

**ANESTESI- OCH
OPERATIONSSJUKSKÖTERSORS
ERFARENHETER AV ATT VÅRDA
PATIENTER MED KOGNITIV
NEDSÄTTNING
en kvalitativ intervjustudie**

**ANESTHESIA- AND OPERATING
NURSES´ EXPERIENCES OF CARING FOR
PATIENTS WITH COGNITIVE IMPAIRMENT
a qualitative interview study**

Examensarbete för specialistsjuksköterskeexamen
med inriktning mot anestesijukvård och
operationssjukvård och magisterexamen med
huvudområdet omvårdnad

Avancerad nivå 15 högskolepoäng

Hösttermin 2023

Student: Waseem Ahmed Khan och Nigar Ali Murat

Handledare: Veronika Karlsson

Examinator: Jenny Hallgren

SAMMANFATTNING

Titel:	Anestesi- och operationssjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med kognitiv nedsättning - en kvalitativ intervjustudie
Författare:	Ahmed Khan, Waseem; Ali Murat, Nigar
Institution:	Institutionen för hälsovetenskaper, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Examensarbete i omvårdnad, OM860U
Handledare:	Karlsson, Veronika
Examinator:	Hallgren, Jenny
Sidor:	38
Nyckelord:	Anestesisjuksköterska, erfarenheter, kognitiv nedsättning, operationssjuksköterska, perioperativ vård.

Bakgrund: Anestesi- och operationssjuksköterskor kommer under sitt arbete möta patienter med någon form av kognitiv nedsättning. Specialistsjuksköterskor inom den perioperativa miljön har en skyldighet att erbjuda individanpassad omvårdnad till patienter med kognitiv nedsättning. Den perioperativa dialogen är ett sätt för patienten och närstående att bli införstådda i vårdsituationen och för specialistsjuksköterskor ett verktyg för att få adekvat information om patientens önskemål. **Syfte:** Syftet var att beskriva anestesi- och operationssjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med kognitiv nedsättning inom den perioperativa vården. **Metod:** I studien användes en kvalitativ metod med en induktiv ansats. Sex anesthesisjuksköterskor och fyra operationssjuksköterskor intervjuades och det insamlade materialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Analysprocessen resulterade i tre kategorier. Dessa var: "samverkan i team", "behov av resurser och hjälpmedel" och "behov av individanpassat bemötande och kommunikation", samt 14 subkategorier. **Konklusion:** Studien visade att omhändertagande av patienter med kognitiv nedsättning inom den perioperativa miljön var en utmaning. Den perioperativa vården kan anpassas efter patientens särskilda behov genom närståendes delaktighet, ett professionellt samarbete i team samt ett personcentrerat förhållningssätt.

ABSTRACT

Title: Anesthesia- and operating nurses' experiences in caring for patients with cognitive impairment - a qualitative interview study

Author: Ahmed Khan, Waseem; Ali Murat, Nigar

Department: School of Health Sciences, University of Skövde

Course: Master Degree Project in Nursing, 15 ECTS

Supervisor: Karlsson, Veronika

Examiner: Hallgren, Jenny

Pages: 38

Keywords: Anaesthetic nurse, cognitive impairment, experience, Perioperative care, surgical nurse.

Background: Anesthesia- and operating nurses' will encounter patients with some form of cognitive impairment during their work. Perioperative specialist nurses have a duty to provide individualized care for patients with cognitive impairment. The perioperative dialogue is a way for patients and their relatives to understand the health situation, and for specialist nurses, it serves as a tool to gather adequate information about the patient's preferences. **Aim:** The aim was to describe the experiences of anesthesia- and operating nurses' in caring for patients with cognitive impairment within perioperative care. **Method:** A qualitative method with an inductive approach was used in the study. Six anesthesia nurses and four surgical nurses were interviewed, and the collected material was analyzed using qualitative content analysis. **Results:** The analysis process resulted in three categories: "team collaboration", "need for resources and aids" and "need for individualized approach and communication", along with 14 subcategories. **Conclusion:** The study revealed that caring for patients with cognitive impairment in the perioperative environment posed a challenge. The perioperative care can be adapted to the patient's specific needs through the involvement of close relatives, professional teamwork, and a person-centered approach.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND.....	1
Anestesisjuksköterskans funktion och ansvar	1
Operationssjuksköterskans funktion och ansvar	2
Den perioperativa omvårdnaden	3
Den perioperativa dialogen	4
Personcentrerad vård	4
Kognitiv nedsättning	5
Virginia Hendersons omvårdnadsteori	6
PROBLEMFÖRMULERING.....	7
SYFTE	7
METOD	8
Urval.....	8
Datainsamling	10
Analys.....	10
Etiska överväganden	12
Förförståelse	13
RESULTAT	14
Samverkan i team	14
Samarbete på en operationssal	14
En som tar ledarskapet på salen.....	15
Behov av resurser och hjälpmedel	15
Närstående en trygghet men också hinder.....	16
Journalen är ett hjälpmedel.....	16
Behov av olika hjälpmedel i den perioperativa omvårdnaden.....	17
Anpassa den perioperativa miljön	18
Behov av riktlinjer och erfarenhet.....	19
Behov av utbildning och kunskap.....	19
Behov av individanpassat bemötande och kommunikation	20
Kommunikationssvårigheter vid bedömning av smärta och oro	20
Utmaningar vid vård av patienter med demenssjukdom	21
Utmaningar vid vård av patienter med autism.....	21
Att använda avledande samtal	22
Etiska dilemman.....	22
DISKUSSION.....	24
Metoddiskussion.....	24
Resultatdiskussion	27
Konklusion	30
Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet.....	30
REFERENSER	31
BILAGA 1	39
BILAGA 2	40
BILAGA 3	41

BILAGA 4	42
BILAGA 5	43

BILAGOR

1. Informationsbrev till verksamhetschef
2. Medgivandeblankett
3. Informationsbrev till deltagare
4. Samtyckesblankett
5. Intervjuguiden

INLEDNING

I Sverige genomförs cirka 1,5 miljoner operationer årligen (Socialstyrelsen, 2022). All vårdpersonal har en skyldighet att erbjuda vård på lika villkor och på ett effektivt sätt. Detta gäller även den högspecialiserade vårdenheten som en operationsavdelning. Anestesi- och operationssjuksköterskan har en begränsad tid till att bygga tillit och förtroende till sina patienter. Patienten som ska överlämna sig själv till personal på en operationsavdelning behöver känna sig trygg. Patienter med kognitiv nedsättning är en sårbar grupp i den högteknologiska miljön bland avancerade apparater och instrument. Att erbjuda personcentrerad vård till dessa patienter kan vara en utmaning för anestesi- och operationssjuksköterskan, delvis på grund av tidsbristen samt även på grund av kommunikationssvårigheter. I studien beskrivs anestesi- och operationssjuksköterskans erfarenhet av den perioperativa omvårdnaden till patienter med kognitiv nedsättning.

BAKGRUND

Anestesisjuksköterskans funktion och ansvar

Anestesisjuksköterskans funktion i den perioperativa omvårdnaden innefattar att i samråd med anestesologen planera och genomföra generell anestesi för planerade och akuta ingrepp. Att övervaka patienter vid olika undersökningar samt administrera smärtlindring, sedering, regional och spinal anestesi är några av de viktiga funktionerna i anestesisjuksköterskans arbetsområde. Kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterskor med inriktning mot anestesisjukvård inkluderar följande begrepp: personcentrerad-, evidensbaserad- och säker vård, samt förbättringskunskap för kvalitetsutveckling. Dessa begrepp är väsentliga för att den perioperativa vården skall utgå ifrån ett personcentrerat förhållningssätt med fokus på patientens autonomi och säkerhet. Ytterligare begrepp som styr anestesisjuksköterskans arbete är informatik, pedagogik och samverkan i team (Riksföreningen för anestesi & intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2020). Samtliga begrepp ställer krav på att anestesisjuksköterskan ska ta hänsyn till patientens integritet, delaktighet i sin vård och rätt till information samt självbestämmande, vilket också är lagstadgad i patientlagen (SFS 2014:821).

Anestesisjuksköterskan har en viktig funktion för patientens välmående under en operation. Att patienten är välmående och stabil under en operation är en förutsättning för att hela det intraoperativa teamet ska kunna utföra sina arbetsuppgifter. Anestesisjuksköterskans profession kräver en ständig analysering av patientens parametrar under ett kirurgiskt ingrepp och vid behov ta omedelbara åtgärder för att stabilisera patientens tillstånd (Gran Brunn, 2013). Det vilar ett stort ansvar på anestesisjuksköterskan som står mellan omsorg och avancerad teknisk behandling. En skicklig anestesisjuksköterska bygger sin helhetsbild om patientens aktuella tillstånd och behov genom att använda sin kliniska blick, men även den digitala monitoreringen

(Lunde, 2013). Anestesisjuksköterskan har ett komplex ansvar under operation som innebär att både utgå ifrån medicinska åtgärder relaterade till patientens medicinska behov men även stödja patienten angående existentiella frågor (Karlsson et al., 2013). Patientens upplevelser av operationsmiljön beskrivs enligt Lindwall & Von Post (2008) som kall och främmande, därför är det anestesi- och operationssjuksköterskans ansvar att operationen upplevs lättsam och positiv. För att operationen ska lyckas krävs det att anestesisjuksköterskan samarbetar tvärprofessionellt med andra professioner inne på operationssalen (Gran Brunn, 2013).

Operationssjuksköterskans funktion och ansvar

Operationssjuksköterskans kompetens bygger på vetenskaplig grund med fokus på patientens hälsa, välbefinnande och säker vårdmiljö i enlighet med den individbaserade omvårdnaden (Kilvered et al., 2011; Tollerud et al., 1985). Kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterskor med inriktning mot operation fokuserar på följande begrepp: personcentrerad-, evidensbaserad- och säker vård, men även förbättringskunskap för kvalitetsutveckling (Riksföreningen för operationssjukvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2021). Perioperativ omvårdnad och medicinsk vetenskap är två punkter som utmärker operationssjuksköterskans kompetens. Operationssjuksköterskan ansvarar för hygien, aseptik samt kirurgiska instrument, vilket är av vikt för att förebygga postoperativa infektioner och andra komplikationer som kan drabba patienten under operationen. Andra ansvarsområden är bland annat omhändertagande av biologiska- och medicintekniska produkter, ledarskap inom kommunikation, även samarbete med de övriga medarbetarna i operationsteamet (Bäckström, 2011; Kilvered et al., 2011; Riksföreningen för operationssjukvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2021).

Operationssjuksköterskans profession och ansvar styrs av Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) och Patientlagen (SFS 2014:821) som ställer krav på att behandla alla patienter jämlikt, med intakt integritet och värdighet av patienten. Genom att visa respekt, tillgänglighet och främja patientens delaktighet i sin omvårdnadsprocess, kan det leda till ett ökat förtroende och tillit för vårdpersonalen. Hälso- och sjukvårdslagen krav innefattar även en god vårdkvalitet som utgår ifrån hygieniska standardvårdplan (SFS 1982:763), samt patientens behov av kontinuitet och säkerhet, som är grunden i en god vårdrelation (SFS 2014:821). Operationssjuksköterskan har ett etiskt ansvar att vara lyhörd till patientens individuella behov. När patienten känner sig sedd och bekräftad skapas en trygghet och säker vårdrelation baserad på patientens villkor (Blomberg et al., 2018). I en högteknologisk miljö som är främmande för patienten, finns det ett behov av specialistsjuksköterskor som kan inge trygghet i form av information som kan lindra patientens oro inför ingreppet (Blomberg et al., 2018; Bäckström, 2011). Operationsteamet kan minska patientens oro och nervositet genom att vara närvarande och kontinuerligt uppdatera patienten om det intraoperativa förloppet (Blomberg et al., 2018).

Den perioperativa omvårdnaden

Ordet “peri” i perioperativ omvårdnad innebär ‘närmast’ eller ‘runtom’ enligt Nationalencyklopedin (2022). Perioperativ omvårdnad enligt Lindwall & Von Post (2008) innebär omvårdnadsåtgärder vidtagna strax före, under samt efter operation. Perioperativ delas upp i tre faser: I preoperativa fasen förbereds patienten på avdelning eller dagkirurgi inför ingreppet, intraoperativa fasen är tiden för själva ingreppet på operationssalen och postoperativa fasen är återhämtningstiden som sker på postoperativ avdelning. Anestesi- och operationssjuksköterskan har ett gemensamt ansvar över den perioperativa omvårdnaden i jämförelse med andra yrkeskategorier som tar hand om patienten pre- samt postoperativt (Lindwall & Von Post, 2008). Det perioperativa samarbetet mellan anestesi- och operationssjuksköterskan och patienten skapar kontinuitet i vårdprocessen genom att preoperativt planera, intraoperativt genomföra och postoperativt utvärdera den perioperativa omvårdnaden (Blomberg et al., 2018). Samarbetet i det intraoperativa teamet kan leda till att diverse komplikationer identifieras och kan förebyggas i tid (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & svensk sjuksköterskeförening, 2020).

De vanliga komplikationerna efter ett kirurgiskt ingrepp identifieras som smärta, illamående och kräkning. Dock är smärtan den vanligaste komplikationen då nästan 83% av patienterna upplever någon form av smärta i den postoperativa fasen (Andemeskel et al., 2020). Information till patienten innan operation anses vara en angelägen aspekt i att patienten ska känna sig trygg och ha tillräckligt bra förmåga att hantera den postoperativa smärtan (Dihle, 2013). För optimal och individanpassad smärtlindring är det betydelsefullt att ansvarig sjuksköterska tar hänsyn till verbala och icke-verbala smärttecken. Patientens välmående och välbefinnande kräver en kontinuerlig bedömning av smärta och adekvat smärtlindring beroende på patientens unika individuella behov (Bruckenthal & Simpson, 2016; Dihle, 2013).

Oro i samband med operation eller ett kirurgiskt ingrepp är ett förekommande problem hos många patienter (Afraasa et al., 2022; Aust et al., 2016), vilket även är en utmaning för vårdpersonalen (Bengtsson et al., 2016; Krupić et al., 2016; Lindberg et al., 2012). Lindwall & Von Post (2008) beskriver att patienter som kommer för en elektiv operation lider oftast i väntan på operation. Operationsdagen kan vara en förväntansfull dag, men samtidigt kan det vara mycket rädsla och oro kopplad till operationen. Patienter som har drabbats av en akut sjukdom eller olycka och behöver akutopereras kan uppleva oro på grund av känslan av att förlora kontroll över sin kropp och befinna sig i en förändrad livssituation. En fungerande vardag och självständigt liv bytts ut mot sjukhusmiljön (Lindwall & Von Post, 2008). Det framkommer i Bengtsson et al. (2016) att orostecken kan framträda på olika sätt bland olika patienter beroende på deras ålder, kön, sjukdomsbild, typ av kirurgiskt ingrepp och även kulturella bakgrund. Patienters oro framhävs genom att vara lugna och tysta eller att prata överdrivet mycket, ha ett aggressivt beteende eller att bete sig frånvarande, samt att det används olämpligt språk (Bengtsson et al., 2016). Ett sätt att hantera oro i samband med operation kan vara att patienten stänger av sig och inte är mottaglig för mer information (Aust et al., 2016). Lindberg et al. (2012) nämner att barn med autism och deras föräldrar visar oro inför och under operationen. Studien visar även att en av de största rädsor som föräldrarna till barn med

svår autism är att inte bli förstådda, samt upplevelsen av kommunikationssvårigheter som kan leda till minskat samarbete under operationen och ett ökat lidande för patienten (Lindberg et al., 2012). För att minska patientens lidande och öka dess välbefinnande har den perioperativa dialogen en stor betydelse (Lindwall & Von Post, 2008).

Den perioperativa dialogen

Lindwall & Von Post (2008) beskriver betydelsen av den perioperativa dialogen och kommunikation för att patienten ska kunna känna trygghet och ha tillit till vårdaren. Fredriksson (2003) betonar vikten av det vårdande samtalet som bygger på att föra dialog, lyssna och vara närvarande. Att lyssna noga på patientens berättelse är ett första steg mot att skapa en ömsesidig relation med patienten och detta sker genom att vårdaren går in i patientens livsvärld (Fredriksson, 2003). Den perioperativa dialogen bygger på att patienten informerar den perioperativa sjuksköterskan om sina preferenser och rädslor. Dialogen ger vårdpersonalen verktyg för att kunna anpassa vården enligt patientens önskemål och bidrar till att säkra patientens värdighet. Den perioperativa dialogen har tre huvudfaser: Den preoperativa dialogen, den intraoperativa dialogen och den postoperativa dialogen (Lindwall & Von Post, 2008).

Den preoperativa dialogen medför att sjuksköterskan får kunskap kring patientens individuella behov och får kännedom om riskfaktorer som kan leda till att patienten blir sårbar för den postoperativa smärtan (Dihle, 2013). Genom att patienten förmedlar sina känslor och tankar samt blir informerad om proceduren blir patienten delaktig i sin vård, vilket också är ett krav enligt Patientlagen (SFS 2014:821). Den intraoperativa dialogen innefattar möte mellan sjuksköterskan och patienten under operationsdagen (Lindwall & Von Post, 2008). Stort vikt läggs på det kända ansiktet vid den intraoperativa dialogen, det vill säga vårdpersonalen som har träffat patienten under den preoperativa dialogen (Lindberg et al., 2012; Lindwall & Von Post, 2008). Till sist kommer den postoperativa dialogen som innefattar möte med patienten på vårdavdelning efter operation eller ett telefonsamtal för att utvärdera operationen och behandlingen efter hemkomst. Detta möjliggör förutsättningar för att patienten ska kunna förmedla hopp eller förtvivlan om sin hälsa. Patienten får även möjligheten att ställa frågor eller visa sin tacksamhet (Lindwall & Von Post, 2008). Fortsatt uppföljning av hälsotillståndet i det postoperativa skedet visades vara uppskattad av patienter och ledde till ökad delaktighet i vårdandet (Jakobsen et al., 2021). Individanpassad information förbättrar patientens delaktighet under den perioperativa omvårdnadsprocessen, som uppfyller en utav sjuksköterskans kärnkompetenser om att erbjuda en personcentrerad vård (Riksföreningen för anestesi & intensivvård & Svensk Sjuksköterskeförening, 2020).

Personcentrerad vård

Ett personcentrerat förhållningssätt bygger på att vårdaren ser världen utifrån patientens perspektiv och anpassar omvårdnadsåtgärder beroende på patientens individuella behov som varierar i olika situationer och över tid (Ekman et al., 2020). Personcentrerad vård inom den perioperativa omvårdnaden beskrivs enligt Riksföreningen för anestesi och

intensivvård och Svensk Sjuksköterskeförening (2020) som en arbetsmetod som utgår ifrån patientens unika förutsättningar, behov och resurser. För att erbjuda vård och behandling baserad på respekt och integritet krävs en kontinuerlig utvärdering av hela vårdförloppet (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk Sjuksköterskeförening, 2020). Däremot nämner Riksföreningen för operationssjukvård och Svensk sjuksköterskeförening (2021) att det är en utmaning för operationssjuksköterskan att upprätthålla den personcentrerade vården. Detta beror på det korta mötet innan sövningen som operationssjuksköterskan kan kontrollera identitet, identifiera befintliga fysiska begränsningar och förekommande önskemål.

Detta korta samtal preoperativt och möjligheten att postoperativt informera om egenvårdsråd till patienten kan bidra till kontinuitet i den perioperativa processen (Lindwall & von Post, 2008; Riksföreningen för operationssjukvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2021). Det krävs att den perioperativa sjuksköterskan skapar en god kontakt med patienten och är uppmärksam på patientens tillstånd under hela perioperativa processen, för att visa att patienten och dess säkerhet är högst prioriterad av hela teamet (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018). Patienten är i en sårbar situation vid kirurgiska ingrepp, för att de överlämnar all kontroll vid sedering till det perioperativa teamet och hamnar i underläge (Forsberg, 2016). En jämlik relation enligt Pajnkihar (2009) kan frambringa patientens tillit och öppenhet till vårdaren och därmed resultera i en bra vårdupplevelse. Det är viktigt att vårdteamet har i åtanke att se människan i sin helhet och inte som en skadad kroppsdel som skall åtgärdas (Carlström et al., 2018; Forsberg, 2016).

Kognitiv nedsättning

Kognitiv nedsättning enligt American Psychological Association (APA, 2023) är en nedsättning eller försämring av inlärnings-, minnes-, tanke- eller språkförmågor. Under begreppet kognitiv nedsättning inkluderas patienter med autism och demenssjukdom i föreliggande studie, då dessa diagnoser förekommer i större utsträckning på operationsavdelningen.

Världshälsoorganisationen beskriver begreppet demens som en tilltagande försvagning av personens kognitiva funktion som påverkar deras kapacitet att utföra dagliga aktiviteter självständigt (World Health Organisation [WHO], 2023). Kognitiv svikt orsakad av tillståndet demenssjukdom beror på specifika sjukdomar i hjärnan och kan yttra sig i form av minnesproblem. Uppskattningsvis finns det cirka 100 sjukdomar som kan leda till kognitiv svikt, varav de flesta sjukdomar är neurologiska (Socialstyrelsen, 2017). Vidare beskriver Socialstyrelsen (2018) att det uppskattningsvis insjuknar varje år mellan 20 000 och 25 000 människor i en demenssjukdom. Att ge god omvårdnad till personer med demenssjukdom är en utmaning för vårdpersonalen i en perioperativ miljö. Svårigheten att komma ihåg behandlingens orsak, samt främmande miljön och människor spår på patientens oro i samband med operationen (Krupić et al., 2016). Patienter med demenssjukdom identifieras vara en utsatt grupp när det gäller kommunikation relaterad till smärta. Svårigheter med att förmedla sina känslor och hitta rätt ord, för att beskriva smärtan, påpekas som en utmaning för patienter med demenssjukdom i sjukhusmiljön

(Lichtner et al., 2016). Kognitiv nedsättning enligt Bronheim et al. (2022) är en framstående riskfaktor när det gäller upplevelsen av smärtintensitet både i preoperativ och postoperativt skede. Livskvalitet och återhämtning efter ett kirurgiskt ingrepp observerades vara betydligt sämre hos patienter med kognitiv nedsättning (Bronheim et al., 2022; Schuetze et al., 2020).

Utvecklingsstörning är ett brett begrepp som inkluderar kognitiva nedsättning som autism, vilket nämns i föreliggande studiens resultat. Socialstyrelsen (2023a) definierar psykisk utvecklingsstörning som:

“Ett tillstånd med fördröjd eller inkomplett utveckling av förståndet som främst karakteriseras av en nedsättning av de färdigheter som mognar under utvecklingstiden och som bidrar till den generella intelligensnivån, såsom kognition, språk, motorik och sociala färdigheter. Utvecklingsstörning kan föreligga med eller utan andra psykiska eller fysiska tillstånd”.

Ashcroft et al. (2010) beskriver autism som en kognitiv nedsättning som kan yttra sig genom att påverka både den verbala och icke-verbala kommunikationen. Frånvaro av intresse för sociala interaktioner, en nedsatt förmåga för att anpassa till nya miljöer och rutiner samt upprepande beteende kännetecknas av autism. Det framhävs av Gurney et al. (2006) att patienter med autism var i större behov av både den somatiska och psykiska vården. Det påpekades att patienter med autism hade högre frekvens av sjukhusinläggningar jämfört med patienter utan autism. Enligt Kopecky et al. (2013) behöver sjukvården ta hänsyn till särskilda behov hos patienter med autism i sjukhusmiljön. Det påpekades att nästan 65% av föräldrarna till barn med autism hade rädsla för att deras barn skulle rymma från sjukhuset. För patientens välmående är det angeläget att planera den perioperativa omvårdnaden med hänsyn till särskilda behov hos patienter med kognitiv nedsättning (Lindwall & Von Post, 2008).

Virginia Hendersons omvårdnadsteori

Omvårdnad av patienter enligt Henderson (1982) varierar då varje individ anses vara unik och har sina egna speciella fysiska och psykiska behov. En individ har 14 grundläggande omvårdnadsbehov varav åtta är kopplade till kroppens funktioner och resterande sex är relaterade till trygghet och meningen med livet. Några av punkter i Hendersons teori som är relevanta till studiens syfte och mer relaterade till anestesijuksköterskans arbete är följande; att behålla normal andning, kroppstemperatur och att hålla kroppsvätskor i balans. Punkterna som är relaterade till operationssjuksköterskans arbete är; att kunna behålla normal och adekvat kroppsställning, att skydda huden, att hålla en god kroppshygien och att undvika faror samt att skydda kroppen mot vårdskador och infektioner. Dessa är de basala mänskliga behov som enligt Henderson (1982) måste tas hänsyn till för att kunna erbjuda en god omvårdnad till patienten. Vidare beskriver Henderson (1997) att målet med omvårdnad är att initialt hjälpa patienten att tillfredsställa sina basala behov självständigt men vid behov vara stöttande när patienten inte klarar av detta på egen hand. Sjuksköterska måste försöka hjälpa patienten på patientens villkor och sätta sig in i patientens perspektiv för att kunna erbjuda en god

omvårdnad till patienten. Henderson (1982) nämner sjuksköterskans roll att lindra lidande, vara observant och tolka individens fysiska och psykiska behov, samt bidra med relevant undervisning och informationsöverföring i syfte att öka patientens återhämtning. För att kunna uppnå detta bör sjuksköterskan främja en god vårdrelation med patienten, för att få en ny förståelse och helhetsbild av patientens omvårdnadsbehov (Henderson, 1982).

PROBLEMFORMULERING

Omvårdnad av patienter med kognitiv nedsättning under den perioperativa vården är en svåröverskådlig uppgift som ligger under anestesi- och operationssjuksköterskors professionella ansvar. Patienter med kognitiv nedsättning kan vara extra utsatta i främmande miljöer som en operationsavdelning, då den här patientgruppen kan ha svårigheter att förstå varför de ska genomgå ett visst ingrepp. Oro, kommunikationssvårigheter och anpassning till nya vårdmiljöer, specifikt inför och under operationen, är en betydande utmaning när det gäller en personcentrerad omvårdnad av patienter med kognitiv nedsättning. Denna patientgrupp söker vård allt oftare och deras behov av att bli förstådd måste förändras för att minska risken för vårdlidande. Det krävs ökade resurser och specialanpassade rutiner som fokuserar på att uppfylla dessa patienters omvårdnadsbehov. Genom att undersöka specialistsjuksköterskors erfarenhet av att vårda patienter med kognitiv nedsättning kan det skapas bättre förståelse för omvårdnaden av dessa patienter. Eventuellt kan studiens resultat bidra till ett minskat vårdlidande för patienten inom den perioperativa miljön.

SYFTE

Syftet var att beskriva anestesi- och operationssjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med kognitiv nedsättning inom den perioperativa vården.

METOD

Studien har ett kvalitativt perspektiv med en induktiv ansats. Kvalitativ metod innebär att studera hur ett visst fenomen upplevs i verkligheten (Polit & Beck, 2021). Induktiv ansats som har valts i studien bygger på empirin. Empirin omfattar information, erfarenheter och upplevelser om verkligheten. En empirisk studie drar en slutsats från resultatet som är baserade på förutsättningslösa beskrivningar av ett fenomen (Priebe & Landström, 2017). Valet av metod anses vara relevant till studiens syfte då författarna beskriver deltagarnas erfarenhet av att vårda patienter med kognitiv nedsättning. Det är deltagarnas erfarenhet och upplevda verklighet som forskaren undersöker i en kvalitativ studie och bygger sin slutsats på (Henricson & Billhult, 2017).

Ontologi undersöker kunskap om "varandet" med andra ord hur ett visst fenomen upplevs i verkligheten (Priebe & Landström, 2017). Eriksson (1987) beskriver att människans livsvärldsperspektiv påverkas av den inre medvetande samt människors uppfattning av sin omgivning. Varje människa är unik med ett eget livsvärldsperspektiv och erfars situationer utifrån deras världsbild. Henricson & Billhult (2017) påpekar att ontologin ger forskaren förutsättning att undersöka, förstå och tolka deltagarnas upplevelse av ett fenomen. Därav är Erikssons (1987) livsvärldsperspektiv ett lämpligt ontologiskt förhållningssätt för utförande av denna studie med koppling till ämnet omvårdnad. Då syftet i studien var att undersöka anesthesi- och operationssjuksköterskors erfarenhet av att vårda patienter med kognitiv nedsättning. Priebe & Landström (2017) menar att trovärdighet av nuvarande kunskap och förståelse kring ett visst fenomen kan testas genom att använda sig av kunskapsteori som kallas för epistemologi. I studien kommer kunskap och förståelse om den perioperativa sjuksköterskans erfarenhet och upplevelse av att vårda patienter med kognitiv nedsättning testas mot tidigare forskning vilket är ett epistemologiskt ställningstagande. Genom att undersöka och samla rikt material som täcker olika aspekter av detta ämne och undersöka upplevda erfarenheter tar författarna hänsyn till ett epistemologiskt perspektiv i denna studie (Priebe & Landström, 2017).

Urval

Initialt skickades ett mejl till enhetschefer på fem olika sjukhus i sydvästra Sverige, där två var länssjukhus och resterande tre sjukhus var av mindre storlek. I mejlet bifogades informationsbrev (Bilaga 1) som innehöll en presentation om författarna, beskrivning av studiens syfte samt eventuell nytta. Det följdes även med en medgivandebblankett (Bilaga 2) för tillstånd av genomförande av intervjuer. Enhetscheferna godkände genomförandet av studien och mejlade sina medarbetare om möjligheten till att delta i studien. Anesthesi- och operationssjuksköterskor som var intresserade av att delta i studien visade intresse via mejlkontakt. Ett mejl med deltagarinformation (Bilaga 3) och samtyckesblankett (Bilaga 4) skickades till alla deltagare. Alla deltagarna fick information om frivillighet att delta i studien och att deras identitet kommer att vara anonym.

Henricson och Billhult (2017) påpekar tillvägagångssätt för rekrytering av deltagarna och menar att i studien ska det finnas inklusionskriterier. Ett av inklusionskriterierna var att anesthesi-och operationssjuksköterskor av alla åldrar och kön välkomnades att delta i studien, detta för att fånga upp eventuella variationer i upplevelser. Ytterligare inklusionskriterier för denna studie var att deltagarna är anesthesi eller operationssjuksköterska, ska ha varit verksamma i minst ett år på sin arbetsplats och deltagarna måste även ha vårdat patienter med kognitiv nedsättning. Detta för att författarna är intresserade av att samla information från relevanta källor och att deltagarna ska ha samlat på sig tillräckligt med erfarenhet relaterat till studien och dess syfte. Ett annat sätt att få fler deltagare till studien var att även skicka mejl till anesthesi-och operationssjuksköterskor som författarna hade en kännedom om sedan tidigare och som hade erfarenhet av att arbeta på en operationsavdelning. Denna strategi för att inkludera deltagare med relevant erfarenhet kallas för "ändamålsenligt urval" då detta syftar på att samla in informationsrik erfarenhet av ett specifikt fenomen (Henricson & Billhult, 2017; Polit & Beck 2021). Totalt besvarade 16 deltagare mejlen och visade intresse att delta i studien, varav sammanlagt fyra operationssjuksköterskor och sex anesthesisjuksköterskor bekräftade en tid och datum för intervjuerna som genomfördes. Alla som har deltagit i studien var kvinnor. Presentation av demografiska data av deltagarna sker i tabell (1). I studien användes bekvämlighetsurval genom att inkludera de första tio deltagarna som visade intresse. Resterande sex personer tackades författarna nej till för att de hade uppnått tillräckligt med datamaterial. En annan anledning var att intresseanmälningar via mejl kom senare än, inom den tidsramen som författarna hade planerat att genomföra intervjuerna.

Tabell 1: Demografiska data av deltagarna

Intervjuer (n=10)	Antal år som allmänsjuksköterska	Antal år som Op/An sjuksköterska	Anestesi eller operation
1.	5 år	12 år	Operation
2.	2 år	42 år	Anestesi
3.	7 år	35 år	Anestesi
4.	3 år	14 år	Operation
5.	16 år	22 år	Anestesi
6.	3 år	14 år	Anestesi
7.	8 år	5 år	Anestesi
8.	16 år	3 år	Anestesi

9.	0 år	29 år	Operation
10.	7 år	8 år	Operation

Datainsamling

Datamaterial till studien samlades in genom kvalitativa semistrukturerade intervjuer med deltagarna. I en kvalitativ intervju undersöker forskaren berättelser som ger möjligheter till forskaren att analysera olika nyanser av ett fenomen (Kvale & Brinkmann, 2014). Metoden med semistrukturerade intervjuer är fördelaktig för att undersöka deltagarnas erfarenheter och upplevelser för att den ger möjlighet till att beskriva och tala fritt (Polit & Beck, 2021). Författarnas tillvägagångssätt under intervjun byggdes på en semistrukturerad intervjuguide som agerade som stöd till författarna under intervjun. Frågor i intervjuguiden diskuterades noggrant av författarna mot studiens syfte. Efter att intervjuguiden ansågs vara klar genomfördes en provintervju för att utvärdera och testa frågornas relevans till studiens syfte. Det genomfördes vissa förändringar i intervjuguiden efter att provintervjun hade genomförts för att frågorna skulle svara bättre till studiens syfte och generera mer kunskap i resultat (Polit & Beck, 2021). Beroende på vad deltagarna berättade under intervjun anpassades ordning på frågorna och följdfrågorna för att inte störa interaktionen mellan författarna och deltagarna. (Jacobsson & Skansholm, 2019; Danielsson, 2017). Material från provintervjun inkluderades i resultatet eftersom den svarade på studiens syfte. Intervjuerna genomfördes på deltagarnas arbetsplatser och varade mellan 19 - 40 minuter (medel 29 minuter).

Intervjuerna började med en öppen fråga "Har du vårdat patienter med någon form av kognitiv nedsättning ". Det framkom även följdfrågor som var utformade för att få detaljerad information, som "Vad kände du då?" (Bilaga 5). Enligt Danielsson (2017) är provintervju nödvändigt för att säkerställa att den tekniska utrustningen som används under studien är välfungerande samt att författarna får möjlighet att testa sina roller som intervjuare. En provintervju ger också möjlighet till författarna att få en uppfattning om den essentiella tidsramen för genomförandet av intervjun (Danielson, 2017; Lantz, 2013). Intervjuerna utfördes på deltagarnas arbetsplatser i ett lugn och tyst rum för att säkerställa att deltagarna inte blev störda i sin tankegång under intervjun. Rollen som intervjuare och den som antecknade alternerades mellan författarna, vilket rekommenderas av Danielsson (2017). Intervjuerna spelades in efter godkännande av deltagarna. Intervjuer spelades in med två mobiltelefoner med hjälp av en inspelningsapplikation. Intervjuerna sparades på mobiltelefoner som var säkrade med lösenord. Intervjuerna transkriberades ordagrant och i nära anslutning till intervjutillfället.

Analys

Analys av datamaterial utfördes genom kvalitativ innehållsanalys, enligt Granheim och Lundman (2004). Författarna i den föreliggande studien valde att utföra analys av

datamaterialet på manifest nivå som innebär beskrivning av innehållet som den yttrar sig. Däremot kännetecknas analysmetod på latent nivå av att tolka datamaterialet och identifiera den underliggande meningen. Kvalitativ innehållsanalys utpekar likheter och skillnader i datamaterialet (Graneheim och Lundman, 2004). Analysprocessen startades efter att all datainsamling var avslutad. Initialt påbörjades ett förarbete med avidentifiering, kodning och transkribering av materialet. Deltagarnas namn avidentifierades och byttes ut till exempelvis person X. Sedan kodas varje intervju och tilldelas ett nummer, för att lättare kunna avskilja innehållet från varandra. Koderna beskrevs i en kodtabell som ingen obehörig skulle få åtkomst till, endast författarna och handledaren var behöriga till att ta del av inspelade datamängden. De framtagna ljudinspelningarna avlyssnades flera gånger och transkriberades tillsammans av båda författarna. Transkriptionen fullföljdes ordagrant för att säkerställa att all text stämde överens med den ursprungliga ljudinspelningen. Upprepningen är bidragande till att eventuella korrigeringar kunde utföras och bidrog till en helhetsbild för författarna, samt för att undvika felaktigheter och missförstånd.

Analysmetoden enligt Granheim och Lundman (2004) består av fem steg: meningsbärande enhet, kondenserad meningsenhet, kod, subkategori och kategori. Exempel på analysstegen presenteras i tabellen (Tabell 2). Den färdigtranskriberade texten delades in i meningsbärande enheter som bestod av ett stycke eller ett par meningar som motsvarade studiens syfte. Dessa meningar färgmarkerades i Word-dokumentet och sedan flyttades över till ett separat Word-dokument för att kunna se all text i ett nytt sammanhang. Därefter kondenserades den meningsbärande enheten för att få fram det mest väsentliga i texten och för att kunna diskutera det mer effektivt sinsemellan. Diskussionen är ett bra sätt att bedöma att avgränsningen av texten inte har påverkat dess essens. I nästa steg bildade varje kondenserad meningsenhet en kod, vilket innefattade en eller flera ord som kortfattad gav stöd till innehållet. Därefter sammanställdes ett eller flera koder som hade vissa likheter i innehållet, och utgjorde en grund till en subkategori, vilket i sin tur bildade en kategori som är en samling av subkategorier, som en gemensam innebörd av textens innehåll. Innehållet i en kategori skiljer sig från en annan kategori och det finns en tydlig avgränsning, annars kan inte flera kategorier bildas (Granheim & Lundman, 2004). I studiens resultat framkom tre kategorier och 14 subkategorier som presenteras i tabell (Tabell 3).

Tabell 2: Exempel på analysstegen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
Att alla på salen vet om att det är en patient med svår kognitiv störning så pratar vi ihop oss på	Alla på salen vet så prata vi ihop oss hur vi ska bete oss.	Prata ihop	Samarbete på en operationssal	Samverkan i team

salen om hur ska vi bete oss.”				
“Man har ju fått bända upp armar också för att kunna ge dem lugnande eller sömnmedicin, för att vi ska kunna genomföra operationen ... “	Att bända upp armar för att genomföra operationen	Tvångsåtgärder	Etiskt dilemma	Behov av individanpassad bemötande och kommunikation

Etiska överväganden

De etiska principerna gällande insamling och bearbetning av information beaktades. Krav på lättförståelig och adekvat information till deltagarna betonas i Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2022) och Vetenskapsrådets riktlinjer för god forskningssed (Vetenskapsrådet, 2017). Det är av stor vikt att studien följer de etiska principerna om respekt för individen och dess integritet, samt för att undvika felaktighet eller missuppfattning av information innan deltagarna undertecknade samtycket. De fyra forskningsetiska kraven beskrivs i Vetenskapsrådet (2002) som innefattar informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.

Deltagarna i studien mottog ett informationsbrev som informerade om studiens syfte och metod, samt att deltagande är frivilligt. Detta innebär att det finns möjlighet att avbryta sitt deltagande när som helst under intervjuprocessens gång, utan att behöva uppge skäl, på så sätt uppfyller studien informationskravet. Samtliga deltagare fick uppge sitt samtycke, både muntligt i samband med intervjutillfället och skriftligt genom att skriva på sin underskrift i en samtyckesblankett. Detta uppfyller kriterierna för samtyckeskravet, då de ger sitt samtycke till ett frivilligt deltagande. I dataskyddsförordning (SFS 2018:218) General Data Protection Regulation “GDPR”, nämns att all form av personuppgifter i den insamlade datamaterialen skall förvaras och bearbetas genom att först avidentifiera all personliga data, samt att känsliga persondata bör sparas under en viss tid för att uppfylla dess ändamål. Därför avidentifierades det insamlade datamaterialet och bevarades på författarnas datorer och mobiltelefoner som är skyddade med lösenord, för att minimera risken för åtkomst av obehöriga. Författarna till studien informerade deltagarna vid intervjutillfället, att all information endast användes för studien och sedan raderades efter att studien har publicerats, i syfte att respektera konfidentialitetskravet.

Nyttjandekravet innebär att studiens resultat inte får användas i en annan forskning. Med detta i åtanke kommer materialet samlad från intervjuer inte kunna användas i en annan studie. Författarna informerade deltagarna om möjligheten att få åtkomst till studiens resultat som presenteras på posters vid ett särskilt tillfälle (Vetenskapsrådet, 2002). Genom att utgå ifrån etiska riktlinjer enligt Kjellström (2017) kan det bidra till att deltagarna upplever en ökad säkerhet och välbefinnande som leder till förbättrad kvalitet

av informationen vid intervjuerna. Enligt Lagen om etikprövning (SFS 2003:460) krävs det inte den etiska kommitténs godkännande för denna studie, eftersom det finns ett undantag i lagen för studier genomförda på grund- och avancerad nivå.

Uppsatsen publiceras slutligen på högskolans digitala plattform, DIVA-portalen (<http://www.diva-portal.se/>) som deltagarna kan ta del av vid önskan.

Förförståelse

Författarna i denna studie har varierande kunskap och erfarenheter av att vårda patienter med nedsatt kognition, men har inte erfarenhet av den perioperativa miljön. Författarna har sedan tidigare en viss kännedom om svårigheter och utmaningar som en allmänsjuksköterska upplever gällande kommunikation med patienter med kognitiv nedsättning. Båda författarna har arbetat med kognitivt nedsatta patienter under sina tidigare professioner som allmänsjuksköterskor. Den ena författaren har tidigare arbetat som allmänsjuksköterska på en hjärtintensivavdelning. Den andra författaren har arbetat på LSS-verksamhet (Lagen om Stöd och Service till vissa funktionshindrade) som undersköterska, som allmänsjuksköterska på kirurgavdelningen och postoperativa avdelningen i två månader under utbildningen. Under specialistutbildning till anesthesi- och operationssjuksköterskor har författarna medverkat i verksamhetsförlagd utbildning, vilket ökade förståelsen för den perioperativa omvårdnaden. Dessa förförståelsen om tidigare vårdmöten med patienter med kognitiv nedsättning har diskuterats och reflekteras mellan författarna, i syfte att inte påverka studiens resultat. För att öka trovärdigheten i denna studie arbetade författarna med sin förförståelse genom att diskutera det fortlöpande sinsemellan (Wallengren & Henricson, 2012). För att bearbeta sin förståelse och öka pålitlighet granskades studien av studiekamrater, handledare och en extern granskare (Henricson, 2017).

RESULTAT

Studiens resultat insamlades från de tio intervjuerna och sammanställdes i tre kategorier och varje kategori delades in i respektive subkategorier som presenteras i nedanstående tabell (Tabell 3).

Tabell 3: Kategorier och subkategorier

Kategori	Subkategori
Samverkan i team	<ul style="list-style-type: none">• Samarbete på en operationssal• En som tar ledarskapet på salen
Behov av resurser och hjälpmedel	<ul style="list-style-type: none">• Närstående en trygghet men också hinder• Journalen är ett hjälpmedel• Behov av olika hjälpmedel i det perioperativa omvårdnaden• Anpassa den perioperativa miljön• Behov av riktlinjer och erfarenhet• Behov av utbildning och kunskap
Behov av individanpassad bemötande och kommunikation	<ul style="list-style-type: none">• Kommunikationssvårigheter vid bedömning av smärta och oro• Utmaningar vid vård av patienter med autism• Utmaningar vid vård av patienter med demenssjukdom• Att använda avledande samtal• Etiskt dilemma

Samverkan i team

Att samverka i team anses vara en avgörande faktor för att kunna erbjuda den optimala omvårdnaden till patienter med kognitiv nedsättning. Samarbete kräver förståelse för varandras arbetsuppgifter och att det perioperativa teamet anpassar sina åtgärder beroende på situationen. Kategorin "samverkan i team" handlar om "samarbete på en operationssal" och "en som tar ledarskapet på salen".

Samarbete på en operationssal

Deltagarna upplever ett fungerande samarbete mellan alla professioner i operationsteamet och menar att alla visar hänsyn till arbetet kring den kognitivt nedsatta patienten inom den perioperativa miljön. Deltagarna menar att yrkeskategorier som anestesiläkare och undersköterskan kan spela en aktiv funktion gällande hela det perioperativa vårdförloppet. Däremot beskrivs kirurgens uppgift mer begränsad till den intraoperativa fasen då den oftast kommer in till operationssal när patienten redan är sövd. Deltagarna påtalar betydelsen av att alla i teamet är välinformerade om patientens särskilda behov, för att kunna utföra det omhändertagande som krävs. Deltagarna beskriver att vissa patienter med kognitiv nedsättning kan uppleva detta som "ett anfall" om alla i teamet går

fram samtidigt och ska börja ställa frågor. Om det bedöms att patienten inte klarar av för mycket uppmärksamhet, då försöker inte hela operationsteamet ställa frågor. Hela teamet måste vara förberedda och veta vad som förväntas av varje profession, för att allt ska gå enligt planeringen på ett lugnt, metodiskt och systematiskt sätt. "Att alla på salen vet om att det är en patient med svår kognitiv störning så pratar vi ihop oss på salen om hur ska vi bete oss." (Deltagare 10)

Dock berättar deltagarna att det ibland förekommer att samarbetet inte fungerar på grund av brist på respekt för varandras arbetsuppgifter eller olika synpunkter som skapar missförstånd. Kommunikationen mellan medarbetarna kan kännas besvärligt om det inte sker på ett professionellt sätt. Deltagarna menar att ett bristande samarbete kan göra att operativa åtgärder vid en akut operation blir mer stressfyllda och att det blir svårare att uppfylla kraven för en god vård till patienter med kognitiv nedsättning. Deltagarna beskriver vidare att ingreppets art och olika operativa utrustningar som ska förberedas kan påverka samarbetet. Det måste finnas ett samspel med anestesijuksköterskan om vem som ska göra vad och vid vilken tidpunkt, för att allt ska ske i rätt ordning. Men ibland måste det bortses ifrån dessa faktorer för att rädda patientens liv på bekostnad av ett dysfunktionellt samarbete. "När teamarbetet inte fungerar då kan det vara så att man har mycket att göra, att den ena måste göra det och den andra måste göra det." (Deltagare 3)

En som tar ledarskapet på salen

Operationssjuksköterskor nämner att de tar oftast ett steg tillbaka och låter anestesijuksköterskan få kontakt och bygga en relation med patienten. Anestesijuksköterskans relation till patienten anses vara essentiell för operationens fortskridande och då får anestesijuksköterskan en roll som arbetsledare. Det framkommer att anestesijuksköterskan alltid tar ledningen vid förflyttning av patienten, om den är sövd, för att säkerställa fri luftväg. Deltagarna påpekar att i vissa operationsavdelningar finns anestesijuksköterskor som har en specialfunktion gällande patienter med särskilda diagnoser. Deras erfarenhet är till hjälp och är en tillgång för arbetsgruppen för bättre hantering av kognitivt nedsatta patienter. Anestesijuksköterskor menar att även om de agerar som arbetsledare betyder det inte att de bestämmer fritt, utan de agerar i samspel med både patienten och andra i operationsteamet. "När vi går igenom patienten som man ska ha, man gör en liten plan att 'du' får ta liksom kommandot här och så finns vi andra runt omkring, men säg till vad du behöver när du får huvudansvaret" (Deltagare 1)

Behov av resurser och hjälpmedel

För ett välfungerande perioperativt vårdförlopp behövs omvårdnaden individanpassas på flera olika sätt. Det framkommer att deltagarna individanpassar omvårdnaden genom att använda sig av olika hjälpmedel. Kategorin "behov av resurser och hjälpmedel" handlar om "närstående en trygghet men också hinder", "journalen är ett hjälpmedel", "behov av olika hjälpmedel i det perioperativa omvårdnaden", "anpassa den perioperativa miljön", "behov av riktlinjer och erfarenhet" och "behov av utbildning och kunskap".

Närstående en trygghet men också hinder

Deltagarna betonar betydelsen av närstående för att kunna erbjuda en god omvårdnad till patienter med kognitiv nedsättning. Närstående har en bra kännedom om patienter och deras behov och agerar som röst åt dem. Informationen om relevanta omvårdnadsåtgärder för en patient med kognitiv nedsättning kan inhämtas från närstående. Det framkommer att närstående spelar betydelsefull roll vid en operation genom att vara kvar på salen tills patienterna sövs. Det poängteras att närståendes närvaro under hela perioperativa förloppet fungerar som en trygghetspunkt för patienter med kognitiv nedsättning i den främmande operationsmiljön. Deltagarna menar att de försöker samarbeta med närstående under hela processen och använder de som en del av teamet och som en resurs i omvårdnaden av patienten. "Patientens ledsagare eller följeslagare kan vara en stor hjälp för att de känner patienten och vet precis vad som fungerar och inte fungerar. De är guld värda." (Deltagare 2)

Det påpekas av deltagarna att närståendes enda funktion i en perioperativ miljö är att vara ett stöd till patienten, dock kan de i vissa situationer agera som ett hinder. Om en närstående själv inte känner sig trygg eller blir nervös i den miljön kan det leda till att patienten blir påverkad av det. Detta kan i sin tur utöka patientens oro och leda till att patienten blir obekvämlig inför en operation. I sådana situationer kan närståendes närvaro påverka den omhändertagande på ett negativt sätt. Det framhävs att då är det operationsteamets ansvar att även ta hand om de närstående och detta för patientens bästa.

“Alltså kognitivt nedsatt barn kan ju känna att det blir lite oroligt när mamma och pappa inte är trygga. Eeeh och då blir det lite svårt, och då får man som narkospersonal försöka ta kommandot och leda. Vi vet vad vi ska göra . . .” (Deltagare 6)

Journalen är ett hjälpmedel

Flera deltagare betonar att journalföring är ett viktigt hjälpmedel för att kunna ge en individanpassad omvårdnad till patienter med kognitiv nedsättning. Journalen kan vägleda vårdpersonalen att anpassa deras tillvägagångssätt. Det kan även bidra med information om patientens habitustillstånd och därmed underlätta planering av de perioperativa omvårdnadsinsatserna. Det nämns att precis som uppgifter om hälsotillstånd, nackrörlighet och luftvägar är viktig att dokumenteras för anestesi, så är det på samma sätt av betydelse att dokumentera hur man går till väga när det gäller den perioperativa omvårdnad av patienter med kognitiv nedsättning. Det framkommer att journalföring kan underlätta för kommande vårdtillfällen och operationer genom att hjälpa vårdpersonal att förstå patientens särskilda behov.

“Om den har varit sövd tidigare, eeeh då gjorde man så här och så här och så står det kanske någon anteckning ‘Det gick bra!’ OK! Copy paste, nu kör vi samma eller det gick inte bra! Näää då får vi tänka på något annat” (Deltagare 6)

Det understryks att information om hälsotillstånd samlas i första hand från patienten men det kan vara komplicerat när det är patienter med kognitiv nedsättning. Anledningen är att patienter med svår demens har minnessvårigheter som gör att de inte alltid kommer ihåg uppgifter om deras hälsotillstånd och då kan journalen vara till hjälp att hitta rätt information. "Det kan ju vara någon som är dement till exempel som är väldigt (paus) rolig att prata med där man kan ha hela samtalet, fast det är inte säkert att man får rätt svar" (Deltagare 5)

Dock framkommer det att brist på journalföring är ett väsentligt problem som flera anesthesi- och operationssjuksköterskor har träffat på. Det kan försvåra den optimala omvårdnaden i den perioperativa miljön. Det framhävs att det är brist på information som kan i vissa fall leda till konflikt angående patienter med kognitiv nedsättning. Konflikten kan spegla sig i form av att patienten blir omedgörlig under den perioperativa fasen. Deltagarna upplever att vård av omedgörliga och icke hanterbara patienter har varit på grund av patientens kognitiva nedsättning som har varit okänt för personalen, eftersom det inte var journalfört och det upptäcktes i efterhand. Brist på förberedelser och avsaknad av förståelse för patientens kognitiva status kan leda till en motorisk och psykisk orolig patient som skriker och svär, vilket är ett ovärdigt vårdmöte för både patienten och vårdaren.

Behov av olika hjälpmedel i det perioperativa omvårdnaden

Deltagarna påpekar att mediciner är essentiella hjälpmedel som underlättar den perioperativa omvårdnaden av patienter. Det framkommer att i många situationer är mediciner den enda utvägen för att operationsförberedelser överhuvudtaget ska kunna påbörjas.

"Vi försökte sätta nål, men det gick inte och då hade vi förberett ketanest då i, så vi gav intramuskulärt och (paus) det fick vi i honom och det tog ju en liten stund innan det gav effekt, men han blev lite lugnare. Vi fick dit en nål i handen och sen kunde vi söva honom i bilen och så fort han somnar så fick vi ju liksom lyfta ut honom." (Deltagare 7)

Deltagarna beskriver situationer där patienter med kognitiv nedsättning tackar nej till att få ett perifert venkateter (PVK) och då går det varken att ge propofol eller annan smärtlindring som behövs under en operation. I dessa situationer har det behövts administrera läkemedel på flera olika sätt, som att blanda med saft eller intramuskulärt. Det framkommer att vissa patienter med autism föredrar att sövas ner med gasnarkos och då tas hänsyn till det och efter sövningen sätts intravenös infart. Deltagarna menar att unga patienter med olika diagnoser som har en kognitiv nedsättning kan vara känsliga för smärta som uppstår vid provtagning eller vid insättning av intravenös infart. I de situationerna är lokalbedövning (Emla-plåster) ett bra alternativ. Patienter med demens som inte är orienterade till tid och rum har svårighet att förstå varför de ska opereras och då får de propofol i sederingssyfte, för att de ska kunna förberedas inför operationen. Det framhävs att vissa patienter med kognitiv nedsättning kan ha en nytta av att få premedicinering i form av tabletter redan i hemmet innan de åker till operationsavdelningen. Då krävs det en professionell bedömning som tar ställning till

patientens oro i förväg och diskuterar detta med omvårdnadspersonal på patientens boende som kan hjälpa till med premedicinering. Detta för att förebygga patientens oro inför operationen. Dock menar flera deltagarna att de har varit med i situationer när de inte lyckats att lugna ner patienten genom samtal och medicinering och har behövt stryka operationen helt för att det har blivit jobbigt för patienten och även personalen.

Deltagarna beskriver hur olika fysiska och digitala hjälpmedel kan användas i den perioperativa miljön för att underlätta omvårdnaden och göra den mer personcentrerad. Deltagarna menar att beroende på patientens specifika kognitiva nedsättning får det användas relevanta verktyg. Patienter med demens kan kräva helt andra hjälpmedel jämfört med patienter som har en medfödd skada i hjärnan eller autism. Det poängteras att ett personligt föremål som en gossedjur kan vara behjälplig i den perioperativa miljön. Om patienterna vill behålla sina personliga glasögon och hörlurar för att de känner sig trygga med det, då kan de få göra det. "Någon hade med sig en jättstor sökare för den älskade brandpersonal. Den hade han i bakfickan, men han fick ju lägga sig med full klädsel på operationsbritten och så tog vi den sen då." (Deltagare 5)

Ett varmt täcke och mjuka kuddar kan göra att patienter med demens känner sig trygga inne på operationssalen och därmed underlätta när det gäller medgörlighet och delaktighet i omvårdnaden. Åtgärder som att sjunga eller prata om deras favorit-TV program anses hjälpa till för att öka medgörligheten bland patienter med olika typer av kognitiv nedsättning. Deltagarna beskriver att det kan användas olika digitala hjälpmedel som till exempel radio, musik eller olika teckningar på skärmen för att avleda eller lugna patienter med kognitiv nedsättning i operationsmiljön. Det framhävs att digitala verktyg har visat sig vara effektiva när det gäller patienternas välbefinnande och trygghet under en operation. Vissa patienter vill gärna ha med sig sin egen surfplatta och då får de behålla den för att de känner sig lugna med det. På så sätt avleds de patienterna och får något annat att tänka på, medan operationsteamet utför sitt arbete. "Radio eller musik kan ibland hjälpa till exempel på vakna oroliga äldre patienter, till exempel vid frakturer som opereras med en spinal. Det hjälper dem att slippa höra allt som händer inne på operationssalen, vilket brukar vara bra." (Deltagare 4)

Anpassa den perioperativa miljön

Deltagarna betonar betydelsen av planering och menar att alla förberedelser måste vara klara innan patienten kommer in till operationssalen. Alla apparater ska vara förberedda och alla läkemedel ska vara dragna. Förberedelserna som är inte klara får göras när patienten är nedsövd för att underlätta situationen. Det framkommer att personalen tänker på vilka material och apparatur som är framlagda på operationssalen för att det kan vara känsligt samt otäckt för vissa patienter med kognitiv nedsättning. Ytterligare framkommer det att för patienter som är ljuskänsliga, bör det tänkas på att sänka styrkan på belysningen inne på operationssalen. En annan anpassning är arbetskläderna, genom att visa ansiktet och inte täcka det med munskydd och visir, kan det avdramatisera mötet och minska patientens rädsla. "Det är ganska svårt att anpassa vår miljö, för den är stökig, den är steril och den är ganska ogästvänlig." (Deltagare 1)

Det framkommer att patienterna med olika typer av kognitiv nedsättning får möjlighet att vistas på en avskärmd uppvakningsplats efter operationen för att återhämtning kan ske i lugn och ro, samt att närstående kan sitta med dem. En del patienter kan känna att det är överväldigande med många personer runt omkring som gör flera saker samtidigt, därför anser deltagarna att en anpassning av antal personer på operationssalen kan leda till en lugnare patient.

“Man kanske inte är så jättemånga på salen liksom, just bara de som behöver då, för en del kan ju bli väldigt stressad av mycket folk och att det blir många personer så, så att man kanske tar det lite lugnt.” (Deltagare 9)

Behov av riktlinjer och erfarenhet

Deltagarna konstaterar att det saknas utbildning och rutiner för omhändertagande av patienter med kognitiv nedsättning på deras arbetsplatser. “Vi har inte så mycket utbildning kring patienter med kognitiv svikt på något sätt eller nedsatt kognition eller så, och det är lite konstigt egentligen, för det är väldigt, väldigt vanligt ändå...” (Deltagare 1)

Dock poängterar flera av deltagarna att de upplever att omvårdnaden av patienter med kognitiv nedsättning ändå fungerar bra. Deltagarna menar att de arbetar som ett team enligt ett koncept som bygger på den egna erfarenheten och patientens särskilda behov. En anledning till avsaknaden av riktlinjer eller styrdokument är att patienter med kognitiv nedsättning är en väldigt stor och varierande grupp. Deltagarna påpekar att styrdokument alltid är utformade efter en standardpatient och tar inte hänsyn till speciella behov för kognitivt nedsatta patienter. Flera deltagare är överens om att de lyckas med att ge god och individanpassad omvårdnad till patienter med kognitiv nedsättning trots att det saknas riktlinjer och rutiner. Dock uppmärksammas det att det är en utmaning och inte en självklarhet för framförallt de som är nya i yrket.

“Det blir lättare att hantera detta när jag själv känner mig trygg som narkosköterska, jag var typ 23 eller 24 något sånt där, när jag blev färdig narkosköterska och jag kände mig inte trygg i narkosköterskerollen det första året liksom och då ställer mig och var den här “Leda arbetet framåt med en kognitiv nedsatt patient”. Det var, det gick inte (Hahahahaha). Det blev inget bra och att få med sig anhöriga på tåget, men det är lite hur man är som person.” (Deltagare 6)

Behov av utbildning och kunskap

Flera deltagare lyfter behovet av utbildning som kan öka förståelsen för patienter med kognitiv nedsättning och därmed underlätta kommunikationen. I och med att mycket av agerandet när det gäller omhändertagande av dessa patienter är beroende av erfarenhet, anses det att utbildning hade varit till nytta för att öka sjuksköterskans kunskaper om ämnet. Det framhävs att utbildning i bemötande av patienter med kognitiv nedsättning hade varit betydelsefull för att kunna erbjuda en bättre och mer individanpassad omvårdnad till patienter i den perioperativa miljön.

“Alltså... mycket av den kunskapen jag har är ju liksom av egna erfarenheter och det kan man väl sakna både utbildning och på arbetsplatserna att det finns alltså typ utbildningar,

kurser att kommunicera med patienter som av en eller annan orsak har kognitiv nedsättning” (Deltagare 10)

Behov av individanpassat bemötande och kommunikation

Deltagarna betonar att det är av stor betydelse att ha ett individanpassat bemötande till patienter med olika typer av kognitiv nedsättning. Deltagarna framhåller att för att kunna erbjuda god omvårdnad till patienter med kognitiv nedsättning är det betydelsefullt att ha en dialog, vara lyhörd, visa empati och agera i samspel med dem samt att försöka leva i deras livsvärld. Deltagarna beskriver att de oftast använder sig själva som en resurs genom att vara lugna och förmedla lugnet samt att absolut inte höja rösten. Att se patienterna som individer med en egen livshistoria och livsvärld samt använda sig av den livsvärlden under omvårdnaden. Deltagarna under denna intervjustudie beskriver mest två patientkategorier när de tillfrågas om erfarenheter av kognitivt nedsatta patienter. Deltagarna menar att de anpassar bemötande till patienter med demens och autism på olika sätt. Kategori “Behov av individanpassat bemötande och kommunikation” handlar om “Kommunikationssvårigheter vid bedömning av smärta och oro”, "utmaningar vid vård av patienter med autism”, “utmaningar vid vård av patienter med demenssjukdom”, “att använda avledande samtal” och "etiska dilemman”.

Kommunikationssvårigheter vid bedömning av smärta och oro

Deltagarna beskriver att det bör finnas ett anpassat arbetssätt som förebygger oro hos patienterna med kognitiv nedsättning under en operation. För att kunna tolka smärta och oro hos patienterna med kommunikationssvårigheter är det av stor betydelse att observera ansiktsuttryck och kroppsspråk. Deltagarna menar att patienter med demens oftast visar smärtecken genom ansiktsuttryck eller genom att vara motorisk oroliga. Omvårdnadsåtgärder som lätt beröring och att hålla en arm anses lindra patienternas oro samt att de inte spänns fast på operationsbordet tills de somnar. Deltagarna påpekar att deras mål alltid är att ha så kort tid som möjligt mellan patientens ankomst till operationssalen och tills att de sövs ner, för att förebygga oro. Dock är flera deltagare överens om att det är en utmaning att förstå och läsa av symtom hos många patienter med kognitiv nedsättning. “Nej, men det är jättesvårt. Man får ju försöka göra en samlad bedömning av ansiktsuttrycket, om man ser rädd ut eller om det kommer tår, kanske om man krampaktigt vill hålla i någon.” (Deltagare 1)

Deltagarna beskriver situationer de har varit med som *“jätteorolig dement patient som gapar och skriker på operationsbordet och inte vill vara där”* och menar att det kan bli ett stort hinder i operationsprocessen om de inte lyckas att lugna ner patienten. Att man inte kan använda vanliga smärtskattningsskalor för att utvärdera smärtan *“men du kan ju aldrig komma med en VAS-skala till dem liksom”*. Förutom att det är svårt att förstå smärta, illamående och oro hos patienterna med demens, är det också en utmaning att veta om vilket är det huvudsakliga problemet. “Är patienten tillräckligt orolig, då mår de illa av det. Har man jätteont så kan man mår illa av det och mår man illa så får man ont i magen av det” (Deltagare 2). Deltagarna påpekar att för patienternas välmående är det väsentlig att följa upp smärtan postoperativt. Om det är svårt för patienten att förmedla

sina symtom med verbal kommunikation kan den ansvariga sjuksköterskan vara observant för tecken som puls, blodtryck och rynkor i pannan samt patientens röst.

Utmaningar vid vård av patienter med demenssjukdom

Anestesi- och operationssjuksköterskan ser på hantering av dementa patienter som en utmaning. Utmaningen förklaras vara den dementa patientens förvirringstillstånd som kan ge behov till upprepning av information. Samtliga deltagare nämner att det kan frambringa frustration och aggressivitet hos den dementa patienten, när de förlorar uppfattningen av tid och rum, har svårt att förmedla sig och att inte kunna ge tydliga svar på sjuksköterskornas frågor, samt förmågan att följa instruktioner. Patienter med demens kan bli lätt agiterade och frustrerade även på grund av dialektskillnader. Att ha ett sviktande minne kan ge upplevelsen av otrygga samtal för både sjuksköterskan och patienten, att de dementa inte vet vad som har hänt, var de är och/eller förstår, vad som händer och sägs. Det framkommer även att patienter med alzheimersdiagnos kan uppfatta sin vårdare som hotfull eller ha märkliga föreställningar. Att vara lyhörd, försöka svara på frågorna och gärna upprepa informationen under den perioperativa fasen.

“Det är en stor utmaning då de kan glömma det du sagt efter 40 sekunder. En del kan vara väldigt aggressiva och det förstår man också, för att de slåss ju för sina liv, de förstår inte vad som ska göras”. (Deltagare 2)

Utmaningar vid vård av patienter med autism

Deltagarna menar att patienter med autism är orienterade till tid och rum och kommer ihåg hela den perioperativa processen. Därför krävs en kontinuitet och ramverk som sätter grunden för en trygg omvårdnad. Patienter med autism har sina bestämda uppfattningar om saker och ting, därför finns det ett behov av större flexibilitet under omvårdnadsprocessen för att vinna deras tillit. Deltagarna lyfter behovet av det "*kända ansiktet*" gällande patienter med autism och menar att har det bestämts att de ska träffa en specifik anestesijuksköterska på operationsdagen är det av en stor betydelse för dem att hålla det löftet. Deltagarna menar att det är betydelsefullt för patientens välbefinnande att följa upp de postoperativa och vid behov ta relevanta åtgärder.

”De flesta av de här vill ju gärna ha kanske ramar, att det är ser ganska likt ut, att inte spreta för mycket, att det blir ganska likt från gång till gång, då det kan ju ge en trygghet kanske . . . ” (Deltagare 8)

Deltagarna berättar att det är viktigt att vara lyhörd och respektera patientens vilja. Andra förklarar att det krävs att vara bestämd och tydlig inför patienten. Att prioritera de arbetsuppgifter som är nödvändiga för att kunna utföra operationen och göra undantag för de mindre nödvändiga momenten, vilket kan vara avgörande för att lyckas med operationen. Deltagarna betonar att det får helst inte bli några avvikelser från planen som har gjorts tillsammans med autistiska patienter. För att det kan påverka hela den perioperativa processen negativt. Deltagarna beskriver att om det går att anpassa omvårdnadsåtgärder så drar både patienten och vårdaren fördel av detta. En situation när patienten med autism inte ville medverka till att få ett rosa PVK men då föreslogs det att få en blå PVK i stället. Det tyckte patienten var en bättre färg då rosa var en "*tjejfärg*", enligt patienten.

“Inte ta strider som man inte behöver. Autistiska patienter tänker och vill ha saker på ett visst sätt. Att som sköterska vara sträng gällande vissa saker som måste göras och släppa andra saker som vanligtvis görs med alla patienter.” (Deltagare 3)

Att använda avledande samtal

Avledande samtal föreslogs av majoriteten av deltagarna vara ett bra sätt att distrahera patienter som är oroliga eller omedgörliga. För patientens bästa används avledande samtal som riktar patientens tankegång åt något annat håll och vilseleder de medvetet en stund för att minska fokuset på det som skall hända. Andra deltagare uppger att om det finns en visdom om patientens historia, bakgrund, vad de har jobbat med eller vart de bor, kan det leda till det avledande samtalet och inge en känsla av trygghet. Det hjälper att prata om något som patienten minns och kan relatera till. Anpassning av information och korta meningar kan bidra till en bättre förståelse och minska stressen i den perioperativa miljön för dessa patienter. Det är viktigt att bara nämna det väsentliga, läsa av patienten och situationen. Genom att hitta ett gemensamt samtalsämne och samtidigt genomföra omvårdnadsåtgärderna upplevs som en svårighet av den perioperativa sjuksköterskan. Däremot tycks det fungera bättre ibland om det är två personer, en som avleder patienten och en som exempelvis sätter nål.

“Man får ju absolut lägga tid på det och sen försöka distrahera. Det är ju uppgiften (hahaha). Huvudsaken att man kan fånga vad patienter vill prata om? att veta lite bakgrund om den här patienten. Vad har den här patienten för historia, vad skulle jag kunna plocka upp och prata om, vad man har gjort i sitt tidigare liv, för det kommer de ju ihåg ofta, att man ändå kan eeehm hitta något gemensamt samtalsämne.” (Deltagare 3)

Deltagarna upplever tidsbrist för att kunna anpassa den perioperativa dialogen till särskilda behov för patienter med kognitiv nedsättning. Det framkommer att det upplevs vara påfrestande för personalen att i en operationsmiljö att både sjunga i avledande syftet och samtidigt hålla kontroll över den avancerade medicinsktekniska produkterna på en operationssal. Dessutom beskrivs det som en utmaning att hitta ett passande samtalsämne när det gäller vissa patienter med demens. Ett avledande samtal vid fel tillfälle kan orsaka mer oro. Det är inte alltid lätt att läsa av vad patienten har för behov, hur de känner eller vad som hjälper för att lugna ner dem, berättar deltagaren. Deltagarna menar att detaljerade och för många frågor kan leda till att den dementa patienten kan låsa sig.

“Då går det ju en i personalen som skulle vara snäll och social fram och skrek: “Hur många barn har du?” Helt bara i tomma luften, varpå patienten blir vettskrämd och börja ropa och rycka i nålar och allting och (Paus). Det var säkert, försökte väl vara intresserad. Jag vet inte, men det blev liksom inte bra”. (Deltagare 2)

Etiska dilemman

Deltagarna uttryckte sin oro kring etiska förhållanden som kan förekomma vid vård av kognitivt nedsatta patienter. Det framkommer faktorer som att patienten inte vill medverka och inte förstår situationen i den perioperativa processen. Då förklarar deltagarna att de utför åtgärder mot patientens vilja genom fasthållning, vilket kan bli en

traumatisk erfarenhet av vården. Vissa berättar att det känns jobbigt att gå emot patientens vilja, men i detta skede är operationsbehovet större än det perioperativa omhändertagandet. De flesta deltagare uttryckte att fasthållningen kunde vara ett etiskt dilemma, men ändå sista utvägen för att lyckas genomföra operationen med patientens välbefinnande i tanken. Det förekommer även patienter som får sjuksköterskan att reflektera över om ingreppet verkligen är nödvändig, om det är en äldre patient med demenssjukdom som inte bedöms klara av en höftoperation. Deltagarna är överens om att det finns ett behov av att i vissa fall ta ett nytt ställningstagande om betydelsen av operationen och om den bidrar till en bättre livskvalité för patienten. Deltagarna betonar att nyttan med operationen måste vägas mot den traumatiska upplevelsen som vissa patienter måste gå igenom. "Om patienten absolut inte vill det och man inte förväntar sig att patienten kommer att leva så länge så är det kanske mer humant att göra något annat i stället?" (Deltagare 4)

Deltagarna beskriver situationer när de har sövt och opererat patienter med demenssjukdom genom att locka dem till operationssalen. Deltagarna påpekar flera tillfällen de har varit med om där operationsteamet har fått bända upp armar för att kunna ge lugnande medicin och sedan genomföra operationen. Samtidigt är de tvungna till att utföra dessa åtgärder för patientens välmående och välbefinnande. Deltagarna menar att sådana situationer väcker tankar och får dem att reflektera över om deras agerande har varit etisk rätt eller inte.

"Man har ju fått bända upp armar också för att kunna ge dem lugnande eller sömnmedicin, för att vi ska kunna genomföra operationen (paus) och det är klart att det känns jobbigt att göra det med, men å andra sidan så är vi ju tvungna. Det känns ju liksom inte bra." (Deltagare 7)

DISKUSSION

Metoddiskussion

För att granska kvalitén i en studie är det av stor betydelse att hålla sig kritisk och lyfta fram både styrkor och svagheter (Henricson, 2017). Enligt Graneheim & Lundman (2004) är begrepp trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och tillförlitlighet väsentliga när det gäller bedömning av studiens kvalitet. För att hålla sig självkritisk och behålla hög vetenskaplig kvalitet i studien har författarna använt sig av ovanstående begrepp.

Kvalitativ metod användes för att samla datamaterial till studien då studiens syfte var att beskriva anesthesi- och operationssjuksköterskor erfarenhet av att vårda patienter med kognitiv nedsättning inom den perioperativa vården. Målet med kvalitativ forskning enligt Polit & Beck (2021) är att samla och öka kunskapen om deltagarens upplevelse och subjektiva erfarenheter av ett fenomen. Den här kunskapen bidrar till att förstå människans syn på verkligheten (Polit & Beck, 2021). Den kvantitativa undersökningsmetoden valdes bort för att den fokuserar på att jämföra olika metoder eller utföra mätningar. Med tanke på att det är personliga erfarenheter som står i fokus i denna studie hade en kvantitativ metod inte svarat på syftet (Billhult, 2017). Hermeneutik är en annan kvalitativ metod som författarna kan använda sig av som fokuserar på förförståelsen och utför tolkningar av datamaterial för att finna intentionen bakom det deltagarna tycker och säger (Friberg & Öhlén, 2017). Denna metod hade varit lämplig om författarna hade mer kunskap och förståelse om ämnet för att kunna genomföra tolkningar och få fram deltagarnas intentioner av det som de väljer att dela med sig under intervjun. Kjellström (2017) menar att forskning bör sträva efter att framställa ny kunskap och därför är det angeläget att välja forskningsämnet med stor omsorg. Anledningen till att metoden kvalitativa semistrukturerade intervjuer valdes var att den bedömdes som den bäst lämpade metod för att samla in deltagarnas upplevda erfarenheter (Henricson & Billhult, 2017). Författarna fann ett behov av att undersöka detta ämne då tidigare forskning inom området ansågs vara begränsad. Därför valdes kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats för att samla datamaterial och beforska ämnet förutsättningslöst. Att utforska ämnet förutsättningslöst anses vara en styrka i studien och därmed en ökad trovärdighet i resultatet då detta kräver att författarna utan att ta hänsyn till sin förförståelse utforskar det berörda ämnet (Kristensson, 2014).

I studiens urval inkluderades anesthesi- och operationssjuksköterskor som hade vårdat ett antal patienter med kognitiv nedsättning, med minst ett års erfarenhet som specialiserad sjuksköterska, samt oavsett kön och ålder. Den deltagare som hade minst erfarenhet i studien hade arbetat i tre år vilket är en styrka i studien då deltagarna anses ha samlat på sig relevant erfarenhet relaterat till studiens syfte men å andra sidan visades det i resultatet att deltagarnas omvårdnadsåtgärder och agerande när det gäller patienter med kognitiv nedsättning berodde till stor del på deras erfarenheter. Föreliggande studiens resultat visade att deltagarna saknar skriftliga rutiner och utbildningen när det gäller omhändertagande av patienter med kognitiv nedsättning. Deltagarna framhävde att

erfarenheten av yrket var en betydande faktor som ökade tryggheten hos dem när det gäller omvårdnad av dessa patienter. Därför hade det varit av intresse att även undersöka upplevelser av anesthesi- och operationssjuksköterskor som är helt utan erfarenhet och nya i yrket. Dock inkluderades det bara deltagarna med minst ett års erfarenhet av yrket vilket är både en styrka i studien men även en svaghet. Danielsson (2017) påpekar att variationer i urvalet är betydelsefullt för en ökad överförbarhet i studien. För att få variation i studiens resultat och för en ökad överförbarhet hade det varit betydelsefullt att ta del av erfarenheter när det gäller anesthesi- och operationssjuksköterskor som är helt nya i yrket. Alla deltagare som inkluderas i studien var kvinnor, vilket skulle kunna vara en svaghet i studien med tanke på att det saknas erfarenheter från män. Detta skulle kunna påverka studiens trovärdighet men å andra sidan enligt statistik under året 2021 var 88% av alla sjuksköterskor i Sverige kvinnor och 12% män (Socialstyrelsen, 2023b). Med detta i åtanke var det större sannolikhet att anesthesi- och operationssjuksköterskor av det kvinnliga könet skulle inkluderas i studien.

I kvantitativa intervjustudier behövs urvalet vara representativt för populationen vilket är irrelevant i en kvalitativ intervjustudie som fokuserar på variationer i urvalet, som innebär att deltagarnas unika upplevelser och erfarenheter av att vårda patienter med kognitiv nedsättning efterfrågas (Kristensson, 2014). Deltagarna rekryterades med hjälp av ändamålsenligt urval och bekvämlighetsurval. Bekvämlighetsurvalet valdes för att kunna nå ut med information om studien till alla fem sjukhus på ett snabbt sätt och för att kunna hinna få tillräckligt med antal deltagare. Genom att bara använda sig av denna urvalsmetod föreligger en risk för en minskad variation, för att deltagarna rekryterades bara genom att få informationen via sina enhetschefer (Kristensson, 2014). Därför valdes även det ändamålsenligt urval som syftar på att medvetet rekrytera deltagare som är kunniga inom området och kan bidra med nytta till studiens resultat (Henricson & Billhult, 2017; Polit & Beck 2021). I detta fall riktades det ändamålsenliga urvalet till deltagare som hade speciella uppdrag inom verksamheten och hade stor erfarenhet av att vårda patienter med kognitiv nedsättning. Genom att välja den mest lämpliga urvalsmetoden för att få datamaterial med god kvalitet som besvarade studiens syfte sanningsenligt, bidrog det till en ökad trovärdighet av studiens resultat (Granheim & Lundman, 2004). Trots att deltagandet enligt det ändamålsenliga urvalet var frivilligt finns det etisk risk i detta eftersom deltagarna kan ha känt en viss press på sig att delta i studien, vilket anses en svaghet i studien.

Studiematerial samlades från totalt tio deltagare varav sex anesthesisjuksköterskor och fyra operationssjuksköterskor, yrkesverksamma på fyra olika sjukhus i sydvästra Sverige. Detta för att kunna få bredd i studiens resultat, vilket anses vara en styrka i studien. Deltagarna valdes från fyra olika sjukhus för att fånga upp eventuella gemensamheter samt variationer i intervjuerna. Att studien genomfördes på flera sjukhus anses vara en styrka i resultatet då detta stärker trovärdighet och överförbarhet i resultatet. Trots att datamaterial samlades från fyra olika sjukhus är tio intervjuer ett begränsat antal för att kunna överföra resultatet angående anesthesi- och operationssjuksköterskans profession i hela Sverige. Dock gjordes det valet relaterat till begränsad tid och möjligheten för att analysera datamängden, vilket skulle kunna vara en svaghet i studien (Polit & Beck, 2021). Intervjuer genomfördes med hjälp av en intervjuguide (Bilaga 5). Initialt genomfördes en

provintervju för att bedöma om frågorna svarade bra till studiens syfte och gav relevant material. Vissa ändringar gjordes i intervjuguiden efter att provintervjun hade genomförts och analyserats, vilket anses bidra till en ökad pålitlighet i studien. Det kan vara en styrka menar Trost (2010) att det är två personer som intervjuar, då kan personen som är medlyssnare vara stöd till intervjuaren genom att ställa följdfrågor för att få ett djupare innehåll i materialet. Två intervjuare kan även framstå som en svaghet, då deltagaren kan känna att den hamnar i underläge (Trost, 2010). Alla intervjuer genomfördes under arbetstid på respektive arbetsplats i ett bokad rum utanför operationsavdelningen. Trots att författarna hade en bokad tid med deltagarna gjordes ändå intervjuerna på arbetstid, vilket kan ha orsakat stress hos deltagarna. Detta i sin tur kan vara en svaghet i studien som påverkar studiens tillförlitlighet, men det kan ha varit att det enda alternativet för att underlätta rekrytering av deltagarna till studien. Polit och Beck (2021) beskriver att om deltagarna ska få möjlighet att berätta om sina erfarenheter är det av betydelse att de känner sig avslappnade och trygga vid intervjun.

Datainsamlingen genomfördes med hjälp av en intervjuguide. Ordning på frågorna och följdfrågorna varierades mellan olika intervjuer. Deltagarna fick tala fritt och var inte tvungna att anpassa sina svar efter ordning på frågorna i intervjuguiden, detta för att minska störning i tankarna hos deltagarna (Danielsson, 2017). Författarna har under intervjun förhållit sig till frågorna i intervjuguiden och låtit deltagarna tala fritt utan att inverka på deras tankegång. Vilket enligt Lincoln och Guba (1984) är väsentligt för att stärka resultatets bekräftelsebarhet. Intervjuerna spelades in med hjälp av en inspelningsapplikation i två mobiltelefoner samtidigt för att säkra den insamlad data ifall tekniken skulle sluta fungera, vilket hände under två inspelningar att en av telefonen slutade spela in och då hade författarna tillgång till den andra spelningen. Författarna till studien har dock sedan tidigare ingen erfarenhet av att arbeta som intervjuperson och därför anses det vara en svaghet i studien. Med detta i åtanke genomfördes provintervjun för att testa och värdera sin roll som intervjuperson, vilket också är en rekommendation från Danielsson (2017). Materialet som samlades in från provintervjun lämpade sig att svara ändå till studiens syfte och därför togs det beslut om att inkludera den i resultatet. Författarna genomförde intervjuerna gemensamt och diskuterade innehållet sinsemellan för att försäkra sig om att budskapet som deltagarna vill förmedla uppfattades likadant. Detta gjordes för att undvika missuppfattningar i intervjun, vilket anses öka trovärdigheten i studien och är därmed en styrka.

Datamaterial som samlades ihop från intervjuer analyserades och bearbetades enligt metoden kvalitativ innehållsanalys beskriven av Granheim & Lundman (2004). Analys av datamaterialet utfördes på manifest nivå för att framhålla deltagarnas erfarenhet som de själva beskrev under intervjun. En annan metod som kunde ha använts var analys av data på latent nivå genom att hitta det underliggande budskapet och tolka det budskap som sades mellan raderna. Författarna till föreliggande studien valde att inte analysera data på latent nivå för att hålla sig neutral, åsido lägga egen förståelse och undvika feltolkning av datamaterialet. Bearbetning och analys av intervjumaterial utfördes med en systematisk metod. En tydlig redovisning av analysprocess med hjälp av en tabell (Tabell 2), samt inkludering av citat från intervjuer med deltagarna bidrog till att öka pålitligheten i studien (Mårtensson och Fridlund, 2017). Transkribering av det insamlade materialet

gjordes gemensamt av båda författarna. Detta gjordes för att säkerställa att det inspelade materialet uppfattades likadant, exempelvis gällande deltagarnas kroppsspråk vilket är en styrka och anses leda till ökad pålitlighet i studien. Efter transkribering av datamaterial genomfördes en gemensam bearbetning av materialet för att identifiera meningsbärande enheter som besvarade studiens syfte. Dessa meningsbärande enheter kondenserades och kodades. Efter noggrann reflektion och diskussion bildades kategorier och subkategorier, vilket ökar tillförlitligheten i studien. Studiens trovärdighet ökar enligt Granheim och Lundman (2004) när det granskas av utomstående. Materialet lämnades in för granskning till både handledaren och studentkamrater för att öka transparensen inom forskningsprocessen. Analys och bearbetning av intervjumaterial utfördes av båda författarna gemensamt, detta anses öka både pålitlighet och trovärdighet i resultatet vilket bedöms som en styrka i studien (Graneheim et al., 2017).

Resultatdiskussion

Resultatet visade att omhändertagande av patienter med kognitiv nedsättning var en utmaning. Det framkom att för att klara utmaningen och erbjuda en personcentrerad vård behövs det ett tätt samarbete inom det perioperativa teamet. Det betonades att det krävs en god kännedom om patientens särskilda behov för att kunna anpassa hjälpmedel och resurser som finns till godo inom den perioperativa miljön. Det framkommer i studien att deltagarna upplevde ett gott samarbete i operationsteamet. Detta går i linje med "samverkan i team" vilket är en av sjuksköterskans kärnkompetenser och kräver att alla i teamet agerar i samspel med varandra med fokus på patientens välmående (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Dock påpekade tidigare forskning (Sillero & Buil, 2021) ett bristande samarbete och kommunikation mellan det perioperativa teamet. Hierarki inom det perioperativa teamet påpekades som en barriär mot funktionellt samarbete och kommunikation inom den perioperativa miljön. Å andra sidan menade Blomberg et al. (2018) att ett fungerande samarbete mellan anesthesi- och operationssjuksköterska är grunden till att skapa kontinuitet när det gäller omvårdnaden av patienter. Dessutom lyfte Gillespie et al. (2013) behovet av öppen kommunikation inom det perioperativa teamet för ett välfungerande samarbete.

I denna studie framkom det att det perioperativa teamet kunde använda sig av olika hjälpmedel för att öka välbefinnande hos patienterna med kognitiv nedsättning. Närstående ansågs vara en framstående resurs och kunde bidra med betydelsefull information om patientens särskilda behov, vilket underlättade arbetet för operationsteamet. Det framhävs att närstående agerar som en trygghetspunkt för patienterna i den främmande miljön. Enligt Henderson (1982) kan närvaro och tröst av närstående minska känslan av ensamhet och oro. Fynd i resultatet stämmer även överens med tidigare forskning som påpekade att närstående kan användas som en del av teamet för att säkra ett gott omhändertagande av patienter med autism. Att närstående agerar som patientens röst och kan underlätta kommunikationen (Krupić et al., 2018; Lindberg et al., 2012; Thompson & Tielsch-Goddard, 2013; Zwaigenbaum et al., 2016). Dessutom poängterades det av Seffo et al. (2020) att närstående kan agera som ett stöd åt patienter med demens genom att svara på hälsofrågor och komplettera med uppgifter som de inte kommer ihåg på grund av minnessvårigheter. Förutsättningen för att kunna ge en

personcentrerad vård inom den perioperativa miljön är att involvera närstående samt behandla patienten med respekt och integritet (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk Sjuksköterskeförening, 2020). Socialstyrelsen (2023c) belyser närståendes delaktighet och betonar att det är patientens rättighet att involvera närstående i sin vård och behandling. Delaktigheten tycks ha en positiv inverkan på patientens välbefinnande, dock får närstående ta hänsyn till lagen om sekretess och tystnadsplikt.

I föreliggande studiens resultat betonades betydelsen av journalföring för att kunna erbjuda en personcentrerad omvårdnad till patienter med kognitiv nedsättning. Att använda journalen som en informationskälla belystes även i tidigare forskning om patienter med kognitiv nedsättning och kommunikationssvårigheter (Krupić et al., 2018; Thompson & Tielsch-Goddard, 2013). Dessutom är journalföring ett lagkrav som ställs på vårdpersonalen för att kunna bedriva säker vård (SFS 1985: 562). Trots det framhävs det i föreliggande studiens resultat att det förekommer brist på journalföring. Det framfördes att saknaden av uppgifter om patienten anses vara en av faktorerna till bristande förståelse för patientens behov som kan leda till att patienten med kognitiv nedsättning blir omedgörlig till behandling inom den perioperativa miljön. Bristande information och journalföring identifierades även i tidigare forskning (Sandelin et al., 2018) som ett hinder för professionell omhändertagande av patienter inom den perioperativa miljön. Det framkom att saknaden av uppgifter relaterade till patientens hälsotillstånd och operationsingrepp kunde orsaka stress hos vårdpersonalen på operationssalen. I föreliggande studiens resultat framkom det att för att kunna erbjuda individanpassad omvårdnad till patienter med kognitiv nedsättning är det av stor signifikans att anpassa både bemötande och den perioperativa miljön. Det går i linje med tidigare forskning som påpekar att patienter med kognitiv nedsättning behöver befinna sig i en avskärmad miljö med minskat avtryck genom färre vårdpersonal som är inblandade i omvårdnaden (Al-Jabri et al., 2023; Bødker Hanifa et al., 2023; Kitson, 2018).

Det betonades att för personer med autism är det framför allt angeläget "att hålla löftet" och inte avvika från den tidigare bestämda planen. Studiens resultat påpekade att det kända ansiktet har stor betydelse för patienter med kognitiv nedsättning. Att det är samma anestesijuksköterska som träffar dessa patienter både preoperativt och intraoperativt. Detta stämmer bra överens med det kända ansiktet (Henderson, 1982; Lindwall & Von Post, 2008) och betydelsen av kontinuitet när det gäller personal inom den perioperativa miljön (Lindberg et al., 2012; Lindwall & Von Post, 2008). Enligt lagen är vården skyldig att utformas med patientens behov av kontinuitet i åtanke (SFS 1982:763). I föreliggande studie framkommer det att avledande samtal kan vara ett effektivt verktyg när det gäller patienter med demens. För att kunna föra ett avledande samtal är det betydelsefullt att personalen har kännedom om patientens livsvärld. Resultatet påvisade att delaktighet bland patienterna med kognitiv nedsättning inom den perioperativa miljön kan ökas genom att hitta och prata om ett ämne som patienten är intresserad av. Att hitta ett passande samtalsämne och påbörja ett avledande samtal ger en förutsättning för att kunna skapa en god vårdrelation när det gäller patienter med demens (Skog, 2016). Henderson (1982) beskriver en god omvårdnad av patienten baserad på att sjuksköterskan tar hänsyn till patientens psykiska behov och kliver in i patientens perspektiv. I föreliggande studiens resultat framkom att personliga föremål

som leksaker eller gosedjur kan underlätta omvårdnadsarbetet inom operationsmiljön gällande patienter med kognitiv nedsättning. Personliga föremål kan fungera som effektiva hjälpmedel för att kunna distrahera patienterna med autism, för att det perioperativa teamet kan fortsätta med operationsförberedelser. Även olika hjälpmedel som surfplatta och musik i det avdelande syftet anses vara en god hjälp. Dessutom framkommer det i resultaten att åtgärder som att sjunga, beröra och en varm filt kan ha en lugnande effekt på patienter med demenssjukdom. Detta går i linje med tidigare forskning och litteratur som understryker betydelsen av personliga objekt, leksaker, musik och surfplattor när det gäller patienter med kognitiv nedsättning (Skog, 2016; Thompson & Tielsch-Goddard, 2013; Zwaigenbaum et al., 2016). Även Henderson (1982) beskriver att för patientens välbefinnande är det betydelsefullt att minimera oljud, erbjuda musik och vid behov vidta åtgärder som beröring eller massage. Effekten av mänsklig beröring kan för vissa patienter ha en positiv inverkan och sätt för sjuksköterskan att förmedla sin sympati för patienten (Henderson, 1982). Deltagarna i studien beskriver upplevelser om att ha vårdat patienter med demens som blev oroliga och omedgörliga på operationsbordet, vilket anses vara en utmaning. Studiens resultat visade att för att kunna lindra patientens oro och smärta används en blandning av både medicinska och icke-medicinska hjälpmedel. Detta överensstämmer med tidigare forskning som betonar att den bästa metoden för att lindra oro under den perioperativa miljön är att använda ett professionellt bemötande, lugnande samtal och läkemedel (Bengtsson et al., 2016).

Enligt International Council of Nurses (2021/2022) är återställning av hälsa och lindring av lidande grundläggande ansvarsområden när det gäller sjuksköterskans profession. Dock poängterades det i studiens resultat att det är en utmaning att förstå och lindra lidande hos patienterna med olika form av kognitiv nedsättning. Tolkning av smärta och oro samt svårigheter med att förstå patienternas behov anses bero på kommunikationssvårigheter som kan förekomma vid omvårdnad av dessa patienter. Detta betonades även av tidigare forskning som påpekade att det är svårt att utvärdera om patienten har smärta eller oro på grund av bristande kommunikationsförmåga hos patienterna med kognitiv nedsättning. (Bruckenthal & Simpson, 2016; Dihle, 2013; Krupić et al., 2016; Seffo et al., 2020; Skog, 2016). I föreliggande studiens resultat påpekades att symtom som smärta och oro kan tolkas genom att observera puls och blodtryck. Ytterligare tecken som nämndes i resultatet och även i Krupić et al. (2018) är ansiktsuttryck och kroppsspråk. Agerande som att inte kunna ligga stilla och ändra kroppsläget kontinuerligt har visats vara förenliga med smärta (Krupić et al., 2018; Skog, 2016). I föreliggande studiens resultat påvisades att deltagarna saknar utbildning när det gäller omhändertagande av patienter med kognitiv nedsättning inom den perioperativa miljön. Deltagarna menar att de agerar utifrån erfarenheten som de har samlat på sig under sina yrkeskarriärer. Deltagarna påpekade att utbildning hade varit betydelsefull för att kunna förstå och förbättra kommunikation med kognitivt nedsatta patienter. Tidigare forskning inom området bekräftade detta och betonade att det fanns ett stort behov av utbildning för att kunna öka kunskapen om ett gott omhändertagande av patienter med kognitiv nedsättning. Genom att få möjlighet att utbilda sig mer om patienter med kognitiv nedsättning kan sjuksköterskan få mer kunskap om olika kognitiva diagnoser och därmed ha ett mer anpassat förhållningssätt (Zwaigenbaum et al., 2016; Krupić et al., 2018).

Konklusion

Resultatet av denna intervjustudie ger en ökad insyn av anestesi- och operationssjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med kognitiv nedsättning inom den perioperativa miljön. Det framkommer att omhändertagande av patienter med kognitiv nedsättning är en utmaning och därför krävs det ett funktionellt samarbete inom det perioperativa teamet samt med närstående. För att kunna ge en god och individanpassad omvårdnad till dessa patienter är det angeläget att ta hjälp av resurser och olika hjälpmedel som finns att tillgå. Det är betydelsefullt att som specialistsjuksköterska i denna miljö ta hänsyn till patientens kommunikationssvårigheter och försöka möta dem på deras nivå. Anpassning av operationsmiljö, omvårdnadsåtgärder, samtalsämnet samt information identifieras som beståndsdelar för att erbjuda en personcentrerad vård. Att vårda patienter med kognitiv nedsättning som har svårigheter att förstå varför de ska opereras kan i vissa fall leda till tvångsåtgärder vilket anses vara ett etiskt dilemma i denna studie. Erfarenhet identifieras som ett betydelsefullt verktyg och anses ge trygghet när det gäller omvårdnad av dessa patienter. Studien styrker ett behov av mer utbildning som kan öka förståelse och underlätta kommunikation med den här patientgruppen inom den perioperativa miljön.

Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet

Resultatet visar att stöd och samarbetet med andra professioner i det perioperativa teamet är avgörande för operationens framgång, samt att närståendes delaktighet i vården kan underlätta den perioperativa processen. Resultatet bidrar till en bättre förståelse för patienter med kognitiv nedsättning i den perioperativa vårdmiljön. Resultatet väcker ett behov av mer information och kunskap om patienter med olika kognitiva nedsättningar. Eftersom sjuksköterskans erfarenheter står i centrum för hur dessa patienter omhändertas, tydliggörs en brist på erfarenhet hos de sjuksköterskor som är nya i det perioperativa sammanhanget. Resultatet kan vara en grund och vägledning för specialistsjuksköterskor som är nya inom den perioperativa miljön. Utöver detta krävs ett engagemang från arbetsgivaren att anordna utbildningstillfällen för personalen.

Det finns ett behov av fortsatt forskning inom ämnet då tidigare forskning av perioperativa sjuksköterskans erfarenheter och upplevelser av vård av patienter med kognitiv nedsättning saknas inom det perioperativa förloppet. Mer forskning inom området skulle bidra till en ökad förståelse för anestesi- och operationssjuksköterskans profession och omvårdnadsarbete. Det kan skapa mer möjligheter för sjuksköterskan att kunna tillmötesgå patientens unika behov. Förslag till fortsatt forskning skulle kunna vara att undersöka patienter med kognitiv nedsättning och de närståendes perspektiv av att få vård inom den perioperativa miljön. Dessutom vore det intressant att undersöka fler sjukhus i Sverige för att få en helhetsbild av ämnet.

REFERENSER

Afraasa, N., Kassa, N. R. & Legesse, G. T. (2022). Preoperative anxiety and its associated factors among patients undergoing cardiac catheterization at Saint Peter Specialized Hospital and Addis Cardiac Center, Addis Ababa, Ethiopia. *International journal of Africa nursing sciences*, 17. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2022.100430>

Al-Jabri, B., Alnuwaiser, S., Abdulghaffar, H., Almuhanha, R., Salaam, S., Brika, R., Addas, A. & Bedaiwi, H. (2023). Healthcare Experience of Pediatric Patients with Autism Spectrum Disorders in Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. *Pediatric Reports*, 15(3):452-461. Doi: 10.3390/pediatric15030042.

Andemeskel, M. Y., Elsholz, T. Gebreyohannes, G. & Tesfamariam, H. E. (2020). Undesirable Postoperative Anesthesia Outcomes at Two National Referral Hospitals: A Cross-sectional Study in Eritrea. *Anesthesiology Research and Practice*, 20. <https://doi.org/10.1155/2020/9792170>

Ashcroft, W., Argiro, S. & Keohane, J. (2010). *Success Strategies for Teaching Kids With Autism*. (s. 1-24).

APA (2023). Kognitiv funktionsnedsättning, APA Dictionary of Psychology. *American psychological association*. Hämtad 7 december, 2023, från <https://dictionary.apa.org/cognitive-impairment>

Aust, H., Rüscher, D., Schuster, M., Sturm, T., Brehm, F. & Nestoriuc, Y. (2016). Coping strategies in anxious surgical patients. *BMC Health Services Research*, 16 (250). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1492-5>

Bengtsson, Y., Johansson, A. & Englund, E. (2016). Nurse anaesthetists' experience of the first intraoperative meeting with anxious adult patients: An interview study. *Nordic Journal of nursing research*, 36(3), 148-154. <https://doi.org/10.1177/2057158516631433>

Billhult, A. (2017). Kvantitativ metod och stickprov. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl. s. 99-110). Studentlitteratur.

Blomberg, A. C., Bisholt, B. & Lindwall, L. (2018). Responsibility for patient care in perioperative practice. *Nursing open*, 5 (3), 414-421. <https://doi.org/10.1002/nop2.153>

Bronheim, S. R., Cotter, E. & Skolasky, L. R. (2022). Cognitive impairment is associated with greater preoperative symptoms, worse health-related quality of life, and reduced likelihood of recovery after cervical and lumbar spine surgery. *North American Spine Society Journal (NASSJ)*, 10. <https://doi.org/10.1016/j.xnsj.2022.100128>

Bruckenthal, P. & Simpson, H. M. (2016). The Role of the Perioperative Nurse in Improving Surgical Patients' Clinical Outcomes and Satisfaction: Beyond Medication. *AORN journal the official voice of perioperative nursing*, 104, 17-22. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.10.013>

Bäckström, G. (2011). Operationssjuksköterskans profession. I G. Myklestul Dävöy, P. Hege Eide & I. Hansen (Red.), *Operationssjukvård: operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad* (1:a uppl., s. 29-46). Studentlitteratur.

Bødker Hanifa, A-L., Bjerregaard Alrø, A., Holm, A. & Dreyer, P. (2023). Nurses' experiences of managing cognitive problems in intensive care unit patients: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 79, 103508. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103508>

Carlström, E., Kvarnström, S. & Sandberg, H. (2018). Teamarbete i vården. I A.K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén. (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s. 63-97). Studentlitteratur.

Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl., s. 143-154). Studentlitteratur.

Dihle, A. (2013). Smärta och smärtlindring. I I. L. Hovind (Red.), *Anestesiologisk omvårdnad* (2:a uppl., s. 89-115). Studentlitteratur.

Ekman, I., Lundberg, M., Lood, Q., Swedberg, K. & Norberg, A. (2020). Personcentrering – en etik i praktiken. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso-och sjukvård – Från filosofi till praktik* (2: a uppl., s. 25–57). Liber.

Eriksson, K. (1987). Vart vi är på väg?, *Pausen - En beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt* (1:a uppl., s. 87-95). Almqvist & Wiksell.

Forsberg, A. (2016). Vilka kärnkompetenser behöver en akademisk vårdare?, *Omvårdnad på akademisk grund- att utvecklas och ta ansvar* (1:a uppl., s. 93-109). Natur och kultur.

Fredriksson, L. (2003). *Det vårdande samtalet* [Avhandling, Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap, Vasa]. Hämtad 23 oktober, 2023, Från: <https://core.ac.uk/download/pdf/39937874.pdf>

Friberg, F & Öhlén, J. (2017). Fenomenologi och hermeneutik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl. s. 301-319). Studentlitteratur.

Gillespie, B. M., Gwinner, K., Chaboyer, W. & Fairweather, N. (2013). Team communication in surgery - Creating a culture of safety. *Journal of interprofessional care*, 27, 387-393. <https://doi.org/10.3109/13561820.2013.784243>

Gran Brunn, A. M. (2013). Anestesisjuksköterskans kompetens. I I. L. Hovind (Red.), *Anestesiologisk omvårdnad* (2:a uppl., s. 17-31). Studentlitteratur.

Granheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24 (2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Graneheim, U. H., Lindgren, B. M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse education today*, 56, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>

Gurney, G. J., McPheeters, L. M. & Davis M. M. (2006). Parental Report of Health Conditions and Health Care Use Among Children With and Without Autism: National Survey of Children's Health. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 160 (8), 825-830. Doi:10.1001/archpedi.160.8.825

Henderson, V. (1982). *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet* (3:e uppl., s.28-40). Liber.

Henderson, V. (1997). *Basic principles of nursing care*. (2:a uppl., s. 42-91). Liber

Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl., s. 111-119). Studentlitteratur.

Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl., s.411–419). Lund: Studentlitteratur.

International Council of Nurses. (2022). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening, Övers.; Rev. utg.). Svensk sjuksköterskeförening. <https://swenurse.se/download/18.7104a0bd1817fce0092f0132/1656659417909/A4%20ICN%20Etiska%20kod%20enkelsidor.pdf> (Originalarbete publicerat 1953/2021)

Ingvarsdottir, E & Halldorsdottir, S. (2018). Enhancing patient safety in the operating theatre: from the perspective of experienced operating theatre nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 951-960. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/scs.12532>

Jacobsson, K. & Skansholm, A. (2019). *Handbok i uppsatsskrivande - för utbildningsvetenskap* (1:a uppl., s. 85-110). Studentlitteratur.

Jakobsen, H. I., Thaysen, V. H., Laurberg, S., Johansen, C. & Juul, T. (2021). Patient-led follow-up reduces outpatient doctor visits and improves patient satisfaction. One-year analysis of secondary outcomes in the randomised trial Follow-up after rectal cancer

(FURCA). *Acta Onkologica*, 60 (9), 1130-1139.
<https://doi.org/10.1080/0284186X.2021.1950924>

Karlsson, A-C., Ekebergh, M., Mauléon, L. A. & Österberg, A. S. (2013). Patient-Nurse Anesthetist Interaction During Regional Anesthesia and Surgery Based on Video Recordings. *Journal of Peri Anesthesia Nursing*, 28(5), 260-270.
<https://doi.org/10.1016/j.jopan.2012.11.009>

Kelvered, M., Öhlén, J. & Gustafsson, B. Å. (2011). Operating theatre nurse's experience of patient-related, intraoperative nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 26 (3), 449-457. <https://doi.org.libraryproxy.his.se/10.1111/j.14716712.2011.00947.x>

Kitson, A. L. (2018). The Fundamentals of Care Framework as a Point-of-Care Nursing Theory. *Nursing Research*, 67 (2), 99-107. Doi: 10.1097/NNR.0000000000000271

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl., s. 57-80). Studentlitteratur.

Kopecky, K., Broder-Fingert, S., Iannuzzi, D. & Connors, S. (2013). The Needs of Hospitalized Patients With Autism Spectrum Disorders: A Parent Survey. *Clinical Pediatrics*, 52 (7), 652-660. Doi: 10.1177/0009922813485974

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap* (1:a uppl. s. 115-130). Natur & Kultur.

Krupić, F., Eisler, T., Sköldenberg, O. & Fatahi, N. (2016). Experience of anaesthesia nurses of perioperative communication in hip fracture patients with dementia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30, 99-107. <https://doi.org/10.1111/scs.12226>

Krupić, F., Sadić, S., Seffo, N., Bišćević, M., Fazlić, M., Čustović, S. & Samuelsson, K. (2018). Experience of registered nurses in assessing postoperative pain in hip fracture patients with dementia. *Medicinski Glasnik (Zenica)*, 15 (1), 75-80. doi: 10.17392/942-18.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3:e uppl., s.39-68). Studentlitteratur

Lantz, A. (2013). Att planera innehållet i och uppläggningsen av en intervju. *Intervjumetodik* (3:e uppl., s: 63-82). Studentlitteratur.

Lichtner, V., Dowding, D., Allcock, N., Keady, J., Sampson, L. E., Briggs, M., Corbett, A., James, K., Lasrado, R., Swarbrick, C. & Closs, S. J. (2016). The assessment and management of pain in patients with dementia in hospital settings: a multi-case exploratory study from a decision making perspective. *BMC Health Services Research*, 16 (427). Doi: 10.1186/s12913-016-1690-1

- Lincoln, Y-S. & Guba, E-G. (1984). *Naturalistic inquiry*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Lindwall, L. & Von Post, J. (2008). *Perioperativ vård att förena teori och praxis*. (s. 77-120). Studentlitteratur.
- Lindberg, S., Post, V. I. & Eriksson, E. (2012). The experience of parents of children with severe autism in connection with their children's anesthetics, in the presence and absence of the perioperative dialogue: a hermeneutic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, 627-634. <https://doi-org/10.1111/j.1471-6712.2012.00971>
- Lunde, M. E. (2013). Klinisk övervakning och monitorering. I I. L. Hovind (Red.), *Anestesiologisk omvårdnad* (2:a uppl., s. 199-224). Studentlitteratur.
- Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbetet. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl., s. 421-438). Studentlitteratur.
- Pajnkihar, M. (2009). Nurses' (Un) partner-like relationships with clients. *Nursing Ethics*, 16 (1), 44-56. <https://doi.org/10.1177/0969733008097989>
- Peri. (2023). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 30 september, 2023, från <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/peri->
- Priebe, G. & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl., s. 25-42). Studentlitteratur.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Eleventh edition. Philadelphia: Wolters Kluwer
- Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening (2020). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå- specialistsjuksköterska med inriktning mot anestesisjukvård*. Hämtad 10 oktober, 2023, från <https://swenurse.se/download/18.b986b9d1768421a1b576141/1610610246380/Kompetensbeskrivning%20Intensivva%CC%8Ardssjuksk%C3%B6terska.pdf>
- Riksföreningen för operationssjukvård & Svensk sjuksköterskeförening (2021). *Kompetensbeskrivning av avancerad nivå-specialistsjuksköterska inom operationssjukvård*. Hämtad 10 oktober, 2023, från <https://swenurse.se/download/18.195d317b174e42a02b4f120/1601987746648/Kompetensbeskrivning%20avancerad%20niv%C3%A5%20specialistsjuksk%C3%B6terska%20inom%20operationssjukv%C3%A5rd.pdf>

Sandelin, A., Kalman, S. & Gustafsson, Å. B. (2018). Prerequisites for safe intraoperative nursing care and teamwork—Operating theatre nurses' perspectives: A qualitative interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 28, 2635-2643.
DOI: 10.1111/jocn.14850

Schuetze, K., Eickhoff, A., Rutetzki, K-S., Richter, H. P., Gebhard, F. & Ehrnhaller, C. (2020). Geriatric patients with dementia show increased mortality and lack of functional recovery after hip fracture treated with hemiprosthesis. *European Journal of trauma and Emergency Surgery*, 48, 1827-1833. <https://doi.org/10.1007/s00068-020-01472-4>

Seffo, N., Hamrin Senorski, E., Westin, O., Svantesson, E. & Krupić, F. (2020). Communication and assessment of pain in hip fracture patients with dementia - experiences of healthcare professionals at an accident and emergency department in Sweden. *Medicinski Glasnik (Zenica)*, 17 (1), 224-233. <http://dx.doi.org/10.17392/1090-20>

Sillero, S. A. & Buil, N. (2021). Enhancing Interprofessional Collaboration in Perioperative Setting from the Qualitative Perspectives of Physicians and Nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20), 10775.
<https://doi.org/10.3390/ijerph182010775>

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Socialdepartementet. Hämtad 6 oktober, 2023, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763/

SFS 1985: 562. *Patientjournallag*. Socialdepartementet. Hämtad 11 december, 2023, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientjournallag-1985562_sfs-1985-562/

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 8 oktober, 2023, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460/

SFS 2014:821. *Patientlag*. Socialdepartementet. Hämtad 10 oktober, 2023, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821/#K5

SFS 2018:218. *Lag med kompletterade bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning*. Justitiedepartementet L6. Hämtad 22 november 2023, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2018218-med-kompletterande-bestammelser_sfs-2018-218/

Skog, M. (2016). *Kommunikation demenssjukdom- ökad förståelse i samtal och möten* (1:a uppl., s. 107-177).

Socialstyrelsen (2017, 4 juni). *En nationell strategi för demenssjukdom*. Hämtad 3 oktober, 2023, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2017-6-4.pdf>

Socialstyrelsen (2018, 1 mars). *Vård och omsorg vid demenssjukdom*. Hämtad 23 oktober, 2023, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-3-1.pdf>

Socialstyrelsen (2022, 27 juni). Statistik om operationer och behandlingar i specialistvård. Hämtad 23 oktober, 2023, från <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikammen/operationer-och-behandlingar/>

Socialstyrelsen (2023a, januari). *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem Systematisk förteckning Svensk version 2023 Del 1 (3) A–G*. Hämtad 16 oktober, 2023, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/klassifikationer-och-koder/2023-1-8317.pdf>

Socialstyrelsen (2023b, 15 september). Statistik om legitimerad hälso-och sjukvårdspersonal 2022 samt arbetsmarknadsstatus 2021. Hämtad 24 november, 2023, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2023-9-8743.pdf>

Socialstyrelsen (2023c, 22 mars). *Patientens delaktighet*. Hämtad 12 december, 2023, från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/arbets-sakerhet/patientens-delaktighet/>

Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 11 december, 2023, från <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksköterska%202017.pdf>

Thompson, D.G. & Tielsch-Goddard, A. (2014). Improving management of patients with autism spectrum disorder having scheduled surgery: optimizing practice. *Journal of pediatric health care*, 28 (5), 394-403. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2013.09.007>

Tollerud, L., Botsford, J., Hogland, M. A., Price, J. L., Sawyer, M. & Bradley, J. M. (1985). En modell för perioperativ sjuksköterskepraktik. *AORN Journal*, 4: 188 – 96.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer* (4:e uppl., s. 53-80). Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 6 oktober, 2023, från https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska_principer_VR_2002.pdf

Vetenskapsrådet (2017). *God forsknings sed*. Hämtad 8 oktober, 2023, från https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/Godforskningssed_VR_2017.pdf

Wallengren, C. & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (1:a uppl., s.481–495). Studentlitteratur.

World Medical Association. (2022). *WMA Declarations of Helsinki-Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 20 november, 2023, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> _

World Health Organisation. (2023). *Dementia*. Hämtad 15 oktober, 2023, från https://www.who.int/westernpacific/health-topics/dementia#tab=tab_1

Zwaigenbaum, L., Nicholas, D. B., Muskat, B., Kilmer, C., Newton, A. S., Craig, W. R., Ratnapalan, S., Cohen-Silver, J., Greenblatt, A., Roberts, W. & Sharon, R. (2016). Perspectives of Health Care Providers Regarding Emergency Department Care of Children and Youth with Autism Spectrum Disorder. *Journal of autism developmental disorders*, 46(5), 1725-36. Doi: 10.1007/s10803-016-2703-y

BILAGA 1

Informationsbrev till enhetschef

Till enhetschef på operationsavdelning

Detta är en förfrågan om tillståndet för att kunna genomföra studien om anestesi- och operationssjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med kognitiv nedsättning - en kvalitativ intervjustudie.

Operation- och anestesisjuksköterskor möter allt fler patienter inom den perioperativa vården med multidiagnoser exempelvis funktionsnedsättning i form av autism och demens som kräver individanpassad omvårdnad. Hantering av dessa patienter är en utmaning och det finns inga befintliga rutiner eller standardiserade vårdplaner som stödjer vårdpersonalen i deras dagliga arbetsuppgifter. Alla patienter förtjänar att få vård på lika villkor baserade på deras specifika omvårdnadsbehov. Därför behövs mer forskning som denna som samlar perioperativa sjuksköterskans erfarenheter för att få mer kunskap inom området "anestesi- och operationssjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med kognitiv nedsättning inom den perioperativa vården".

Studien har en kvalitativ ansats och vänder sig till perioperativa sjuksköterskor yrkesverksamma på operationsavdelningen med minst ett års yrkeserfarenhet som anestesi eller operationssjuksköterska. Till studien söks totalt 4 deltagare (2 operationssjuksköterskor och 2 anestesisjuksköterskor). Deltagande i studien innebär att medverka i en intervju som beräknas ta ca 40 minuter och den kan genomföras under arbetstid i era sjukhuslokaler. Data kommer att analyseras med innehållsanalys.

Anestesi- och operationssjuksköterskor kommer via e-post att få ett informationsbrev som beskriver studien. De anestesi- och operationssjuksköterskor som uppfyller inklusionskriterierna och är intresserade av att delta uppmanas att svara via e-post. Vid mötet med deltagarna inför intervjun kommer vi även att lämna muntlig information samt den skriftliga samtyckesblanketten. Deltagande i studien är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att uppge anledningen. Intervjun kommer att spelas in och förvaras i mobiltelefonen säkrad med lösenord. Intervjumaterialet kommer att behandlas konfidentiellt, det vill säga att inte någon obehörig får tillgång till den. Allt material kommer att avidentifieras, så att enskilda individer inte kan urskiljas. Resultat kommer att presenteras på gruppnivå, vilket innebär att uppgifter om enskilda personer inte redovisas för sig. Det finns möjlighet för att kunna få resultatet skickat till er om ni önskar så.

Vi är tacksamma om ni kan besvara denna förfrågan och ge godkännande om att anestesi- och operationssjuksköterskor i eran verksamhet tillfrågas om deltagande i studien. Ni skulle kunna svara på denna förfrågan genom att fylla i den medskickade blanketten för samtycket och skicka den via e-post till någon av de undertecknade studenterna.

Studien ingår som examensarbete i anestesi- och operationssjuksköterskeprogrammet.

Om du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänliga hälsningar

Anestesisjuksköterskestudent
Waseem Ahmed Khan
Högskolan i Skövde
Tfn: XXXX-XXXXXX
XXXXX@student.his.se

Operationssjuksköterskestudent
Nigar Ali Murat
Högskolan i Skövde
Tfn: XXXX-XXXXXX
XXXXX@student.his.se

Handledare
Veronika Karlsson
Högskolan i Skövde
Tfn: XXXX-XXXXXX
XXXXX@his.se

BILAGA 2

Medgivandeblankett

Blankett för medgivande av enhetschef eller motsvarande

Anestesi- och operationssjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med kognitiv nedsättning - en kvalitativ intervjustudie

Er anhållan:

- Medgives
- Medgives inte

Ort

Datum

Underskrift

Verksamhetsområde

BILAGA 3

Informationsbrev till deltagarna

Anestesi- och operationssjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med kognitiv nedsättning-en kvalitativ intervjustudie.

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie. Vi har fått kännedom om dig via din enhetschef. Din enhetschef har givit sitt godkännande till att du tillfrågas om deltagande i studien.

Studien syftar till att beskriva perioperativasjuksköterskans erfarenheter av att vårda patienter med kognitiv nedsättning. Operation- och anestesisjuksköterskor möter allt fler patienter inom den perioperativa vården med multidiagnoser inom och/eller funktionsnedsättning i form av autism och demens som kräver individanpassad omvårdnad. Hantering av dessa patienter är en utmaning och det finns inga befintliga rutiner eller standardiserade vårdplaner som stödjer vårdpersonalen i deras dagliga arbetsuppgifter. Alla patienter förtjänar att få vård på lika villkor och baserade på deras specifika omvårdnadsbehov. Därför behövs mer forskning som denna som samlar perioperativa sjuksköterskans erfarenheter och upplevelser, för att få mer kunskap inom området "anestesi- och operationssjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med kognitiv nedsättning inom den perioperativa vården".

Vi skulle vilja göra en intervju med dig. Intervjun kommer att beröra ämnet kognitiv svikt och erfarenheter gällande perioperativ vård av patienter med någon form av kognitiv nedsättning. Den beräknas ta ca 40 minuter och genomförs av en anestesi- och en operationssjuksköterskastudent. Intervjun kan genomföras på arbetsplatsen, under arbetstid, alternativt kan du föreslå plats. Med din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun.

Deltagandet är frivilligt och du kan avbryta när som helst utan att du behöver ange varför. Den information du lämnar och inspelningen av intervjun kommer att behandlas konfidentiellt, det vill säga att inte någon obehörig får tillgång till den. Intervjun kommer att spelas in och förvaras i mobiltelefonen säkrad med lösenord. Allt material kommer att avidentifieras, så att enskilda individer inte kan urskiljas. Resultat kommer att presenteras på gruppnivå, vilket innebär att uppgifter om enskilda personer inte kommer att redovisas för sig. Om du är intresserad kan vi delge resultatet av studien.

Om du vill delta ber vi dig att skicka ett meddelande via e-post till någon av de undertecknande studenterna. Då återkommer vi till dig via e-post så vi kan bestämma tidpunkt för intervjun. Med detta brev följer en samtyckesblankett för skriftligt samtycke som du lämnar vid intervjutillfället.

Studien ingår som ett examensarbete i anestesi- och operationssjuksköterskeprogrammet.

Om du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänliga hälsningar

Anestesisjuksköterskestudent
Waseem Khan
Högskolan i Skövde
Tfn: XXXX-XXXXXX
XXXX@student.his.se

Operationssjuksköterskestudent
Nigar Ali Murat
Högskolan i Skövde
Tfn: XXXX-XXXXXX
XXXX@student.his.se

Handledare
Veronika Karlsson
Högskolan i Skövde
Tfn: XXXX-XXXXXX
XXXX@his.se

BILAGA 4

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av information om anestesi- och operationssjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med kognitiv nedsättning - en kvalitativ intervjustudie

Jag har även tagit del av information om att deltagande är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att behöva ange varför.

Härmed ger jag mitt samtycke till att delta i studien.

Underskrift studiedeltagare

Ort, datum

Underskrift

BILAGA 5

Intervjuguide

- **Kön:**
 - **Ålder:**
 - **Arbetslivserfarenhet som allmänsjuksköterska?**
 - **Arbetslivserfarenhet som anestesi – eller operationssjuksköterska?**
1. Har du erfarenhet av att vårda patienter med någon form av kognitiv nedsättning, hur många?
 2. Vill du berätta om din upplevelse av att vårda patienter med kognitiv nedsättning. Kan du berätta om ett specifikt fall eller situation?
 3. Kan du berätta om vilka utmaningar man möter som perioperativ sjuksköterska?
 4. Vad tänker du på innan mötet med patienten?
 5. Hur förbereder du dig och anpassar operationsmiljön inför operationen?
 6. Hur går den perioperativa dialogen med en patient som har kognitiv nedsättning?
 7. Vilka hjälpmedel eller resurser brukar användas för att underlätta situationen?
 8. Hur ser du på närståendes funktion i den perioperativa vården när det gäller patienter med kognitiv nedsättning?
 9. Hur tolkar du dessa patienters smärta, oro och illamående för att kunna utföra åtgärder?
 10. Finns det några svårigheter vid val av anestesi, smärtlindring och intubation jämförelse med andra patienter (An-ssk)? Finns det svårigheter vid positionering av dessa patienter vid sövning eller sedering (Op/An-ssk)?
 11. Kan du beskriva en situation där den perioperativa omvårdnaden har misslyckats pga kommunikationssvårigheter och omedgörlig patient?
 12. Vilka etiska dilemman kan förekomma vid perioperativa omvårdnad av dessa patienter?
 13. Hur upplevde du teamarbetet vid hantering av en patient med kognitiv nedsättning?
 14. Vad saknar du idag för att kunna hantera situationen bättre?
 15. Finns det enhetliga rutiner kring hantering av patienter med kognitiv nedsättning som hjälper dig med kommunikation och omvårdnad i en perioperativ miljö?
 16. Är det något vi inte har frågat dig om som du skulle vilja tillägga?

Fördjupningsfrågor

- Vad kände du då?
- Vad tänkte du då?
- Hur gjorde du då?
- Vad kom det sig?
- Vill du berätta mer om...?

- Vill du utveckla...?