



Høgskulen på Vestlandet

MKS591, Masteroppgave

MKS591

Predefinert informasjon

| | | | |
|-----------------------|--------------------------|------------------------|----------------------------|
| Startdato: | 08-12-2018 09:00 | Termin: | 2018 HØST |
| Sluttdato: | 13-12-2018 14:00 | Vurderingsform: | Norsk 6-trinns skala (A-F) |
| Eksamensform: | Masteroppgave | Studiepoeng: | 30 |
| SIS-kode: | 203 MKS591 1 H 2018 HØST | | |
| Intern sensor: | (Anonymisert) | | |

Deltaker

Kandidatnr.: 408

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 19514

Tro- og loverklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja



MASTEROPPGAVE

Tema: Det korte møtet

Problemstilling:

"Hvordan kan anestesisykepleier bidra til å fremme trygghet under preoperativ mottakelse av operasjonspasienten som skal til elektiv hjertekirurgi, og hvordan oppfatter anestesisykepleieren pasientens opplevelse av å bli ivaretatt?"

Theme: The brief meeting

Issues:

"How can the nurse anesthesia contribute to a feeling of security in preoperative patients going for elective cardiac surgery, and how does the nurse anesthesia perceive the patient's experience of being cared for?"

Kandidatnummer: 416 og 408

Klinisk master i sykepleie med spesialisering i anestesi

Høgskolen på Vestlandet/MAKS-ANES

Hovedveileder: Venke A. Johansen

Biveileder: Sigrunn Drageset

Innleveringsdato: 13.12.18

Antall ord: 19514 (ekskludert sammendrag, innholdsfortegnelse, forord, referanser og vedlegg).

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet § 10.

Sammendrag

Bakgrunn

Hvert år rammes mer enn 12000 nordmenn av akutt hjerteinfarkt. Anestesisykepleier har en sentral rolle i å ivareta pasientens behov for omsorg og behandling. Det er behov for mer kunnskap om hvordan trygghet kan fremmes og omsorg formidles, samt pasientenes opplevelse av ivaretagelse under det preoperative forløpet sett fra anestesisykepleiernes perspektiv.

Hensikt

Hensikten er å se nærmere på hvilke faktorer som kan bidra til å fremme trygghet under preoperativ mottakelse av pasienten som skal til hjertekirurgi. Samt å få innsikt i hvordan anestesisykepleieren oppfatter pasientens opplevelse av å bli ivaretatt. Vi håper å kunne bidra til økt bevisstgjøring og ny kunnskap om hvilke tiltak som kan føre til økt trygghet hos operasjonspasienten.

Metode

Vi har benyttet kvalitativ forskningsdesign som metode. Data ble samlet inn gjennom tre fokusgruppeintervjuer med tre deltakere i hvert intervju. I analysen av data er Malterud (2017) sin systematiske tekstkondensering benyttet.

Resultat

Studien presenterer følgende hovedtema: Relasjonen, å gi fra seg kontrollen - å miste kontrollen versus å beholde kontrollen, og anerkjenne redselen.

For å fremme trygghet og følelsen av god ivaretagelse hos operasjonspasienten så bør det skapes en god relasjon mellom anestesisykepleier og pasienten.

Å miste kontrollen er noe som pasientene frykter mest. Mange pasienter frykter å våkne under operasjonen og føle smerter, samt også frykten for å ikke våkne igjen.

Anestesisykepleier må anerkjenne redselen til pasienten. Ukjente omgivelser, støy og stress kan forsterke redselen ved å skulle til hjertekirurgi.

Konklusjon

Det vektlegges at gode forberedelser i forkant av pasientmottakelsen er essensielt for å fremme trygghet.

Studiens informanter opplevde at det er en fordel at den preoperative mottakelsen er kort og forløpet går fort frem til pasienten sovner. Pasientene vil da kunne oppleve trygghet og god ivaretagelse.

Nøkkelord: Anestesisykepleie, pasientopplevelser, trygghet, ivaretatt, fokusgruppeintervju.

Summary

Background

Every year more than 12000 Norwegians suffer from acute myocardial infarction. Nurse anesthesia plays a central part in looking after the patient's need for care and treatment. There is a need for more knowledge on how to promote a sense of security and provide care for these patients, as well as their perception of care during the preoperative process, as viewed from the nurse anesthesia's perspective.

Aim

The aim of this study is to investigate which factors promote a sense of security in patients during the preoperative procedures before thoracic heart surgery, and to gain insight into how the nurse anesthesia perceives the patient's experience of being cared for. We hope to contribute to increased awareness and more knowledge about measures that may enhance the patient's sense of security.

Method

We have used qualitative research design as our method. Data was collected through three focus group interviews, with three participants in each interview. Malterud's (2017) systematic text condensation is used in the analysis of data.

Result

The study presents the following main aspects: Relation, relinquishing control – losing versus keeping control, and acknowledging fear. A good relationship between the nurse anesthesia and surgery patient is important to promote a sense of security and care for the patient. Losing control is what patients fear the most. Many patients fear they may wake up during surgery and feel pain, as many also fear they will not wake up at all. The nurse anesthesia must recognize these fears. Unknown surroundings, noise and stress can enhance the fear of having cardiac surgery.

Conclusion

Good preparations done by the nurse anesthesia before the patient arrives is essential for the establishment of a calm and safe environment. The informants of this study preferred the preoperative process to be brief, and procedures to progress quickly until they are sedated. That way they feel more secure and cared for.

Keywords:

Nurse anesthesia, patient experiences, safety, caretaking, focus group interview.

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|----|
| Fremside..... | 1 |
| Sammendrag | 2 |
| Innholdsfortegnelse..... | 4 |
| Forord..... | 7 |
| | |
| 1.0 Introduksjon/bakgrunn..... | 8 |
| | |
| 2.0 Teori..... | 9 |
| 2.1 Teoretisk rammeverk..... | 9 |
| 2.1.1 Stress og mestringsteori..... | 9 |
| 2.1.2 Usikkerhet som oppstår ved sykdom..... | 11 |
| | |
| 3.0 Søkeprosessen..... | 12 |
| 3.1 Tidligere forskning..... | 13 |
| | |
| 4.0 Hensikt og problemstilling..... | 15 |
| 4.1 Hensikt..... | 15 |
| 4.2 Problemstilling..... | 16 |
| 4.2.1 Konkretisering, klargjøring og avgrensing av problemstilling..... | 16 |
| 4.2.2 Avgrensing..... | 18 |
| | |
| 5.0 Metode..... | 18 |
| 5.1 Design..... | 18 |
| 5.2 Utvalg og setting..... | 19 |
| 5.2.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier..... | 20 |
| 5.3 Framgangsmåte og praktisk gjennomføring..... | 21 |
| 5.3.1 Intervjuguide og planlegging..... | 21 |
| 5.4 Rekruttering og datasamlingsprosedyre..... | 22 |
| 5.4.1 Rollen som moderator og observatør..... | 23 |
| 5.4.2 Transkribering..... | 24 |
| 5.5 Analyse..... | 24 |
| 5.5.1 Systematisk tekstkondensering (STC)..... | 24 |
| 5.5.1.2 1. Helhetsinntrykk..... | 25 |

| | |
|--|----|
| 5.5.1.3 2. Meningsbærende enheter..... | 25 |
| 5.5.1.4 3. Kondensering..... | 26 |
| 5.5.1.5 4. Syntese..... | 27 |
| 5.6 Ethiske vurderinger..... | 28 |
| | |
| 6.0 Resultat..... | 30 |
| 6.1 Tema 1: Relasjonen..... | 32 |
| 6.1.1 Undertema: Medmenneskelighet - Kommunikasjon, omsorg og empati..... | 32 |
| 6.1.2 Undertema: Forberedt - Sikkerhet for pasienten og sikkerhet for anestesisykepleier.... | 34 |
| 6.1.3 Undertema: Pasientfokus - Å la pasienten stå i fokus..... | 35 |
| 6.2 Tema 2: Å gi fra seg kontrollen - Å miste kontrollen versus å beholde kontrollen..... | 37 |
| 6.2.1 Undertema: Premedikasjon - ”Kan være gull for pasientene”..... | 38 |
| 6.2.2 Undertema: Medbestemmelse - ”Aktiv deltakelse og medbestemmelse”..... | 39 |
| 6.3 Tema 3: Anerkjenne redselen..... | 39 |
| 6.3.1 Undertema: Omgivelser - Høyt tempo og mye utstyr..... | 39 |
| 6.3.2 Undertema: Verdighet - Å vise respekt, ydmykhet og verne om bluferdighet..... | 40 |
| | |
| 7.0 Diskusjon..... | 41 |
| 7.1 Resultatdiskusjon..... | 41 |
| Tema 1: Relasjonen..... | 41 |
| Medmenneskelig..... | 41 |
| Forberedt..... | 43 |
| Pasientfokus..... | 45 |
| Tema 2: Å gi fra seg kontrollen..... | 46 |
| Premedikasjon | 47 |
| Medbestemmelse..... | 48 |
| Tema 3: Anerkjenne redselen..... | 49 |
| Omgivelser..... | 49 |
| Verdighet | 51 |
| 7.2 Metodediskusjon..... | 51 |
| 7.2.1 Datamaterialets validitet..... | 52 |
| 7.2.2 Å bruke seg selv som forskningsverktøy..... | 55 |
| 7.2.3 Vår forforståelse i rollen som moderator og observatør..... | 55 |
| 7.2.4 Informantene | 57 |

| | |
|---|----|
| 7.2.5 Metodestyrker og svakheter..... | 57 |
| 7.2.6 Kontekst..... | 58 |
| 8.0 Konklusjon..... | 59 |
| 9.0 Implikasjon for praksis og videre forskning..... | 60 |
| 10.0 Referanseliste..... | 61 |
| 11.0 Vedlegg..... | |
| 11.1 Vedlegg 1 Forespørsel om tillatelse til mastergradsprosjekt..... | |
| 11.2 Vedlegg 2 Godkjenning fra klinikkdirektør for oppstart av prosjektet | |
| 11.3 Vedlegg 3 Skjema for vurdering av fremleggingsplikt..... | |
| 11.4 Vedlegg 4 Tilbakemelding fra REK..... | |
| 11.5 Vedlegg 5 Meldeskjema - NSD..... | |
| 11.6 Vedlegg 6 Tilbakemelding fra NSD..... | |
| 11.7 Vedlegg 7 Forespørsel om deltakelse i fokusgruppeintervju, og samtykkeskjema..... | |
| 11.8 Vedlegg 8 Intervjuguide..... | |
| 11.9 Vedlegg 9 Kunstige og direkte sitater..... | |
| 11.10 Vedlegg 10 Fremdriftsplan..... | |
| 11.11 Vedlegg 11 Søkehistorikk..... | |
| 11.12 Vedlegg 12 Sammendrag av tidligere forskning..... | |
| 11.13 Vedlegg 13 ”Til deg som skal til hjertekirurgi”- Informasjonsskriv til pasienten..... | |

Forord

Denne masteroppgaven i anestesisykepleie er et resultat av den unike muligheten vi fikk til å ta mastergradsforløp etter endte studier som anestesisykepleiere. Økt fokus på kunnskapsbasert praksis og interesse for fagutvikling innen egen yrkespraksis har vært en motiverende faktor for mastergradsforløpet. Arbeidet med oppgaven har vært både interessant og lærerikt, men også utfordrende og tidvis krevende ved siden av en travel jobb som nyutdannede anestesisykepleiere og livet for øvrig.

Vi vil starte oppgaven med å takke en rekke personer som har vært involvert og bidratt til at vi har fått fullført vår mastergrad i anestesisykepleie.

Først vil vi takke ledelsen ved thorax kirurgisk seksjon for å legge til rette for gjennomføring av fokusgruppeintervju med de 9 informantene, samt også ledelsen ved Haraldsplass Diakonale Sykehus for gjennomføring av prøvefokusgruppeintervju. Videre vil vi takke vår ledelse ved thorax kirurgisk seksjon og Haraldsplass Diakonale Sykehus som har vært fleksibel og behjelpelig med praktisk tilrettelegging av arbeidsdagene for avspasering slik at vi har klart å gjennomføre mastergradsforløpet. En stor takk til vår ledelse for fleksibilitet, motivasjon og hjelp til å kunne ta masterstudiet parallelt med jobb som nye anestesisykepleiere i opplæring. Takk til alle kollegaer for fleksibilitet, hjelp og motivasjon gjennom forløpet.

Takk til medstudent og kollega Maren- Sofie som har gitt tilbakemeldinger og gode råd underveis i prosessen. Vi vil også rette en takk til andre medstudenter som har gitt tilbakemeldinger og inspirert underveis i forløpet.

En stor takk til alle de 9 informantene som har stilt opp til intervju, og 7 deltakere til prøveintervju hvor alle har gitt av sin tid og bidratt med å dele sine meninger, opplevelser og erfaringer. Uten deres engasjement ville ikke masteroppgaven eksistert.

En ekstra stor takk vil vi gi til vår hovedveileder Venke A. Johansen og biveileder Sigrunn Drageset ved Høgskolen på Vestlandet. Takk for tålmodighet, gode råd, tips og tilbakemeldinger underveis gjennom hele veiledningsprosessen.

Uten støtte fra våre nærmeste hadde vi nok heller ikke kommet i mål. Vi vil derfor rette en takk til familie og venner som har støttet oss gjennom forløpet både som moralsk støtte, praktisk støtte og korrekturlesere. Takk for interesse, støtte og oppmuntring underveis i studiene.

1.0 Introduksjon/bakgrunn

Å gjennomgå hjertekirurgi kan være både fysisk og mentalt belastende for pasienten. Pasientene kan oppleve det som en sårbar og stressende situasjon. De har behov for omsorg og følelsen av å bli trygt ivaretatt (Pritchard, 2010). Frykt for smerter, å miste kontrollen, tidligere opplevelser og mangel på informasjon kan være noen av de faktorene som er med å prege operasjonspasienten. Mange hjertesyke pasienter opplever angst, usikkerhet og depresjon (Berg mfl., 2013). Et hovedmål vil være å optimalisere forholdene under preoperativ mottakelse, slik at pasientene føler seg trygt ivaretatt.

Operasjonsavdelingen preges av et høyt tempo og stressende miljø. Anestesisykepleieren er den første som mottar pasienten i operasjonsavdelingen. Det preoperative møtet mellom anestesisykepleier og pasienten er viktig for å skape tillit og etablere trygghet (Hustad, 2011, s.45-49). Artikkelen av Pritchard (2010) og Durling mfl., (2007) viser at det kan være en utfordring å skape tillit og dermed fremme trygghet hos pasienten, siden det preoperative møtet er kort.

Hvert år rammes mer enn 12000 nordmenn av akutt hjerteinfarkt. Akutt hjerteinfarkt skyldes i de fleste tilfeller en innsnevring eller tilstopping av en av hjertets kranspulsårer. Dette medfører at blodtilførselen til hjertet reduseres, og det oppstår skade på hjertemuskelen. I 2014 ble det utført 1724 bypassoperasjoner. Dette var 200 færre enn i 2013. Til tross for nedgangen i antall pasienter som gjennomgår koronar bypass operasjon, er det likevel mange pasienter som gjennomgår dette inngrepet hvert år. I 2014 var tallet på elektiv klaffekirurgi 1331. Antallet har vært sterkt økende de siste 10 årene (Statistisk sentralbyrå, 2015).

Aorta koronar bypass kirurgi er et inngrep hvor målet er å tilføre økt blodtilførsel til den delen av koronararterien hvor det foreligger stenoser eller lukkede arterier (Gøtzsche mfl., 2013, s.443).

Åpen klaffekirurgi er et inngrep som benyttes dersom det foreligger sykdom i en eller flere av hjertets klaffesystemer. Målet er å erstatte den sviktende klaffen med en ny kunstig hjerteklaff. Hos ca. en tredjedel av pasientene som utfører åpen klaffekirurgi, vil det samtidig utføres aorta koronar bypasskirurgi (Gøtzsche mfl., 2013, s.466-479).

Ved aorta koronar bypass kirurgi og åpen klaffekirurgi benyttes generell anestesi i form av både intravenøse medikamenter og inhalasjonsanestetika. Målet er å bevare så hemodynamisk stabil funksjon som mulig (Leonardsen, 2011, s.391).

Anestesisykepleier har en *"forebyggende, behandlende og lindrende funksjon"* (ALNSF, 2017). Anestesisykepleiers arbeid består i å ivareta pasientens behov for omsorg og behandling i forbindelse med anestesi og operasjon (Bruun, 2011, s.20). Målet er å undersøke hvordan anestesisykepleier på best mulig måte kan ivareta pasienten og fremme trygghetsfølelsen.

2.0 Teori

2.1 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet vil vi redegjøre for den teoretiske referanserammen. Vi har funnet det meningsfullt å benytte Lazarus og Folkman sin stress og mestringsteori (Lazarus 2009, s.98). Vi vil også benytte oss av Mishel sin sykepleieteori om at usikkerhet oppstår når man ikke forstår betydningen av det som skjer, eller det ikke er mulig å fastslå utfallet av sykdomssituasjonen (Bailey og Stewart, 2011, s.509-511).

Disse teoretiske perspektivene belyses fordi de begge er aktuelle og hører sammen med tanke på studiens fokus, og resultatene i studien kan sees i lys av dem.

2.1.1 Lazarus og Folkmans stress og mestringsteori

Lazarus og Folkman hevder at kilden til stress verken ligger hos individet eller situasjonen, men er et resultat av det pågående forholdet mellom person og situasjon (Lazarus 2009, s.101). Ulike personfaktorer har stor betydning både for hva man opplever som stress og hvordan man takler stressende situasjoner (Lazarus 2009, s.93).

Stressreaksjoner blir utløst når personen opplever at situasjonen kan være farlig eller belastende. For de fleste personer er vurdering av stress relatert til at pasientens grunnleggende behov blir truet eller ikke blir ivaretatt. Til flere verdier som blir truet, til sterkere vil opplevelsen av stress bli. Eksempel på verdier som kan bli truet vil være når pasienten skal til hjertekirurgi, og opplever å miste kontrollen over egen situasjon. Dette kan føre til en psykologisk stressreaksjon (Lazarus, 2009, s.97-98).

Ifølge Lazarus og Folkman er psykologisk stress et forhold mellom personen og omgivelsene som ut fra personens oppfatning overskrider ressurser og setter hans velbefinnende i fare (Lazarus, 2009, s.95-97). Dette betyr at en situasjon er en påkjenning når personen selv oppfatter det som det. Det er samspillet mellom faktorer i pasienten og situasjonen som er avgjørende for opplevelsen av, og personens reaksjoner i ulike situasjoner. Vi vil kunne ha varierende evne til å takle stress i ulike sammenhenger og i ulike deler av livet (Lazarus, 2009, s.153).

Når pasienten forsøker å mestre en konkret situasjon, vil man som regel ta utgangspunkt i sin egen kognitive vurdering eller oppfatning av den aktuelle situasjonen. En belastende situasjon vil kunne oppfattes som et tap, trussel eller en ny utfordring. En situasjon vil kunne oppleves som et tap, når endringer har ført til noe betydningsfullt hos pasienten blir borte. Eksempel på dette kan være tap av funksjon som følge av skade eller sykdom. Pasienter som skal til hjertekirurgi kan oppleve både tap av fysisk funksjon og trussel for egen helse. Det er derfor sentralt at pasienten får hjelp med sine vurderinger blant annet gjennom god informasjon, for at vedkommende skal kunne føle seg trygg (Lazarus, 2009, s.98-101).

Mestringsstrategier er de handlinger eller indre prosesser som en person setter i gang i et forsøk på å takle ulike stresssituasjoner. Lazarus og Folkman skiller mellom to ulike strategier for å kunne mestre stressende situasjoner, dette er problemorientert mestring og emosjonelt orientert mestring (Lazarus, 2009, s.96).

Det som kjennetegner problemorientert mestring, er at personen bruker aktive og direkte strategier for å løse en utfordring eller takle en vanskelig situasjon. Handlingen er rettet mot å gjøre noe med stresskilden (Lazarus, 2009, s.145). Når en person skal til hjertekirurgi vil mestringsstrategier iverksettes. Ett eksempel på mestringsstrategi er å søke informasjon fra ulike kilder før man bestemmer seg for hjerteoperasjon.

Emosjonelt orientert mestring omfatter strategier som prøver å endre opplevelsen av en situasjon fremfor å endre selve situasjonen. Målet i emosjonelt orientert mestring er å prøve å redusere ubehaget i situasjonen, dette gjør man ved å dempe følelsene som fører til opplevelsen av stress, og dermed endre situasjonens meningsinnhold. Uansett hvilken strategi man velger er målet å redusere eller fjerne stress, og strategien viser seg i de valgene man tar (Lazarus 2009, s.145-146).

Stress og mestringsteorien vektlegger generelt personens opplevelse av situasjonen som grunnlag for om hendelsen oppleves stressende og hvordan den kan håndteres. Gjennom det korte møtet i operasjonsavdelingen kan anestesisykepleier fremme trygghet, slik at man hjelper å overvinne det stresset som pasienter opplever før hjertekirurgi. Da kan pasienten føle seg ivaretatt og oppleve mestring.

2.1.2 Mishel sin sykepleieteori - usikkerhet som oppstår ved sykdom

Mishel har utviklet teorien om at usikkerhet oppstår når man ikke forstår betydningen av det som skjer, eller det ikke er mulig å fastslå utfallet av sykdomssituasjonen. Mishel sitt teoretiske perspektiv er aktuelt for vår oppgave siden pasienter som har fått påvist koronarsykdom og som skal til hjertekirurgi er i en sårbar situasjon. For anestesisykepleier er det avgjørende å forstå hvordan pasienten opplever situasjonen. Mishel sin teori er dermed relevant fordi den beskriver usikkerheten som oppstår ved sykdom og hvordan pasienten kan finne ny mening i sin sykdom (Mishel og Braden, 1988, s.98-103).

Mishel fremhever en kognitiv vurderingsmodell som vektlegger personen sin evne til å tenke og vurdere over situasjonen (Andersen og Fagermoen, 2007). Mishel sin teori presenterer de fire hovedkomponentene: Faktorer som fører til og innvirker på usikkerhet, vurdering, mestring og tilpasning til usikkerhet (Drageset, 2012, s.8-10). Hun påpeker også at jo lengre det fortsetter å være usikkerhet ved sykdommen, jo mer ustabil blir individets funksjonsområdet. Hvis det foreligger mangel på informasjon vil dette også forsterke uforutsigbarheten ved sykdom, som igjen vil øke usikkerheten (Bailey og Stewart, 2011, s.509-513).

Kompetansen av kunnskap og erfaring til helsearbeidere er en uvurderlig ressurs for pasienten (Andersen og Fagermoen, 2007). Sykepleiere kan bidra til å redusere usikkerhet direkte ved å forklare sykdomssituasjonen i forbindelse med sykehusoppholdet, samt hjelpe pasienten med å tolke det som skjer (Bailey og Stewart, 2011, s.503-516).

Mishel vektlegger at som et resultat av vurderingsprosessen, blir usikkerheten vurdert som enten en trussel eller en mulighet. Mestringsstrategiene vil iverksettes og rettes mot å redusere usikkerheten, dersom usikkerheten blir vurdert som en trussel. Vurderes usikkerheten som en mulighet, vil pasienten forsøke å opprettholde denne.

Selv om usikkerheten blir vurdert som en trussel eller mulighet, vil mestringsstrategiene som iverksettes føre til en tilpasning av situasjonen (Bailey og Stewart, 2011, s.509-511).

Ifølge Andersen og Fagermoen (2007) vil vurdering av usikkerhet som en trussel eller en mulighet, være en prosess som kan endre seg over tid og gjennom sykdomsforløpet til pasienten.

Ut ifra overnevnte teoretiske perspektiv om stress og mestringsteori samt usikkerhet som oppstår ved sykdom, vil studien sees i lys av disse og det vil drøftes opp mot studiens funn. Forståelsen av sykepleie skal ha grunnlag i å skape trygghet og utøve omsorg.

Grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere trekker frem ansvarsområdet anestesisykepleier har ovenfor pasienten: *”Anestesisykepleier har en behandlende, lindrende og forebyggende funksjon som innebærer at anestesisykepleier utfører sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som ivaretar pasientens krav til sikkerhet og kvalitet og beskytter mot uforsvarlig praksis”* (ALNSF, 2017). Grunnlagsdokumentet påpeker hvordan anestesisykepleie som profesjon har et ansvar for å sikre pasientsikkerhet og vise omsorg. Anestesisykepleier skal ha kompetanse innen avansert kommunikasjon ved å kunne kommunisere på en forståelig, rolig og trygg måte som fremmer pasientsikkerheten. Anestesisykepleier skal utvise situasjonsbevissthet der omsorg er sentralt i form av å sikre pasientforståelse, respekt, empati og tillit, samt god pasientivaretagelse (ALNSF, 2017).

3.0 Søkeprosessen

Ved bruk av alternative søkeord fra ulike MeSH ord på norsk og engelsk, har vi kommet frem til mange relevante artikler. Vi benyttet ulike databaser i søkene etter relevante studier. Vi benyttet oss også av referanselister fra andre studier for innhenting av relevant litteratur. Egne søk er hovedsakelig gjennomført i PubMed, men også Medline, Cinahl, SveMed+ og Cochrane. Vi har også gått spesielt gjennom noen tidsskrifter som Nursing Sciences og Norsk tidsskrift for sykepleieforskning, og tre fagartikler i Sykepleien som omhandlet vårt tema.

Søk i form av ulike kombinasjoner og med oppdateringer ble gjennomført i august-oktober 2016, september 2017 og juni 2018.

Tidsperioden for når artiklene ble publisert strekker seg fra år 2002-2016.

Studier som ble inkludert omhandlet hvordan pasienten opplever å skulle til operasjon, og hvordan vi som anestesisykepleiere kan imøtekomme pasientens behov for trygghet. Samt hvordan vi som anestesisykepleiere kan oppfatte pasientens opplevelse av ivaretagelse. Studiene skulle ikke være eldre enn 16 år. (Se vedlegg 11 og 12 for søkeord og oppsummering av studiene).

3.1 Tidligere forskning

Studier viser at opplevelse av usikkerhet er fremtredende hos mennesker under sykdom og behandling, og at dette innvirker på deres håndtering av situasjonen (Andersen og Fagermoen, 2007). Ifølge Pritchard (2010) fører operasjon til stor belastning for kroppen, både fysisk og psykisk. Operasjon er en stressfull situasjon som påfører pasienter ulike nivåer av angst (Guo, 2014). Westerling og Bergbom (2008) ser på hva som opptar pasientene i forbindelse med operasjon, og har identifisert seks tema som spesielt viktige: Ikke være alene, hva som møter meg i operasjonsslusen, redsel for å miste kontrollen, ivaretagelse fra anestesipersonell, positiv atmosfære, og ikke måtte be om hjelp.

Mennesker i krise har behov for støtte, omsorg og medmenneskelig kontakt (Fallsen, 2017). Lagerstrøm og Bergbom (2006) finner at forholdet mellom anestesisykepleier og pasient er avgjørende for at pasienten skal føle seg trygg. Fallsen (2017) mener det er avgjørende at pasienten har noen å dele tankene og følelsene sine med. Rudolfsson (2007) påpeker at omsorg kan bli gitt gjennom tilstedeværelse og kommunikasjon med pasienten.

Det å opptre medmenneskelig er avgjørende. Det handler ikke om hva sykepleiere gjør, men at man møter pasientene der de befinner seg. Lagerstrøm og Bergbom (2006) uttrykker at anestesisykepleier må vise respekt, empati og evne til å beskytte pasienten gjennom forløpet. Hvordan pasienter opplever å bli ivaretatt i den pre- og peroperative fasen er viktig for utviklingen av videre forløp. Lillemoen og Nortvedt (2016) setter søkelyset på at omsorg og barmhjertighet er sentrale verdier i sykepleie. Et vesentlig moment i relasjonen mellom sykepleier og pasient er sykepleierens følelsesmessige engasjement. Med dette menes empati, vise at pasienten blir møtt og sett.

Lindwall mfl., (2003) finner at kontinuitet mellom pasient og sykepleier fremmer trygghet hos pasienten. Som sykepleier fungerer samtalen som verktøy, hvor pasienten forsøker å mestre den situasjonen vedkommende står ovenfor (Fallsen, 2017). Berg mfl., (2013) har studert

pasienter som skal til aorta koronar bypass operasjon, og finner at anestesisykepleier kan fremme trygghet dersom vedkommende møter pasienten på en profesjonell måte. Sundqvist (2014) fremhever at det å få narkose innebærer å miste kontrollen, og det krever at pasienten må ha tillit til anestesisykepleier. En av anestesisykepleierens viktigste oppgaver er å utvise trygghet ovenfor pasienten.

Bengtsson mfl., (2016) belyser anestesisykepleierens første preoperative møte med en engstelig voksen pasient, og finner det sentralt at anestesisykepleier har kunnskap og forståelse for at angst er en felles følelse i det perioperative forløpet. Haugslett (2009) vektlegger at erfaring med observasjon og vurdering kan gjøre det lettere å identifisere engstelige pasienter, og utføre tiltak. Flere studier ser på betydningen av forberedelse i forkant av møtet med en pasient. Forberedelse medfører at anestesisykepleierne er bedre rustet til å møte pasientene med kunnskap om deres individuelle behov, og situasjonen de befinner seg i. Pritchard (2010) er opptatt av at stadig høyere krav til helsevesenet om økt effektivitet har medført mindre tid i møte med de psykososiale behovene til pasienten.

Det finnes mange studier omkring pasienters informasjonsbehov. Pritchard (2010) sin studie slår fast at helsepersonell må være bevisst på engstelige pasienter. Det er helsepersonellens ansvar å sørge for at pasienten har mottatt tilstrekkelig informasjon om det kirurgiske inngrepet. Hughes (2002) diskuterer betydningen av informasjon gitt til pasienten senest 24 timer før innleggelse på sykehus, og finner at det kan redusere angstnivået. Lindvall mfl., (2003) finner at preoperativ visitt bidrar til god sykepleie, ved at pasientene får muligheten til å uttrykke forventninger til operasjonen og motta informasjon. Durling mfl., (2007) viser til at previsitt med anestesisykepleier reduserer angst og fremmer trygghet i forkant av operasjon. Westerling og Bergbom (2008) ser også på hva pasienter kan trenge informasjon om, og i hvilken fase. I preoperativ fase verdsatte pasienten å bli informert av anestesipersonell, kommunisere med erfarne og ansvarlige omsorgspersoner og føle seg velkommen. I tillegg var det betydningsfullt å bli anerkjent og føle seg deltakende i omsorgs- og behandlingsprosessen. Haugslett (2009) er opptatt av at sykepleierens oppfølging og kommunikasjonsferdigheter vil ha en avgjørende betydning for om pasientene får dekket informasjonsbehovet. Kartlegging, oppfølging og evaluering av dette, vil kunne bidra til at pasientene får den informasjonen de trenger for å kunne føle seg godt ivaretatt. Trygghet kan fremmes dersom det blir gitt kontinuerlig informasjon til pasienten under forberedelse i den preoperative fasen (Berg mfl., 2013).

I heftet ”Til deg som skal til operasjon” blir det presentert relevant informasjon for pasienter som skal til hjertekirurgi (Haaverstad mfl., 2016). Både skriftlig og muntlig informasjon er en viktig del av prosedyren i forkant av hjertekirurgi (Vedlegg 13).

Noen studier ser på hvordan helsevesenet jobber for å sikre kvalitet gjennom å tilby sikre tjenester, og at økt sikkerhet kan føre til økt trygghet (Ammouri mfl., 2015). Det er av betydning at ønsket praksis understøttes av prosedyrer og sjekklister (Berland og Natvig, 2005). Rønneberg og Nilsson (2015) tar for seg verdens helseorganisasjon (WHO) sin sjekklister for kirurgisk sikkerhet, der man tar sikte på å øke standardisere rutiner i klinisk praksis for å redusere komplikasjoner og forbedre pasientsikkerhet.

Vi har funnet begrenset med forskning på hvordan anestesisykepleier oppfatter pasientens opplevelse av ivaretagelse. Studiene vi har sett på tar ikke dette opp eksplisitt, men de har sett på noen faktorer av betydning. Det er behov for mer forskning for å avdekke anestesisykepleierens erfaring og deres oppfattelse av pasientopplevelsen. På bakgrunn av dette har vi utført fokusgruppeintervju av anestesisykepleiere på thorax kirurgisk seksjon. Tema for oppgaven er relevant innen anestesisykepleie, fordi anestesisykepleier spiller en avgjørende rolle i preoperativ mottakelse av pasienten (ALNSF, 2017). Det er behov for flere studier for å utvikle mer kunnskap mot å redusere usikkerhet, og dermed fremme trygghet og ivaretagelse av operasjonspasienten (Andersen og Fagermoen, 2007). Det er vårt ønske å bidra noe til denne kunnskapsutviklingen.

4.0 Hensikt og problemstilling

4.1 Hensikt

Studien undersøker hvordan anestesisykepleier kan fremme trygghet i den preoperative mottakelsen av pasienter som skal til elektiv hjertekirurgi, og hvordan anestesisykepleier oppfatter pasientens opplevelse av å bli ivaretatt. Hensikten med dette prosjektet er å få mer kunnskap om hvordan anestesisykepleier best mulig kan motta og ivareta pasienten i det preoperative forløpet, og belyse viktige faktorer som kan fremme trygghet hos

operasjonspasienten. Vår hensikt er å bidra til økt bevisstgjøring og ny kunnskap om hvilke tiltak som kan føre til økt trygghet hos operasjonspasienten.

4.2 Problemstilling

Med bakgrunn i tidligere forskning vil studien forsøke å besvare følgende problemstilling:

”Hvordan kan anestesisykepleier bidra til å fremme trygghet under preoperativ mottakelse av operasjonspasienten som skal til elektiv hjertekirurgi, og hvordan oppfatter anestesisykepleieren pasientens opplevelse av å bli ivaretatt?”

4.2.1 Konkretisering, klargjøring og avgrensning av problemstilling

Det er problemstillingen vår som danner grunnlag for hva vi ønsker å undersøke gjennom studien vår. For å konkretisere problemstillingen jobbet vi med ulike delmål. Vi ønsker å klargjøre hvordan anestesisykepleier kan fremme trygghet og utøve omsorg i pasientmottakelsen som er et kort møte.

1. Få en økt forståelse for hvordan anestesisykepleier arbeider for å fremme trygghet og omsorg i møte med operasjonspasienten.

Vår forståelse av begrepet trygghet er at selve fundamentet bygger på å skape tillit til pasienten, hvor pasienten får en opplevelse av beskyttelse og sikkerhet, og at det ikke foreligger noe truende (Eriksson, 1996, s.31-32).

2. Få kjennskap til tiltakene anestesisykepleierne gjennomfører for at operasjonspasienten føler seg trygt ivaretatt.

Vi mener at begrepet omsorg kan erkjennes som at anestesisykepleierens oppgave og ansvar er å ivareta pasienten på en god måte. Dette innebærer en positiv holdning og oppriktig interesse for å hjelpe pasienten. Man må vise evne til empati for å kunne forstå og møte pasientens behov (Brinchmann, 2008, s.118).

3. Få kjennskap til hva som er grunnlaget for anestesisykepleierens oppfattelse av pasientens opplevelse av å bli ivaretatt.

Vår forståelse av begrepet pasientivaretakelse innebærer anestesisykepleierens ansvar for pasienten i et høyteknologisk miljø, og ivaretakelse av pasientens behov for omsorg og

behandling i forbindelse med anestesi og operasjon. Pasientivaretakelse kan også forstås ut fra at anestesisykepleier observerer og identifiserer pasientens behov og funksjoner.

Anestesisykepleier må dermed vise evne til å tolke pasientens verbale og non verbale signaler ved å bruke sanser og være åpen for de inntrykk som møtet med pasienten gir. Med dette som grunnlag kan det tilrettelegges for god pasientivaretakelse (Bruun, 2011, s.19-20), (Stubberud, 2013, s.50).

4. Få kjennskap til erfaring og opplevelse av hva som er mest utfordrende i det korte møtet.

Vi fokuserer på at den preoperative mottakelsen av pasienten er fra pasienten ankommer slusen i operasjonsavdelingen, og til pasienten får narkose. Møtet mellom anestesisykepleier og pasienten er kort. Dette fordi forberedelsen skal skje effektivt slik at selve operasjonen kommer i gang. Det byr på en del utfordringer, deriblant å etablere tillit og fremme trygghet for pasienten (Bruun, 2011, s.29).

Med bakgrunn i hoved- og delmål av problemstillingen brukte vi vår intervjuguide som utgangspunkt.

Forskningsspørsmålene vi utformet var:

Hvordan kan du som anestesisykepleier på best mulig måte fremme trygghet og omsorg i møtet med operasjonspasienten?

Hva er de viktigste tiltakene for at operasjonspasienten skal føle seg trygt ivaretatt, og hvordan vil det påvirke pasientivaretakelsen at mottakelsen er kort?

Hvordan oppfatter dere at pasienten som skal til hjertekirurgi opplever å bli ivaretatt?

Hvordan kan anestesisykepleier etablere tillit i det korte møtet?

Hva synes dere som anestesisykepleiere er det mest utfordrende ved den preoperative pasientmottakelsen?

Hva tror dere kan være skremmende og utfordrende for pasienten som skal til hjertekirurgi?

4.2.2 Avgrensning

Preoperativ pasientmottakelse: Omhandler anestesisykepleiers mottakelse av pasienten i operasjonsslusen. Det preoperative forløpet omhandler fra pasienten ankommer operasjonsslusen til pasienten innledes i narkose.

Operasjonsavdelingen: Dette begrepet omfatter forløpet fra pasienten blir mottatt i operasjonsslusen til pasienten er ferdig operert og ankommer oppvåkningen.

Den utvalgte gruppen er pasienter som skal til elektiv aorta koronar bypass kirurgi og klaffekirurgi. Pasientgrupper som vi ekskluderer er: Lungekirurgi, pectus plastikk og karkirurgi.

5.0 Metode

I dette kapittelet ønsker vi å redegjøre for hvordan prosjektet er gjennomført og hvordan studiens empiri er samlet inn, bearbeidet og analysert.

Studien benytter kvalitativ metode fordi prosjektets problemstilling er å undersøke hvordan anestesisykepleiere kan fremme trygghet under preoperativ mottakelse av operasjonspasienten som skal til elektiv hjertekirurgi. Vi undersøker også hvordan anestesisykepleiere oppfatter pasientens opplevelse av å bli ivaretatt.

Kvalitativ metode innebærer en systematisk tilnærming for å beskrive eller forstå ett eller flere fenomen eller sammenhenger (Polit og Beck, 2017, s.3). Målet med kvalitativ metode er å utforske meningsinnhold i sosiale fenomener slik det oppleves for de involverte og styrke forståelsen av menneskelig atferd. Man benytter kvalitative forskningsstrategier for å undersøke menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser og holdninger (Malterud, 2017, s.30-36). Det krevde at vi i forskerrollen ble sterkt involvert.

5.1 Design

Intervju spiller en helt avgjørende rolle i kvalitativ forskning hvor man søker å forstå verden ved å få frem betydningen av folks erfaringer, og å avdekke deres opplevelse av verden.

Felles mål innenfor kvalitativt forskningsintervju er å produsere kunnskap (Kvale og Brinkmann, 2017, s.20-21).

I denne studien er det benyttet fokusgruppeintervju av anestesisykepleiere.

Fokusgruppedesign inngår i de kvalitative forskningsmetodene, hvor det empiriske materialet består av tekster som representerer menneskers samtaler eller samhandlinger (Malterud, 2012, s.18-19). Denne metoden er hensiktsmessig når formålet med undersøkelsen er å fremskaffe informasjon om hva folk tenker om ulike forhold (Nøtnæs, 2001) (Puchta og Potter, 2004).

Bakgrunnen for valget av denne metoden var å belyse det empiriske materialet som består av tekster som skal forsøke å representere anestesisykepleiernes erfaring knyttet til vårt tema. I fokusgruppeintervju står samhandlingen og dynamikken mellom deltakerne sentralt hvor målet er å få frem mange ulike synspunkter om emnet som er i fokus i gruppen (Malterud, 2012, s.18) (Kvale og Brinkmann, 2017, s.179). Med dette vil det kunne tilrettelegges for dataskapning gjennom at deltakerne diskuterer, beskriver og reflekterer over subjektive opplevelser, erfaringer, synspunkt og holdninger tilknyttet aktuelt tema. Ved kvalitativt fokusgruppeintervju siktes det mot å forstå hvordan informantene opplever sin hverdag i møte med pasientene knyttet opp mot problemstillingen vi ønsker å studere. Denne metoden kan bidra til læring ved refleksjoner over egen praksis, og innhente data som kan brukes til å forbedre dagens praksis (Hummelvoll mfl., 2001)

Fokusgruppeintervju innebærer at deltakerne drøfter ulike åpne spørsmål knyttet til aktuelt tema som skal belyses. Dette medfører at spørsmålene belyses fra mange ulike synsvinkler. Dette er unikt for fokusgruppeintervju, og vil normalt ikke forekomme i intervju med enkeltpersoner. Fokusgruppeintervju har dermed en eksplorerende hensikt hvor dataskapning skjer konsentrert ved sammenlikning av erfaringer og tolkninger under intervjuet, og de kan gi dyptgående informasjon om et tema (Nøtnæs, 2001). I fokusgruppeintervju forsøker man å frembringe kvalitativ kunnskap som blir uttrykt gjennom dagligdags språk (Kvale og Brinkmann, 2017, s.179-180).

5.2 Utvalg og setting

I studien ble det benyttet en strategisk utvelgelse for å oppnå en variasjon i gruppesammensetningen. Å velge informasjonssterke informanter som respekterer hverandres synspunkter, er av stor betydning for at det blir et vellykket fokusgruppeintervju. Dette for å tilrettelegge for best mulig potensial til å belyse den aktuelle problemstillingen. Et godt strategisk utvalg av deltakere og gruppesammensetning vil ha betydning for hvordan

diskusjonen vil forløpe, og kan styrke validiteten av våre empiriske data. Det er avgjørende å etablere et utvalg med god informasjonsstyrke (Malterud, 2012, s.37,42).

En fokusgruppe består som regel av 6-10 personer (Kvale og Brinkmann, 2017, s.179). Hensikten er at det skapes dynamikk og samhandling mellom deltakerne. På grunn av frafall eller andre grunner er det ikke alltid utvalget blir nøyaktig slik forskeren hadde planlagt. Homogenitet innen gruppene vil bidra til å styrke gruppedynamikken ved at deltakerne kan gjenkjenne seg og identifisere seg med hverandres erfaringer slik at assosiasjonseffekten øker. Felles erfaringsbakgrunn kan dermed virke stimulerende på diskusjonen (Nøtnæs, 2001).

Utvalget var 11 anestesisykepleiere fra thorax kirurgisk seksjon. Studien fikk 2 frafall, så utvalget ble basert på intervju av 9 anestesisykepleiere fordelt på 3 grupper. Til tross for at det kun var 3 deltakere i hvert intervju, valgte vi å gjennomføre som fokusgruppeintervju. Malterud (2012, s.40) beskriver at samtalen kjennetegnes av en uttalt interaksjon mellom deltakerne for at det kan kalles fokusgruppeintervju.

Intervjuene ble utført på sykehuset på den aktuelle seksjonen. Vi brukte avdelingsleder sitt kontor hvor vi satt uforstyrret. For at intervjusituasjonen skulle bli mest mulig vellykket, var det avgjørende å tilrettelegge for en rolig, avslappet og uforstyrret atmosfære. Lokalisasjonen bør være lett tilgjengelig og komfortabel (Polit og Beck, 2017, s.508-509). Videre var det viktig å sikre god kvalitet på opptaket. Dette ble gjort ved å plassere båndopptakeren tilgjengelig på bordet i nær omkrets av deltakerne. Vi hadde allerede erfart fra prøveintervjuet at båndopptakeren burde stå i nærheten av deltakerne uten at den virket forstyrrende. Under prøveintervjuet ble båndopptakeren plassert i bakgrunnen, noe som medførte unødvendig støy. Målet var at intervjuene skulle ta rundt 90 minutter som er anbefalt tidsbruk for fokusgruppeintervju. Intervjuene hadde en varighet om lag 60-90 minutter, dette med hensyn til den daglige driften. Vi syntes likevel at gjennomføringen og settingen fungerte godt og vi fikk mye data. Det ene intervjuet måtte avbrytes da det oppstod en øyeblikkelig hjelp situasjon på seksjonen. Intervjuet av de samme deltakerne ble gjennomført en uke senere.

5.2.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene bestod av et strategisk utvalg av anestesisykepleiere fra thorax kirurgisk seksjon. For å samle inn empiriske data som best mulig kan belyse problemstillingen må datainnsamling komme fra adekvate kunnskapskilder (Malterud, 2017, s.57-58).

Vi ønsket å inkludere deltakere av begge kjønn. Informantene bestod av anestesisykepleiere i fulltidsstilling med ulik alder og klinisk erfaringsbakgrunn, alle deltakerne behersket norsk skriftlig og muntlig. Det var en mannlig deltaker i en av gruppene. Alle hadde erfaring fra norsk sykehus. Deltakerne hadde minst 2års erfaringsbakgrunn. Dette for å øke informasjonsstyrken i de ulike gruppene og i håp om å oppnå en god gruppedynamikk.

5.3 Framgangsmåte og praktisk gjennomføring

Rekruttering av informanter til fokusgruppeintervjuet startet da det formelle i form av aktuelle søknader var godkjent. Før fokusgruppeintervjuene ved thorax kirurgisk seksjon ble det utført et prøvefokusgruppeintervju av anestesisykepleiere ved et lokalt sykehus. Dette for å prøve ut intervjuguiden i praksis og få et bilde av hvordan rollen som moderator og observatør fungerte. Etter det første prøveintervjuet ble det gjort noen endringer i intervjuguiden. Det ble også gjort små justeringer etter intervjuprosessen kom i gang på thorax kirurgisk seksjon.

5.3.1 Intervjuguide og planlegging

Vi utarbeidet en intervjuguide som fungerte som et hjelpemiddel i gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene med utgangspunkt i studiens problemstilling. Det skal være nøye sammenheng mellom intervjuguidens rolle og studiens problemstilling. Intervjuguiden inneholdt 5 relevante åpenstilte spørsmål som kunne bidra til å legge grunnlag for gode diskusjoner og innhenting av mest mulig informasjon. Dette understøtter Nøtnæs (2001) hvor det påpekes at det bør være fem hovedtyper av spørsmål som åpning, introduksjon, overgang, nøkkel og avslutningsspørsmål. Vi hadde også 2-3 åpenstilte oppfølgingsspørsmål.

Spørsmålene i intervjuguiden var korte og entydige for å best mulig bidra til fokus på aktuell problemstilling. I kvalitative fokusgruppeintervju hvor vi søker svar på opplevelser og erfaringer, er det avgjørende med åpne spørsmål hvor deltakerne forteller og intervjuer lytter aktivt. Selve utarbeidingen av intervjuguiden vil kunne fungere som et virkemiddel gjennom forskningsprosessen for å skjerpe forskningsfokuset og styrke mulighetene ved å utfordre forskerens egen forforståelse i møte med andre menneskers erfaringer. Det er avgjørende å investere grundig arbeid i intervjuguiden (Malterud, 2012, s.32-34,71).

Det er ikke mulig å planlegge et fokusgruppeintervju fullt ut. Det er nødvendig å improvisere underveis. Dette fordi intervjuguiden skal fungere som et hjelpemiddel. Man skal møte deltakerne med åpent sinn, man skal være klar til å fange opp og forfølge svar på spørsmål man ikke engang hadde tenkt å stille. Før intervjuet brukte vi intervjuguiden til å forberede

oss og samle 2-3 hovedspørsmål som forhåpentlig belyser det viktigste. Under selve intervjuet er det avgjørende å ha forberedt seg grundig, uten å la seg påvirke for mye av sin egen forforståelse hvor man tror fasiten er klar på forhånd (Malterud, 2012, s.18,71-72).

Gjennom de 3 intervjuene viste det seg at informantene hadde klare meninger rundt åpningsspørsmålet, noe som bidrog til å skape en god start på intervjuene. Oppfølgingsspørsmålene som var utformet i intervjuguiden ble ikke brukt systematisk, men varierte fra de forskjellige intervjuene i tråd med hva deltakerne viste interesse for og dermed det som var både naturlig og hensiktsmessig å spørre om. For intervjuguide se (Vedlegg 8).

5.4 Rekruttering og datasamlingsprosedyre

Rekruttering av informanter til prøvefokusgruppeintervjuet foregikk i samarbeid med leder og fagansvarlig ved det aktuelle lokale sykehuset. Rekruttering av informanter til fokusgruppeintervjuene foregikk i samarbeid med seksjonsansvarlig leder på thorax kirurgisk seksjon. Det ble i forkant holdt en kort presentasjon av forskningsprosjektet på deres morgenmøte. Utbyttet av fokusgrupper er stor grad avhengig av at det rekrutteres mennesker med god kjennskap til temaet som skal diskuteres (Nøtnæs, 2001).

På grunn av begrensninger som vår tid til rådighet og utfordringer om nok personell til å drifte avdelingen, var det ikke mulig å ha så mange deltakere som vi først hadde planlagt. Det var heller ikke gjennomførbart å ha fokusgruppeintervjuene så tett som vi ønsket. Etter å ha konferert med veiledere og seksjonsansvarlig leder så ble det bestemt 3 forskjellige gruppeintervju med 3 deltakere i hver gruppe.

Datasamlingsperioden pågikk i perioden fra midten av mai til midten av juni 2017. Under datasamlingsperioden hadde vi anledning til å reflektere over informantenes ulike perspektiver, og eventuelt nye tema som kom til uttrykk i intervjuene. I de ulike gruppene oppstod det en uhøytidelig tone hvor det var god samhandling og diskusjoner. En fordel ved at det ikke var så mange deltakere i hver av gruppene var at alle kom til ordet og det oppstod en fin flyt.

I forkant av alle intervjuene ble det gjort en kort presentasjon av det aktuelle tema og hvordan et fokusgruppeintervju fungerte. Det ble også gjentatt informasjon om anonymisering og muligheten for å trekke seg fra studien når som helst under forløpet.

5.4.1 Rollen som moderator og observatør

Som uerfarne forskere var rollen som moderator utfordrende. Vi manglet erfaring som moderator og observatør, og det var lærerikt å få muligheten til å prøve disse rollene. Det var særdeles viktig at vi hadde forberedt oss godt før fokusgruppeintervjuene ved å tilegne oss kunnskap om datainnsamlingsmetoden og viktig forarbeid. Vi byttet på rollene som moderator og observatør. Resultatet avhenger mye av hvordan intervjueren bruker seg selv som metodisk verktøy, intervjuerens feltkunnskap og tilliten blant deltakerne. Ifølge Malterud (2012, s.65) er det avgjørende at moderator utstråler oppriktighet, sans for humor, fleksibilitet, evne til å huske det som blir sagt, og ikke minst evnen til å lytte.

Observatørens oppgave gikk ut på å følge med på det som foregikk i gruppediskusjonen. Dette innebærer også å bemerke seg og ta notater om stemning og samhandling. Vi måtte være påpasselig med at noteringen ikke skulle virke forstyrrende for deltakerne og gå på bekostning av kontakten med deltakerne (Malterud, 2017, s.73-74). Vi nummererte deltakerne og unnlot å bruke navn, dette for å sikre deltakernes anonymitet ytterligere. Nummereringen av deltakerne fungerte godt som virkemiddel hvor vi sikret hvem som sa hva (Malterud, 2012, s.66-67). Ved slutten av intervjuet spurte moderator om observatøren hadde noe å tilføye og om det var noen spørsmål som var glemt. Vi spurte også deltakerne om det var noe de ønsket å tilføye, eller om vi skulle spurt om noe annet. Vi var bevisste på å ikke være for snar til å skru av båndopptakeren, da det ofte var på slutten at det kunne komme såkalte ”gullkorn” ved at noen av deltakerne hadde noe å tilføye.

Etter første intervjuet gjorde vi en liten evaluering for å se om det var nødvendig med ytterligere justeringer i intervjuguiden. Vi tilføyde et ekstra spørsmål i slutten av intervjuguiden som åpnet opp for hvordan deltakerne vil ta med seg erfaring videre. Vi bemerket oss underveis i alle intervjuene at det engasjementet deltakerne viste for temaet vårt, skjerpet våre sanser både som moderator og observatør. Det informantene delte med oss var viktig for dem. Informantene kom med gode innspill om temaet, hvor de inspirerte hverandre og det ble skapt en god samhandlingsflyt mellom informantene. Den største utfordringen underveis i intervjuene, var når deltakerne kom inn på temaer som ikke var så relevant for vårt tema. Utfordringen for moderator ble da å tillate noen digresjoner, men samtidig prøve å dreie fokuset tilbake til temaet vårt på en hensynsfull måte (Malterud, 2012, s.74-75).

5.4.2 Transkribering

For å best mulig sikre en god validitet av transkriberingen, valgte vi til tross for tidsperspektivet, å transkribere hver for oss. Dette kunne bidra til å øke påliteligheten og nøyaktigheten av dataene, og dermed validiteten på studien (Malterud, 2012, s.95-96).

Selve transkriberingen var en tidkrevende prosess. Vi møttes for å sammenlikne og diskutere notatene, og om vi hadde oppfattet utsagnene likt. Dette økte validiteten. Det var ulike seanser i intervjuene som var transkribert ulikt. Dette medførte at vi gjennomgikk de spesifikke seansene på nytt. Til tider synes vi det var utfordrende å få tak i meninger og nyanser i det informantene beskrev. Vi forsøkte å transkribere intervjuene fortløpende, da det var ferskt i minne.

5.5 Analyse

Vi valgte Malterud (2017) sin systematiske tekstkondensering metode (STC) som intervjuanalyse. Siden vi undersøker anestesisykepleieres meninger og erfaringer, er denne analysen aktuell da den tar sikte på å utvikle kunnskap om deltakernes uttalelser. Et annet aspekt som kan være med å styrke studiens validitet, er at den gir en enkel innføring i hvordan analyseprosessen kan gjennomføres på en systematisk og overkommelig måte. Denne analyseformen egner seg godt for nybegynnere som oss (Malterud, 2017, s.98). I kvalitative studier er som oftest datasamlingen og analysen en parallell prosess. Siden det ikke foreligger noen universelle regler for kvalitativ analyse, er det en krevende prosess hvor data skal organiseres og tolkes (Polit og Beck, 2017, s.530- 531). Det krevde at vi jobbet aktivt med å lese gjennom datamaterialet, og at vi forholdt oss nøytral i forskningsprosessen.

5.5.1 Systematisk tekstkondensering (STC)

Analysen gjennomføres i fire trinn som utgjør hovedstrukturen i STC hvor: 1) er å få et helhetsinntrykk, 2) er å identifisere meningsdannende enheter, 3) er å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene, og 4) å sammenfatte betydningen av dette. I denne metoden starter man ikke med å gå bredt ut, men fokuserer innledningsvis oppmerksomheten om relativt få temaer og kodegrupper (Malterud, 2017, s.98).

5.5.1.2 1. Helhetsinntrykk

Første trinn i analysemetoden går ut på å danne seg et helhetsinntrykk av datamaterialet. For å bli kjent med materialet startet vi med å høre igjennom lydfilene av intervjuene. Vi hørte

gjennom ett intervju av gangen samtidig som vi gjennomgikk den transkriberte teksten. Vi noterte ned noen stikkord av det som framtrådte som helhetsbilde. Deretter ble intervjuene lest igjennom igjen, og vi noterte ned noen stikkord som skildret ulike temaer som deltakerne diskuterte. Dette gjorde vi individuelt. Vi arbeidet aktivt for å sette vår forforståelse og teoretiske referanseramme i midlertidig parentes, uten å glemme problemstillingen. Malterud (2017, s.99-100) advarer mot å systematisere. Med dette i tankene forsøkte vi å unngå trangen til å systematisere underveis, og være bevisst at inntrykk og ideer som dukket opp under lesingen av materialet ikke ble for likt. Dersom vi ikke aktivt jobbet med å sette vår forforståelse til side, ville vi ikke kunne oppdage nye mønstre og ideer, men tvert imot ville vår forforståelse allerede her kunne begrense at nyttig materiale kom til uttrykk. Vi forsøkte å oppsummere våre inntrykk ved skimte i teksten hvilke foreløpige temaer som var aktuelle. Her forsøkte vi å lage en liste over fire til åtte temaer som vi gav midlertidige navn. Vi så fort at det var lett å ta med for mange temaer, og i samråd med veiledere, kondenserte vi det til færre temaer. Det er et godt tegn dersom foreløpige temaer representerer en videreutvikling sammenliknet med temaene fra intervjuguiden. Vi opplevde at våre foreløpige temaer bygget videre på temaer fra intervjuguiden.

5.5.1.3 2. Meningsbærende enheter

I andre trinn organiserte vi materialet ut fra samme tema som fra første trinn i analysen. Det er altså denne delen vi velger å studere nærmere, mens resten av materialet skal legges til side. På dette tidspunktet er det anbefalt å gjennomføre analysen sammen med en annen forsker. Det er nå anbefalt å sammenlikne funn i håp om å oppdage detaljer, hva som er sammenfallende og hva som spriker. Siden vi er to som samarbeider om prosjektet, var dette noe vi benyttet oss av. Til tross for noen ulikheter, var det overraskende hvor sammenfallende våre funn var. Dette er noe som styrker validiteten av våre funn. Samtidig påpeker Malterud (2017, s.100) at det ikke nødvendigvis er de funnene det er enighet om, som er de viktigste. Derfor er det anbefalt å drøfte de foreløpige temaene, og hvordan de belyser vår problemstilling.

Det anbefales at man forsøker å samle seg tre til fem reviderte foreløpige temaer som danner grunnlag for såkalte kodegrupper. Selve kodingen kalles systematisk dekontekstualisering. For vår del kom vi fram til tre foreløpige temaer som dannet grunnlag for de ulike kodegruppene. Malterud (2017, s.100-104) advarer mot å bare ta med det som virker mest fengende ved første blick, men man skal gå grundig til verks ved å systematisere. Samtidig

hadde vi i tankene at det er bedre å ta med litt for mye, enn for lite. En fare vi oppdaget, var fristen til å lage for mange kodegrupper. Dette kunne fort bli uoversiktlig. Ved hjelp av veiledning og grundig gjennomgang, kom vi fram til at flere kodegrupper kunne slås sammen. Kodeprosessen skal sees i lys av problemstillingen, vår forforståelse og teoretiske referanseramme.

Under kodeprosessen benyttet vi oss av tankekart og gjennomførte kodingen ved klipp og lim av tekstbiter. Dette for å få en bedre oversikt og organisering av teksten. Vi forsøkte å følge Malterud (2017, s.104-105) sitt råd angående å arbeide induktivt, hvor vi først kodet og deretter så hva det resulterte i.

Gjennom flere vurderinger endte vi til slutt opp med disse tre hovedtemaene: Relasjonen, å gi fra seg kontrollen, og å anerkjenne redselen.

5.5.1.4 3. Kondensering

I det tredje trinnet av analysen skal den sorterte informasjonen abstraheres ved å systematisk hente ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som har blitt kodet sammen. Her er målet å sitte igjen med et mer oversiktlig materiale, og ikke lenger et uoverkommelig tekstmateriale. For å lykkes med dette, leste vi igjennom intervjuene og tematiserte dem ut fra hvordan vi tolket informantenes synsvinkel. Når vi gjorde dette, forsøkte vi å legge egen forforståelse til side, og ha et åpent sinn (Malterud, 2017, s.105).

Malterud (2017, s.106) anbefaler å gjerne starte med den kodegruppen som vekker mest entusiasme. Vi erfarte at når materialet var rikt som var tilfelle ved alle hovedtemaene, så ville kodegruppen omfatte tekst med flere ulike nyanser som inneholdt beskrivelser av ulike meningsaspekter. Derfor falt det naturlig å sortere materiale i flere undertema. Man bør forholde seg til maksimalt tre subgrupper, ellers er det en fare for å miste oversikten. Vi endte opp med to til tre undertemaer under hvert hovedtema. For eksempel under vårt hovedtema ”Relasjonen” laget vi undertema ”medmenneskelig”, ”forberedt”, og ”pasientfokus.” Dette mente vi var passende undertemaer da relasjonen kan handle om menneskelig kontakt. På grunn av mange ulike nyanser, var det behov for å lage noen punkter under hvert undertema. Dette for å gjøre det mer oversiktlig for leseren. Det er midlertidig viktig å påpeke at hvilke undertema som man fester seg ved, preges av hvordan vi tolker teksten ut fra vårt faglige perspektiv. I vårt tilfelle som forsker i eget fagfelt, vil dette absolutt kunne påvirke både de hovedtemaene og undertemaene som vi kom fram til. Det var derfor nyttig å være to

masterstudenter, og i tillegg drøfte med veiledere. Hensikten er å skape rom for flere tolkninger og mulige tilnærminger med sikte på å belyse prosjektets problemstilling.

Systematisk tekstkondensering omfatter et begrep som kalles kondensat- et kunstig sitat. Her gikk vi igjennom hver meningsbærende enhet i undertemagruppen, hvor vi tok stilling til om det passet i kondensatet eller ikke. Kondensatene som vi utformet var forankret i data og bar med seg det konkrete innholdet, men ble omsatt til en mer representativ form. Det var veldig mange sitat som gjentok seg, og vi forsøkte å velge utgaven av det som på best måte inneholdt de andre beslektede tekstdelene. Ifølge Malterud (2017, s.105-107) er målet at kondensatet skal utgjøre en presentasjon av deltakernes stemmer om det fenomenet som den bestemte undertemagruppen forteller om. For at det skal være så tekstnært som mulig benyttes jeg-form. Ut fra kondensatet forsøkte vi å utforme såkalte gullsitat som best mulig kunne representere det som ble sagt.

5.5.1.5 4. Syntese

I det fjerde trinnet i analyseprosessen betegner Malterud (2017, s.109-110) det som å rekontekstualisere. Dette innebærer å sette sammen bitene igjen hvor betydningen av det foregående trinn skal sammenfattes. Dette gjorde vi ved å bruke kondensatene til å lage en analytisk tekst, gjerne med et treffende gullsitat som kunne konkretisere våre funn. Her brukte vi tredje-personformen fordi vi best mulig skal gjenfortelle på vegne av andre slik at ny kunnskap kan dannes. Det advares mot å gi hver undertemagruppe egne undertitler da dette kan medføre en splitting av presentasjonen. Det er nettopp undertitler vi har benyttet oss av, samtidig er det viktig med oversikt. Utfordringen ble å presentere våre funn, og ikke det som vi undersøkte.

Som en avslutning på STC analysen til Malterud (2017, s.110-111) skulle funnene valideres, noe som innebar de analytiske tekstene og navnene på resultatkategoriene. Målet var å rekontekstualisere våre resultater opp mot det empiriske materialet. Dette gjennomførte vi ved å lese gjennom de opprinnelige intervjuene som betegnes for rådata. Med dette forsøkte vi systematisk å se etter om noen av de opprinnelige dataene kunne motsi våre konklusjoner. Man må være på vakt dersom det oppdages at tolkninger, beskrivelser eller begreper i resultatene er vanskelig å tilbakeføre til rådataene.

Vi vurderte våre funn opp mot foreliggende empiri og teori ved å blant annet gjøre nye litteratursøk i databaser for å se om det kunne foreligge nye oppståtte, tilsvarende funn. Arbeidet med analyseprosessen har vært en tidkrevende prosess som på mange måter har følt som tre skritt frem og to tilbake. Det har vært interessant og lærerikt å jobbe med STC og vi synes at selve analyseprosessen har bidratt til at vi har utviklet oss i forskerrollen. Vi synes vi fikk mye relevant data som kunne bidra til å gi et tilfredsstillende svar på våres problemstilling. Gjennom analysen oppdaget vi relevante og mange forventede funn, men også noen funn som overrasket oss.

5.6 Etiske vurderinger

I medisinsk forskning er det etablert etiske standarder som skal fremme respekt for alle mennesker og beskytte deres helse og rettigheter. Dette prosjektet innebærer bruk av forskningsintervju og omfatter mennesker, og skal derfor oppfylle forskningsetiske retningslinjer og grunnleggende verdier for å verne om deltakerne. Helsinkideklarasjonen av World Medical Association fra 1964 sammenfatter etiske prinsipper for medisinsk forskning med mennesker, og har utarbeidet strenge regler i forbindelse med kvalitativ forskning som innebærer blant annet informert samtykke og anonymisering av datamaterialet (Malterud, 2012, s.60). Et overordnet mål ved intervjusituasjonen var å skape en tillitsfull og rolig atmosfære for å verne om deltakerne. Forskeren skal utvise respekt overfor informantene, slik at informantenes tillit ikke misbrukes og de utgir informasjon som de vil angre på i ettertid (Thagaard, 2009, s.108-110) (Malterud, 2017, s.211-212).

Før datainnsamlingen måtte det formelle av søknader være på plass. Det ble søkt til Regional Etisk Komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Vest Norge (REK-Vest) om forespørsel om fremleggingsplikt (Vedlegg 3). REK foretok en fremleggingsvurdering hvor de konkluderte med at prosjektet ikke var fremleggingspliktig (Vedlegg 4). Prosjekter som omfatter personopplysninger og data med lyd, video eller bilde er pliktig å meldes til norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) (Malterud, 2012, s.60-61). Videre ble det sendt inn meldeskjema til NSD og skriftlig godkjenning ble mottatt med et prosjektnummer. (Vedlegg 5 og 6).

Informantenes integritet skal beskyttes. Derfor er beskyttelsen av deltakernes privatliv, retten til anonymitet og rett til å delta eller ikke, ivaretatt i studien. Samtlige intervjudeltakere mottok og signerte et informert samtykke om de var villig til å delta i studien i forkant av

intervjuene. Deltakerne fikk også et skriftlig informasjonsskriv, samt muntlig informasjon som informerte om forskningsprosjektet, anonymitet, oppbevaring av data, og at de hadde mulighet til å trekke seg når som helst uten å oppgi grunn (Vedlegg 7). Dette er med å gi informantene en viss kontroll over egen deltakelse (Polit og Beck, 2017, s.143-144) (Thagaard, 2009, s.143).

Data og opplysninger som ble innhentet ble behandlet konfidensielt. Det ble ikke brukt noen navn, men kun nummerering av deltakerne. Dermed ble datamaterialet anonymisert. Anonymiseringen sin hensikt er å beskytte den enkelte deltaker sitt personvern, og unngå belastninger for de som deltar i studien (Malterud, 2017, s.211-216) (Kvale og Brinkmann, 2017, s.104-107). Opplysningene ble behandlet forsvarlig og personidentifiserbare opplysninger ble behandlet av færrest mulig personer (Polit og Beck, 2017, s.139-151). I denne studien hvor det ble benyttet lydbåndopptak ble det lagret i henhold til Høgskolen på Vestlandet sine retningslinjer, og dermed utilgjengelig for andre. Personvernopplysninger skal aldri publiseres, og alle lydbåndopptak ble slettet ved prosjektets slutt. Persondata ble lagret i henhold til retningslinjer og slettet ved prosjektslutt (NSD). De anonymiserte dataene vil bli lagret inntil to år med tanke på publisering av en eventuell artikkel. Det er kun hovedveileder, biveileder og vi to som masterstudenter som har hatt tilgang til datamaterialet.

I forkant av fokusgruppeintervjuene av anestesisykepleiere ble det skaffet skriftlig tillatelse fra ledelsen på de aktuelle seksjonene. Det ble også sendt inn forespørsel om tillatelse av forskningsprosjekt til klinikkdirektør ved sykehuset hvor intervjuene skulle utføres (Vedlegg 1). Vi var nøye på å ha alle skriftlige formaliteter på plass før oppstart av studiet (Malterud, 2012, s.60-62) (Thagaard, 2009, s.109-110). Det var først etter at alle formelle godkjenninger var i orden, at informantene ble invitert til å delta i studien.

For å ivareta anonymiteten ble informantene og institusjon anonymisert for å unngå gjenkjennelse av enkeltpersoner (Polit og Beck, 2017, s.137-148).

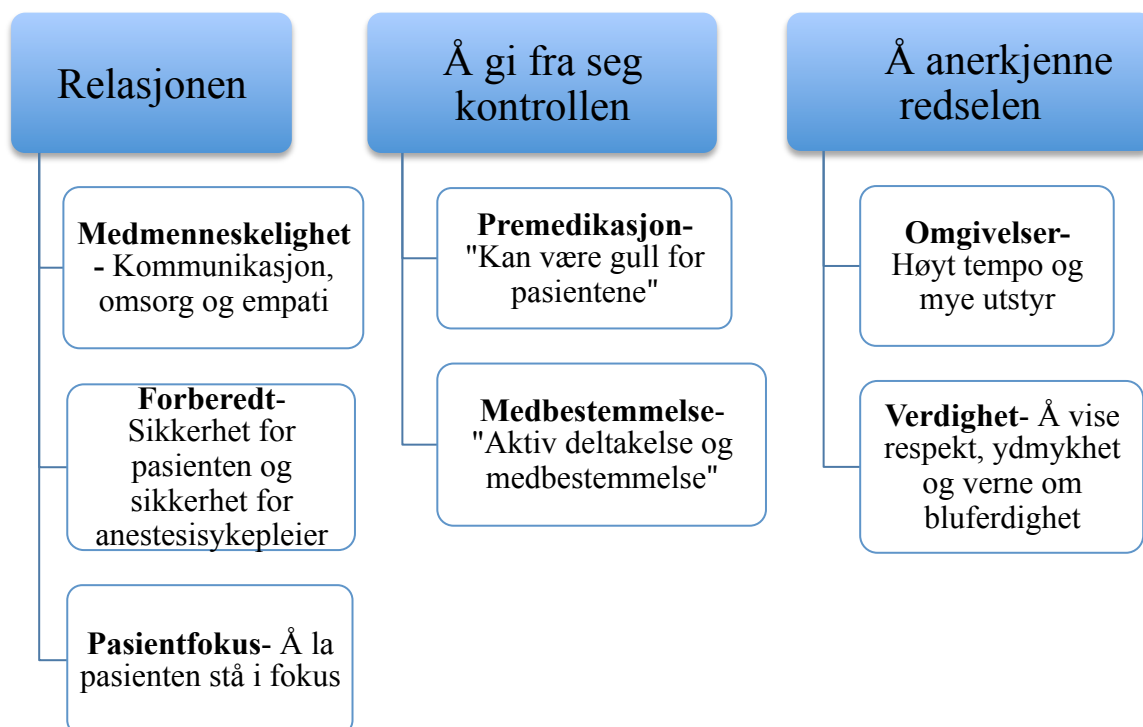
Det er nødvendig at vi bruker vårt beste skjønn til å utøve en ansvarlig forskningsetikk i forhold til dem som betror oss sin hverdag og kunnskap. Vi som forsker i eget fagfelt og iblant kolleger må være ekstra varsomme i håndteringen av konfidensiell informasjon og at vi handler i samsvar med informert samtykke. Det å fortelle om faglige dilemmaer ved å åpne sin praksishverdag for innsyn fra andre, krever derimot mot og tillit. Vi som forskere har med dette et stort ansvar å ivareta den enkelte deltaker sin integritet (Malterud, 2017, s.216-217).

Når vi ber deltakere dele sin kunnskap med oss, foreligger det en gjensidig forventning om at formålet er å finne frem til ny kunnskap. Målet vårt har hele tiden vært å sette fokus på det emnet som vi undersøker i håp om at det kan løfte frem oppmerksomhet og ny kunnskap kan komme til uttrykk, slik at dagens praksis kan forbedres til fordel både for pasienter og helsepersonell.

6.0 Resultat

Resultatene fra intervjuene er delt inn i 3 hovedtemagrupper som omhandler intervjuenes hovedfunn som relasjonen, å gi fra seg kontrollen, og å anerkjenne redselen. Under hvert hovedtema presenteres flere undertema som forteller noe om hvordan anestesisykepleier kan fremme trygghet, og deres oppfatning av pasientens opplevelse av å bli ivaretatt. Både tema og undertema presenteres med en analytisk tekst og kondensat. Kunstige konstruerte sitater og deltakernes direkte sitater for hvert tema og undertema presenteres i et eget vedlegg (Vedlegg 9: Kunstige og direkte sitater).

6.0 Figur: Presentasjon av hovedtema og undertema



6.1 Tema 1: Relasjonen

6.1.1 Undertema: Medmenneskelighet – kommunikasjon, omsorg og empati

Innholdsbeskrivelse/ analytisk tekst

For å fremme trygghet og følelsen av god ivaretagelse hos operasjonspasienten så bør det skapes en god relasjon mellom anestesisykepleier og pasienten. Trygghet bygger på å skape tillit til pasienten, slik at pasienten opplever beskyttelse og sikkerhet (Eriksson, 1996, s.31-32). Pasientivaretagelse kan forstås ved at anestesisykepleier viser evne til å tolke pasientens verbale og non verbale signaler (Stubberud, 2013, s.50). En av momentene som kan bidra til god relasjon er å være medmenneskelig. Deltakerne var klar og tydelig på at det er viktig at anestesisykepleier viser god evne til kommunikasjon. Dette innebærer å hilse med fast håndtrykk og henvende seg først til pasienten. I tillegg ble det drøftet at det må være tid til at pasienten kan stille spørsmål og fortelle det de ønsker. Deltakerne var enige om at anestesisykepleier bør stille direkte spørsmål om pasienten har det bra, og om de er redd. Det som ble nevnt som spesielt utfordrende er dersom pasienten er så engstelig at de blir avvisende. Da kan det være vanskelig å få kartlagt hvilke behov de har og dermed være utfordrende å utvise god kommunikasjon.

Et annet viktig aspekt ved å være medmenneskelig var å utvise god omsorg. Omsorg kan forstås som en positiv holdning og oppriktig interesse for å hjelpe pasienten (Brinchmann, 2008, s.118). Her ble det trukket fram at anestesisykepleier bør være varm, smilende og gi blikkontakt i møte med pasienten. Noen deltakere nevnte: *"Varmeteppe er en fin måte å vise omsorg på."* Det ble også nevnt at det er viktig å bruke seg selv i møte med operasjonspasienten. Deltakeren sa: *"Å dele litt av egne erfaringer"*. En anestesisykepleier fortalte om egen erfaring fra å være pasient og hvor engstelig hun hadde vært. Anestesisykepleieren hadde lagt hånden på skulderen hennes, sett henne inn i øynene og sagt: *"Jeg skal passe veldig godt på deg."* Hun hadde følt seg beroliget av måten anestesisykepleieren hadde sagt det på. En annen deltaker la til: *"Jeg tror det har veldig mye å si ikke bare hva man sier, men hvordan man sier det."*

Deltakerne diskuterte videre at i de mest alvorlige situasjonene hvor det handler om å redde liv, så kan det være anestesipersonalet som er de siste pasienten snakker med. En deltaker sa følgende: *"Da må man opptre rolig, behersket og vise medmenneskelighet, slik at man tilstreber å ikke forsterke den frykten som pasienten føler."* Videre ble det sagt at man bør

redusere spørsmålsmengden hos de aller dårligste pasientene. I slike situasjoner er det ikke samtalen som fremmer trygghet, men handlingen ved å vise tilstedeværelse.

Deltakerne diskuterte også at deres inntrykk av hva som fremmer trygghet og følelsen av god ivaretagelse hos pasienten, ikke nødvendigvis er å bruke så lang tid før operasjonen. De mente at det er en fordel å redusere ventetiden før operasjonen ved å jobbe raskt og effektivt. At det skjer noe hele tiden i forløpet kan bidra til å avlede pasienten, og de får det raskest mulig overstått. En deltaker nevnte: *”Jeg tror at pasienten ønsker at alt skal skje fort fram til de sovner. De er innforstått med at de skal til operasjon, og vil nok bare få det overstått så fort som mulig.”* Selv om alle var enige at det å utøve god omsorg er svært viktig, så ble det diskutert at man må huske på å ikke *”stakkarslig gjøre pasienten.”* De mente at dette virker mot sin hensikt. Å vise empati er avgjørende for å fremme trygghet og god ivaretagelse, og deltakerne mente at det kan vises i handling som: *”Det å gi en hånd å holde i tror jeg vil betrygge pasienten.”* Ifølge Brinchmann (2008, s.118) må man vise evne til empati for å kunne forstå og møte pasientens behov.

Kondensat

For å fremme trygghet og opplevelsen av god ivaretagelse er det avgjørende at det skapes en god relasjon mellom anestesisykepleier og operasjonspasienten. Et av de momentene som kan danne relasjon er det mellommenneskelige aspektet medmenneskelighet. Det å være medmenneskelig er et bredt begrep, og en av de tingene som inngår i det, er å vise evne til god kommunikasjon. Dette innebærer at anestesisykepleier henvender seg først til pasienten og hilser med et fast håndtrykk. Det er avgjørende å tilrettelegge for at pasienten kan stille spørsmål og fortelle om det de har på hjertet. Anestesisykepleieren på sin side bør være varm, gi blikkontakt og stille direkte spørsmål som angår pasienten. Å utøve omsorg er viktig i det medmenneskelige aspektet. Her har anestesisykepleieren en viktig rolle, og bør bruke seg selv i møte med pasienten. Dette kan innebære å dele litt av egne erfaringer, være avslappet og ha en uhøytidelig tone, samt la omsorgen komme til uttrykk gjennom sin handling og tilstedeværelse. Å jobbe raskt og effektivt så forløpet går fort, og ventetiden reduseres. Da avleder man pasienten, og samtidig viser dyp respekt og tilstedeværelse. Anestesisykepleier må også vise empati ved evne til innlevelse og kunne gi en hånd å holde i.

6.1.2 Undertema: Forberedt – Sikkerhet for pasienten og sikkerhet for anestesisykepleier

Innholdsbeskrivelse/ analytisk tekst

Opptil flere ganger ble det nevnt og diskutert hvor viktig det er å være godt forberedt i møte med pasienten. For å fremme trygghet hos pasienten må pasientsikkerheten være i fokus. En av deltakerne sa følgende: *”Min erfaring er at jo mer jeg vet om pasienten på forhånd, jo bedre blir møtet med pasienten.”* Gjennom diskusjonen mellom deltakerne kom det til uttrykk at det var to sider av pasientsikkerhet. Den ene var sikkerheten for pasientene. En deltaker sa: *”Pasientene er ofte opptatt av at vi vet litt om sykdomshistorien deres.”* En annen deltaker nevnte: *”Jeg ville følt meg trygg dersom jeg møter en anestesisykepleier som er trygg på seg selv og viste seg å være godt forberedt. Det er en hektisk hverdag for anestesisykepleiere, men viktig å ikke vise dette for pasienten.”* Det kom tydelig fram at god forberedelse kan fremme pasientsikkerheten, som igjen kan bidra til at pasientene føler seg trygg og godt ivaretatt.

En annen side av pasientsikkerhet som deltakerne belyste var selve sikkerheten for anestesisykepleieren. Med dette mente de at den ansvarlige anestesisykepleieren skal føle seg trygg og komfortabel i egen rolle. En deltaker nevnte: *”Jeg føler at jeg bedre klarer å motta en pasient når jeg har fått anledning til å forberede meg godt. Dersom man blir ”kastet inn” i en mottakssituasjon hvor man er usikker på navnet til pasienten, inngrep og tidligere sykdomshistorie, så føler jeg meg utrygg og det oppstår en uheldig situasjon. Dersom vi utviser usikkerhet, vil dette kunne overføres til pasienten.”* En annen deltaker la til: *”Vi skulle gjerne lest mer om pasientens sykdomshistorie i journalen, men det er sjelden tid til dette.”*

Det var enighet om at det stort sett er gode rutiner både på sengepost og operasjonsavdelingen. I de tilfellene hvor det oppstår svikt i systemet som for eksempel mangel på utstyr eller fullstendig rapport, oppleves dette som svært uheldig og kan føre til at pasienten kjenner seg utrygg. Sjekklister og kontrollspørsmål ble også nevnt som viktig når det gjelder å være godt forberedt. En deltaker sa: *”Man spør om alle kontrollspørsmålene for å ivareta sikkerhet, som igjen også vil fremme trygghet hos pasienten.”* Videre sa en annen: *”For at pasienten skal føle seg godt ivaretatt så tror jeg det er viktig at vi ikke spør om de samme kontrollspørsmålene fra sjekklisten flere ganger. Viktig at alle har fokus og hører etter.”*

Deltakerne trakk fram at det er av betydning at pasientene har fått tilstrekkelig med informasjon, og det var enighet om at det er gode rutiner for dette. Deltakerne diskuterte at det må være tid til at pasienten kan stille spørsmål, og anestesisykepleier må forsøke å svare på det som pasienten lurer på. Anestesisykepleier må gjenta viktig informasjon, da pasientene har behov for dette. Det ble diskutert at til tross for at pasientene er godt forberedt, så er de gjerne ikke forberedt på det som venter inne på operasjonsstuen. Anestesisykepleier har derfor et ansvar å informere om akkurat det. Det kan oppleves som skremmende for pasienten dersom de ikke har fått informasjon om forberedelsene inne på selve operasjonsstuen. Deltakerne var også enige at pasienter som må til akutte hjerteoperasjoner ikke er like godt informert på grunn av at da skal alt skje fort. Dette er en utfordrende situasjon, og her må anestesisykepleier forsøke å berolige pasienten og informere så godt som mulig underveis.

Kondensat

For å fremme trygghet og god ivaretagelse må pasientsikkerheten stå i fokus.

Anestesisykepleier må framstå som godt forberedt og trygg i egen rolle. En må kjenne til pasientens sykdomshistorie, bruke navnet til pasienten og sørge for at aktuelt utstyr er på plass. Dette innebærer gode rutiner både på sengepost og operasjonsavdeling, og at man gjennomgår sjekklister og kontrollspørsmål. Målet er at pasientene skal få en opplevelse av trygghet og god ivaretagelse. I tillegg skal den ansvarlige anestesisykepleier føle seg komfortabel og ha kontroll over situasjonen. Stort sett er det gode rutiner på dette. Dessverre er det et tidspress som fører til at det er utfordrende å få lest nok i journalen. Dersom anestesisykepleier føler seg «kastet inn» i en situasjon, vil dette kunne føre til en uheldig mottakelse av pasienten. En annen viktig side av forberedelse er at pasientene har fått tilstrekkelig med informasjon. For de elektive pasientene er det gode rutiner, men for akutte pasienter er det ikke nok tid. Dette er en utfordring og anestesisykepleier spiller en viktig rolle i det å kunne formidle trygghet selv i stressende situasjoner. Pasientene har gjerne ikke fått konkret informasjon om det som venter av forberedelser og inntrykk inne på selve operasjonsstuen, og det må anestesisykepleier informere om.

6.1.3 Undertema: Pasientfokus- Å la pasienten stå i fokus

Innholdsbeskrivelse/analytisk tekst

Det er enighet om at pasientmottakelsen er svært viktig for å kunne etablere tillit, fremme trygghet og god ivaretagelse for pasienten. Deltakerne diskuterte at det er utfordrende siden

dette møte med pasienten er kort. Møtet mellom anestesisykepleier og pasienten er kort fordi forberedelsen skal skje effektivt. Dette medfører en del utfordringer, deriblant å etablere tillit og fremme trygghet for pasienten (Bruun, 2011, s.29). Anestesisykepleier skal danne seg et inntrykk av pasienten for å møte behovene den enkelte har, og i tillegg gi et inntrykk av seg selv slik at pasienten skal føle tillit. En deltaker sa: *”Jeg synes det er best å ta imot pasientene mine selv fordi jeg får mye pasientinformasjon gjennom mottakelsen.”* Deltakerne diskuterer at det er en fordel at mottakelsen er kort fordi pasientene ønsker å få inngrepet overstått så fort som mulig.

Alle deltakerne gir uttrykk for å være enige om at det er en fordel å være første pasient på operasjonsprogrammet. Dette skyldes at man har bedre tid om morgenen, og klarer derfor å ha et bedre pasientfokus. Tidspresset øker utover dagen, og man får ikke alltid ta imot pasientene sine selv. Videre diskuterte deltakerne at man må opptre profesjonelt og ”se an” situasjonen slik at man best mulig kan møte den enkeltes behov. I noen situasjoner kan humor berolige, mens i noen tilfeller blir dette feil. Anestesisykepleier har liten tid til å vinne pasientens tillit, og det er uheldig å skape et dårlig førsteinntrykk. En deltaker uttalte: *”Vi må tenke nøye gjennom hvordan vi møter pasienten. På grunn av liten tid så har man ikke noe særlig mulighet å rette opp i noe dersom pasienten får et dårlig første inntrykk av deg. Man må derfor være bevisst på hva man sier og gjør i møte med pasienten som er i en sårbar situasjon.”*

Kondensat

At det første møte med pasienten er kort, er nok både en ulempe og en fordel. Utfordringen er at vi har kort tid til å danne oss et første inntrykk av pasienten og vinne pasientens tillit som kan fremme trygghet og opplevelse av god ivaretagelse. På en annen side ønsker de fleste pasientene å få inngrepet overstått så fort som mulig. Ved at alt skjer effektivt fra de ankommer operasjonsavdelingen, kan dette bidra til å redusere ventetiden og det ubehaget som pasientene opplever. Jeg tror det er en fordel å ta imot pasientene selv fordi da får man utnytte tiden best mulig. Anestesisykepleiere må opptre profesjonelt og la pasienten stå i fokus. Dette innebærer å være forberedt og ha en inkluderende atmosfære.

6.2 Tema 2: Å gi fra seg kontrollen- Å miste kontrollen versus å beholde kontrollen

Innholdsbeskrivelse/ analytisk tekst

Deltakerne diskuterte forskjellige faktorer som de mente pasientene opplever som skremmende ved å skulle til hjertekirurgi, da dette er et stort og alvorlig inngrep. Det var stor enighet om at det å miste kontrollen er noe av det pasientene frykter mest. Informantene diskuterte også at mange pasienter frykter å våkne under operasjonen og føle smerter, samt også frykten for å ikke våkne igjen. Redselen for å skulle på hjerte-lunge maskin ble også trukket fram.

Deltakerne skildret ulike faktorer som kan bidra til å fremme trygghet under preoperativ mottakelse. Det kan være avgjørende for pasientens opplevelse av god ivaretagelse å vise at man har tid og ikke stresser. Til tross for at dette er vanskelig i en travel hverdag, er det avgjørende å vise pasienten at man har kontroll. En informant nevnte: *”Vi sier til pasientene at vi passer godt på de under operasjonen, men jeg er usikker på om pasientene lar seg berolige av det.” Videre ble det også nevnt: ”Jeg vil ikke kalle det en god opplevelse for pasienten siden det er en operasjon vedkommende skal til. Jeg tror det er viktig at pasienten tar med seg videre en opplevelse av at operasjonsforløpet har gått bra.”*

Det ble diskutert om det er forskjell på pasientens opplevelse av hvilke type hjertekirurgi som er aktuelt. En informant nevnte: *”Til tider har vi litt yngre pasienter som skal til klaffekirurgi, og disse pasientene kan være veldig engstelige.”* Informantene diskuterte at tidligere opplevelser og de erfaringene pasientene har fra før, kan spille en rolle for den nåværende opplevelsen. Det var stor enighet rundt at yngre pasienter ofte bruker internett for å tilegne seg informasjon om det aktuelle inngrepet. Dette mente deltakerne er uheldig da internett ikke alltid er en pålitelig kilde, og dermed medfører økt engstelse hos pasientene. En informant nevnte følgende: *”Det kan være en utfordring at pasientene har så lett tilgang på informasjon via internett siden det ikke alltid er en pålitelig kilde til riktig informasjon. Dette kan medføre at de er engstelige siden de sammenlikner tv serier med virkeligheten og det inngrepet de skal til.”*

Kondensat

Mitt inntrykk er at pasientene frykter tap av egen kontroll og selve operasjonen. De er mest redd for å miste kontrollen og ikke våkne igjen. De er også redde for å våkne og føle smerte

under selve operasjonen. Mange gir uttrykk for at de er engstelige for å skulle på hjerte-lunge maskin. Vi sier til pasientene at vi passer godt på de under operasjonen, men jeg er usikker på om de lar seg berolige i særlig stor grad av det. Det å miste kontrollen er skummelt. Man kan jo heller ikke "late som" at det ikke er et stort og alvorlig inngrep. Pasientene er klar over at det innebærer risiko. Jeg synes det er uheldig at yngre pasienter bruker internett for å tilegne seg informasjon om det aktuelle inngrepet. For at pasienten skal oppleve god ivaretagelse må vi ha tid og vise at vi ikke stresser. Dette er utfordrende i en travel hverdag, men det er viktig å vise pasienten at vi har kontroll. Jeg tror det er viktig at pasienten tar med seg videre en opplevelse av at operasjonsforløpet har gått bra.

6.2.1 Undertema: Premedikasjon – "Kan være gull for pasientene"

Innholdsbeskrivelse/ analytisk tekst

Informantene gav inntrykk for å være svært positive til premedikasjon. De mente at dersom det blir dosert riktig, kan dette bety stor forskjell for pasientene. Det kan bidra til økt trygghetsfølelse og bedre ivaretagelse. En informant sa: *"Passe mengde premedikasjon hvor man opplever å få litt ro i kroppen, er gull for pasientene."* Samtidig ble det belyst at det er spesielt avgjørende med premedikasjon til pasienter som skal til hjertekirurgi. Premedikasjon reduserer belastningen på hjertet, og bidrar til en betydeligere stabil anestesi. Det ble også diskutert at selv om premedikasjon gjerne medfører at pasienter ikke husker forløpet i etterkant, spiller det en rolle der og da. En informant mente at de som er ekstra sårbare er andre pasient på operasjonsprogrammet. Informanten mente at ventetiden uten premedikasjon er en stor påkjenning, og særlig dersom pasienten har opplevd å bli utsatt flere ganger tidligere.

Kondensat

Mitt inntrykk er at premedikasjon i noen tilfeller kan bidra til sløvheter og økt uro. Dersom det er dosert i passe mengde kan dette bety mye for pasientens opplevelse, ved å redusere det psykiske og fysiske ubehaget. Siden hjertekirurgi er et stort inngrep, er premedikasjon viktig for å redusere den fysiske belastningen på hjertet, samt opprettholde en mer kardiovaskulær stabil anestesi. Premedikasjon vil i mange tilfeller bidra til at pasientene ikke husker forløpet i etterkant, men det er like viktig å bidra til at de føler god ivaretagelse underveis da sanseinntrykk der og da spiller en viktig rolle.

6.2.2 Undertema: Medbestemmelse – ”Aktiv deltakelse og medbestemmelse”

Innholdsbeskrivelse/ analytisk tekst

Deltakerne diskuterte hvordan medbestemmelse og aktiv deltakelse kan være med å bidra til økt trygghetsfølelse og fremme god opplevelse av å bli ivaretatt. Samtidig som det ble diskutert hvor skremmende det er å miste kontrollen, ble det trukket fram viktige faktorer som kan bidra til å øke følelsen av kontroll. Følelsen av å miste kontrollen versus å gi fra seg kontrollen. En informant nevnte: *”Det er viktig å gi pasientene selvbestemmelse og en følelse av aktiv deltakelse.”* Det ble trukket fram at anestesisykepleierne burde delta på previsitt for å tilrettelegge for god informasjon hvor pasientene har mulighet for å stille spørsmål i rolige omgivelser. For å fremme følelsen av deltakelse og medbestemmelse bør også pasientene få komme med ønsker om hvor venekanylen legges og å holde masken selv. Deltakerne var enige om at dette kan avlede pasientene, og dermed fremme trygghet.

Kondensat

Jeg synes det hadde vært en fordel å gå previsitt på pasientene. Da hadde man fått mulighet å hilse på pasienten, og informere i roligere omgivelser enn pasientslusen. Pasientene er gjerne litt roligere dagen før enn selve operasjonsdagen, og da er de også mer mottakelige for informasjon. Det er mange pasienter som har gitt uttrykk for at de følte det beroligende dersom samme anestesilege som gikk previsitt, også mottar dem i slusen. Det kan føre til økt trygghet å bli mottatt av et kjent ansikt. Det er noen pasienter som har et sterkt ønske om hvor venekanylen plasseres, og så langt det lar seg gjøre bør de få medbestemmelse. Det samme gjelder masken som holdes tett på under preoksygeneringen. Mange pasienter har klaustrofobi og det kan føles bedre å holde masken selv. Anestesisykepleier bør fremme følelsen av deltakelse og medbestemmelse hos pasienten så langt det lar seg gjøre.

6.3 Tema 3: Anerkjennelse redselen

6.3.1 Undertema: Omgivelser – Høyt tempo og mye utstyr

Innholdsbeskrivelse/analytisk tekst

Et av hovedtrekkene som ble belyst gjennom intervjuene var at anestesisykepleier må anerkjenne redselen til pasienten. Deltakerne diskuterte ulike momenter som kan forsterke

redselen ved å skulle til hjertekirurgi. Det som kom til uttrykk var omgivelsene rundt pasienten. For å ivareta pasienten på en god måte, innebærer dette å ta ansvar for pasienten i et høyteknologisk miljø (Bruun, 2011, s.19-20). Det var enighet om at støy kan skape stress og bidra til å forsterke ubehag og frykt hos pasientene. En deltaker nevnte: *”Det er mange personer involvert i pasientforløpet, og det er viktig å bevare en rolig atmosfære.”* Et annet moment som deltakerne trakk fram var alt det høyteknologiske utstyret. En deltaker sa følgende: *”Mange pasienter gir uttrykk for å bli engstelig når de ser alt utstyret og personene inne på operasjonsstuen. Det er gjerne da de forstår hvor stor og alvorlig operasjonen er.”* Det ble også diskutert hvordan logistikken påvirker ivaretagelsen av pasientene. Alle var enige om at det er best å være første pasient på operasjonsprogrammet. Dette fordi det blir mer hektisk utover dagen, og man mister litt av pasientfokus. Hvordan miljøet er med å påvirke pasientens opplevelse ble også nevnt. Det er uheldig dersom kollegaer diskuterer private ting seg imellom. Det bør være et godt samspill mellom team og pasienten.

Kondensat

Anestesisykepleier må ha evne til å anerkjenne redselen til pasienten. En må være bevisst på den frykten som pasienter kanskje føler på og det som kan bidra til å forsterke den redselen. Omgivelser er noe som kan påvirke hvordan anestesisykepleier kan fremme trygghet, og hvordan pasientens opplevelse av ivaretagelse blir. Operasjonsavdelingen preges av et høyt tempo. Dersom det blir for mye støy rundt pasienten, kan dette forsterke stressnivået og bidra til utrygghet. Det er viktig å ha fokus på å skape rolige omgivelser hvor pasienter skjermes. Noe som kan påvirke pasientens opplevelse er alt det høyteknologiske utstyret.

Anestesisykepleier må ha tett kommunikasjon med pasienten. Både logistikk og miljø preger pasientforløpet, og det er viktig at det dannes et godt samspill for best mulig ivaretagelse av pasienten.

6.3.2 Undertema: Verdighet – Å vise respekt, ydmykhet og verne om bluferdighet

Innholdsbeskrivelse/analytisk tekst

Pasientenes verdighet kan trues siden de befinner seg i en sårbar situasjon. Det var enighet blant deltakerne at anestesisykepleier må vise respekt og ydmykhet i møte med pasienten. En deltaker sa: *”Anestesisykepleier må anerkjenne redselen til pasienten, og ikke bare avfeie den.”* Videre sa en annen at: *”Det å jobbe effektivt for å redusere ventetiden, kan bidra til å*

verne om verdigheten til pasienten.” Pasientene er avkledd når de ankommer slusen, og det er svært viktig at anestesisykepleier verner om pasientens bluferdighet.

Kondensat

Pasienter som skal til operasjon befinner seg i en sårbar situasjon og ønsker å få beholde sin verdighet. Anestesisykepleier har et ansvar om å verne om pasientens verdighet ved å vise respekt og ydmykhet i møte med pasienten. I tillegg må det tilstrebtes å verne om pasientens bluferdighet.

7.0 Diskusjon

7.1 Resultatdiskusjon

Studiens funn og resultat fra analysen vil her bli diskutert og drøftet i lys av problemstilling, teori og tidligere forskning. Funnene vil bli presentert som ett tema om gangen og det vil innebære hovedtema og de undertemaene som fremtrer under hvert hovedtema. Dette vil bli presentert og drøftet i den rekkefølgen de fremkom i resultatdelen.

Tema 1: Relasjonen

Medmenneskelighet

Funnene viste at det er avgjørende at det skapes en god relasjon mellom anestesisykepleier og pasient for at trygghet skal fremmes, og følelsen av god ivaretagelse. En av de momentene som kan bidra til god relasjon var å vise medmenneskelighet. Tidligere forskning bekrefter at det å opptre medmenneskelig er avgjørende. Mennesker i krise har behov for støtte, omsorg og medmenneskelig kontakt (Fallsen, 2017). Det kom frem at forholdet mellom anestesisykepleier og pasient er avgjørende for at pasienten skal føle seg trygg, og derfor er det viktig at pasienten har noen å dele tankene og følelsene med (Lagerstrøm og Bergbom, 2006).

Eksempel på hvordan anestesisykepleier kan vise medmenneskelighet var blant annet å utvise god evne til kommunikasjon. Funnene viste at god kommunikasjon innebærer blant annet å møte pasienten på en god måte ved å hilse med et fast håndtrykk, og henvende seg først til pasienten. Vi ser at et førsteinntrykk er viktig og at det kan være avgjørende for det videre sykehusoppholdet. Som anestesisykepleier er dette viktig å huske siden man har liten tid på å

vinne pasientens tillit i det korte møtet. I tillegg påpekte funnene at det må være nok tid til at pasientene kan stille spørsmål. Tidligere forskning støtter opp om at profesjonalitet i sykepleie innebærer en omfattende sykepleiefaglig, medisinsk, psykologisk og kommunikativ kompetanse, og at kompetanse i observasjon og kommunikasjon er nødvendig for å realisere kjerneverdier i sykepleie. Sykepleie innebærer et personlig og profesjonelt nærvær (Lillemoen og Nortvedt, 2016). Lindwall mfl., (2003) så på betydningen av kontinuitet i relasjonen. Dette har betydning for pasienten og sykepleieren. For pasienten er det viktig med kontinuitet og god kommunikasjon for at de skal føle trygghet. For anestesisykepleieren er kontinuitet med på å gjøre arbeidet mer kvalitetssikret og meningsfullt, samt tilrettelegges det for å etablere et omsorgsfullt forhold til pasienten (Berg mfl., 2013).

Et annet viktig aspekt ved å være medmenneskelig var å utvise god omsorg. Rudolfsson (2007) fremhever at omsorg kan bli gitt gjennom tilstedeværelse og kommunikasjon med pasienten. Vår studie trekker fram at god omsorg kan utøves ved at anestesisykepleier bør være varm, smilende og gi blikkontakt i møte med pasienten. Funnene viste at varmeteppe er en fin måte å vise omsorg på, og det å dele litt av egne erfaringer. Videre påpekte funnene at anestesisykepleier utviser omsorg ved å opptre rolig, behersket og vise medmenneskelighet. Dette kan redusere frykten som pasienten føler, og fremme følelse av trygghet og god ivaretagelse. Våre funn tyder på at det ikke alltid er selve samtalen med pasienten som fremmer trygghet, men handlingen og tilstedeværelsen. Disse funnene er i tråd med at anestesisykepleier skal møte pasienten på en omsorgsfull og trygg måte (ALNSF, 2017).

Ordet empati ble trukket fram som avgjørende for å skape god relasjon. Dette kan vises både i form av en hånd å holde i, men også at anestesisykepleier jobber effektivt og avleder pasienten. Da går forløpet raskt frem til pasienten sovner, og ventetiden samt ubehaget reduseres. I resultatene kom det også frem at anestesisykepleier må møte pasientene der de befinner seg. Tidligere forskning påpeker at anestesisykepleier må vise respekt, sympati og evne til å beskytte pasienten gjennom forløpet (Lagerstrøm og Bergbom, 2006).

Mishel sin teori beskriver usikkerheten som oppstår ved sykdom, og hvordan pasienten kan finne ny mening i sin sykdom. Som anestesisykepleier kan man gjennom å skape en god relasjon hvor man hjelper pasienten med å tolke det som skjer, bidra til å redusere usikkerheten som pasienten måtte oppleve. Da hjelper man pasienten til å finne mening i sin situasjon, og til å ta i bruk mestringsstrategier (Mishel og Braden, 1988, s.98-103). I tråd med det funnene påpeker, mener vi at anestesisykepleier har en unik mulighet til å skape en god

relasjon til pasienten gjennom å vise medmenneskelighet, omsorg og god evne til kommunikasjon i pasientmottakelsen. Dette kan redusere frykten ved å skulle til hjerteoperasjon, og bidra til å fremme trygghet hos pasienten.

Forberedt

Våre funn viser at det er viktig for anestesisykepleier å være godt forberedt i møte med pasienten. Tidligere forskning viser at det er av betydning med god forberedelse i forkant av pasientmottakelsen. Haugslett (2009) mener at forberedelse fører til at anestesisykepleierne er bedre rustet til å møte pasientene med kunnskap om deres individuelle behov, og hvilken situasjon de befinner seg i.

For å fremme trygghet må pasientsikkerheten være i fokus. Grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere hevder at anestesisykepleiere har en nøkkelrolle ved forbedring av perioperativ pasientsikkerhet (ALNSF, 2017). I studien vår ble det trukket fram to sider av pasientsikkerhet. Den ene var sikkerheten som pasientene opplever ved at anestesisykepleier kjente til deres sykdomshistorie, var rolig og trygg på seg selv, og viste seg å være godt forberedt. En annen side av pasientsikkerhet som ble belyst var selve sikkerheten for anestesisykepleieren. Med dette mentes det at den ansvarlige anestesisykepleieren skal kunne føle seg trygg og komfortabel i egen rolle. Eksempler som ble trukket frem var at anestesisykepleier må få nok tid til å sette seg inn i pasientens sykdomshistorie og det aktuelle inngrepet før mottakelsen. Våre funn understreket at det var tidspresset som medførte det utfordrende å møte godt nok forberedt før pasientmottakelsen. Det kom frem at det er svært uheldig når anestesisykepleier ikke får skaffet seg tilstrekkelig med informasjon om pasienten, og føler seg nærmest ”kastet inn” i en mottakssituasjon. Dette kan skape både usikkerhet og forsterke redsel hos pasienten. Samtidig kan det medføre dårligere kvalitet og svekket pasientsikkerhet, og som fører til utrygghet for anestesisykepleier.

Ellers kom det frem at gode rutiner med sjekklister og kontrollspørsmål var med på å øke sikkerheten og fremme trygghet for både pasienten og anestesisykepleier. Tidligere forskning understøtter også at helsevesenet jobber for å sikre kvalitet og trygghet gjennom å tilby sikre tjenester som gode rutiner, prosedyrer og sjekklister (Berland og Natvig, 2005). Dette for å forhindre og forebygge medisinske feil og hendelser, og å beskytte pasienten mot skade (Ammouri mfl., 2015).

Som tidligere forskning, viste også vår studie at trygghet kan fremmes dersom anestesisykepleier møter pasienten på en profesjonell måte. Det bør gis kontinuerlig informasjon til pasienten under forberedelse i den preoperative fasen (Berg mfl., 2013). Lazarus og Folkman sin strategi om problemorientert mestring vil for eksempel innebære at pasientene søker etter informasjon fra ulike kilder for å skaffe seg kunnskap om hjerteoperasjonen de skal til (Lazarus, 2009, s.145). Informantene påpekte at det er av stor betydning at pasientene har fått tilstrekkelig informasjon, og at den må gjentas. Pasienter har individuelt behov for informasjon, og det kan endre seg over tid (Durling mfl., 2007) (Haugstett, 2009).

Til tross for at det var enighet om at det var gode rutiner for å informere pasientene og at de var godt forberedt, kom det likevel frem at pasientene ikke blir like godt forberedt på det som venter dem inne på selve operasjonsstuen. Anestesisykepleier har et ansvar for å informere om akkurat dette. I forkant av hjertekirurgi mottar pasientene et hefte som omhandler informasjon om det aktuelle inngrepet, og dette er nyttig for pasientene (Haaverstad mfl., 2016).. Likevel kan det som møter dem inne på selve operasjonsstuen virke overveldende.

På bakgrunn av studiens funn mener vi at det foreligger gode rutiner på å forberede pasientene. De mottar både muntlig og skriftlig informasjon. Det som gjerne bør settes mer fokus på er at anestesisykepleier må forberede pasientene på det som møter dem inne i selve operasjonsavdelingen. Pritchard (2010) sin studie påpeker nettopp det at helsepersonell må være bevisst på engstelige pasienter, og at det er deres ansvar å sørge for at pasienten har mottatt tilstrekkelig informasjon. Flere studier konkluderer med at grundig informasjon bidrar til å redusere angst og fremmer trygghet i forkant av operasjonen (Durling mfl., 2007). Dette er også i samsvar med grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere (2017) som påpeker at anestesisykepleier er pliktig å gi pasienter tilstrekkelig informasjon (ALNSF, 2017).

Lazarus og Folkman sin stress og mestringsteori hevder at stressreaksjoner blir utløst når personen opplever at en situasjon kan være farlig eller belastende, som for eksempel å skulle til hjerteoperasjon. Når pasienten forsøker å mestre en konkret situasjon, vil man som regel ta utgangspunkt i sin egen kognitive vurdering eller oppfatning for den aktuelle situasjonen. De mener at en belastende situasjon kan oppfattes som enten tap, trussel eller en ny utfordring. Pasienter som skal til hjertekirurgi kan oppleve både tap av fysisk funksjon og trussel for egen helse. Sykepleier må derfor hjelpe pasienten med sine vurderinger og kan gjøre dette gjennom

å gi god informasjon, noe som fører til at pasienten kan oppleve trygghet (Lazarus, 2009, s.98-101).

Pasientfokus

Informantene var enige om at pasientmottakelsen er svært viktig for å kunne etablere tillit, fremme trygghet og god ivaretagelse for pasienten. Berg (2013) sin studie trekker frem at trygghet kan fremmes dersom anestesisykepleier møter pasienten på en profesjonell måte. Studiens funn peker på at det er en fordel å være første pasient på operasjonsprogrammet. Informantene forklarer at grunnen til dette er at man har bedre tid om morgenen, og dermed et bedre pasientfokus. Utover dagen øker tidspresset, og av hensyn til logistikken får man gjerne ikke ta imot pasientene sine selv. Fordelen med å ta imot pasienten sin selv er at man får hilst på pasienten, gått igjennom kontrollspørsmål selv og dannet seg et første inntrykk.

Informantene drøftet også at det er både fordeler og ulemper ved at møtet med pasienten er kort. Utfordringen er at anestesisykepleier har kort tid til å vinne pasientens tillit, mens fordelen med det korte møtet er at pasientene ønsker å få inngrepet overstått så fort som mulig. Dermed er det positivt at ting skjer fort frem til pasienten sovner. Ut fra våre funn får vi en forståelse av at det ikke nødvendigvis ville vært lettere å fremme trygghet ved at pasientmottakelsen varte lengre, men heller tvert imot siden da ville ventetiden for pasientene også bli lengre. Det korte møtet mellom pasienten og anestesisykepleier kan derfor være en fordel. For å fremme trygghet er det avgjørende at anestesisykepleier møter forberedt, har fullt pasientfokus og at forløpet går effektivt.

Alle deltakerne var enige at det er best å ta imot pasientene sine selv da de får mer informasjon og oversikt. Da er det lettere å fremstå som forberedt og fremme trygghet for pasienten. Lindwall (2003) har også sett på betydningen av kontinuitet i relasjonen, og konkluderte med at det kan være med på å fremme trygghet. Dette er i tråd med grunnlagsdokumentet om at anestesisykepleier skal bidra til å etablere og opprettholde arbeidsforhold som medfører anestesisykepleie av høy kvalitet (ALNSF, 2017). Et annet moment som kom frem var at alle må la pasienten være i fokus. Det vil kunne oppleves uheldig for pasienten dersom personalet snakker ”over hodet” på pasienten, mens i stedet må det tilrettelegges for en inkluderende atmosfære. Westerling og Bergbom (2008) sin forskning støtter at en inkluderende og positiv atmosfære er viktig for pasientene som skal til operasjon, og at dette kan bidra til en bedre opplevelse.

Tema 2: Å gi fra seg kontrollen

Tidligere forskning fastslår at det å skulle til operasjon medfører stor belastning, både fysisk og psykisk. Det er vanlig at pasienter opplever redsel i forkant av operasjonen (Pritchard, 2010). Guo (2014) erklærer at å skulle til operasjon er en stressfull situasjon som vil påføre mennesker ulike nivåer av angst. En av de momentene som opptar pasientene i forkant av å skulle til operasjon, er redsel for å miste kontrollen (Westerling og Bergbom, 2008).

Sundqvist (2014) trekker fram at det å få narkose innebærer at pasienten mister kontrollen, og det krever at pasienten har tillit til anestesisykepleier. Videre fremheves det at anestesisykepleierens viktigste oppgave er å utvise trygghet ovenfor pasienten.

Våre funn viser at det var enighet blant informantene om at det som er mest skremmende for pasientene, er å miste kontrollen. Det som ble fremhevet var at mange pasienter frykter å våkne under operasjonen og føle smerte, samt frykten for å ikke våkne igjen. Mange pasienter gir uttrykk for å være engstelige for å skulle på hjerte-lunge maskin. Lazarus og Folkman fastslår at stressreaksjoner blir utløst når personen opplever at situasjonen kan være farlig eller belastende. Eksempel på verdier som kan bli truet kan være når pasienten som skal til hjertekirurgi opplever å miste kontrollen over egen situasjon (Lazarus, 2009, s.97-98).

I vår studie kom det frem at til tross for en travel hverdag med høyt tempo, må vi som anestesisykepleiere ikke vise at vi stresser, men formidle ro og at vi har kontroll. Som en deltaker trakk fram er det vel ikke korrekt å kalle det en god opplevelse for pasienten, siden det er en hjerteoperasjon vedkommende skal til. Målet vil heller være at pasienten skal ta med seg videre at operasjonsforløpet har gått bra. Pasienter vil kunne tilstrebe å ta i bruk emosjonelt orientert mestring som omfatter strategier som forsøker å endre opplevelsen av en situasjon fremfor å endre selve situasjonen. Målet er å dempe stress og ubehag ved å prøve å endre situasjonens meningsinnhold. Anestesisykepleier må hjelpe pasienten så godt det lar seg gjøre til å endre situasjonen til en positiv opplevelse. Selv om man ikke kan skjule at hjertekirurgi er et stort og alvorlig inngrep, kan anestesisykepleier hjelpe pasienten til å oppleve mestringsfølelse og dermed beholde litt av kontrollen (Lazarus 2009, s.145-146).

Andersen og Fagermoen (2007) finner at opplevelse av usikkerhet er fremtredende hos mennesker under sykdom og behandling, og at dette innvirker på deres håndtering av situasjonen. Mishel sin teori presenterer fire hovedkomponenter som er faktorer som fører til

og innvirker på usikkerhet, vurdering, mestring og tilpasning av usikkerhet (Bailey og Stewart, 2011, s.503-516). Anestesisykepleier kan bidra til å redusere usikkerheten hos pasienten ved for eksempel å utstråle ro og vise at man har kontroll. Dette vil kunne fremme trygghet.

Informantene diskuterte om det er forskjell på pasientens opplevelse av hvilke type hjertekirurgi som er aktuelt. Det var enighet om at selve operasjonen ikke hadde noe innvirkning på pasientens opplevelse, men at alderen kunne ha det. Informantene nevnte at yngre pasienter ofte gav uttrykk for å være engstelige. Det ble også nevnt at det ikke alltid er positivt at yngre pasienter tilegner seg informasjon fra internett da dette ikke nødvendigvis er en pålitelig kilde. Mishel påpeker at dersom det foreligger mangel på informasjon eller feilinformasjon vil dette kunne forsterke uforutsigbarheten ved sykdom, som igjen vil øke usikkerheten. Jo lenger det fortsetter å være usikkerhet ved sykdommen, jo mer ustabil blir individets funksjonsområdet (Bailey og Stewart, 2011, s.503-516).

Premedikasjon

Det var enighet blant informantene at dersom premedikasjon blir dosert i riktig mengde, kan dette bidra til en mer avslappet opplevelse og dermed økt trygghetsfølelse for pasientene som skal til hjertekirurgi. I tillegg til at premedikasjon har en positiv virkning på pasientens velvære og kan redusere litt av det psykiske ubehaget, kan premedikasjon også redusere den fysiske belastningen på hjertet. Informantene påpekte at premedikasjonen er med på at pasientene ikke vil huske forløpet i etterkant. I mange tilfeller kan nok dette stemme. Pasienter som skal til hjertekirurgi får en god dose med premedikasjon og dette vil mange ganger ta bort hukommelsen. Likevel er vi enige med informantene at til tross for at pasienter gjerne ikke husker forløpet i etterkant, vil de likevel sanse underveis slik at ulike tiltak for å fremme trygghet er viktig. Når det gjelder pasienter som omtrent sover i det de ankommer pasientslusen, mener vi at de likevel vil kunne oppfatte noe av det som skjer. Det er gjerne ikke samtalen med pasienten som er viktig, men hvordan anestesisykepleier ivaretar pasienten ellers. Eksempelvis kan være å utstråle ro og trygghet i egen rolle.

Medbestemmelse

Funnene gjennom tidligere forskning samt denne studien, peker på at pasienter synes det er skremmende å miste kontrollen. Både Pritchard (2010), Durling mfl., (2007), og Westerling og Bergbom (2008) fant at det å skulle til operasjon oppleves som stressfullt, og det som

pasienter frykter mest, er å miste kontrollen. Dette peker også våre funn på. Informantene diskuterte at det er ulike faktorer som kan bidra til å øke følelsen av kontroll, og dermed fremme trygghet og god ivaretagelse. Selv om alle pasientene som skal til hjertekirurgi og dermed får narkose vil kjenne på følelsen av å miste kontrollen, så kan anestesisykepleier hjelpe dem til å beholde noe av kontrollen. Deltakerne fastslo at anestesisykepleier må gi pasientene medbestemmelse og en følelse av aktiv deltakelse.

Informantene diskuterte ulike måter anestesisykepleier kunne gjøre dette på. Det ene momentet som ble trukket fram var at anestesisykepleier bør delta på previsitt til pasientene, slik at det kan tilrettelegges for god informasjon og pasientene får mulighet til å stille spørsmål i rolige omgivelser. Hughes (2002) er en av dem som har undersøkt betydningen av preoperativ informasjon. Studien ser på betydningen av informasjon gitt til pasienter senest 24 timer før sykehus innleggelsen. Lindvall mfl., (2003) fant at previsitt forbedrer ivaretagelsen ved at pasientene får muligheten til å uttrykke forventninger og bekymringer til det aktuelle inngrepet, samt motta nyttig informasjon. I tidligere forskning kom det også fram at previsitt med grundig informasjon kan i betydelig grad redusere angst og fremme trygghet i forkant av operasjon (Durling mfl., 2007).

I vår studie diskuterte deltakerne om det har betydning at anestesisykepleier går previsitt i samarbeid med anestesilege. Det ble sagt at dette hadde blitt forsøkt tidligere, men var i praksis vanskelig å la seg gjennomføre grunnet alle preoperative forberedelser som pasientene skal igjennom. Flere mente at det ville være en fordel om anestesisykepleier var med på previsitt av hensyn til å informere i rolige omgivelser, samt at pasientene er mer mottakelige for informasjon dagen før operasjonen enn selve operasjonsdagen. Det ble også nevnt at pasienter gir uttrykk for å føle trygghet når de ser et kjent ansikt, og derfor kunne det vært en fordel å møttes allerede dagen før operasjonen. Westerling og Bergbom (2003) fant at pasienter foretrekker å bli informert av anestesipersonell i preoperativ fase. Det kom også fram at det var av betydning at pasientene følte seg anerkjent og deltakende i behandlingsprosessen. Dette er i tråd med grunnlagsdokumentet som fastslår at anestesisykepleier skal utføre eller delta ved preanestetiske samtaler ved å innhente anamnese samt utføre eventuelle fysiske undersøkelser ut i fra pasientens tilstand (ALNSF, 2017).

Flere forslag til hvordan anestesisykepleier kan bidra til å gi pasientene medbestemmelse og en følelse av aktiv deltakelse, var å la pasientene få bestemme hvor venekanylen plasseres dersom dette lar seg gjøre. En annen ting var å la pasientene få holde oksygenmasken selv

under preoksygenering. Dette var ment som forslag dersom pasienten har et sterkt ønske, og det er forsvarlig. Først og fremst må sikkerheten gå foran pasientens ønske, men her igjen vil god informasjon kunne bidra til økt forståelse og trygghetsfølelse.

Mishel sin teoretiske antakelse av usikkerhet vektlegger at individet vil mestre og tilpasse seg usikkerheten som oppstår ved sykdom. Uansett om det oppleves som en trussel eller mulighet, vil pasienten forsøke å tilpasse seg situasjonen (Bailey og Stewart, 2011, s.503-516).

Gjennom medbestemmelse og aktiv deltakelse som for eksempel previsitt, kan anestesisykepleier tilrettelegge for at pasienten kan tilpasse seg sykdomsforløpet. Lazarus og Folkmann snakker også om hvordan individer vil forsøke å mestre situasjoner (Lazarus, 2009, s.145). Anestesisykepleiers mål bør være å dempe følelsen av usikkerhet og stress, og forsøke å endre situasjonens meningsinnhold. Som denne studien viser til, kan dette være å fremme pasientens følelse av medbestemmelse og aktiv deltakelse slik at de får en viss følelse av kontroll, og dermed mestring og trygghet.

Tema 3: Anerkjenne redselen

Omgivelser

Gjennom denne studien var et av hovedfunnene at anestesisykepleier må anerkjenne redselen til pasienten. Bengtsson mfl., (2016) finner det sentralt at anestesisykepleier har kunnskap og forståelse for at angst er en felles følelse i det perioperative forløpet. Informantene trakk fram ulike momenter som kan bidra til å forsterke redselen og ubehaget som pasientene muligens opplever i forkant av hjertekirurgi. Et av funnene som kan enten forsterke redselen eller bidra til å øke trygghetsfølelsen, er omgivelsene. Tidligere forskning viser at det som blant annet opptar pasienter i forkant av operasjon er hva som møter dem i operasjonsslusen, og om det er en positiv atmosfære (Westerling og Bergbom, 2008). I denne studien kom det fram at det ofte er mange personer involvert i pasientforløpet, og at det er av betydning å bevare en rolig atmosfære. Med dette menes det at det ikke er for mye støy rundt pasienten, og at man skjermer pasienten for utstyr dersom dette er mulig. Studiens funn erklærer at mange pasienter ofte blir overrasket over hvor mange personer som er involvert og befinner seg inne på operasjonsstuen. Samtidig gir de gjerne uttrykk for at de blir engstelig når de ser alt det høyteknologiske utstyret. Det er gjerne først når de ankommer operasjonsstuen at de virkelig forstår alvoret, og det kan oppleves som overveldende til tross for at de har blitt godt forberedt med informasjon.

Informantene var enige om at det er best å være første pasient på operasjonsprogrammet fordi det gjerne er litt mindre folk involvert, og dermed roligere omgivelser. Utover dagen så er det mye logistikk og avviklinger, og dermed gjerne flere personer involvert. Dette kan bidra til mer kaos og støy. I tillegg ble det tatt opp at dersom man går med vakttelefon så blir det mye avbrytelser, og man blir ofte nødt til å snakke om neste pasient foran nåværende pasient. Dette er svært uheldig. Informantene trakk fram at miljøet spiller en nøkkelrolle i hvordan vi kan formidle trygghet, og vi som kollegaer må derfor tenke nøye igjennom hvordan vi kommuniserer foran pasientene. Et godt samspill oss i mellom kan bidra til en trygg atmosfære.

Tidligere forskning viser at kontinuitet, bekreftelse og kontroll er viktig for at pasienter skal føle seg trygge og godt ivaretatt. Kontinuitet ble knyttet til anestesisykepleiernes erfaring og kvalitet. Dette kan sammenliknes med denne studiens funn og muligens at dersom det blir for mange personer involvert, kan kontinuiteten svekkes, og dermed også kvaliteten. Bekreftelse ble knyttet til kommunikasjon og rolig atmosfære (Berg mfl., 2013). Dette kan knyttes opp mot studiens funn om at personalet må kommunisere på en god måte og ha et godt samspill, samt og bevare ro rundt pasienten. Hughes (2002) sin studie viste at dersom det er godt tverrfaglig samarbeid i det pre-og perioperative teamet, så kan dette bidra til økt trygghet for pasienten og bedre pasientbehandling.

Denne studiens funn trekker fram at det ville vært svært uprofesjonelt dersom personalet prater om private ting ovenfor pasienten. Det er viktig at alle har fullt pasientfokus. Berg mfl., (2013) fastslår at anestesisykepleier skal tilstrebe å møte pasienten på en profesjonell måte. På en annen side kom det fram i studien at det kan være en fordel at det ikke er så alvorlig stemning, da dette kan forsterke angsten til pasienten. Informantene trakk fram at flere pasienter hadde gitt positivt uttrykk dersom personalet hadde god kjemi og gav uttrykk for en munter stemning. Pasientene opplevde gjerne ikke situasjonen som like skremmende. Det som er viktig er at pasientene blir inkludert, og at man møter hver enkelt individ der de befinner seg. Fallsen (2017) sier at det handler ikke bare om hva vi som sykepleiere gjør, men at vi ser hvert enkelt individ.

Verdighet

I grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere står det at anestesisykepleier skal forsikre seg at pasientens rettigheter, verdier, ønsker og behov respekteres (ALNSF, 2017). Som studiens

funn peker på, kan pasientens verdighet lett trues siden de befinner seg i en sårbar situasjon. Det ble trukket fram at anestesisykepleier må vise respekt og ydmykhet i møte med pasienten. En av de tingene som tidligere forskning viser til er at pasientene er redd for å være alene, de er redde for å måtte be om hjelp, og de er opptatt av hvordan de blir ivaretatt av anestesipersonell (Westerling og Bergbom, 2008). I studien kom det fram at å vise respekt og verne om verdigheten innebærer ikke bare å møte pasienten på en respektfull måte. Det er også av betydning at anestesisykepleier jobber raskt og effektivt for å redusere ventetiden, og med dette verne om verdigheten til pasienten. Med dette kan det kanskje tenkes at ikke alle pasienter ønsker å vise hvor engstelige de er, og for at de skal få beholde verdigheten, er det en fordel at ting skjer fort frem til de sovner. Anestesisykepleier må vise respekt, empati og evne til å beskytte og dermed verne om pasientens verdighet gjennom hele forløpet (Lagerstrøm og Bergbom, 2006).

Et annet funn i denne studien som kan være med på å verne om pasientens verdighet, er bluferdigheten til pasienten. Pasientene har liten bekledding ovenfor fremmede mennesker. Anestesisykepleier må derfor sørge for at pasienten ikke blottlegges og tilstrebe at bluferdighet beskyttes. Omsorg, omtanke og barmhjertighet er sentrale verdier i profesjonell sykepleie (Lillemoen og Nortvedt, 2016). Westerling og Bergbom (2008) fant også at pasienter ønsker å bli anerkjent og føle seg deltakende i det perioperative forløp. Derfor er det avgjørende at anestesisykepleier ser hvert enkelt individ og deres behov, og anerkjenner redselen til pasienten. Som vi har sett så kan dette gjøres på flere måter enn bare gjennom god kommunikasjon. Omsorgen kommer også til uttrykk gjennom handling, som kan innebære å være effektiv slik at ventetiden reduseres.

I det store og det hele mener vi at det er gjennom omsorg at anestesisykepleier kan bidra til å beskytte pasientens verdighet, og dermed fremme trygghet og god ivaretagelse.

Pasienter som skal til hjertekirurgi er i en sårbar situasjon og verdier kan trues. Ifølge Lazarus og Folkman kan dette utløse en psykologisk stressreaksjon (Lazarus, 2009, s.97-98).

Anestesisykepleier må hjelpe pasienten til å mestre situasjonen på best mulig måte, slik at i stedet for opplevelse av tap eller trussel, kan pasienten oppleve mulighet som bidrar til mestringsfølelse.

7.2 Metodediskusjon

Troverdighet er et overordnet begrep innenfor kvalitativ forskning som omfatter gyldighet, pålitelighet og overførbarhet. For å ivareta studiens validitet må man stille aktive spørsmål om kunnskapens gyldighet (Malterud, 2017, s.192). Troverdigheten i et kvalitativt forskningsintervju er knyttet til at man i forskerrollen viser en åpen tilnærming, nøyaktighet og refleksivitet gjennom hele forskningsprosessen. For å vise studiens troverdighet er det nødvendig at vi som masterstudenter og nye i forskerrollen viser evne til refleksjon hvor vi stiller oss kritisk til vår egen rolle, metoder, tolkninger og at vi tydeliggjør intervjusituasjonen (Ellingsen og Drageset, 2010, s.334). Validering skal dermed avklare muligheter, begrensinger, struktur og relevans (Malterud, 2017, s.192).

7.2.1 Datamaterialets validitet

Studiens formål har vært å få frem anestesisykepleiers egne tanker, erfaringer og refleksjoner rundt det aktuelle temaet. Som Malterud (2017, s.193) trekker fram er det derfor av betydning at vi sørger for at det empiriske materialet og våre tolkninger av deltakernes opplevelser, erfaringer og meninger, utgjør et gyldig bindeledd mellom utgangspunktet og resultatet. En forutsetning for å få gyldige data er pålitelighet. Det er derfor av betydning at vi som masterstudenter forsøker å frembringe resultater som er pålitelige, gyldige og overførbare (Ellingsen og Drageset, 2010, s.334-335). Som Kvale (2001, s.165) påpeker så vil en undersøkelses validitet være avhengig av hvor grundige studiens teoretiske foruttagelser er, og hvor logisk utledningen fra teori til forskningsspørsmålet er. I tillegg vil også validiteten av kunnskapen som kommer fram, være avhengig av undersøkelsesoppleggets kvalitet. Som nevnt tidligere, måtte praktiske forhold rundt intervjuene tilrettelegges slik at de kunne gjennomføres i et uforstyrret værelse. For å sikre god lyd kvalitet på båndopptakeren var det viktig med en rolig atmosfære, samt at vi hadde kontrollert båndopptakeren på forhånd. (Viser til 5.2 for ytterligere detaljer).

I forberedelsene av fokusgruppeintervjuene arbeidet vi med å tilegne oss aktuell kunnskap om fokusgruppeintervju, råd og veiledning angående planlegging av intervjuene. Som Malterud (2012, s.30) presiserer så vil ofte selve fokusgruppeintervjuene ta minst tid i prosjektet, mens forberedelsene og etterarbeidet som transkribering og analyse er tidkrevende. Som ny i forskerrollen og med respekt ovenfor informantene var det viktig for oss å stille forberedt til fokusgruppeintervjuene. I forkant arbeidet vi derfor med å utvikle en god intervjuguide og lære oss denne. I tillegg gjennomførte vi et pilotfokusgruppeintervju hvor vi testet ut

intervjuguiden i praksis, og gjorde aktuelle justeringer. For å bevare gyldigheten underveis i intervjuene var det viktig at vi var observant på vår egen oppfatning av det informantene snakket om. Vi jobbet aktivt med å legge vår forforståelse til side. Målet var at det skulle være en felles forståelse mellom oss i forskerrollen og informantene (Ellingsen og Drageset, 2010, s.333- 335). Kvale (2001, s.165) fastslår at validiteten for intervjuet kan måles med selve intervjuingens kvalitet og intervjupersonenes troverdighet. Det bør foregå en kontinuerlig kontroll av den informasjonen som gis. Dersom noe var uklart stilte moderator spørsmål som: *"Har jeg forstått deg rett når du sier at...."* for å oppklare eventuelle misforståelser. På en annen side skal moderator beholde en tilbaketrukket rolle under et fokusgruppeintervju (Malterud, 2012, s.66). Enhver utveksling av kunnskap representerer muligheter for misforståelser, og derfor var det nyttig for oss og forsøke å oppklare eventuelle misforståelser. For å ivareta validiteten var det nyttig for oss å spørre oss selv hva deltakerne snakket sant om, eller hva vi retter søkelyset mot i observasjonen (Malterud, 2017, s.193). Et redskap som har fulgt oss under forskningsprosessen har vært å føre prosjektlogg som har bidratt til å legge igjen spor underveis. Godt forarbeid har vært kjernen til å bevare troverdighet og validiteten av datamateriale (Malterud, 2012, s.29-31). Etter hvert intervju brukte vi litt tid på å reflektere over temaene og helhetsinntrykket vi satt igjen med. Vi stilte også spørsmål om vi hadde undersøkt det vi ønsket å undersøke (Ellingsen og Drageset, 2010, s.334).

Kvalitativ analyse innebærer at teksttolkning og transkripsjonen mest mulig lojalt skal ivareta det opprinnelige datamaterialet. Dette innebærer at man skal ivareta slik deltakernes erfaringer og meninger ble formidlet og oppfattet under selve datainnsamlingen (Malterud, 2017, s.77). Som Kvale og Brinkmann (2017, s.205-206) anbefaler, forsøkte vi å stille spørsmål om hva korrekt transkripsjon for vår forskning ville være. Vi valgte å transkribere i full tekst. Uansett hvor korrekt en transkripsjon er, vil det alltid forekomme en fordreining av omsetningen av muntlig samtale til skriftlig tekst. Vi måtte være observant på at validiteten ikke ble svekket under prosessen. En utfordring kan være dersom vi i forskerrollen lar vår forforståelse bli for dominerende, og for eksempel får frem de subjektive aspektene i intervjuet, altså vår tolkning av informantene. Dette kan medføre en svekket validitet og reliabilitet av datamaterialet. Forforståelsen vår som forskere vil kunne endre seg underveis i transkriberingsprosessen. Dette kan åpne opp for nye perspektiver og spørsmål om emnet vårt som vi kunne brukt da vi gjennomførte intervjuene. Med hensyn til dette var det en fordel at

hvert intervju ble transkribert fortløpende, slik at vi hadde mulighet til forbedring og justeringer før neste intervju skulle utføres.

Analysearbeidet var en krevende prosess. Samtidig som datamaterialets gyldighet skulle ivaretas, var det også viktig at ikke fokuset på påliteligheten ble så sterkt at det ville motvirke kreativ tenkning og variasjon (Ellingsen og Drageset, 2010, s.333-334). Som Kvale (2001, s.165) fastslår så vil validiteten av analysearbeidet være forankret med hvorvidt spørsmålene i intervjuteksten er gyldige, og tolkningene logiske. Derfor diskuterte vi oss i mellom om hvorvidt vår fortolkninger var logiske (Kvale og Brinkmann, 2017, s.278). Det var til stor hjelp å få veileders syn på datamaterialet underveis i forskningsprosessen, spesielt i analysedelen.

Overførbarhet handler om at funnene omfatter validitet utover utvalget, sammenhengen, og at det er relevant og brukbart i andre situasjoner (Ellingsen og Drageset, 2010, s.335). Malterud (2017, s.19-23) omtaler at studiens relevans betyr hva kunnskapen kan brukes til. Målet vårt har vært at andre kan dra nytte og lærdom av funnene. Til tross for at utvalget i denne studien omhandler anestesisykepleiere, mener vi at det er sannsynlighet for at funnene kan ha en overførbarhet til å gjelde andre sykepleiergrupper som jobber med pasienter som skal til elektiv kirurgi, også når det gjelder god ivaretagelse av pasienter generelt.

Gjennom forskningsprosessen så har målet vært å klargjøre vår forforståelse og dele dette med leseren. Hvis ikke kunnskapen og forskningsprosessen kan deles med andre, vil den ha en begrenset validitet (Malterud, 2017, s.196-197).

Gjennom masteroppgaven har vi vært innforstått med å vise vilje og evne til å sette spørsmålsteget ved fremgangsmåte og konklusjoner i form av tvil og ettertanke. Vår egen forforståelse kan lett ta overhånd og dette kan påvirke resultatene. Det å ha et åpent sinn som gir plass for tvil, ettertanke og uventede resultater kan medføre at forskningsprosessen bringer frem noe annet enn det man på forhånd har tatt for gitt.

Sluttresultatet i oppgaven skal kunne vise refleksivitet for leseren, og dette gjøres ved at forsker vedkjenner seg spor og overveier betydning av disse underveis. Et funn kan som regel ha flere mulige tolkninger. For oss som masterstudenter og nye i forskerrollen er det viktig å vise evne til kritisk refleksjon og begrunne hvorfor vi har kommet fram til de gitte funnene. Refleksivitet handler om at vi erkjenner og overveier betydningen av vårt ståsted i forskningsprosessen. For å kunne gjøre dette, er systematisk refleksjon om

forskningsmetodens og kunnskapens relevans, og validitet sentralt. For oss i forskerrollen har ikke valideringens mål vært å bevise at vi har funnet frem til en sannhet, men derimot vise at vi har overveid omfanget av funnenes gyldighet, og gi en begrunnet anvisning om hva de sier noe om (Malterud, 2004, s.26-28) (Malterud, 2017, s.199).

7.2.2 Å bruke seg selv som forskningsverktøy

Vår bakgrunn som sykepleiere på hjerteavdeling har selvsagt betydning for studiens temavalg. Som nevnt i bakgrunn for valgt tema til forskningsprosjektet, kan pasienter som gjennomgår hjertekirurgi oppleve det som en sårbar og belastende situasjon, og det å utøve god omsorg og ivaretagelse ovenfor pasientene har vært en viktig verdi for oss. Vår tidligere erfaringer med hjertesyke pasienter har gitt oss et bilde på hva ”god omsorg og ivaretagelse” kan være. Som sykepleiere har vi innarbeidet oss en forforståelse om hvilke tiltak som kan fremme trygghetsfølelsen hos pasientene. Som nyutdannede anestesisykepleiere har vi også dannet oss en viss forforståelse på hvordan anestesisykepleiere kan fremme trygghet og omsorg for operasjonspasienten. Vi har også dannet oss en viss forforståelse for hvordan operasjonspasientene muligens opplever det å skulle til hjertekirurgi. Men hensyn til vår forforståelse har det vært viktig med bevisstgjøring rundt å ikke trekke inn vår subjektive tolkning. En fordel er at vi har vært to masterstudenter som har samarbeidet om forskningsprosjektet. Særlig når man forsker i eget fagfelt hvor man har stort engasjement, må man søke råd og være bevisst angående hvordan ens forforståelse kan påvirke de empiriske dataene. Et tiltak for å identifisere egne blinde flekker, var å gjennomgå materialet sammen tidlig i forskningsprosessen. En annen fordel ved vårt engasjement har vært at i kvalitativ forskning er det en viktig forutsetning å ha nærhet til feltet (Malterud, 2017, s.41-43).

7.2.3 Vår forforståelse i rollen som moderator og observatør

Forforståelse kan defineres som: *“Den sentrale betydningen av historiske og individuelle forutsetninger og erfaringer som mennesker har med seg som bevisste eller ubevisste deler av sitt tolkningsgrunnlag”*(Malterud, 2017, s.44). Vår forforståelse kan sammenliknes med den ryggsekken som vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter. Vår forforståelse vil påvirke måten vi samler, leser og tolker data på. Denne bagasjen kan gi oss fordeler ved å styrke prosjektet, men den kan også medføre at de empiriske dataenes validitet svekkes (Malterud, 2017, s.44-46).

Ved at vi forsker på eget fagfelt som er anestesisykepleie, har dette medført at vi har tilegnet oss kunnskap om forskningstemaet vi ønsker å studere. I denne konteksten var det derfor viktig at vi var oppmerksomme på å vurdere de fordelene og utfordringene som vår bakgrunnskunnskap har gitt oss innen det aktuelle temaet. Fordelen med å forske på eget fagfelt kan være at man har en bedre forståelse for faget enn en utenforstående har. Vi vil kunne ha kunnskap om og en forforståelse av ulike situasjoner som kan opptre under det preoperative møtet med pasienten. Eksempler på dette kan være engstelse, frykt, likegyldighet eller glede. Utfordringer som vi tidvis møtte var å skape god nok avstand, slik at det blir åpnet opp for ny forståelse og erfaringer som deltakerne delte gjennom intervjuene. En annen fare er at kunnskapen om fagområdet fører til at forforståelsen blir for fremtredende. Dette vil kunne føre til at man ser alt fra forskerens perspektiv og synsvinkel, og dette kan medføre at ulike innspill fra informantene blir oversett. Da vil forforståelsen overdøve budskapet fra det empiriske materialet og fungere som skylapper (Malterud, 2017, s.19, 45).

Vi forsøkte å ikke frembringe egne erfaringer på en måte som hindret det å være åpen og se ulike sammenhenger som kunne fremtre i intervjuene. Vår subjektive forforståelse som forsker kan da sperre for informantenes forforståelse, og dette vil kunne føre til en feilkilde som kan bidra til å påvirke forskningsresultatene. Gjennom tanker, væremåte og tilstedeværelse vil forforståelsen bringes inn i intervjusituasjonen (Kvale og Brinkmann, 2017, s.83- 86).

Forskernes forforståelse kan bli endret litt underveis i intervjuprosessen, og det er derfor viktig at vi tar inn ny forforståelse og reflekterer rundt dette i forskningsprosessen (Kvale og Brinkmann, 2017, s.83-84).

For oss nybegynnere er vanlige feil trangen til å snakke for mye, meddele egne synspunkter, forsvare egen institusjon eller en entusiasme for saken som ikke gir plass for andre synspunkter. Vi erfarte at det var en utfordring å gi rom for stillhet, men at det er svært viktig. Ved å gi rom for stillhet kunne det plutselig komme i gang en god diskusjon mellom deltakerne og det var ofte da det kom såkalte ”gullkorn”. Dersom moderator hadde stilt fortløpende spørsmål, ville man gått glipp av dette. Som intervjuer er det viktig å være komfortabel med stillhet og pauser gjennom intervjuet (Polit og Beck, 2017, s.511). Vi forsøkte å ta erfaringen fra prøveintervjuet med oss når det gjaldt å la deltakerne bruke god tid på å tenke etter et stilt spørsmål, uten å avbryte med nye spørsmål. I rollen som moderator prøvde vi å tilegne oss en god balanse mellom innlevelse og distanse (Puchta og Potter,

2004). Å kunne improvisere når samtalen tar en uventet vending og kunne lese diskusjonen ved å oppklare uklare utsagn var noe vi forsøkte å gjøre i rollen som moderator (Malterud, 2012, s.66).

Før vi startet opp med intervjuene åpnet vi opp for at deltakerne kunne snakke kort om andre ting, for å prøve å skape en god atmosfære med trygge rammer (Morgan, 1998) (Krueger, 1998). Datasamlingsverktøyet vårt var som tidligere nevnt en intervjuguide. Vi forsøkte å stille gode, åpne spørsmål som best mulig belyste temaet vi ønsket å undersøke (Nøtnæs, 2001). Vi begynte intervjuene med enkle spørsmål som var lette å svare på, og som representerer litt av problemstillingen. Når deltakerne er aktive og det er en god stemning i gruppen kan moderator åpne opp ved å spørre mer fokusert om spesifikke temaer og invitere til presentasjon av ulike, og gjerne motstridende synspunkter og erfaringer (Lerdal og Karlsson, 2009). Vi erfarte at det var viktig å skape en god samhandlingsflyt ved at alle deltakerne kom til orde med personlige innspill, der deltakerne inspirerte hverandre. Nøtnæs (2001) viser til at det kan være vanskeligere å kontrollere samtalen i fokusgruppeintervju i forhold til for eksempel individuelle intervjuer. Vi erfarte underveis i intervjuene at moderator måtte styre informantene inn igjen på temaet.

7.2.4 Informantene

Med bakgrunn i vår problemstilling, gav de oss en naturlig føring for hvem vi ønsket å rekruttere. Det var naturlig for oss å velge en homogen gruppe da deltakernes spesifikke kunnskap og erfaring om hjertesykdom, helse og omsorg for pasientgruppen som skal til elektiv hjertekirurgi var avgjørende. Homogenitet kan også føre til at det blir mindre strategisk kommunikasjon hvor det argumenteres med motsetninger og maktspill. Det er mangfoldet i erfaringer som kan skape nyanser i de empiriske dataene og balansen mellom homogenitet og variasjon er derfor av betydning (Malterud, 2012, s.18,44).

Vi skulle gjerne hatt flere deltakere i fokusgruppeintervjuene da dette kunne vært med på å løfte diskusjonen med flere innspill. Av praktiske grunner var det ikke mulig med flere deltakere, men deltakerne viste stort engasjement for temaet, og vi synes likevel det oppstod gode diskusjoner og at vi stod igjen med et bredt datamateriale.

7.2.5 Metodestyrker og svakheter

Ifølge Malterud (2017) handler den systematiske tekstkondenseringen om å gå nye veier for å se nye spor uten å repetere arbeid som andre har gjort (Viser til punkt 5.5 analyse for ytterligere detaljer). Som nevnt finnes det forskning som omhandler mange av de samme resultatene som fremkommer i denne studien. Det kan derfor stilles spørsmål til nytten av studien. For eksempel viser vår studie i likhet med tidligere forskning at det er av stor betydning med god forberedelse og informasjon for at pasientene som skal til hjertekirurgi skal oppleve trygghet. I tillegg viser vår studie og tidligere forskning at kommunikasjon og omsorg er viktig for at pasientene skal oppleve god ivaretagelse. Vi har funnet begrenset forskning på hvordan anestesisykepleier oppfatter pasientens opplevelse og ivaretagelse, og at det derfor kan trenge mer forskning for å avdekke anestesisykepleierens erfaring og deres oppfattelse av pasientopplevelsen. Det forsvaret gjennomføringen av denne studien. Resultatene i vår studie er relevante, fordi de er et godt supplement til allerede eksisterende forskning.

At vi har vært to masterstudenter som har samarbeidet om prosjektet, kan sees som en styrke. Vi har dermed kunne sett prosjektet i lys av ulike erfaringer og perspektiver. Særlig gjennom analysearbeidet var det nyttig å være to.

En svakhet i våres studie kan være at vi har brukt mange subgrupper. Ifølge Malterud (2017, s.104) kan dette tyde på at kodene våre ikke har vært presise nok. På en annen side har vi overveiet dette nøye, og gjentatte ganger slått noen av kodegruppene sammen eller reformulert. Kodegruppene våre er derfor nøye gjennomgått.

7.2.6 Kontekst

Det er sannsynlig at ulike kontekster har hatt betydning for deltakernes svar og diskusjoner. Både antall mannlige deltakere versus kvinnelige deltakere har nok hatt betydning for funnene. Utvalget bestod av en mannlig deltaker og resterende kvinnelige deltakere. Det kan tenkes at funnene ville vært annerledes dersom det hadde vært flere mannlige deltakere. En annen ting var gjennomsnittsalderen på deltakerne og det fysiske rommet hvor intervjuene fant sted. Fokusgruppeintervjuene ble også utført i deltakernes arbeidstid, noe som kan ha påvirket informantenes svar. Det kan for eksempel hatt betydning om de har stått i svært stressende og belastende situasjoner i forkant av intervjuet. Andre element som at lydbåndopptaker var synlig tilstede som tekstmarkør kan også hatt innvirkning på hvordan informantene har svart og ordlagt seg i intervjuene.

8.0 Konklusjon

Oppsummert er det flere viktige momenter som beskriver hvordan anestesisykepleier kan fremme trygghet under preoperativ mottakelse av pasienter som skal til elektiv hjertekirurgi, og deres oppfattelse av pasientens opplevelse av å bli ivaretatt. Det er både fordeler og ulemper ved det korte møtet. Gjennom fokusgruppeintervju av de 9 informantene har det kommet frem erfaringer og opplevelser som totalt sett er interessante og av stor verdi for anestesisykepleie.

Et sentralt funn som studien bidrar med er beskrivelser av at god forberedelse i forkant av pasientmottakelsen er essensielt for å fremme trygghet. Her kom det frem at det er to sider av trygghet. Det er vesentlig for anestesisykepleier å føle seg trygg og sikker i egen rolle, og føle seg komfortabel med ansvaret for å kunne utvise trygghet i møte med pasienten. På den andre siden oppleves det som trygt for pasienten når anestesisykepleier vet litt om tidligere sykdomshistorie. For å oppleve den preoperative mottakelsen som trygg og god ivaretagelse, så er det betydningsfullt at sikkerhet står i fokus og studien gir innsikt at det er god forberedelse.

Tidligere forskning fokuserer på relasjonen mellom anestesisykepleier og pasient, ved blant annet at det er viktig at anestesisykepleier utviser omsorg og evne til kommunikasjon for at pasientene skal oppleve trygghet. Et annet funn i vår studie som løfter frem ny kunnskap, er at det korte møtet nødvendigvis ikke er negativt for at pasientene skal kunne oppleve trygghet og god ivaretagelse. Tvert imot fremhevet informantene at det er en fordel at den preoperative mottakelsen er kort og forløpet går fort frem til pasienten sovner. Dette er med tanke på å redusere ventetiden og den psykiske påkjenningen, og dermed redusere stressnivået. Aktiv deltakelse som en avledning kan bidra til å få fokus bort fra ubehagelige følelser, og fremme mestringsfølelsen til pasienten.

Flere av funnene i denne studien underbygger tidligere forskning. Dette gjelder blant annet redselen for å miste kontrollen ved å skulle få narkose. I tillegg deler studiens funn og tidligere forskning at det er avgjørende at anestesisykepleier utviser god kommunikasjon, respekt og ydmykhet i møte med pasientene. For å fremme trygghet og god ivaretagelse så må det etableres tillit og dette skjer gjennom en god relasjon. Det kommer frem at anestesisykepleier må vise medmenneskelighet og omsorg i møte med pasienten.

Studiens funn viser ulike beskrivelser av redsel og usikkerhet. Redselen for å miste

kontrollen, våkne under operasjonen og føle smerte, eller redsel for å ikke våkne igjen. Videre kom det frem at anestesisykepleier må anerkjenne redselen til pasienten, og at omgivelser kan være med å forsterke redselen. God informasjon er av betydning. Til tross for at studien og tidligere forskning peker på at det stort sett foreligger god informasjon, viser studien at det muligens foreligger forbedringspotensial i å informere om det som møter pasientene inne på operasjonsstuen. Anestesisykepleier kan bidra til å fremme trygghet, og pasientene kan oppleve å bli godt ivaretatt gjennom en god relasjon, å beholde kontrollen ved for eksempel medbestemmelse, og at pasientenes redsel blir anerkjent og at de beholder sin verdighet.

Studien kan være med å gi anestesisykepleiere og annet helsepersonell et økt fokus og forståelse av hvordan man kan fremme trygghet i den preoperative mottakelsen slik at pasientene kan oppleve god ivaretagelse. Det er avgjørende at det tilrettelegges for at operasjonspasienten får en følelse av kontroll i situasjonen og at de opplever omsorg og god ivaretagelse. Dette kan bidra til å redusere stress og fremme mestring.

9.0 Implikasjon for praksis og videre forskning

Anestesisykepleierne opplever det som avgjørende å få forberede seg i forkant av pasientmottakelsen. Dette innebærer å lese litt i pasientens journal angående tidligere sykdomshistorie, allergier og andre viktige momenter for bedøvelsen og det aktuelle inngrepet. Ellers er det en fordel at utstyr er klargjort slik at det blir fullt pasientfokus når pasienten ankommer. Informantene begrunnet at det å føle seg godt forberedt medfører at man føler seg sikker i egen rolle, og dermed kan formidle trygghet til pasienten. Dette er et argument for at til tross for en travel hverdag med høyt tempo, så må anestesisykepleiere få noen minutter til å forberede seg. Det kom fram at dette ble en utfordring utover dagen, da logistikken står mer i fokus, og flere personer blir involvert i den preoperative mottakelsen. Vi mener at dette er et argument som bør løftes fram og fokuseres mer på i dagens praksis.

Videre bør det fokuseres på å informere om det som møter pasientene inne på selve operasjonsstuen. Det foreligger gode rutiner for både skriftlig og muntlig informasjon og forberedelse av pasientene. Denne studien antyder og de foreligger et forbedringspotensial angående informasjon om det pasientene kan forvente fra de ankommer slusen og operasjonsstuen.

Ellers tyder studiens funn på at det ikke nødvendigvis bare er negativt at det preoperative møtet er kort. Det er en utfordring fordi det er kort tid til å vinne pasientens tillit, men det ville nødvendigvis ikke medført økt trygghetsfølelse og ivaretagelse dersom den preoperative mottakelsen var lengre. Heller tvert imot da det ville medført lengre ventetid og forsterket stressfølelsen. Anestesisykepleier har derfor en viktig oppgave i det korte møte til å utnytte tiden så godt som mulig til å etablere tillit og fremme trygghet.

Til sist ønsker vi å påpeke viktigheten av videre forskning på tema som omhandler hvordan trygghet og god ivaretagelse kan formidles til pasienter som skal til hjertekirurgi. Det ville vært nyttig å kombinere fokusgruppeintervju av anestesisykepleiere, og individuelle intervju av pasienter for å få et større innblikk. Det kunne også vært en fordel å inkludere sykepleiere på post og gjort intervju av pasientene i både pre, per og postoperativt forløp. Denne kunnskapen er viktig både for sykepleiere på post og spesialsykepleiere som er involvert i operasjonspasientene både før, under og etter operasjon.

10.0 Referanseliste

- ALNSF (2017) *Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.alnsf.no/dokumenter-alnsf/styringsdokumenter/grunnlagsdokumentet/167-grunnlagsdokument-for-anestesisykepleiere-2017/file> [Lest 02. Juni 2018].
- Ammouri, A.A., Tailakh, A.K., Muliira, J.K., Geethakrishnan, R.A., og Kindi, S.N. (2015) *Patient safety culture among nurses*. PubMed [Internett]. Tilgjengelig fra: DOI: 10.1111/inr.12159. [Lest 17. Juni 2017].
- Andersen, K.L. og Fagermoen, M.S. (2007) *Mishel Uncertainty in Illness Scale (MUIS)*. Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning [Internett]. Tilgjengelig fra: https://svemedplus.kib.ki.se/Default.aspx?Dok_ID=101953. [Lest 02. Juni 2017].
- Bailey, D.E.Jr., og Stewart, J.L. (2011) *Teorien om usikkerhet ved sykdom*. I: Tomey, A.R., og Alligood, M.R. Sygeplejeteoretikere - *Bidrag og betydning for modern sygepleje* 6. Utgave. Munksgaard, Danmark. s. 503-521.
- Bengtsson, Y., Johansson, A. og Englund, E. (2016) *Nurse anaesthetists' experiences of the first intraoperative meeting with anxious adult patients: An interview study*. CINAHL [Internett]. Tilgjengelig fra: DOI:<http://dx.doi.org.proxy.helsebiblioteket.no/10.1177/2057158516631433>. [Lest 25. August 2016].
- Berg, K., Kaspersen, R., Unby, C. og H.F. (2013) *The interaction between the patient and nurse anesthetist immediately before elective coronary artery bypass surgery*. PubMed [Internett]. Tilgjengelig fra: DOI: 10.1016/j.jopan.2012.10.008. [Lest 25. August 2016].
- Berland, A. og Natvig, G.K. (2005) *Ivaretagelse av pasientsikkerhet*. Nursing Science [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/150696/BerlandIvaretagelse.pdf?sequence=1>. [Lest 16. Juni 2017].
- Brinchmann, B.S. (2008) *Etikk i sykepleien*. 2. Utgave. Gyldendal Akademiske.
- Bruun, A.M. (2011) *Anestesisykepleierens kompetanse*. I: Hovind, I.L. *Anestesisykepleie*. 2. Utgave. Oslo: Akribes AS. s. 19- 38
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014) *Etiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/etiske-retningslinjer-for-forskning-pa-internett/personopplysninger-konfidensialitet-og-anonymisering/> [Lest 11. September 2016].
- Drageset, S. (2012) *Psychological distress, coping and social support in the diagnostic and preoperative phase of breast cancer*. University Of Bergen.
- Durling, M., Milne, D., Hutton, N. og Ryan, S. (2007) *Decreasing patients preoperative anxiety: a literature review*. PubMed [Internett]. Tilgjengelig fra: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term="Decreasing+patients+preoperative+anxiety%3A+a+literature+review"](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=)+2007. [Lest 26. August 2016].
- Ellingsen, S. og Drageset, S. (2010) *Å skape data fra kvalitativt*. Forskning. Nytt og Nyttig. Kvalitativt forskningsintervju. s. 332-335.

- Eriksson, K. (1996) *Omsorgens ide*. 1. Utgave. Special- Trykkeriet Viborg AS.
- Fallsen, S. (2017) *Slik kan du møte mennesker i krise*. Sykepleien [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2017/10/slik-kan-du-mote-mennesker-i-krise>. [Lest 02. Juni 2017].
- Guo, P. (2014) *Preoperative education interventions to reduce anxiety and improve recovery among cardiac surgery patients: a review of randomised controlled trials*. Medline [Internett]. Tilgjengelig fra: DOI: 10.1111/jocn.12618. [Lest 25. August 2016].
- Gøtzsche, O., Hjortdal, V., Pehrsson, S., og Gøtzsche, L. (2013) Hjertesygdommer. I: Schroeder, T., Schulze, S., Hilsted, J., og Gøtzsche, L. *Basisbog i medicin & kirurgi*. 5. Utgave. Munksgaard, København, s. 437- 507.
- Haugstett, J. (2009) *Hva informerer vi om- og hvordan gjøres det?* Sykepleien [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/hva-informerer-vi-om-og-hvordan-gjores-det>. [Lest 02. Juni 2017].
- Haaverstad, R., Drevdal, J., og Paulsen, S.K. (2016). *Hjerteavdelinga. Til deg som skal til operasjon*. Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus.
- Hughes, S. (2002) “*The effects of giving patients pre- operative information*”. Art & science nursing standard: Clinical research education. CINAHL [Internett]. Tilgjengelig fra: DOI: 10.7748/ns2002.03.16.28.33.c3173. [Lest 04. Juni 2017].
- Hummelvoll, J.K, Sunde, A.S. og Severinsson, E. (2001) *Om å møte mennesker med manisk lidelse- en intervansjonsstudie fra akuttpsykiatrien*. Høgskolen i Hedmark, Rapport 03.
- Hustad, J. (2011) *Stress og mestring i rollen som anestesisykepleier*. I: Hovind, I.L. *Anestesisykepleie*. 2. Utgave. Oslo: Akribe AS. s. 45- 49.
- Krueger, R.A. (1998) *Moderating Focus Groups*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Kvale, S. (2001) *Det kvalitative forskningsintervju*. 1. Utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2017) *Det kvalitative forskningsintervjuet*. 3. Utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lagerström, E. Bergbom, I. (2006) *The care given when undergoing operations and anaesthesia – the patients’ perspective*. Journal of Advanced Perioperative Care [Internett]. Tilgjengelig fra: https://www.researchgate.net/publication/289803015_The_care_given_when_undergoing_operations_and_anaesthesia_-_The_patients'_perspective [Lest 04. Juni 2017].
- Lazarus, R.S. (1999) *Stress and emotion- A new Synthesis*. Springer Publishing Company, Inc.
- Lazarus, R.S. (2009) *Stress og Følelser – en ny syntese*. 1. Utgave. Akademisk Forlag.

Leonardsen, A.C.L. (2011) *Hjertesyke pasienter*. I: Hovind, I.L. *Anestesisykepleie*. 2. Utgave. Oslo: Akribe AS. s. 386-393.

Lerdal, A., og Karlsson, B. (2009) *Bruk av forskningsintervju*. Sykepleien Forskning.

Lillemoen, L., og Nortvedt, F. (2016) *Å se pasienten handler ikke bare om tid*. Sykepleien [Internett]. Tilgjengelig fra: https://static.sykepleien.no/sites/default/files/publication-pdf/etikk_05_2016.pdf?c=1463663886. [Lest 09. Juni 2017].

Lindwall, L., Von Post, I. Bergbom, I. (2003) *Patients and nurses experiences of perioperative dialogues*. PubMed [Internett]. Tilgjengelig fra: DOI: Org/10.1046/j.1365-2648.2003.02707. [Lest 11. Juni 2017].

Malterud, K. (2004) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*, 2. Utgave. Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2012) *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. Utgave. Universitetsforlaget.

Mishel, M.H., og Braden, C.J (1988) *Finding meaning: antecedents of uncertainty in illness*. Nursing Research, 37(2), 98-103.

Morgan, D.L. (1998) *Planning Focus Groups*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012) *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9th ed. Philadelphia: Pa., Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkin.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017) *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th ed. Philadelphia: Pa., Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkin.

Pritchard, M (2010) *Measuring anxiety in surgical patients using a visual analogue scale*. PubMed [Internett]. Tilgjengelig fra: DOI: 10.7748/ns2010.11.25.11.40.c8104. [Lest 21. September 2016].

Rudolfsson, G., Post, V., og Eriksson, K. (2007) *The expression of caring within the perioperative dialogue: a hermeneutic study*. CINAHL [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://web.a.ebscohost.com.proxy.helsebiblioteket.no/ehost/detail/detail?vid=10&sid=b4592b2-e4aa-4e74-a39f-fdc75ab6bf5a%40sessionmgr4006&hid=4204&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=106160446&db=cin20>. [Lest 26. August 2016].

Rønnberg, L., og Nilsson, U. (2015) *Swedish Nurse Anesthetists' Experiences of the WHO Surgical Safety Checklist*. PubMed [Internett]. Tilgjengelig fra: DOI: 10.1016/j.jopan.2014.01.011. [Lest 19. Juni 2017].

Statistisk sentralbyrå (2015) Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, *Norsk hjerteinfarktregister* [Internett] Tilgjengelig fra: <https://www.kvalitetsregistre.no/registers/476/resultater> [Lest 15. September 2016].

Statistisk sentralbyrå (2015) Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, *Norsk hjertekirurgiregister* [Internett] Tilgjengelig fra: <https://www.kvalitetsregistre.no/registers/478/resultater> [Lest 15. September 2016].

Stubberud, D.G. (2013) *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. 1. Utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sundqvist, A, S. og Carlsson A.A. (2014) *Holding the patient's life in my hands: Swedish registered nurse anaesthetists' perspective of advocacy*. PubMed [Internett]. Tilgjengelig fra: DOI: 10.1111/scs.12057. [Lest 17. Juni 2017].

Thagaard, T. (2009) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 3. Utgave. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Westerling, K. Bergbom, I. (2008) *The importance of Nursing in Perioperative Care: a patient's perspective*. Journal of Advanced Perioperative Care [Internett]. Tilgjengelig fra: https://www.researchgate.net/publication/289058164_The_importance_of_Nursing_in_Periooperative_Care_A_patient's_perspective. [Lest 15. Juni 2017].