretative Phenomenological Analysis. *Journal of Health Psychology*, 21(11), 2612-2626. doi: 10.1177/1359105315581513

Höhener, D., Blumenthal, S., & Borgeat, A. (2008). Sedation and regional anaesthesia in the adult patient. *British Journal of Anaesthesia*, 100(1), 8- 16.

Kelvered, M., Öhlén, J., & Gustafsson, B.Å. (2012). Operating theatre nurses' experience of patientrelated, intraoperative nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 449-457.

*Karlsson, A-C., Ekebergh, M., & Österberg, S. (2012). "Is that my leg?" Patients' experiences of being awake during regional anesthesia and surgery. *Journal of erianesthesia Nursing*, 27(3), 155-164.

*Khu, K-J., Doglietto, F., Radovanovic, I., Taleb, F., Mendelsohn, D., & Bernstein, M. (2010). Patients' perceptions of awake and outpatient craniotomy for brain tumor: a qualitative study. *Journal Neurosurgery*, 112(2010), 1056-1060

*Leal, R., Orlando de Fonseca, C., & Landiro, J. (2017). Patients perspective on awake craniotomy for brain tumors- single center experience in Brazil. *Acta Neurochir*, (2017), 725-731. doi: 10.1007/s00701-017-3125-0.

Leinonen, T., Leino-kilpi, H., Ståhlberg, M.R., & Lertola, K. (2003). Comparing Patient and Nurse Perceptions of Perioperative Care Quality. *Applied Nursing Research*, 16(1), 29-37.

Lundberg, D., Roth, B., & Werner, M. (2015). Regional analgesi. I M. Bodelsson. (Red.). *Anestesiologi*. (3:3. Uppl., s.129-145). Lund: Studentlitteratur.

*Manchella, S., Khueana, V., Duke, D., Brusel, T., French, J., & Zuccerelli, S. (2011). The experience of patients undergoing awake craniotomy for intracranial masses: expectations, recall, satisfaction and functional outcome. *Brittish Journal of Neorosurgery*, 25(3), 391–400

*Mauléon, A.L., Paolo-Bengtsson, L., & Ekman, S. (2007). Patients experiencing local anaesthesia and hip surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 892-899.

Matthey, P.W., Finegan, B.A., & Finucane, B.T. (2004). The public's fears about and perceptions of regional anesthesia. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 29(2), 96-101.

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod- Från idé till examination inom omvårdnad*. (2:2. Uppl., s. 421-438). Lund: Studentlitteratur.

Næss, T., & Strand, T. (2016). Farmakologi- förståelse och kliniskt utövande. I I L. Hovind (Red.). *Anestesiologisk omvårdnad*. (2.2. Uppl., s.149-182). Lund: Studentlitteratur.

Palese, A., & Infanti, S. (2006). The experiences of nurses who participate in awake craniotomy procedures. *Aorn Journal*, 84(5), 811-26.

* Palese, A., Skrap, M., Fachin, M., Visioli, S., & Zannini, L. (2008). The experience of patients undergoing awake craniotomy. *Cancer Nursing*, 31(2), 166-172. doi: 10.1097/01.NCC.0000305699.97625.dc.

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Shenton, A.K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Educations for Information*, 22(2), 63-75. doi: 10.3233/EFI-2004-22201

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. [SBU]. (2017). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok*. Från <http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivning för anestesisjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/anestesi.komp.webb.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2013). *Kunskapsluckor inom omvårdnaden- En första inventering*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/forskning-och-utveckling-publikationer/kunskapsluckor.inom.ovardnad_2013.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Personcentrerad vård*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Forskning och utveckling*. Stockholm: Svenska sjuksköterskeförening. Från <https://www.swenurse.se/Vi-arbetar-med/Forskning-och-utveckling/>

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. (2. ed.) Philadelphia: Davis.

Valeberg, B.T. (2016). Patienter i regional anestesi. I I L. Hovind (Red.). *Anestesiologisk omvårdnad*. (2.2. Uppl., s. 347-349). Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. (1990). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Elanders Gotab.

Zetterström, H. (2016). Att välja anestesiform. I S.GE. Lindahl., O. Winsö., & J. Åkeson (Red.), *Anestesi* (3. Uppl., s. 249-258). Stockholm: Liber.

* Webster, F., Bremner, S., & McCartney, C. (2011). Patient experience as knowledge for the evidence base- A qualitative approach to understanding patient experiences regarding the use of regional anesthesia for hip and knee arthroplasty. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 36(5), 461-465. doi: 10.1097/AAP.0b013e31822940be

Bilaga 1 - Sökschema

Datum	Databas	Sökning nr	Sökord och boolesk operator (AND, OR, NOT)	Begränsningar/databasfilter	Antal träffar	Antal lästa titlar/abstract	Urval 1 Lästa artiklar	Urval 2 Granskade artiklar	Utvalda artiklar
2018 02 06	Pubmed	1	regional anesthesia OR "Anesthesia, Conduction"[MeSH] OR local anesthesia OR "Anesthesia, Local"[MeSH] OR awake surgery OR awake patien*		93 869				
		2	"Emotions"[MeSH] OR perspective OR "Life Change Events"[MeSH] OR experience		918 844				
		3	Patients OR "Patients"[MeSH]		4 997 475				
		4	S1 AND S2 AND S3	2007-2018	1 610	1610/250	10	5	5
			<i>[MeSH]=Medical Subject Headings, *=trunkering</i>						
2018 02 06	Cinahl	1	MH"Anesthesia, Conduction+" OR local anesthesia OR regional anesthesia OR awake surgery OR awake patien*		20 450				
		2	MH"Emotions+" OR experience OR feelings OR perspective		411 865				
		3	Patients OR MH"Patients+"		1 556 911				
		4	S1 AND S2 AND S3	2007-2018, Peer reviewed, English	591	591/65	6 (3)	3	3
			<i>[MH]=Cinahl Headings, *=trunkering</i>						

2018 02 06	PsycINFO	1	Regional anesthesia OR local anesthesia OR awake surgery OR awake patient*		2 483				
		2	DE"Life Experiences" OR experience OR DE"Emotions" OR perspective		785 214				
		3	Patients OR DE"Patients"		711 783				
		4	S1 AND S2 AND S3	2007-2018, Peer reviewed, English	115	115/19	2 (1)	1	1
			<i>[DE]= Thesaurus, *=trunkering</i>						

Bilaga 2 - Artikelöversikter

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Bergman, M., Stenudd, M., & Engström, Å. The experience of being awake during orthopaedic surgery under regional anesthesia. Sverige, 2012.	Syftet med denna studie var att beskriva personers upplevelser av att vara vaken under pågående ortopedisk operation i regional anestesi.	n= 10 personer, mellan 36-72 år. Inklusionskriterierna för studien var att vara vaken under operation, komma ihåg operationen, vara äldre än 18 år & vilja prata om sina upplevelser. Kvalitativ studie som bestod av intervjuer.	Personerna fick skriftlig information om studien och fick därefter frivilligt delta i intervjun. Alla intervjuer spelades in hemma hos deltagarna och varade 30- 45min. En kvalitativ tematisk innehållsanalys gjordes för att få en överblick i de upptäckt mönster i materialet. De delades in i koder som sedan kunde delas in i teman & kategorier. Projektet godkändes av forskningsetisk kommitté på universitetet.	Personerna tyckte det var av stor vikt att sjuksköterskan fanns i närheten under regional anestesi. Att skapa ett partnerskap och att gedigen information gavs för att personerna skulle känna sig trygga.	Hög
Howie, E., Bambrough, J., Karabatsou, K., & Fox, J RE. Patient experience of awake craniotomy: An interpretative Phenomenological Analysis. Storbritanien, 2016.	Studiens syfte var att förstå de levda erfarenheterna hos dem som genomgår vaken neurokirurgi.	n=6 personer. Kvalitativ studie som bestod av semistrukturerade intervjuer.	Personerna uppmanades till att delta, dock frivilligt. Intervjuerna skedde vart deltagarna ville, främst i deras hem. Intervjuerna spelades in. IPA vägledning användes vid analys där inspelningarna lyssnades igenom flera gånger där tema identifierades. Etiskt godkänd av kommitté	Bristen på kontroll skapade ångest. Om personerna fick kontroll kunde de hantera sin rädsla, och det var av stor vikt att personerna fick information för det hjälpte dem att hantera sin situation.	Medelhög

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Karlsson, A-C., Ekebergh, M., Larsson, A., & Österberg, S.</p> <p>”Is that my leg?” Patients experience of being awake during regional anesthesia and surgery.</p> <p>Sverige, 2012.</p>	<p>Syftet med studien var att avslöja betydelsen av att vara vaken under regional anestesi och operation.</p>	<p>n= 9 personer, mellan 52-85 år. Inklusionskriterierna för studien var personerna skulle göra en höft eller knä operation i regional anestesi. Exklusionskriterier var personer som ej talade svenska och hade kognitiv svikt. Kvalitativ studie som bestod av intervjuer.</p>	<p>Personerna fick skriftlig information om studien och fick därefter frivilligt delta i intervjun. Alla intervjuer spelades in hemma hos deltagarna och varade ca 60 min. En fenomenologisk analys men fenomenet i fokus och skapa meningsenheter.</p> <p>Projektet godkändes av forskningsetisk kommitté i Lund.</p>	<p>Att känna sig trygg och sedd samt få möjligheten att vara delaktig med vårdpersonalen fick personerna att mindre känna sig som objekt. Anestesisjuksköterskan hade stor del i att personen känner sig trygg.</p>	Hög
<p>Khu, K., Doglietto, F., Radovanovic, I., Taleb, F., Mendelsohn, D., Zadeh G., & Bernstien, M.</p> <p>Patients perceptions of awake and outpatient craniotomy for brain tumor: a qualitative study</p> <p>Kanada, 2010.</p>	<p>Studiens syfte var att undersöka patienternas uppfattning om vaken neurokirurgi.</p>	<p>n=27 personer. Inklusionskriterierna var att patienternas skulle ha hjärntumör, hade gett samtycke för genomgå kraniotomi, vara över 18 år, talade och förstod engelska, inga kognitiva besvär. Kvalitativ studie som bestod av semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Personerna intervjuades av samma person och spelades in. Deltagandet var frivilligt och materialet var på ett säkert ställe. Först i tabellform, därefter genom modifierad tematisk analys med både öppen kodning och axiell kodning. Där öppen kodning var att bryta ner information till gemensamma grupperingar baserat på idéer, och axiell kodning var att bryta ner information till teman.</p> <p>Etiskt godkänd av kommitté</p>	<p>Personerna tyckte överlag att det var en positiv upplevelse att vara vaken under operation. Att vara vaken under operation gjorde att personerna fick en känsla av kontroll.</p>	Medelhög

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Leal, R., Orlando da Fonseca, C., & Landeiro, J.</p> <p>Patients perspective on awake craniotomy for brain tumors-single center experience in Brazil.</p> <p>Brasilien, 2017.</p>	<p>Syftet med denna studie var att undersöka uppfattningen och toleransen för vaken neurokirurgi i en ostuderad population av hjärntumör patienter.</p>	<p>n= 17 personer. Exklusionskriterier var personer med allvarlig kognitiv svikt eller språkundorskott utvecklat efter operation, under 18 år och ej erhållit samtycke. Kvalitativ studie som bestod av intervjuer.</p>	<p>Personerna fick information om studien och fick därefter frivilligt delta i intervjun. Alla intervjuer spelades in. En grundlig granskning av varje intervju avslöjade upprepande tankar, vilket möjliggjorde identifiering av teman som senare ledde till kategorier.</p> <p>Studien godkändes av forskningsetisk kommitté.</p>	<p>Att vara vaken under operationen tolererades väl och upplevdes som en positiv upplevelse av personerna.</p>	<p>Medelhög</p>
<p>Manchella, S., Khurana, V., Duke, D., Brussel, T., French, J., & Zuccherelli, L.</p> <p>The experience of patients undergoing awake craniotomy for intracranial masses: expectation, recall, satisfactions and functional outcome</p> <p>Australien, 2011.</p>	<p>Syftet med studien är att utforska förväntningar, minnen, nöjdhet och det funktionella utfallet hos personer som gjorde vaken neurokirurgi.</p>	<p>n=26 personer, mellan 16-78 år. Inklusionskriterierna var att patienternas skulle ha hjärntumör, hade gett samtycke för genomgå kraniotomi, vara över 18 år, talade och förstod engelska, inga kognitiva besvär. Kvalitativ studie som bestod av semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Personerna intervjuades av samma person och spelades in. Deltagandet var frivilligt och materialet var på ett säkert ställe. Analys med hjälp av Wilcoxon Rank-Sum för att komma fram till skillnader.</p> <p>Etiskt godkänd av kommitté</p>	<p>Personerna upplevde det var en positiv upplevelse att vara vaken under operationen. De tyckte informationen var bra och de kommer mest ihåg operationsljuden och konversationen med operationspersonal.</p>	<p>Medelhög</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Mauleon, A., Palo-Bengtsson, L., Larsson, A., & Ekman, S-L.</p> <p>Patients experiencing local anesthesia and hip surgery.</p> <p>Sverige, 2007.</p>	<p>Syftet med denna studie var att visa vad erfarenheten av lokal-bedövning och en kirurgisk situation innebar för patienterna.</p>	<p>n= 7 personer, mellan 61-79 år. Inklusionskriterierna för studien var elektiv ortopedkirurgi i regional anestesi, inga personliga band till anestesi/kirurgi avd. Exklusionskriterier var akuta operationer, ej talade svenska & personer med kognitiv svikt. Kvalitativ studie som bestod av intervjuer.</p>	<p>Personerna fick skriftlig information om studien och fick därefter frivilligt delta i intervjun. Alla intervjuer spelades in. Analysen lästes flera gånger, varje intervju lästes enskilt, ”starka” episoder valdes ut, de analyserades & identifiera dolda meningar, 4 delteman & 1 huvudtema</p> <p>Studien godkändes av forskningsetisk kommitté.</p>	<p>Att känna trygghet och tillit gjorde att personerna kände kontroll över en situation som annars kan vara svår, i detta fallet operationen.</p>	<p>Hög</p>
<p>Palese, A., Skrap, M., Fachin, M., Visioli, S., & Zannini, L.</p> <p>The experience of patients undergoing awake craniotomy.</p> <p>Italien, 2008.</p>	<p>Syftet med studien var att avslöja deltagarnas erfarenheter före, under och omedelbart efter vaken neurokirurgi.</p>	<p>n=21 personer, mellan 20-63 år. Inklusionskriterierna var att patienternas skulle ha hjärntumör, vara över 18 år, utan språk och kognitiva funktionshinder. Kvalitativ studie som bestod av intervjuer.</p>	<p>Intervjuerna varade ca 30-60 minuter och spelades in. Lästes nog för fullständig förståelse, de identifierade de viktigaste elementen från varje intervju, reducerade varje dialog för att finna betydande meningar, teman skapades och jämförde uttalanden och satte dem i kategorier.</p> <p>Etiskt godkänd av kommitté</p>	<p>Under operation fick personerna en känsla av delaktighet. Deras syn på det kirurgiska resultatet berodde på hur personerna själva presterade under operationen, tex genom tal. Personerna behöver bli sedda och bekräftas för att kunna garantera ett positivt efterförlopp. Många var förvånade över hur bra de mådde efter operationen.</p>	<p>Hög</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Webster, F., Bremner, S., & McCartney, C.</p> <p>Patient experience as knowledge for the evidence base- A qualitative approach to understanding patient experiences regarding the use of regional anesthesia for hip and knee arthroplasty</p> <p>Kanada, 2011.</p>	<p>Syftet var att förstå patienters erfarenheter angående användning av regional anestesi vid högt och knä artoplasti.</p>	<p>n=12 personer, mellan 40-80 år. Inklusionskriterierna var att båda höfterna eller knäna skulle vara ersatta inom de senaste 10 åren och använt sig både av generell och regional anestesi, varav den senaste operationen inom fem år. Deskriptiv och kvalitativ metod med intervjuer.</p>	<p>Intervjuerna tog 30-40 min, skedde ansikte mot ansikte samt via telefon och spelades in. Inspelningarna diskuterades i flera månader och därefter kodades meningarna för att finna teman.</p> <p>Etisk godkänd av kommitté</p>	<p>Majoriteten av patienterna tyckte regional anestesi var väl tolererad och att föredra. Hade patienterna tidigare haft negativa upplevelser med generell anestesi, var det starkt associerat med patienternas tillfredsställelse av regional anestesi. Patienterna beskrev även att de blev påverkade av kirurgens val</p>	<p>Hög</p>

Bilaga 3 – Mall för kvalitetsgranskning

Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser

REVISIÖNS SIDA 1

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:

- Alternativet "oklart" används när uppgiften inte går att få fram från texten.
- Alternativet "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, patientkaraktistika, kontext etc):



STATENS BEREDNING FÖR
MEDICINSK UTVÄRDERING

MALL FÖR KVALITETSGRANSKNING AV STUDIER MED KVALITATIV FORSKNINGSMETODIK

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 datamätnad?	<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, datamätnad 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):