



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA**  
**ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

Akademien för hälsa, vård och välfärd

# ATT VÅRDA MED FINGERTOPPSKÄNSLA

Anestesisjuksköterskors erfarenheter av att möta patienter inför och under anestesi

**YLVA HÄLLKVIST**

**TORBJÖRN LUNDBLAD**

Vårdvetenskap  
Akademien för hälsa, vård och välfärd  
Avancerad nivå  
Magisteruppsats, 15 hp  
Specialistsjuksköterskeutbildning med  
inriktning mot anestesisjukvård  
Examensarbete i vårdvetenskap med  
inriktning mot anesthesiologisk vård  
VAE225

*Handledare:* Annica Lövenmark  
*Examinator:* Karin Skoglund

*Seminariedatum:* 2019-05-03  
*Betygsdatum:* 2019-05-24

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Alla patienter är oroliga inför anestesi då de förlorar kontrollen över sin kropp. De önskar ha en bra kontakt med anestesijuksköterskan för att kunna förmedla sina behov. Informationsbehovet är dock olika för alla patienter, vissa vill veta allt medan andra vill få sparsamt med information. **Syfte:** Syftet är att beskriva anestesijuksköterskors erfarenheter av att möta patienter inför och under anestesi. **Metod:** Kvalitativ systematisk litteraturstudie av bearbetat material. **Resultat:** Anestesijuksköterskorna ansåg att det var viktigt att se patientens behov för att kunna skapa trygghet, likväl som att ha en bra kommunikation. Tidsbrist var dock vanligt förekommande vilket skapade hinder i mötet med patienten. **Slutsats:** Anestesijuksköterskorna vill utföra ett bra arbete, men då patienterna och verksamheten ofta ställer motstridiga krav krävs en ständig avvägning för att avgöra vad som är bäst här och nu.

**Nyckelord:** kvalitativ, sjuksköterska-patientrelationer, omvårdnad, företräda

## ABSTRACT

**Background:** All the patients are apprehensive prior to anesthesia, due to the fact that they lose control of their bodies. The patients desire good contact with the nurse anesthetist, in order to convey their needs. The need for information varies for all the patients. Some require detailed information, while others only sparingly need information. **Aim:** The aim of the study is to describe nurse anesthetists' experience in meeting the patients prior and during anesthesia. **Method:** A systematic qualitative literature study of published materials was conducted. **Results:** The nurse anesthetists believe that it is important to see the patients' needs, in order to be able to build a sense of security, in addition to good communication. The common obstacle is shortage of time, which affects contact with the patient. **Conclusion:** The nurse anesthetists feel a need to perform good work. But the patient and the administration often make conflicting demands, which means that a constant consideration is needed to decide what's best here and now.

**Keywords:** qualitative, nurse-patient relations, caring, advocacy

# INNEHÅLL

<b>1</b>	<b>INLEDNING .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>BAKGRUND .....</b>	<b>1</b>
<b>2.1</b>	<b>Tidigare forskning .....</b>	<b>1</b>
2.1.1	<i>Patienters oro inför anestesi.....</i>	<i>1</i>
2.1.2	<i>Patienters behov av information.....</i>	<i>2</i>
2.1.3	<i>Samarbete mellan olika professioner innan och under operation .....</i>	<i>4</i>
2.1.4	<i>Anestesisjuksköterskans betydelse för patienten .....</i>	<i>5</i>
<b>2.2</b>	<b>Styrdokument för anestesisjuksköterskans profession.....</b>	<b>6</b>
<b>2.3</b>	<b>Vårdvetenskapligt perspektiv .....</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>PROBLEMFÖRMULERING.....</b>	<b>8</b>
<b>4</b>	<b>SYFTE .....</b>	<b>9</b>
<b>5</b>	<b>METOD.....</b>	<b>9</b>
<b>5.1</b>	<b>Design .....</b>	<b>9</b>
<b>5.2</b>	<b>Urval och datainsamling .....</b>	<b>9</b>
<b>5.3</b>	<b>Analys .....</b>	<b>10</b>
<b>6</b>	<b>ETISKA ÖVERVÄGANDEN .....</b>	<b>11</b>
<b>7</b>	<b>RESULTAT.....</b>	<b>12</b>
<b>7.1</b>	<b>Att bygga broar.....</b>	<b>12</b>
7.1.1	<i>Kommunikation – ett samspel på flera plan.....</i>	<i>12</i>
7.1.2	<i>Vikten av att ingiva förtroende.....</i>	<i>15</i>
7.1.3	<i>Att sätta patienten i första hand.....</i>	<i>16</i>
<b>7.2</b>	<b>Konsten att bevara välbefinnande.....</b>	<b>17</b>
7.2.1	<i>En medveten vård.....</i>	<i>17</i>
7.2.2	<i>Möjliggöra delaktighet .....</i>	<i>19</i>
<b>7.3</b>	<b>Att inte räcka till.....</b>	<b>19</b>
7.3.1	<i>En kamp mot klockan.....</i>	<i>20</i>

7.3.2	<i>Viljornas kamp</i> .....	21
<b>8</b>	<b>DISKUSSION</b> .....	<b>22</b>
8.1	Resultatdiskussion.....	22
8.2	Metoddiskussion .....	24
8.3	Etikdiskussion .....	27
<b>9</b>	<b>SLUTSATS OCH FÖRSLAG PÅ FORTSATT FORSKNING</b> .....	<b>28</b>
	<b>REFERENSLISTA</b> .....	<b>29</b>

**BILAGA A FORSKNINGSPRÅG**

**BILAGA B SÖKMATRIS**

**BILAGA C ARTIKELMATRIS**

**BILAGA D KVALITETSGRANSKNING**

# 1 INLEDNING

Under tiden spenderad på verksamhetsförlagd utbildning till specialistsjuksköterska inom anestesi har vi upptäckt att i princip alla patienter är oroliga inför anestesi och/eller operationen. Oron ter sig på många olika sätt vilket kan skapa problematiska och svåra situationer att hantera. För att ge alla patienter en personcentrerad och optimerad vård ställs stora krav på anestesijuksköterskans inkännande och flexibilitet. Det väckte intresset för att studera vad anesthesijuksköterskor har för erfarenheter av mötet inför och under anestesi. Vad det är som formar mötet och anses ge ett positivt respektive negativt utfall.

## 2 BAKGRUND

I bakgrunden presenteras tidigare forskning under rubriken Tidigare forskning. Förankringen i svensk lagstiftning presenteras under rubriken Styrdokument för anesthesijuksköterskans profession. Den vårdvetenskapliga förankringen i studien presenteras också i bakgrunden under rubriken Vårdvetenskapligt perspektiv.

### 2.1 Tidigare forskning

I tidigare forskning presenteras den vetenskapliga forskningen under rubrikerna Patienters oro inför anestesi, Patienters behov av information och Anesthesijuksköterskans betydelse för patienten.

#### 2.1.1 *Patienters oro inför anestesi*

Tidigare forskning visar på att patienter är oroade inför anestesi och operation (Arakelian, Laurssen & Öster, 2018; Aust, Rüsç, Schuster, Strum, Brehm, & Nestoriuc, 2016; Gilmartin & Wright, 2008; Karlsson, Ekebergh, Larsson Mauléon, & Almerud Österberg, 2012; Malley & Young, 2016; McCloud, Harrington & King, 2013; Mitchell, 2008; Mitchell, 2010; Sawatzky, Russell, Friberg, Carlsson, Pettersson & Öhlén, 2017; Walker, Bell, Cook, Grocott, & Moonesinghe, 2016). En operation är, för de flesta, en stor upplevelse i livet. Många har en förutfattad mening grundad på tidigare upplevelser eller hörd/sedd information hur anestesi kommer att gå till (Arakelian et al., 2018; McCloud et al. 2013; Mitchell, 2008). Denna bild kan göra patienter mer oroliga och anesthesijuksköterskan måste beakta patienters kunskap, eller okunskap, samt förförståelse (Mitchell, 2008). Tidigare positivt betingade erfarenheter kan istället ge en trygghet (Bergman, Stenudd & Engström, 2012).

Merparten av patienter har en oro grundad i okunskap (Mitchell, 2008). Vissa patienter tror till exempel att preoxygeneringen är sömnmedel då de tidigare i livet sövts via inhalationsanestesi (Arakelian et al., 2018). För att skapa trygghet för patienter är det viktigt att vårdkedjan fungerar så bra som möjligt (Malley & Young, 2016). Om väntan under operationsdagen blir lång kan det skapa oro (Mitchell, 2010) och patienterna kan känna sig övergivna (Gilmartin & Wright, 2008). Inför operation väcks ofta existentiella frågor (Worster & Holmes, 2008). Patienterna kan pendla i humör och ena stunden känna lugn och trygghet, där de ser fram emot att få operationen avklarad, men i nästa stund känner de fasa för vad som komma skall (Svensson, Nilsson, & Svantesson, 2016).

Att förlora kontrollen över sin egen kropp är för patienten ett trauma i sig samtidigt som kroppen utsätts för kirurgi. De flesta patienter är mer oroliga inför anestesi, främst att de inte skall vakna igen, än de är orolig för det kirurgiska ingreppet. Patienterna bygger ofta upp ett "värsta tänkbara scenario" och ett katastroftänk kring anestesi (Arakelian et al., 2018; Mitchell, 2010). De är rädda för att vakna upp under operation, ha ont efter operationen, få negativa besked, att dö eller få försämrade aktivitetsförmåga i framtiden (Arakelian et al., 2018; Gilmartin & Wright, 2008; Mitchell, 2008; Mitchell, 2010; Walker et al., 2016; Worster & Holmes, 2008). Andra faktorer som fasta, långa väntetider och törst bidrar till ökade obehagskänslor inför operationen (Pierotti, Fracarolli, Fonseca & Aroni, 2018). Många patienter har en rädsla inför anestesi och operationen eftersom de inte själva har någon kontroll över händelsen samt är oroliga för vad personalen gör med deras kroppar under narkosen (Arakelian et al., 2018; Karlsson et al., 2012). Andra moment som till exempel att få en venös infart eller regional anestesi kan katalysera en redan befintlig oro (Arakelian et al., 2018; Mitchell, 2010). En del patienter upplever det obehagligt med regional anestesi då de inte kan röra delar av sin kropp (Bergman et al., 2012; Karlsson et al., 2012). Åsikterna om patienterna vill ha lugnande premedicinering skiljer sig åt. Vissa tycker att det var bra då det lindrade deras oro (Karlsson et al., 2012; McCloud et al., 2013), medan andra ville höra vad som pågick och vara uppmärksamma på situationen (Karlsson et al., 2012; Liebenhagen & Forsberg, 2013).

### **2.1.2 Patienters behov av information**

Informationsbehovet varierar från patient till patient. Att ge rätt information på rätt sätt är beroende på vårdpersonalens inknäppningsförmåga och tolkning av situationen (Worster & Holmes, 2008). Information till patienter kan med fördel ges i förväg för att ge tid att bearbeta informationen och få en lugnare operationsdag (Arakelian et al., 2018; Malley & Young, 2016; McCloud et al., 2013; Mitchell, 2008). Två vanliga strategier för patienter att hantera sin situation är att antingen engagera sig, sätta sig in och ta reda på så mycket som möjligt, eller att distansera sig själv och lämna över sig i andras händer (Liebenhagen & Forsberg, 2013). För mycket information kan således skapa en oro hos vissa patienter (Worster & Holmes, 2008) medan andra patienter kan få ökad känsla av kontroll och lugn av information (Aust et al., 2016; Bergman et al., 2012; Gilmartin & Wright, 2008; Mitchell, 2008; Mitchell, 2010). Barn och deras föräldrar får en ökad trygghet av att veta vad som förväntas. Det leder dock till ökad oro om informationen och förloppet inte överensstämmer (Andersson, Johansson & Almerud Österberg, 2012; Sjöberg, Amhliden, Nygren, Arvidsson &

Svedberg, 2015). Många föräldrar har fått information om hur induktionen går till men har inte fått veta att de ska lämna salen kort efter att barnet somnat, det kan komma plötsligt och kännas abrupt (Andersson et al., 2012). En del patienter vill ha allt informationsmaterial på en gång, både djupgående och avancerad information. Andra patienter blir överväldigade och vill ha informationsmaterialet successivt eller mindre djupgående (Smith et al., 2014). Många patienter värdesätter också att kunna ha en kommunikation med anestesisyjuksköterskan där de kan ställa sina frågor och få svar på dessa (Sawatzky et al., 2017; Sjöberg et al., 2015). Viktigt för patienterna är att de kan få så raka och korrekta svar som möjligt under hela anestesi. Detta speciellt för patienter som inte är sövda under sin operation (Tinnfält & Nilsson, 2011).

Patienter som får både muntlig och skriftlig information känner sig mer nöjda än de som endast får muntlig eller skriftlig information. Även ett fysiskt möte med anestesipersonal är mer uppskattat än till exempel ett telefonsamtal (Falco, Rutledge & Elisha, 2017). I Forsberg, Vikman, Wälivaara, och Engström (2015) studie svarade cirka 90 procent att de tycker informationen är bra inför operation, 80 procent är nöjda med information angående operation och anestesi förloppet men bara 54 procent av patienterna tycker de får tillräcklig information om uppvakningsavdelningen (Forsberg et al., 2015). Patienter vill ha mer information om vad de kan förvänta sig i efterförloppet annars kan osäkerhet och oro över det postoperativa förloppet leda till mer oro och ett katastroftänk inför anestesi (Svensson et al., 2016). Hos barn är ofta det postoperativa förloppet ett större orosmoment än ingreppet i sig (Sjöberg et al., 2015). Vissa patienter tycker dock att det är svårt med många medicinska termer och har därför svårt att ta till sig informationen (Arakelian et al., 2018; Worster & Holmes, 2008).

Att ha en familj som stöd vid en operation upplever många patienter som positivt (Aust et al. 2016; Hamester, Nogueira de Souza, Cielo, Moraes & Campos Pellanda, 2016; Mitchell, 2010). En del patienter väljer dock att inte informera anhöriga förrän i sista stund på grund inte vill skapa oro/smärta i onödan. Andra patienter vill inkludera familjen under hela förloppet och få en chans att få ett avslut om de inte skulle överleva operationen (Worster & Holmes, 2008). För att lindra sin oro inför operationen kan familjens stöd vara en hjälpande faktor (Aust et al. 2016; Mitchell, 2010). Föräldrar till barn som ska genomgå operation genomgår ofta större oro än om de själva skulle opereras (Andersson et al., 2012). Oron grundas i osäkerhet över vad som ska hända barnet och att tvingas lämna över kontrollen i andra människors händer. Oron kan till viss del stillas av vetskapen att barnets hälsa kommer att förbättras. Föräldrar söker ofta information på internet och genom vänner med kunskap i området, men att få ordentlig information från sjukvårdspersonal är uppskattat (Andersson et al., 2012). Att ha en förälder med vid induktion är en trygghet för barnet (Sjöberg et al., 2015), samt att föräldrarna ges information i förväg och själva får tid att förbereda sig anses vara av yttersta vikt då föräldrarnas sinnesstämning ofta speglar sig i barnets (Andersson et al., 2012).

Anhöriga vill ofta bli involverade i processen för att kunna hjälpa patienten. De anhöriga kan användas som medhjälpare om de inkluderas i vården. De kan ta del i informationen och hjälpa till att informera/stötta patienten om det är någonting de har svårt att förstå. Viktigt är dock att anhöriga inte ska tvingas ta ansvar utan inkluderas på sina egna villkor (Laursen,



Kjaergaard Danielson & Rosenberg, 2015). Flera anhöriga kan dock också ha en oro, vilken ofta är grundad i okunskap, men som visat sig ha förbättrats om de känner sig sedda och ges tid av anestesijuksköterskor att få svar på sina frågor innan anestesi (Hamester et al., 2016; Laursen et al., 2015). Anhöriga ser det betryggande när all fokus läggs på patienten, men kan känna sig ensamma och utelämnade. Att bli delaktig i processen, eller en vänlig klapp på axeln i ett kritiskt läge av någon ur personalen kan vara betryggande (Andersson et al., 2012; Laursen et al., 2015).

### **2.1.3 Samarbete mellan olika professioner innan och under operation**

Olika professioner fokuserar och ansvarar för olika områden inom vårdkedjan kring patienter som ska genomgå någon form av kirurgi (Blomberg, Bisholt, Nilsson & Lindwall, 2014; Malley & Young, 2016). Vårdförloppet beskrivs vara kantat av tidsbrist i mötena med patienterna (McNair, MacKichan, Donovan, Brookes, Avery, Griffin, Crosby & Blazeby, 2016; Malley & Young, 2016; Wong, 2010) Det beskrivs som en viktig egenskap för alla involverade att inte vara rädd för att svälja stoltheten och be om hjälp när det behövs (Wong, 2010). Patienterna börjar ofta vårdkedjan inom primärvården. Läkare inom primärvården anser sig ha en fördelaktig position att kunna informera och förbereda patienterna inför operation då de ofta känner patienten sedan tidigare. De anser sig dock att ha enbart övergripande kunskap om kirurgi och kan därför ha svårt att ge patienterna detaljrik information. Läkare inom primärvården ansåg att de ombads godkänna patienter inför operation men att de hade svårt att faktiskt förbereda patienterna inför operationen. De försöker ta ansvar för patienten men det kan ibland kännas förvirrande då det i slutändan är anestesilogerna och kirurgernas ord som räknas (Malley & Young, 2016).

Väl på plats på operation möter patienterna en mängd olika personer med diverse professioner. Bland annat kirurger, anestesiloger och operationssjuksköterskor. Kommunikationen mellan kirurg och patient tenderar att vara enkelriktad. Fokus från kirurger är ofta att informera patienten rakt och enhetligt vilket riskerar som finns och inte lämna plats för patienten att vara delaktig (McNair et al., 2016). Många patienter sätter tillit till kirurgerna och använder sig av informationen de får för att ta beslut. Men ibland, särskilt vid akuta situationer, kan de känna att de inte har mycket att säga till om och att alternativen är få i att delta i sin egen vård (Hirpara, Cleghorn, Sockalingam & Quershy, 2016) Informationen patienterna får från kirurgerna var ofta detaljerad och ingående men kunde ges utan att fråga patienten hur mycket denne faktiskt vill veta. Fokus i de preoperativa konversationerna mellan kirurg och patient var ofta ur ett kortsiktigt perspektiv, och vad patienterna kunde förvänta sig under sin tid på sjukhuset och vilka problem de kan förväntas ha i närtiden inkluderas sällan i samtalen. Något som ofta utelämnas är svar på hur livskvalitén förväntas påverkas i framtiden, något patienterna tenderar att söka svar på. Det uppstod ofta svåra situationer för kirurgen då många patienter vände sig till just dem för att få svar på sina chanser till överlevnad och sin osäkerhet om framtiden. Kirurgerna kunde ofta bidra med statistik men att också poängtera att de inte kunde förutspå framtiden (McNair et al., 2016)

Anestesiologerna anser att deras profession krävde goda förmågor inom kommunikation, samarbete och ledarskap. En god anestesiolog beskrevs av anestesiologer att besitta medkänsla och empati, samt att företräda patienten. Anestesiologerna ser sig själva som ansvariga för att bedöma patienten och utforma en plan för patienten som är hanterbar vilket innebär minimalt med komplikationer. Anestesiologernas möten med patienterna beskrivs kantas av tidsbrist och press att producera, det medför att de ofta blir korta och intensiva. Dessa möten ger dock tillfälle att göra skillnad, lugna och stärka patienterna (Wong, 2010).

Operationssjuksköterskor anser att en av deras främsta uppgifter är att ansvara för operationssalen och minimera riskerna för patienterna. De såg till att vara pålästa och planerade för att skapa ett så smidigt förlopp som möjligt och att patienten skulle vara minsta möjliga tid inne i operationssalen. Det ansvarar också för steriliteten och kontrollerar därmed vilka som får vistas på sal för att minimera risken för postoperativa komplikationer. Operationssjuksköterskorna uttrycker att de gärna vill ha mer patientkontakt än vad tillfällen ges. De söker ofta ögonkontakt och hälsar på patienten. Samtidigt gör de en bedömning huruvida patienterna är öppna och mottagliga för att bygga upp en relation, i annat fall väljer de ofta att hålla sig mer i bakgrunden (Blomberg et al., 2010).

#### **2.1.4 Anestesisjuksköterskans betydelse för patienten**

Inför operation ses anestesisjuksköterskan som den viktigaste personen för patienten då det är denne som sköter merparten av kontakten med patienterna och gör att de känner sig bekräftade och trygga. För att minska obehaget över att inte kunna bestämma över sin situation vill patienterna gärna få bra kontakt med anestesisjuksköterskan (Karlsson et al., 2012; Liebenhagen & Forsberg, 2013). Patienter uppskattar anestesisjuksköterskans närvaro (Arakelian et al., 2018; Mottram, 2008) och tycker det är viktigt att få ögonkontakt samt bli bekräftade för att känna sig trygga (Karlsson et al., 2012). Patienterna vill även bli försäkrade om att allt kommer gå bra (Mottram, 2008). Det anses betryggande när anestesisjuksköterskan utstrålar professionalism (Bergman et al., 2012; Mottram, 2008). Vissa patienter vill ha kontinuerlig kontakt och bli avledda med småprat, andra vill enbart ha periodisk kontakt med uppdateringar och information. Gemensamt är dock att anestesisjuksköterskan förväntas visa empati för patientens situation och att det är viktigt med ett lugnt och smidigt förlopp (Arakelian et al., 2018; Karlsson et al., 2012; Mottram, 2008).

En operationssal är för de flesta patienterna en okänd miljö (Karlsson et al., 2012). Synen av medicinsk eller kirurgisk utrustning kan göra patienterna mer oroliga än tidigare (Haugen, Eide, Olsen, Haukeland, Remme, & Wahl, 2009). Inne på operationssalen vill patienterna bli bekräftade men samtidigt vara osynliga genom att de inte vill vara i vägen. De vill dock försäkra sig om att personalen ska göra sitt bästa för dem (Karlsson et al., 2012). Patienterna känner sig små och utsatta (Karlsson et al., 2012; Svensson et al., 2016) men med varma täcken och en ren doft blir patienterna tryggare (Bergman et al., 2012). Flera patienter önskar att det ska vara trevligt och avslappnad stämning inne på operationssalen och att samtalsämnen gärna handlar om annat än anestesin eller operationen som snart ska ske, detta för att avdramatisera det hela (Arakelian et al., 2018; Bergman et al., 2012). Att det är

många personer inne på salen samt att lyssna på deras diskussioner är betryggande hos patienter i en större utsträckning än det skapar oro (Haugen et al., 2009). Vissa patienter känner att de deltar i arbetet inne på operationssalen men känner sig samtidigt utelämnade. De upplever dock att det är anestesijuksköterskan som de lättast kan få kontakt med och att det är hon/han som kan bekräfta dem (Karlsson et al., 2012). Larmande apparater inne på operationssalen gör tre procent av patienterna mer oroliga, medan 46 procent av patienterna inte uppfattar dessa larm (Haugen et al., 2009). Föräldrar som följer med sina barn vid induktion kan bli otrygga av miljön och tycka larm är obehagliga då de signalerar att något är fel. Föräldrar vill bli delaktiga och få veta vad olika maskiner har för syfte för att kunna ha en översikt och skydda sina barn, samtidigt som de vill att allt fokus ska läggas på barnet (Andersson et al., 2012).

## **2.2 Styrdokument för anestesijuksköterskans profession**

I kompetensbeskrivningen för anestesijuksköterskor står det beskrivet att en anestesijuksköterska ska kunna skapa trygghet och informera patienter samt behandla patienter individuellt, likväl som en anestesijuksköterska ska arbeta utifrån evidensbaserade forskningsresultat i den perioperativa omvårdnaden (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012).

I Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) som stadgas i 3 kap. 1 § står det att ”Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.”

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) skriver följande i 6 kap. 1 § ”Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt.”

## **2.3 Vårdvetenskapligt perspektiv**

I denna studie kommer den vårdvetenskapliga grunden vila på Joyce Travelbees (1971) teori om omvårdnadens mellanmänniska aspekter. Travelbee beskriver omvårdnad som en interaktion mellan sjuksköterska och patient där konsekvenserna av mötet kan hjälpa patienten och dennes närstående att förebygga, hantera eller övervinna sjukdom och lidande. Enligt Travelbee uppnår omvårdnaden sin mening när en mellanmännisklig relation skapas och upprätthålls. Med mellanmännisklig relation menas att patientens och/eller närståendes omvårdnadsbehov tillgodoses och att det är personernas erfarenheter som speglas och därmed individuella behov som uppfylls. Det är sjuksköterskan som etablerar relationen, men det är både sjuksköterskans och patientens och/eller den anhöriges ansvar att se till att den upprätthålls. Denna relation kan endast uppstå mellan två konkreta personer där de ser

varandras mänsklighet. Det betyder att även sjuksköterskan har behov som uppfylls i denna relation.

För att en mellanmänsklig relation ska kunna uppnås krävs det enligt Travelbee (1971) att fem olika interaktionsfaser först uppnås. Dessa är 1) faser av det första mötet, 2) faser där identiteter växer fram, 3) faser av empati, 4) faser av sympati, 5) faser av förbindelse. Inför det första mötet är individerna okända för varandra vilket gör att det finns både generaliserande fördomar och stereotypa förväntningar inblandade. Under det första mötet får båda parter en känsla för den andre genom synliga och verbala intryck. För sjuksköterskan är det viktigt att hon/han ser förbi dessa medvetna, eller omedvetna, antaganden och istället ser den unika individen. Så småningom börjar identiteter visa sig hos både patienten och sjuksköterskan. De stereotypa förutfattade meningarna suddas ut och både sjuksköterskan och patienten börjar lita mer på den andre. Sjuksköterskan får dock vara observant på att inte börja jämföra patienten med andra patienter med liknande symtom utan fortsätta se honom/henne som en unik person.

Travelbee (1971) beskriver empati som att förstå det väsentliga i den andres tankar och känslor och att man då kommer närmare personligheten. Empati är dock inte en kontinuerlig process utan kan uppstå när sammanhanget ger tillfälle. För att empati ska kunna uppstå krävs det enligt Travelbee att personerna i fråga har någorlunda liknande erfarenheter för att kunna förstå den andres handlingar. Därför menar Travelbee att alla sjuksköterskor omöjligt skulle kunna känna empati för alla patienter som hon/han vårdar. Sympati är fortsättningen på processen och är resultatet av empatifasen. Här visar sjuksköterskan medkänsla i syfte att ge patienten stöd att försöka lindra sitt lidande. Sympati är ett förhållningssätt, en attityd, som förmedlas till patienten genom allt som sjuksköterskan gör. Den slutliga faser i den mellanmänskliga relationen är ett svar på den interaktion som pågått mellan sjuksköterskan och patienten. Där en gemensam förståelse har byggts upp vilket ger förutsättningar för djupare samtal som gagnar både sjuksköterskan och patienten. Att kunna ta sig genom alla faser i den mellanmänskliga relationen är resultatet av att sjuksköterskan oavbrutet har lindrat patientens lidande.

Travelbee (1971) ser lidandet som en del av att vara människa, en ofrånkomlig erfarenhet. Lidandet kan te sig fysiskt, emotionellt och/eller andligt, och är förenat med det som individen värdesätter i sitt liv. Lidande är ofta sammankopplat med sjukdom och därför är det av stor vikt att sjuksköterskan ser patientens upplevelse av sin sjukdom och sitt lidande och inte bara den objektiva diagnos som patienten har fått. Kommunikation, både verbal och icke-verbal, anser Travelbee (1971) vara ett av sjuksköterskans viktigaste verktyg i sitt arbete. För att kunna skapa en mellanmänsklig relation, för att sedan kunna nå omvårdandes mål att hjälpa patienten övervinna sitt lidande och finna mening i livet, krävs ömsesidig kommunikation där tankar och känslor förmedlas. Kommunikation är komplext och kan både hjälpa och stjälpa patienten i sin hantering av sitt lidande. Travelbee menar att sjuksköterskan måste ha kunskap och färdigheter inom kommunikation för att kunna hjälpa patienten, till exempel självinsikt, ödmjukhet och tajming. En faktor som kan skapa hinder i kommunikation är till exempel om sjuksköterskan inte ser patienten som en individ.

För att sjuksköterskan ska kunna skapa en mellanmänsklig relation i syfte att guida patienten att hjälpa sig själv att acceptera och besegra sitt lidande har Travelbee (1971) utformat en omvårdnadsprocess i fem steg. Travelbee menar att denna process inte är till för att följas strikt och koncist, utan för att vägleda sjuksköterskan att skapa kunskap och få en insikt i vad som behöver ses över för att kunna identifiera omvårdnadsbehovet hos patienten och/eller hos dennes anhöriga. I Travelbees omvårdnadsprocess ingår följande: 1) sjuksköterskan måste observera och utröna om personen har ett omvårdnadsbehov, 2) sjuksköterskan måste bekräfta sin bedömning genom samtal med patienten och/eller dess anhöriga, 3) sjuksköterskan beslutar om hon/han kan möta patientens omvårdnadsbehov eller om hon/han behöver ta hjälp av någon annan profession, 4) sjuksköterskan skapar en planering för hur omvårdnadsbehoven ska uppfyllas, 5) sjuksköterskan utvärderar hur väl omvårdnadsbehoven har uppfyllts.

### **3 PROBLEMFORMULERING**

Kompetensbeskrivningen för anestesisjuksköterskor beskriver att anestesisjuksköterskan ska skapa en trygghet hos patienterna, informera dem och behandla dem individuellt, samt att anestesisjuksköterskan ska arbeta evidensbaserat. Tidigare forskning visar att patienter ofta känner oro inför anestesi. Oron kan vara grundad i en mängd olika aspekter som tidigare negativt betingade erfarenheter eller okunskap. Väntan inför en operation kan väcka existentiella frågor hos patienter och få dem att pendla mellan lugn och fasa där tankar växlar mellan katastrof och hopp om framtid och förbättring. Det har visat sig vara viktigt med ett smidigt förlopp som följer planeringen för att patienterna ska kunna känna så stor trygghet som möjligt. När stunden för operation är kommen tvingas patienterna lämna över kontrollen över sin kropp till personalen vilket ökar oron. Kritiska moment såsom insättning av venösa infarter eller regionala blockader kan ytterligare spä på oron och obehaget. En del patienter vill ha så mycket information som möjligt för att skapa sig en känsla av kontroll över situationen. Andra patienter väljer att ta avstånd, vill inte alls ha någon information utan distanserar sig som ett sätt att hantera situationen. Vissa patienter vill ha kontinuerlig kontakt och att anestesisjuksköterskan är ständigt närvarande, andra vill bli lämnade i fred och enbart få sporadiska uppdateringar. Operationer utförs ofta på grund av en patogen orsak och skapar således ett lidande. Blir patienterna inte omhändertagna på ett sätt de anser adekvat kan det spä på lidandet. Patienter har vitt skilda åsikter och preferenser om hur de vill bli omhändertagna i situationen kantad av oro och lidande. Anestesisjuksköterskan har visat sig vara en nyckelperson för patienterna som ska genomgå operation då det är denne som sköter merparten av patientkontakten. Det blir upp till anestesisjuksköterskan att anpassa mängd information, förhållningssätt och språkbruk till varje enskild patient. Det finns studier gjorda på specifika områden som berör anestesisjuksköterskors erfarenheter kring mötet inför och under anestesi, men få litteraturstudier är gjorda för att sammanställa det rådande kunskapsläget och möjliggöra en lättillgänglig överblick. Det är ett viktigt område att undersöka för att anestesisjuksköterskan ska kunna uppfylla de krav på

evidensbaserat arbetssätt och skapandet av trygghet som ställs av kompetensbeskrivningen för anestesijuksköterskor. En systematisk litteraturstudie kan leda till ökad kunskap inom området och vara till hjälp för anestesijuksköterskan i sin profession och att arbeta evidensbaserat för att i slutändan gagna patienterna.

## **4 SYFTE**

Syftet är att beskriva anestesijuksköterskors erfarenheter av att möta patienter inför och under anestesi.

## **5 METOD**

I metodavsnittet presenteras metoden under rubrikerna Design, Urval och datainsamling samt Analys.

### **5.1 Design**

Kvalitativ forskning kan vara fragmenterad, små öar av isolerad kunskap. Med en litteraturstudie kan resultatet från flera studier sammanvägas för att länka ihop kunskapen och stärka evidensgraden. Genom en kvalitativ litteraturstudie kan studieresultat från flera studier lyftas fram tillsammans för att bli mer åtkomliga och lätt att använda för användaren (Howell Major & Savin-Baden, 2010). En kvalitativ systematisk litteraturstudie används därför i enlighet med Howell Major och Savin-Baden (2010) för att undersöka det sociala och emotionella samspelet mellan anestesijuksköterska och patient. Syftet med valet av kvalitativ metod är att få djupare förståelse för samspelet och fånga in detaljer som kvantitativa studier inte kan fånga. I studien används ett induktivt förhållningssätt. Datamaterialet ska tala för sig själv med ett omvårdnadsperspektiv för att sedan återkopplas till den teoretiska referensramen.

### **5.2 Urval och datainsamling**

I Howell Major och Savin-Baden (2010) beskrivs PEICO-modellen som en modell med komponenter för att skapa en bra forskningsfråga. PEICO står för Person (P), Environment (E), Intervention (I), Comparison (C) och Outcome (O). Forskningsfrågan användes sedan för att fastställa inklusions och exklusionskriterier för litteratursökning av vetenskapliga

artiklar, se bilaga A. Forskningsfrågan den här studien utgick ifrån blev således: Vad är anestesisyjuksköterskors erfarenheter av att möta patienter inför och under anestesi?

Litteratursökningen skedde i databaserna PubMed och CINAHL Plus. PubMed ger en bred täckning inom hälso- och sjukvårdsområdet. Merparten av PubMeds innehåll tillhandahålls av databasen Medline. CINAHL Plus innehåller artiklar inom omvårdnad och besläktade grenar, och tillhandahålls av EBSCO (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, [SBU] 2017).

Sökord som användes till litteratursökningen var variationer av *Preoperative, perioperative* och *day surgery: Communication, information, care, relations, vigilance, interactions, dilemmas, dialogues, assessment, meeting, education* och *advocacy: Nurse anesthetists, anaesthesia, CRNA* och *perianesthesia nursing: Attitudes, opinions, views, experiences, perspective, nursing role* och *perceptions*, samt en söksträng baserad på SBU (2017) söksträng för kvalitativ forskning: *Qualitative Research, Focus Groups, Nursing Methodology Research, qualitative, grounded theory, ethnography, ethnology, phenomenography, phenomenology, hermeneutics, focus groups, field study, narrativ, lived experiences, life experience* och *interviews*. För fullständig sökmatrix se bilaga B. Enligt Howell Major och Savin-Baden (2010) ska utvalda artiklarna granskas med ett vedertaget verktyg. Denna studie använder sig av en granskningsmall inspirerad av Statens beredning för medicinsk och social utvärderings granskningsmall för kvalitativa studier (SBU, 2017). Artiklar som bedömdes hålla hög eller medelhög kvalitet gick vidare till analysfasen (Howell Major & Savin-Baden, 2010). För artikelmatrix över inkluderade artiklar, se bilaga C. Kvalitetsgranskningen av artiklarna finnes i bilaga D.

### 5.3 Analys

Syntes av det kvalitativa datamaterialet skedde i enlighet med Howell Major och Savin-Baden (2010) i en dynamisk process genom fyra olika steg. Första steget är startprocessen. Här bestäms vad som utgör data i studierna och väljer ut fynd. Fynden ska vara väl dokumenterade med stöd i texten. Fynden graderas efter en tregradig skala baserad på Howell Major och Savin-Baden (2010) kriterier, se tabell 1. Fynd som bedöms som entydiga eller trovärdiga används i nästa steg i analysprocessen. Fynd som bedöms som icke-trovärdiga utesluts.

Tabell 1: Bedömning av fynd (Howell Major & Savin-Baden, 2010).

Trovärdighetsgrad	Kriterier
Entydigt	Fynd stödda i texten av tydlig och trovärdig evidens.
Trovärdigt	Fynd anses rimliga med given mängd evidens.
Ej trovärdigt	Fynd är föreslagna men har inte evidensstöd i texten

Det andra steget i analysen är analysfasen. Fynden i texten får koder baserade på det manifesta budskapet för att assistera i jämförandet mellan studier och i formandet av teman. I en dynamisk process jämförs fynd från de olika studierna med varandra, och liknande fynd sätts samman för att forma första nivåns teman (Howell Major & Savin-Baden, 2010).

Det tredje steget är syntesfasen. Definitionen av syntes är att plocka isär och skapa en ny helhet. I syntesfasen testas och jämförs första gradens tema med varandra för att tillsammans med närbesläktade teman bilda andra nivåns teman. I andra gradens teman slås första gradens teman samman för att skapa ett nytt perspektiv och ökad förståelse (Howell Major & Savin-Baden, 2010).

Det sista stadiet utgörs av tolkningsfasen. Enligt Howell Major och Savin-Baden (2010) kan studiens tolkningsfas göra resultatet till någonting mer än vad som framkommer i originalstudierna. Det skapar ett resultat som representerar originalstudierna men får ett mervärde. Fynden ses över i sin enskilda kontext och jämförs med sitt första respektive andra gradens tema. Syftet är att hitta mönster och samband mellan de olika studierna för att i cykler tolka de enskilda delarna i sin kontext. Dessa sätts slutligen samman till tredje gradens teman med syfte att ge mer värde än de enskilda komponenterna i sig (Howell Major & Savin-Baden, 2010). Analysen har genomförts enligt exemplet i tabell 2.

Tabell 2: Exempel på analysprocess

Fynd	Kod	Första gradens tema	Andra gradens tema	Tredje gradens tema
For patients to experience safety and security in the perioperative setting, nonverbal communication was generally felt to be of importance.	Icke-verbal kommunikation	Kommunikation	Kommunikation – ett samspel på flera plan	Att bygga broar

## 6 ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Studien är en kvalitativ litteraturstudie och involverar därför individer indirekt. Studien följer Vetenskapsrådets (2017) regler för forskningsetik, vilka kan sammanfattas som att tala sanning och inte förvränga forskningen, redovisa resultatets ursprung och metod samt dokumentera på ett sådant sätt att läsaren kan följa med i processen. Ett aktivt arbete kommer att utföras för att bearbeta materialet så att resultatet blir originellt vilket minskar risken för oavsiktligt plagiat.

En studie påverkas alltid av förförståelse. Det blir upp till författarna att arbeta för att förförståelsen inte ska påverka resultatet, vilket utförs genom systematiskt och noggrann rapportering samt kontinuerlig reflektion över originalstudiernas budskap och kontext (Howell Major & Savin-Baden, 2010). Fynden i analysfasen bedöms i trovärdighet enligt



tabell 1 för att säkerställa att evidensen är trovärdig och att ogrundade påståenden utesluts. Författarna går i analysfasen kontinuerligt tillbaka till originalstudierna för att reflektera över varje fynd i sin enskilda kontext. Detta för att inte förvränga informationen i enlighet med Howell Major och Savin-Baden (2010) för att sträva efter trovärdighet och öppenhet.

## 7 RESULTAT

Resultatet presenteras i tre huvudrubriker med respektive underrubriker. I Tabell 3 ses en beskrivning av vilka andra gradens teman som bildade tredje gradens teman och därmed utgör rubrikerna i resultatet.

Tabell 3: Resultatöversikt

Andra gradens tema	Tredje gradens tema
Kommunikation – ett samspel på flera plan	Att bygga broar
Vikten av att ingiva förtroende	
Att sätta patienten i första hand	
En medveten vård	Konsten att bevara välbefinnande
Möjliggöra delaktighet	
En kamp mot klockan	Att inte räcka till
Viljornas kamp	

### 7.1 Att bygga broar

I varje patientmöte startar en mängd processer. Syftet med mötet är att skapa en plattform mellan anestesijuksköterskan och patienten där de båda kan kommunicera sina förväntningar, känslor och önskemål till varandra. En grundförutsättning för denna plattform är en trygg relation. Anestesijuksköterskan måste därför bjuda in patienten till trygghet och säkerhet genom verbal och icke-verbal kommunikation. Denna trygga relation måste vårdas genom att försvara patientens bästa intressen, ta deras sida och förstärka deras röst.

#### 7.1.1 Kommunikation – ett samspel på flera plan

Anestesijuksköterskorna ansåg att det första mötet med patienten syftade till att etablera en god kontakt med patienterna (Krupić, Eisler, Sköldenberg & Fatahi, 2016). Mötet initierades när de först fick ögonkontakt (Berg, Kaspersen, Unby & Hollman Frisman, 2013). Ögonkontakten och eventuell beröring gjorde att anestesijuksköterskorna fick bättre

kontakt med patienten och på så sätt lättare kunde urskilja dennes behov (Bergström, Håkansson, Warrén Stomberg & Bjerså, 2016; Schreiber & MacDonald, 2010a; Sundqvist & Anderzén Carlsson, 2014; Sundqvist, Nilsson, Holmefur & Anderzén-Carlsson, 2018). Detta skapade även en mer avslappnad patient (Berg et al., 2013; Schreiber & MacDonald, 2010a; Sundqvist & Anderzén Carlsson, 2014). Kontakten mellan anestesijuksköterskorna och patienterna skedde genom både verbal och icke-verbal kommunikation (Berg et al., 2013; Krupić et al., 2016). Den icke-verbala kommunikationen ansågs bli extra viktig vid de tillfällen den verbala kommunikationen blev haltande, (Danielsson, Lundström, Holmström & Kerstis, 2018; Krupić et al., 2016; Krupić, Grbić, Čustović, Hamrin & Saelsson, 2019) så som vid sövning av barn (Danielsson et al., 2018), personer med nedsatt kognitiv funktion (Krupić et al., 2016) eller när det uppstod språkförbistringar (Danielsson et al., 2018; Krupić et al., 2019).

Anestesisjuksköterskorna beskrev att anestesi försvårades om till exempel patienten var ett barn som inte gav ögonkontakt eller inte svarade på något annat sätt.

Anestesisjuksköterskorna fick då försöka ta reda på barnets intressen och försöka skapa en kontakt på så sätt. De poängterade dock att fokuset alltid måste ligga på barnet även om de tog hjälp av föräldrarna (Danielsson et al., 2018; Gimpler Berglund, Ericsson, Proczkowska-Björklund & Fridlund, 2013). En av anestesijuksköterskorna förklarade sina upplevelser så här:

...it's a great challenge to anaesthetize children. You have a few seconds to establish contact and that's when you say hello. If you at that moment manage to make eye contact with the child and the child answers promptly, well then the chances increase that everything will work out well (Danielsson et al., 2018, s. 395).

Anestesisjuksköterskorna underströk att oavsett svårigheter att kommunicera verbalt med patienten var det viktigt att komma ihåg att alla patienter är unika i hur de vill bemötas (Krupić et al., 2019). Oavsett kognitiv status strävade anestesijuksköterskorna efter att bemöta alla patienter likadant initialt (Krupić et al., 2016). Anestesisjuksköterskorna beskrev hur de kunde använda ett förutbestämt "manus" vid varje möte (Aagaard, Laursen, Rasmussen & Sørensen, 2017a).

Inför anestesi beskrev anestesijuksköterskorna att det inte enbart skedde en envägskommunikation från deras sida utan att patienterna även kunde ta upp och informera anestesijuksköterskorna om saker de ansåg viktiga för sin egen vård (Sundqvist et al., 2018). Att förmedla information till patienterna sågs av anestesijuksköterskorna som en självklar skyldighet (Bergström et al., 2016). God information ansågs som en viktig del för en säker och god vård (Sundqvist & Anderzén Carlsson, 2014). Anestesisjuksköterskorna beskrev vikten av att ha tålamod och kontinuerligt förmedla information pre- och peroperativt (Bergström et al., 2016). Det kunde upplevas som svårt att veta hur mycket information som patienten ville ha och kunde ta till sig (Krupić et al., 2016), men det beskrevs som viktigt att patienten hade all information de behövde för att förstå vad som skulle hända (Sjöstedt, Hellström & Warrén Stomberg, 2011; Sundqvist & Anderzén Carlsson, 2014). Anestesisjuksköterskorna beskrev hur de informerade om allt som hände för att underlätta för patienten som, i och med anestesi, befann sig i en utsatt miljö (Schreiber & MacDonald,

2010a). Informationen syftade också till att få patienten involverad i sin egen vård och ge dem en chans att fråga och få det förklarat för sig om det var något de inte förstod (Berg et al., 2013; Sundqvist et al., 2018). Anestesisjuksköterskorna var noga med att förklara procedurer under operationen som var viktiga för det postoperativa förloppet. Detta för att bekräfta den preoperativa informationen patienterna redan fått och ingiva känslan av säkerhet (Berg et al., 2013).

God kommunikation beskrevs som ett samspel mellan anestesisjuksköterskorna och patienterna (Berg et al., 2013; Karlsson, Ekebergh, Larsson & Almerud Österberg, 2013). Anestesisjuksköterskorna försökte få patienterna att känna sig välkomna genom att klargöra att de var här för deras skull och lyssna aktivt på vad patienterna berättade (Sundqvist & Anderzén Carlsson, 2014). Samspelet sågs som dynamiskt arbete något som krävde engagemang från båda parter. Anestesisjuksköterskorna beskrev hur de kontinuerlig kommunicerade med patienterna för att de skulle förstå vad som pågick (Berg et al., 2013; Bergström, 2016). De berättade vad de skulle göra och väntade på respons innan de fortsatte (Berg et al., 2013). Anestesisjuksköterskorna beskrev att de värdesatte verbal kommunikation med patienten för att kunna kombinera och prioritera praktiska arbetsuppgifter samtidigt som de interagerade med patienten (Aagaard et al., 2017a). Att använda uppmuntrande ord och fraser var något som anestesisjuksköterskorna gjorde för att få patienterna i en lättare sinnesstämning (Bergström et al., 2016). Om anestesisjuksköterskorna inte lyssnade på patienten utan fokuserade på annat kunde de bli frånvarande trots sin fysiska närvaro (Karlsson et al., 2013). Vid vissa tillfällen ansågs det av anestesisjuksköterskorna nödvändigt att aktivt tona ned kommunikationen, då han/hon var tvungen att rikta sin fulla uppmärksamhet på andra moment (Aagaard et al., 2017a). En anestesisjuksköterska beskrev:

I don't think it is appropriate for patients to be asking a lot of questions at the last minute - some have a tendency to do that. Then, I think, it is time to move on. Of course that's my assessment of the situation (Aagaard et al., 2017a, s. 459).

Anestesisjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att lära känna patienten, identifiera och undvika känsliga samtalsämnen då det kunde försämra möjligheten till vidare kommunikation (Bengtsson et al., 2016). De nämnde också att patienter som var stressade, oroliga eller hade ont var svårare att diskutera olika angelägenheter med då de befann sig i ogynnsamma förhållande för en sådan diskussion (Forsberg, Björn, Engström & Nilsson, 2018). En del möten ansågs ställa större krav på flexibilitet hos anestesisjuksköterskorna. Mötet med patienter med demens krävde att anestesisjuksköterskorna närmade sig försiktigt och mer tålmodigt än andra patientgrupper. Det kunde även ställa till problem om inte patienten kunde kommunicera sina behov till anestesisjuksköterskorna (Krupić et al., 2016) eller om kommunikationen skedde genom en tredje part (Krupić et al., 2019). I möten med barn sågs det som en fördel om den som fått bäst kontakt, oavsett profession ansvarade för huvuddelen av kommunikationen och kollegorna höll sig i bakgrunden (Danielsson et al., 2018).

### **7.1.2 Vikten av att ingiva förtroende**

Anestesisjuksköterskorna beskrev hur de antog att alla patienter var nervösa inför operation och att det var viktigt att fånga upp samt adressera oron tidigt (Bengtsson et al., 2016). De betonade vikten av att tala om för patienten att det är ett naturligt beteende att vara rädd och orolig inför anestesi och/eller operationen, men att de samtidigt försökte förmedla att patienten var i trygga händer (Bengtsson et al., 2016). Anestesisjuksköterskorna beskrev även vikten av att se patienten i den sårbara situation som anestesi innebär (Aagaard et al., 2017a; Bengtsson et al., 2016; Schreiber & MacDonald, 2010a). Detta gjorde tiden för preoperativa samtal ännu viktigare för att kunna interagera med patienten och känna av dennes behov och guida honom/henne genom hela proceduren (Aagaard et al., 2017a; Bengtsson et al., 2016; Berg et al., 2013; Pulkkinen, Junttila & Lindwall, 2016; Schreiber & MacDonald, 2010a; Sjöstedt et al., 2011). Anestesisjuksköterskorna var överens om att tala med en lugn och vänlig röst var ett mycket bra sätt att skapa lugn hos patienten och få patienterna att lita på dem (Aagaard et al., 2017a; Bergström et al., 2016). Anestesisjuksköterskorna beskrev det som extra viktigt att tala lugnande med oroliga patienter och att de även försökte få övriga medlemmar i operationsteamet att göra det samma (Bengtsson, 2016; Krupić et al., 2016; Schreiber & MacDonald, 2010a). Att använda sig av humor på ett välbalanserat sätt var också en teknik som anestesisjuksköterskorna använde sig av för att få patienten att lägga fokus på något annat än kommande operation och på så sätt skapa en trygghet och ett lugn hos patienten (Bergström et al., 2016).

Anestesisjuksköterskorna försökte se patienternas behov i ett djupare kontext och därmed försöka lindra patienternas oro genom att skapa en atmosfär av trygghet (Aagaard et al., 2017a; Berg et al., 2013; Bergström et al., 2016; Krupić et al., 2016; Schreiber & MacDonald, 2010a; Sundqvist & Anderzén Carlsson, 2014). Att skapa trygghet var bland annat att välkomna patienten och följa denne till operationsrummet (Aagaard et al., 2017a). De försäkrade patienten om att de aldrig skulle bli lämnade ensamma utan att anestesisjuksköterskorna alltid fanns där även när de sov (Aagaard et al., 2017a; Aagaard, Sørensen, Rasmussen & Laursen, 2017b; Berg et al., 2013; Bergström et al., 2016; Pulkkinen et al., 2016; Schreiber & MacDonald, 2010b; Sjöstedt et al., 2011; Sundqvist et al., 2018). Även en vänlig klapp på axeln eller handen skapade en känsla av en trygg omgivning och bekräftade till patienten att anestesisjuksköterskorna ville dem väl (Aagaard et al., 2017a; Krupić et al., 2016; Schreiber & MacDonald, 2010b; Sjöstedt et al., 2011; Sundqvist et al., 2018). En viktig del för anestesisjuksköterskorna var förmedlingen till patienten om att de var där för deras skull och kunde bistå med hjälp när som helst under anestesi (Bengtsson, 2016; Krupić et al., 2016; Schreiber & MacDonald, 2010a). Det krävdes av anestesisjuksköterskorna att de var närvarande och hade beredskap för att snabbt fånga upp om någonting oförutsett skulle ske (Krupić et al., 2016). För att patienterna inte skulle känna sig i allt för stort underläge satte sig sjuksköterskorna ner när de pratade med patienterna för att komma i samma nivå som dem samt att inbjuda till öppenhet (Bergström et al., 2016; Sundqvist et al., 2018). För att skapa trygghet ansåg anestesisjuksköterskorna att en viktig faktor var hur de positionerade sig i rummet. Detta för att skapa sig en helhetsbild av rummet parallellt med att skapa närhet till patienten och på så sätt kunna skapa trygghet för patienten i syfte att lindra dennes oro (Bergström et al., 2016; Sundqvist et al., 2018). Att vara nära patienten hade även praktiska funktioner samtidigt som det tillät patienten att med

små medel kunde uttrycka sin vilja vilket anestesijuksköterskorna såg som en fördel för att främja både delaktighet och trygghet (Aagaard et al., 2017b; Bergström et al., 2016, Sundqvist et al., 2018).

Anestesisjuksköterskorna ansåg att kombinationen av kunskap inom både medicinsk vetenskap och vårdvetenskap gjorde att de kunde vårda patienterna bättre eftersom de kunde använda sig av de delar som passade bäst in på just den situationen de befann sig i, till exempel att försöka skapa förtroende hos en mycket orolig patient (Schreiber & MacDonald, 2010b). Att vara kreativ i mötet med patienten var också en viktig del för anestesisjuksköterskorna för att skapa trygghet hos patienten (Aagaard et al., 2017a; Bengtsson et al., 2016). Detta var speciellt viktigt när det gällde anestesi av barn då de ofta hade en mindre förståelse för vad som komma skall. För att skapa trygghet hos barnen visade anestesisjuksköterskorna, innan anestesi började, vilken utrustning som skulle användas på ett lekfullt sätt (Danielsson et al., 2018; Gimble Berglund et al., 2013; Runeson, Proczkowska-Björklund & Idvall, 2010). Faktorer som kunde skapa stress hos patienter var höga ljud, till exempel alarm från monitorer. Anestesisjuksköterskorna var snabba att tysta alarmen och samtidigt, på ett lugnande sätt, förklara för patienterna vad det var som lät (Bergström et al., 2016).

En del anestesisjuksköterskor upplevde att patienter som hade ett aktivt drogmissbruk var svårare att nå fram till än andra. Det till följd av att patienterna blev dömda på grund av detta innan de ens steg in i operationssalen samt att de då hade svårigheter att relatera till dem och därmed svårare att bygga upp en förtroendefull och trygg vård (Forsberg et al., 2018). En annan patientgrupp som anestesisjuksköterskorna upplevde var svårare att skapa trygghet hos var patienter med demens då operationsrummet ofta var en helt främmande miljö för denna patientgrupp. Anestesisjuksköterskorna beskrev vikten av att vara nära dessa patienter för att försöka skapa trygghet. De kunde även få med sig ett personligt föremål till salen för att ha någonting bekant omkring sig (Krupić et al., 2016). En anestesisjuksköterska beskrev sina upplevelser så här: "Many patients with dementia arrive at the surgical ward without any knowledge of having sustained a fracture and look upon us as if we were evil green Martians" (Krupić et al., 2016, s. 103).

### **7.1.3 Att sätta patienten i första hand**

Anestesisjuksköterskorna ansåg att patienterna alltid skulle mötas med respekt (Krupić et al., 2016; Krupić et al., 2019; Melchior & Dreyer, 2018; Sundqvist & Anderzén Carlsson, 2014). De beskrev patienterna som unika individer (Krupić et al., 2016; Krupić et al., 2019), att patienternas känslor var desamma oavsett bakgrund (Krupić et al., 2019) samt att alla var människor med egna drömmar och önskemål oavsett sjukdom (Krupić et al., 2016). Anestesisjuksköterskorna beskrev att de inte gick efter någon evidens utan på magkänslan i mötet (Danielsson et al., 2018). De tänkte efter hur de själva skulle vilja bli behandlade och handlade därefter. Respekt kunde även visas genom att inte säga någonting om patienten som anestesisjuksköterskorna inte skulle säga till patienten (Sundqvist & Anderzén Carlsson, 2014), eller genom att lyssna på patienternas önskemål (Danielsson et al., 2018). Genom att

representera deras vilja och hjälpa till att göra deras röster hörda (Sundqvist & Anderzén Carlsson, 2014).

Anestesisjuksköterskorna arbetade aktivt för att skydda patienternas integritet. Ett tydligt sätt att värna om patienternas integritet var att minimera deras exponering. Då patienterna ofta tvingades klä av sig inför operation försökte anestesisjuksköterskorna täcka dem eller minska insyn i så stor utsträckning som möjligt (Bergström et al., 2016; Pulkkinen et al., 2016; Sundqvist et al., 2018). Anestesisjuksköterskorna arbetade för att minimera störande moment i omgivningen (Sundqvist & Anderzén Carlsson, 2014) och ge patienterna så mycket privatliv som möjligt (Bengtsson et al., 2016). Anestesisjuksköterskorna uttryckte en vilja att i första hand lägga allt fokus på patienten och inte annat (Melchior & Dreyer, 2018; Sundqvist et al., 2018). De arbetade med flera moment samtidigt men huvudfokus var att vägleda patienten genom induktionen (Aagaard et al., 2017a). De lät inte andra teammedlemmar störa deras kontakt (Sundqvist et al., 2018), vilket då kunde leda till att patienten riskerade att inte bli sedd (Karlsson et al., 2013). Det innebar också att ifrågasätta om de ansåg att någonting verkade fel och inte blint följa ordinationer (Aagaard et al., 2017b). Anestesisjuksköterskorna såg sig själva som företrädare för patienten (Schreiber & MacDonald, 2010a; Sundqvist & Anderzén Carlsson, 2014). Anestesisjuksköterskorna försökte skydda patienterna från emotionella eller fysiska skador (Schreiber & MacDonald, 2010a). Det innebar inte att bestämma över patienterna utan att i stället säkerställa att deras behov blev tillfredsställda i enlighet med deras önskemål. Anestesisjuksköterskorna såg det som en skyldighet att se till att allting gick rätt till, både på ett etiskt och ett medicinskt plan. Detta involverade att stå upp för patientens rätt och hindra andra från att begå misstag. Att våga säga till och konfrontera andra professioner för patientens bästa kunde kännas obehagligt, men det beskrevs som givande för anestesisjuksköterskorna i slutändan (Larsson Mauleon Palo-Bengtsson & Rosenberg, 2005; Sundqvist & Anderzén Carlsson, 2014).

## **7.2 Konsten att bevara välbefinnande**

Anestesisjuksköterskorna beskrev hur de arbetade aktivt för att skapa en bild av patienternas behov. De tog hjälp av sin erfarenhet men även patientens synvinkel för att skapa bästa möjliga förlopp. Emotionell energi och engagemang inkorporerades i handlingarna vilket skapade en ökad medvetenhet för patientens behov och möjlighet att se vad de verkliga behövde. Om patienten var delaktig i sin egen vård stärkte det möjligheterna till bästa möjliga utgång.

### **7.2.1 En medveten vård**

Anestesisjuksköterskorna betonade att alla patienter skulle behandlas individuellt, och att vården skulle baseras på deras respektive behov (Calebrant, Sandhh & Jansson, 2016; Krupić et al., 2016; Sjöstedt et al., 2011). I det första mötet skaffade sig anestesisjuksköterskorna en bild av patienternas kognitiva förmåga och behov (Krupić et al., 2016). De sökte och försökte tidigt fånga upp tecken på faktorer som kunde ställa till problem för patienten, till exempel patientens hud- och vätskestatus (Calebrant et al., 2016; Larsson

Mauleon et al., 2005), sinnesstämning (Krupić et al., 2016), ålder, tid på dygnet, typ av operation, tidigare vätskeförluster samt anestesiorm (Calebrantet al., 2016). Anestesisjuksköterskorna ställde frågor för att bedöma patienternas behov, men förlitade sig framför allt på sin kliniska blick, kunskap och erfarenhet (Krupić et al., 2016).

Anestesisjuksköterskorna beskrev en speciell medvetenhet som infann sig hos vissa av operationspersonalen. Det beskrevs som att de bäddade in emotionell energi i handlingarna och utgjorde skillnaden mellan att ta hand om hela patienten eller att enbart utföra en syssla (Aagaard et al., 2017b; Danielsson et al., 2018). Anestesisjuksköterskorna fokuserade på både patientsäkerhet och patientens psykosociala behov (Aagaard et al., 2017b). Omvårdnaden inom anestesi beskrevs som att se hela människan samtidigt som att utföra fysiska handlingar (Bergström et al., 2016; Krupić et al., 2016; Schreiber & MacDonald, 2010a; Sundqvist et al., 2018). Att möta patienten var för anestesisjuksköterskorna att se hela personen. Anestesisjuksköterskorna beskrev vikten av att behandla patienten med värdighet vare sig han/hon var sövd, sederad eller vaken. Att stryka patienten med vänlig hand över pannan var ett sätt för anestesisjuksköterskorna att förmedla empati, då de poängterade vikten av att inte glömma bort att det faktiskt var en människa som låg på operationsbordet (Sundqvist et al., 2018). Anestesisjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att utföra en uppmuntrande vård och smärtlindra patienterna väl för att patienterna skulle få en så bra upplevelse som möjligt (Schreiber & MacDonald, 2010a). En anestesisjuksköterska beskrev omvårdnad så här:

We're at a tremendous advantage in that you can also bring the nursing arts to it as well. With simple things, like moving a patient across the table, making sure they're comfortable and padded, that they have a pillow underneath their knees (Schreiber & MacDonald, 2010a, s. 558).

Vissa anestesisjuksköterskor beskrev att administrering av intravenösa läkemedel var sista alternativet, medan andra anestesisjuksköterskor använde intravenösa läkemedel i ett tidigt stadie för att förhindra oron från att blomma upp (Bengtsson et al., 2016). En anestesisjuksköterska beskrev vikten av omvårdnad jämfört med medicinska åtgärder så här: "Cause what they really need is security, not Propofol. They want security and that's easier to give" (Bengtsson et al., 2016, s. 151).

Anestesisjuksköterskorna poängterade vikten av att patienterna var ordentligt smärtlindrade. Detta för att få en så skonsam upplevelse som möjligt men också för att patienterna skulle kunna lita på anestesisjuksköterskorna (Schreiber & MacDonald, 2010a; Sjöstedt et al., 2011). Att möta barn (Gimble Berglund et al., 2013) och patienter med demenssjukdom (Krupić et al., 2016) upplevde anestesisjuksköterskorna var svårare än att möta vuxna kognitivt friska patienter. Anestesisjuksköterskorna uttryckte att de var generösare med läkemedel till dessa patientgrupper då de hade svårare att nå fram med omvårdnadsåtgärder (Gimble Berglund et al., 2013; Krupić et al., 2016). Smärtlindring skänkte lättnad till patienterna (Bergström et al., 2016). Ett smärtgenombrott kunde innebära att patienterna förlorade tilliten till anestesisjuksköterskorna (Schreiber & MacDonald, 2010a).

### **7.2.2 Möjliggöra delaktighet**

Anestesisjuksköterskorna var eniga om att alla patienter hade rätt till jämlik vård och försökte vårda dem därefter (Sundqvist & Anderzén Carlsson, 2014). Även om alla krav inte alltid gick att uppfylla, försökte anestesisjuksköterskorna involvera patienten i sin egen vård och låta patienterna bestämma olika alternativ i den mån det var möjligt (Pulkkinen et al., 2016; Sundqvist & Anderzén Carlsson, 2014; Sundqvist et al., 2018) och göra så mycket som möjligt själva (Pulkkinen et al., 2016). När anestesisjuksköterskorna mötte patienterna innan anestesin startade poängterade de vikten av att vara ärliga och öppna om förloppet (Forsberg et al., 2018). De var även noggranna med att planera förloppet tillsammans med patienten och ta tillvara på deras egna förmågor och önskemål (Pulkkinen et al., 2016; Sundqvist et al., 2018). Viktigt var att inte avpersonifiera patienterna då det kunde stänga dörrar som visade hur patienten ville ha det (Krupić et al., 2016).

När det gällde barn ansåg anestesisjuksköterskorna att hela processen blev bättre för alla inblandade om barnen själva fick vara involverade i sin vård och fick delta och hjälpa till i momenten kring detta. Anestesisjuksköterskorna poängterade att hela mötet med barnet och föräldrarna försvårades om föräldrarna var oroliga eller inte hade kunnat sätta sig in i situationen (Danielsson et al., 2018, Gimble Berglund et al., 2013). När anestesisjuksköterskorna jobbade med barn vände de sig direkt till barnet och försökte få dem att känna sig som den viktigaste personen i rummet (Bengtsson et al., 2016). De kunde även behöva frånga rutiner för att barnen skulle få en så bra upplevelse som möjligt, till exempel genom att byta anestesimetod eller låta barnet somna i sin förälders famn (Sundqvist et al., 2018). Ibland behövde dock anestesisjuksköterskorna hjälp av en kollega som kunde distrahera barnet när olika moment skulle utföras om barnet inte förstod eller inte ville vara med om proceduren. När detta inte räckte var anestesisjuksköterskorna ibland tvungna att vårda barnet mot dess vilja för att kunna utföra den behandling som var nödvändig även om anestesisjuksköterskorna inte uppskattade det och visste att det skulle kunna påverka förtroendet för framtida möten med vården för barnet (Gimble Berglund et al., 2013).

### **7.3 Att inte räcka till**

Anestesisjuksköterskorna beskrev en tydlig bild över hur mötet med patienterna kunde bli så lyckat som möjligt. Det krävde att det fanns tid till god planering, men samtidigt ställdes motstridiga krav från många olika aktörer. Från verksamheten ställs krav på produktivitet och från operatörerna ställs krav på effektivitet. Parallellt finns krav från patienterna att få ett gott omhändertagande och inte minst anestesisjuksköterskornas egna krav på sig själva om att utföra ett lyckat arbete. Kraven är splittrade och drar åt olika håll vilket skapar ett frustrationsmoment hos anestesisjuksköterskorna. För att hantera detta kräver det trygghet i professionen och mod att stå upp för både sig själva och patienterna för att få bästa möjliga utgång.



### **7.3.1 En kamp mot klockan**

Anestesisjuksköterskorna upplevde att det var ett problem att hitta tid till att möta patienten preoperativt (Sjöstedt et al., 2011). En viktig tidsaspekt var att förbereda allting som var möjligt innan de träffade patienten (Aagaard et al., 2017a; Aagaard et al., 2017b; Krupić et al., 2019; Larsson Mauleon et al., 2005; Sundqvist & Anderzén Carlsson, 2014). Det krävde fullgod information om patienten i förväg (Bengtsson et al., 2016), då det var svårt att ge vård till patienter som de visste lite om (Krupić et al., 2019). Att vara väl förberedd möjliggjorde att allt fokus kunde läggas på patienten (Aagaard et al., 2017a; Aagaard et al., 2017b) och lade grunden för ett så lyckat möte som möjligt (Aagaard et al., 2017b). Dessutom kunde anestesisjuksköterskorna i förväg skapa en reservplan ifall någonting inte skulle gå enligt planeringen (Sundqvist & Anderzén Carlsson, 2014). Tidsbristen blev ett problem när anestesisjuksköterskorna kände sig oförberedda eller hade för lite tid att hinna informera patienten (Sundqvist & Anderzén Carlsson, 2014). Anestesisjuksköterskorna kände att det var viktigt att ta sig tiden de behövde för att patienterna inte skulle bli skadade (Larsson Mauleon et al., 2005), samtidigt som det uppstod stress när andra patienter måste vänta (Runeson et al., 2010). Det uppstod också irritation från ledning och kirurger när det drog ut på tiden vilket kunde tära på anestesisjuksköterskorna när deras förtroende och relationer till andra professionsmedlemmar förtvinade (Larsson Mauleon et al., 2005).

Anestesisjuksköterskorna hade en kort stund på sig att skapa en god relation med patienterna och förbereda dem inför operationen (Aagaard et al., 2017b). Otillräckligt med tid kunde påverka mötet och hur patientens oro blev bemött negativt (Bengtsson et al., 2016). Anestesisjuksköterskor upplevde att det var viktigt att ha tillräckligt med tid till att förklara ordentligt för patienten vad som skulle hända och vad de kunde göra för att patienten skulle må bättre under och efter operationen (Pulkkinen et al., 2016). Interaktionen mellan anestesisjuksköterskor och patienter hade ett tydligt syfte och mål, men karaktäriserades av tidsbrist (Berg et al., 2013). Anestesisjuksköterskorna hittade ofta en rytm i hur de talade och handlade i möten med patienter för att effektivisera sitt arbete under tidsbrist (Aagaard et al., 2017a). Tidspressen innebar att de behövde läsa journaler och förbereda för nästa patient medan de sövde en annan patient. Det blev därför framförallt det första mötet på dagen som kunde bli lidande (Bengtsson et al., 2016). Samtidigt konstaterades det att förberedelser tog tid och att det inte tjänade någonting till att låta tidspress gå ut över professionalismen (Melchior & Dreyer, 2018).

Dilemman uppstod mellan att göra det bästa för patienten men att samtidigt öka produktiviteten för avdelningarnas bästa (Aagaard et al., 2017b; Larsson Mauleon et al., 2005). Anestesisjuksköterskorna ansåg att strömlinjeforma arbetet, söva snabbt och fokusera på den medicinska omvårdnaden var en viktig uppgift i sin profession samtidigt som det infann sig känslor av att patienterna var som en produkt på ett produktionsband (Larsson Mauleon et al., 2005). Anestesisjuksköterskorna beskrev en känsla av att ledningens intresse inte satte patienternas bästa först utan fokuserade enbart på produktionstakt (Sundqvist & Anderzén Carlsson, 2014). De uttryckte att det fanns brist av stöd från arbetsledningen när det var barn som skulle sövas, då de planerades med samma tid för förberedelser som andra patientgrupper (Danielsson et al., 2018), utan utrymme för att ta hand om barnets speciella behov (Danielsson et al., 2018; Gimbler Berglund et al., 2013). Anestesisjuksköterskorna

beskrev vikten av att de ändå tog sig tid att göra det lilla extra för patienterna för att låta dem känna sig sedda (Melchior & Dreyer, 2018). Anestesisjuksköterskorna upplevde frustration över att det inte fanns tillräckligt med tid att hjälpa patienter med demens att förstå situationen. Med lite extra tid och relativt lite möda ansåg anestesisjuksköterskorna att dessa möten kunde göras mycket bättre (Krupić et al., 2016). Det beskrevs som viktigt att som anestesisjuksköterska vara så pass säker i sin profession att de kunde ta den tid de behöver och säga ifrån när de inte var redo (Larsson Mauleon et al., 2005; Melchior & Dreyer, 2018). Anestesisjuksköterskorna uttryckte att det var speciellt svårt i början av sin karriär att stå på sig och ta den tid de behövde (Bengtsson et al., 2016).

### **7.3.2 Viljornas kamp**

Anestesisjuksköterskorna hade höga krav på sig själva när det gällde mötet med patienten. De ville att mötet skulle ske så professionellt som möjligt och att patienten skulle uppfatta deras handlingar som godartade och respektfulla (Larsson Mauleon et al., 2005; Sjöstedt et al., 2011). Anestesisjuksköterskorna blev ofta besvikna på sig själva när de kände att de inte kunde möta patienten och dennes behov, vilket ledde till en moralisk stress hos anestesisjuksköterskorna (Larsson Mauleon et al., 2005), även om kollegorna uppmuntrade dem och bekräftade deras unika kompetens (Danielsson et al., 2018). Ibland kände anestesisjuksköterskorna dock att de blev tilldelade en roll mot deras vilja vilket inte stämde överens med deras egen bild på sin profession (Larsson Mauleon et al., 2005; Krupić et al., 2016). Anestesisjuksköterskorna beskrev också att de ville utföra en godare omvårdnad men inte alltid kunde det på grund av bland annat tidsbrist eller starkare viljor från andra kompetenser (Larsson Mauleon et al., 2005; Krupić et al., 2016; Krupić et al., 2019).

Organisationen värderade ibland andra ting än vad anestesisjuksköterskorna gjorde vilket skapade en känsla av frustration och otillräcklighet hos anestesisjuksköterskorna (Aagaard et al., 2017a; Larsson Mauleon et al., 2005; Krupić et al., 2019). Anestesisjuksköterskorna beskrev att det vid flera tillfällen kunde uppstå missförstånd och konflikter mellan dem och andra professioner som samarbetade på operation på grund av olika syn på patienten och dennes vård. Anestesisjuksköterskorna försökte stå upp för patienten och föra dennes talan, inte minst när patienten var sövd och inte kunde tala för sig, men upplevde ibland att de inte respekterades för sin profession och sin omvårdnad om patienten vilket skapade frustration (Calebrant et al., 2016; Larsson Mauleon et al., 2005; Sundqvist & Anderzén Carlsson, 2014). De kände ibland att de även var tvungen att medla mellan patienten och de andra teammedlemmarna istället för att fokusera på patienten (Sundqvist & Anderzén Carlsson, 2014). Anestesisjuksköterskorna poängterade dock vikten av att teammedlemmarna arbetade tillsammans för patienten samt hade ett professionellt förhållningssätt för att patienten skulle kunna känna sig sedd och bra bemött av personalen (Aagaard et al., 2017a; Gimbley Berglund et al., 2013). Detta gällde inte minst om patienten var ett barn (Danielsson et al., 2018; Gimbley Berglund et al., 2013; Runeson et al., 2010) eller en person med demenssjukdom (Krupić et al., 2016). Anestesisjuksköterskorna beskrev hur de var en liten roll i en liten del av en eventuellt lång vårdkedja, men där och då fyllde de en absolut nödvändig funktion (Aagaard et al., 2017b).

## 8 DISKUSSION

I diskussionen presenteras en resultatdiskussion, en metoddiskussion och en etikdiskussion. Resultatdiskussionen kommer att utgöras av en diskussion mellan det funna resultatet, tidigare forskning och den teoretiska referensramen. I metoddiskussionen diskuteras vald metod samt forskningsprocess, och diskussionsavsnittet avslutas med en etikdiskussion.

### 8.1 Resultatdiskussion

Syftet med detta examensarbete var att beskriva anestesijuksköterskors erfarenheter av att möta patienter inför och under anestesi. Genomgången av tidigare forskning påvisar att de flesta patienterna är mer eller mindre oroade inför anestesi och operation. Detta då de inte vet om de kommer att vakna igen samt eftersom de har sämre kontroll över situationen och inte kan påverka vilka beslut som tas över deras kropp. Det kan väcka existentiella frågor hos patienterna vilket i sin tur kan leda till svängningar i humöret, från glad och lättad till arg och orolig (Arakelian et al., 2018; Aust et al., 2016; Gilmartin & Wright, 2008; Karlsson et al., 2012; Malley & Young, 2016; McCloud et al., 2013; Mitchell, 2008; Mitchell, 2010; Sawatzky et al., 2017; Svensson et al., 2016; Walker et al., 2016). För att lindra oro och skapa trygghet försöker anestesijuksköterskorna redan vid första mötet se hela patienten. Detta genom att känna av dennes sinnesstämning men också se både de fysiska och psykosociala behoven. Travelbee (1971) anser att omvårdnad är en interaktion mellan sjuksköterska och patient där utgången av mötet kan hjälpa patienten att hantera eller övervinna sitt lidande. För att patienterna ska känna sig sedda och i trygga händer försöker anestesijuksköterskorna förmedla en positiv atmosfär, där både verbal och icke-verbal kommunikation ingår, samt alltid vara nära till hands och förmedla till patienterna att de är där för att hjälpa dem under hela anestesen. Enligt Travelbee (1971) behöver det skapas en mellanmänsklig relation för att sjuksköterskan ska kunna hjälpa patienten i dennes situation. Det första steget är det första mötet där sjuksköterskan och patienten känner in varandra och sjuksköterskan läser av vilka behov patienten utstrålar och förmedlar (Travelbee, 1971) vilket anestesijuksköterskorna har beskrivit att de försöker göra vid varje möte.

Patienterna önskar ha en bra kontakt med anestesijuksköterskan då det är med denne den mesta kommunikationen sker. Detta för att känna sig trygga och bekräftade eftersom de förlorar kontrollen över sin kropp men patienterna vill samtidigt inte vara till besvär (Arakelian et al., 2018; Karlsson et al., 2012; Liebenhagen & Forsberg, 2013; Mottram, 2008). Anestesijuksköterskorna poängterade hur viktigt det är att se patienterna i den utsatta situation de befinner sig i samt att skapa kontakt med dem för att lättare kunna se och uppfylla deras behov och samtidigt vägleda och informera patienten genom hela processen. Det varierar dock från patient till patient hur mycket verbal kontakt han/hon vill ha. Vissa vill ha kontinuerlig kontakt i form av småprat blandat med information medan andra endast vill känna trygghet i anestesijuksköterskan närvaro (Arakelian et al., 2018; Karlsson et al., 2012; Mottram, 2008). Anestesijuksköterskorna beskrev att det var upp till deras intuition hur det samspelade med patienterna. Att det var svårt att sätta ord på hur de skulle föra sig, utan att de snarare kände in stämningen hos patienten och agerade utefter det. Travelbee

(1971) anser att det är av yttersta vikt att sjuksköterskan ser bortom sina medvetna, eller omedvetna, förutfattade meningar om patienten och istället ser den unika individ som hon/han är. För att ta sig vidare i processen mot en mellanmänsklig relation menar Travelbee (1971) att patienten och sjuksköterskan måste börja lita mer på varandra och se varandra som de personer de är och de behov de har.

Informationsbehovet och förståelsen varierar från patient till patient. Vissa vill ha all information de kan få och andra vill knappt veta någonting, men gemensamt är att det är fördelaktigt om patienten får information i förväg och inte endast på operationsdagen. Detta för att kunna bearbeta informationen och komma med eventuella följdfrågor samt att det inger trygghet för patienten som då känner sig mer tillfreds under operationsdagen (Arakelian et al., 2018; Aust et al., 2016; Bergman et al., 2012; Forsberg et al., 2015; Gilmartin & Wright, 2008; Liebenhagen & Forsberg, 2013; Malley & Young, 2016; McCloud et al., 2013; Mitchell, 2008; Smith et al., 2014; Worster & Holmes, 2008).

Anestesisjuksköterskorna beskrev att de försöker känna av situationen om hur mycket information patienten vill ha men att det ändå är anestesisjuksköterskornas skyldighet att informera patienten för att involvera denne i sin egen vård samt för att öka patientsäkerheten. För att bekräfta informationen som patienten hade fått innan operationsdagen var anestesisjuksköterskorna noga med att förklara dagens förlopp samt vad som var viktigt att tänka på postoperativt. Detta för att patienterna skulle känna att de befann sig i trygga händer (Berg et al., 2013). Många patienter värdesätter också möjligheten att ha en bra kommunikation med anestesisjuksköterskan där de kan få svar på sina frågor och bli bekräftade i sina funderingar (Sawatzky et al., 2017; Sjöberg et al., 2015).

Anestesisjuksköterskorna ansåg att en bra dialog involverade patienten i sin egen vård samt gav utrymme för patienten att ställa frågor om han/hon undrade över. Enligt Travelbee (1971) är kommunikation, både i form av verbal och icke-verbal, ett av de viktigaste verktygen en sjuksköterska har för att utföra sitt arbete. För att kunna utföra en god omvårdnad krävs en ömsesidig kommunikation mellan sjuksköterskan och patienten där funderingar och känslor uttrycks. Dock måste sjuksköterskan ha skicklighet att kommunicera för att inte skapa negativa upplevelser hos patienten eller förlora dennes tillit (Travelbee, 1971).

Patienterna upplever att en lugn och avslappnad stämning inne i operationssalen smittar av sig på dem och tonar ner oron för kommande ingrepp (Arakelian et al., 2018; Bergman et al., 2012; Haugen et al., 2009). En av patienternas största farhågor är dock att bli utelämnade (Karlsson et al., 2012). Anestesisjuksköterskorna var eniga om att det var viktigt, för alla medlemmar i operationsteamet, att tala med en lugn och vänlig röst för att försöka skapa en behaglig känsla hos patienten och inbjuda till en vänlig kommunikation. För att avdramatisera kommande anestesi och operation, och för att leda bort oroliga tankar hos patienterna, kunde anestesisjuksköterskorna även använda sig av humor på ett väl avvägt sätt för att lätta upp stämningen inne i operationssalen. Travelbee (1971) beskriver att tredje steget i den mellanmänskliga processen är fasen där empati kommer in i bilden. Då börjar individerna förstå varandras känslor mer och på så sätt närmar sig personligheten. Travelbee menar dock att empati endast kan uppstå när tillfället ger akt, till exempel när patienten är i en god sinnesstämning, samt att personerna som interagerar med varandra har någon form av liknande värderingar och livserfarenheter. Därmed anser Travelbee att alla sjuksköterskor omöjligt kan känna empati för alla patienter som denne vårdar. Travelbee särskiljer dock

empati och sympati och menar att sympati mer är ett förhållningssätt hur sjuksköterskan interagerar med patienten och genomsyrar alla vårdhandlingar som utförs.

Om väntetiden på operationsdagen blir lång kan det öka på patienternas oro och känsla av att vara utelämnade. Det är därför viktigt att vårdkedjan fungerar så optimalt som möjligt för att inte katalysera patienternas otrygghet (Gilmartin & Wright, 2008; Malley & Young, 2016; Mitchell, 2010; Pierotti et al., 2018). Anestesisjuksköterskorna beskrev tidsbristen i deras vardag som ett faktum, vilket skapade problem på så sätt att anestesisjuksköterskorna inte alltid hann ta sig den tiden som behövdes för att förbereda patienten inför anestesi eller för att lugna en redan orolig patient. Anestesisjuksköterskorna kände också en press på sig om de tog sig an för lång tid med första patienten vilket gjorde att nästkommande patient fick vänta ännu längre. Irritationen växte också från arbetsledningen och andra professioner om förberedelserna drog ut på tiden vilket varken främjade anestesisjuksköterskorna eller patienterna. Anestesisjuksköterskorna ansåg dock att det ändå är viktigt att tidspressen inte äventyrar deras professionalism. Travelbee (1971) menar att lidande ingår i att leva ett mänskligt liv och kan visa sig fysiskt, emotionellt och/eller andligt. Sjuksköterskan måste därför ta sig tid att se och försöka förstå patientens upplevelse av sin sjukdom och sitt lidande och inte inrikta sig enbart på det medicinska problemet som patienten diagnostiserats med (Travelbee, 1971).

Denna studie tydliggör en klyfta mellan de krav patienter ställer på sin egen vård, de krav anestesisjuksköterskor ställer på sig själva och sin yrkesroll samt de krav som verksamheten ställer. En faktor som är särskilt framträdande är tiden. Patienter mår dåligt av att vänta och vill bli välinformerade med ett lugnt förlopp. Anestesisjuksköterskorna vill ha tid på sig att förbereda och skapa en förtroendefull kontakt med patienten, samtidigt som verksamheten ställer krav på produktivitet. Den nuvarande trenden med stigande medelålder i samhället kommer innebära att fler patienter ska opereras. Detta kommer ytterligare öka kraven på produktivitet från verksamheten. Parallellt uppstår frustration hos anestesisjuksköterskorna när de inte anser sig nå upp till sina egna krav. Resultatet synliggör olika problematiska aspekter för anestesisjuksköterskorna vilket innebär att det kan användas för att förbättra dessa områden och möjliggöra sätt att bättre möta framtidens ökade behov.

## 8.2 Metoddiskussion

Studiens syfte var att beskriva anestesisjuksköterskors erfarenheter av att möta patienter inför och under anestesi. Metoden systematisk litteraturstudie valdes enligt Howell Major och Savin-Baden (2010) för att sammanställa aktuell forskning och erbjuda läsaren lättillgänglig kunskap. Litteraturstudie valdes i relation till empirisk studie för att erbjuda ett rikare datamaterial. En empirisk studie syftar till att skapa ny kunskap medan en litteraturstudie innebär en sammanställning av redan befintlig data. Enligt Howell Major och Savin-Baden (2010) kan en litteraturstudie däremot erbjuda ett mervärde för redan befintlig forskning, studierna kan sättas i relation till varandra och broar av ny kunskap skapas mellan

öar av befintlig kunskap. Evidensgraden stärks också av ett bredare urval genom flertalet studier gentemot en empirisk studie.

Ett induktivt förhållningssätt används för att öppet och explorativt undersöka datamaterialet. Induktion valdes utöver deduktion för att låta befintlig forskning tala för sig själv i resultatet. Deduktion innebär istället att en teoretisk referensram stämmer bra överens med det fenomen som undersöks och ligger till grund för att testas genom arbetet (Henricsson, 2017a). En deduktiv ansats riskerar dock enligt Howell Major och Savin-Baden (2010) att kontaminera resultatet och bli en del i förförståelsen som riskerar att färga resultatet. För att skapa ett så pålitligt resultat som möjligt valdes därför ett induktivt förhållningssätt. Istället för att låta den teoretiska referensramen vara med och forma studiens resultat skapades en forskningsfråga och kriterier enligt PEICO-modellen, baserad på bakgrund och syfte i enlighet med Howell Major och Savin-Baden (2010). Detta utgjorde en förutbestämd grund för inklusions- och exklusionskriterier att använda i artikelsökningen.

SBU (2017) beskriver brister i indexering av kvalitativa studier i forskningsdatabaser. Framför allt på grund av att studierna ofta saknar standardiserade MeSH-termer för kvalitativa studier. Brister i indexering och ett smalt, relativt obeforskat område, innebar att litteratursökningen måste vara bred för att lyckas fånga in all relevant litteratur. Till hjälp användes en söksträng för kvalitativa artiklar enligt SBU (2017), sökningen delades in i olika block innehållandes besläktade sökord vilka kombinerades för att öka sensitiviteten. För att optimera sökmetoden togs även hjälp av en bibliotekarie från Mälardalens högskolebibliotek för att utforma sökningen och att säkerställa så god kvalitet som möjligt. Sökmetoden består av en primär sökning för att sedan ta hjälp av det funna datamaterialet i utformningen av en sekundär och mer raffinerad sökning. Sökningen upprepades med utökat datumintervall för att säkerställa ett tillräckligt stort urval. Processen upprepades ytterligare innan start av analysen för att säkerställa att nypublicerade relevanta studier inkluderades. Databassökningarna i PubMed och Cinahl Plus kompletterades med sökningar på inkluderad litteratur i citeringsdatabasen Scopus. Litteratursökningen är grundlig och omfattande, och processen har dokumenterats noggrant. Detta för att möjliggöra för läsaren att följa processen, och om studien upprepas, komma fram till ett likvärdigt resultat vilket är en viktig del i bekräftelsebarheten (Howell Major & Savin-Baden, 2010).

Trovärdighet baseras på att studien visar en återspeglning av verkligheten och därför går att lita på. I kvalitativa studier måste fastställanden göras om sanningar som fasta punkter att utgå ifrån, samtidigt som det ska tillkännages att det finns flera sanningar (Howell Major & Savin Baden, 2010). Litteratursökningen baserades på i förväg bestämda kriterier med utgångspunkten i bakgrunden. Det innebär att resultatet fått forma sig själv utefter den "sanning" bakgrunden utgör. Processen är öppen och dokumenterad för att läsaren ska kunna följa med och därmed stärka trovärdigheten. Studien använder sig av de artiklar som kommit fram via den strukturerade sökningen, vilka representerar olika sjukhus i samma övergripande kontext. Att ha i åtanke är dock trots ett varierande, brett datamaterial kan det finnas platser där studiens resultat inte går att applicera. Artiklar som hade kunnat hjälpa till att svara på studiens syfte, men i urvalet behandlade flertalet professioner till exempel anestesistjuksköterskor och operationssjuksköterskor, valdes att exkluderas om de inte i

resultatet tydligt specificerade vem som sade vad. Detta för att inte riskera förvränga sanningen med perspektiv från personer ej inkluderade inom ramarna för syftet.

Howell Major och Savin-Baden (2010) beskriver att det riskeras göra antaganden att resultatet i en litteraturstudie är trovärdigt då det per automatik innehåller validerande faktorer genom att artiklarna som utgör datamaterialet är "peer reviewed" och publicerade i tidskrifter. Det utgör dock i sig ingen garanti för att resultatet i datamaterialet är trovärdigt. Därför måste artiklarna som utgör datamaterialet granskas var för sig (Howell Major & Savin-baden, 2010) För att stärka trovärdigheten har artiklarna som utgör datamaterialet i den här studien granskats enligt granskningsmall i bilaga D för att säkerställa att datamaterialet håller en god kvalitet. Enbart artiklar som bedömdes hålla medelhög till hög kvalitet användes till resultatet vilket gjorde att inte några av de funna artiklarna exkluderades. Howell Major & Savin-Baden (2010) beskriver att försiktighet bör vidtas vid inkluderande av observationsstudier i datamaterialet. Då resultatet i observationsstudier riskerar vara tunnt beskrivet och otydligt vad som är tyckande och vad som har stöd i empiri. Fynden från de observationsstudier som inkluderats i datamaterialet i denna studie har därför granskats enligt Howell Major och Savin-Badens (2010) tregradiga skala, se tabell 1. Det säkerställer att det datamaterial som används i resultatet är förankrat i empirin. Tolkningar och spekulationer uteslöts.

I analysprocessen lästes alla artiklar var för sig, och fynd valdes ut samt evidensgraderades. Att alla författare bearbetar allt datamaterial och jämför granskningarna stärker reliabiliteten (Henricsson, 2017b). De utvalda fynden jämfördes, diskuterades och sammanställdes i konsensus. Fokus var på den manifesta, textnära innebörden. Förstegradsteman skapades efter kodernas manifesta budskap. Abstraktionsnivån ökades vid syntesfasen och sammansättningen av andrageradsteman där resultatet börjat ta form och få innebörd. Abstraktionsnivån ökas ytterligare i tolkningsfasen och ger en övergripande bild av datamaterialet. En ökad abstraktionsnivå innebär att en röd tråd tar form och samband mellan studierna uppdragas (Howell Major & Savin-Baden, 2010). Allt eftersom datamaterialet bearbetades ökade förståelsen för datamaterialet. Processen hade en fördel av att vara dynamisk vilket möjliggör att backa i analysprocessen och reevaluera med en utökad helhetsbild. Det stärker även bekräftelsebarheten. Bekräftelsebarhet är enligt Howell Major och Savin-Baden (2010) baserat på att forskarna hållit sig neutrala i sin analys och tolkning och är ett mått på hur andra hade kommit fram till ett likvärdigt resultat. För att uppnå detta beskrivs det som en fördel att samarbeta med andra under forskningsprocessen. Då studien har två författare har kontinuerlig diskussion förts angående kontext och tolkning av resultatet. Handledare har även haft insyn i processen och kommit med synpunkter för att säkerställa ett neutralt resultat representativt av datamaterialet. Kärnan i metoden är enligt Howell Major och Savin-Baden (2010) att göra mer än att beskriva innehållet, och då istället hitta och beskriva samband mellan studier vilket kräver att datamaterialet ses som en enda helhet. En dynamisk analysprocess innebär också möjligheten att kontinuerligt gå tillbaka till datamaterialet för att hitta kontext till varje fynd för att säkerställa en rättvis representation. Kontinuerlig diskussion fördes över vad som datamaterialet faktiskt innehöll och vad som utgjorde förförståelse. Enligt Howell Major och Savin-Baden (2010) viktig process för att kunna sätta förförståelsen åt sidan och stärka studiens pålitlighet. Pålitlighet inom kvalitativ forskning innebär enligt Howell Major och Savin-Baden (2010) att studiens resultat är

pålitligt och står sig med tiden. Detta kräver noggrann dokumentation av processen och den kontext som forskningen utförs ifrån, samt en medvetenhet om förförståelsen för att minimera denna.

Under sammanställningen av resultatet diskuterades graden livlighet i det som presenterades. Livlighet innebär att presentera datan detaljrikt och övertygande utan att gå in på för små detaljer (Howell Major & Savin-Baden, 2010). Ett kortare, mindre livligt resultat innebär att läsaren lättare kan skaffa sig en överblick av det som skrivs. Ett mer livligt resultat presenterar mer kontext och detaljer och underlättar för läsaren att sätta sig in i situationen. Till denna studies resultat togs ställningstagande om en livlig presentation, för att låta läsaren gå in på djupet och få kontext. Om detaljerna dras in underlättar det för läsaren att få en överblick över resultatet, men skrapar enbart på ytan, vilket kan innebära att det är svårare att sätta resultatet i kontext och därmed ta till sig kunskapen. Detta medför också konsekvenser för överförbarheten. Hur studiens resultat är överförbart i annan kontext är upp till läsaren. Genom att specificera vilka ramar studiens syfte innefattar och presentera rikligt med kontext skapas grundförutsättningarna för att läsaren ska kunna avgöra huruvida resultatet går att överföra till annan kontext (Howell Major & Savin-Baden, 2010). Datamaterialet som utgör studiens resultat består till merparten av nordiska artiklar, resterande artiklar är från länder där anestesijuksköterskornas arbetsuppgifter är liknande svenska anestesijuksköterskors arbetsroll. Därav kan resultatet till exempel vara överförbart till anestesijuksköterskor och andra professioner inom operationsverksamheter i nordiska länder.

### 8.3 Etikdiskussion

I detta examensarbete har inte några etiska dilemman eller problem uppstått. Under arbetets gång har den tidigare förförståelsen satts åt sidan för att se resultatet för vad det är och inte för vad det bör vara. Alla fynd som svarade på syftet har valts ut och tagits med i resultatet. Fynden har även värderats i trovärdighet för att inte få ett missvisande resultat. De fynd som inte har bestått av citat eller på något annat sätt inte evidenssäkrats i texten har eliminerats då det inte går att utesluta om det är artikelförfattarnas egna spekulationer eller ej. En kontinuerlig diskussion har förts för att säkerställa en objektiv och rättvis representation av resultatet utan påverkan av förförståelse. Materialet har bearbetats för att resultatet ska bli originellt för att minimera risken för oavsiktligt plagiat. De citat som har även använts i studiens resultat har återgivits korrekt. Detta för att följa Vetenskapsrådets (2017) regler för forskningsetik.

Tre av artiklarna som inkluderades i resultatet var ej granskade av en etisk nämnd. Bedömningen gjordes att dessa studier följer Helsingforsdeklarationens (American Medical Association, 2019) krav på information och samtycke, samt tar upp etiska överväganden. Artiklarna i fråga bedömdes inte falla under Etikprövningslagen SFS (2003:460) som stadgas i 4 § där följande beskrivs: "tillämpas på forskning som 1. innebär ett fysiskt ingrepp på en forskningsperson, 2. utförs enligt en metod som syftar till att påverka forskningspersonen fysiskt eller psykiskt eller som innebär en uppenbar risk att skada forskningspersonen fysiskt



eller psykiskt”, och därmed inte behöver genomgå en etikprövning i en ämnesnämnd. Därför valdes artiklarna att inkluderas då den övergripande kvaliteten av artiklarna var god och de bedömdes som etiskt medvetna.

## **9 SLUTSATS OCH FÖRSLAG PÅ FORTSATT FORSKNING**

Anestesisjuksköterskors erfarenheter av att möta patienter inför och under anestesi kräver en medvetenhet och kunskaper på en mängd plan. I varje möte startar flertalet processer parallellt. Patienterna är för anestesisjuksköterskan oftast helt okända. På kort tid är målet att skapa god kontakt och inge trygghet. Alla möten beskrivs som unika och anestesisjuksköterskorna förlitar sig dels på sin erfarenhet och inkännande, men de förmedlar även emotion genom sina handlingar för att inbjuda patienterna till att vara delaktiga i att forma sin vård. Anestesisjuksköterskorna ställer stora krav på sig själva samtidigt som krav ställs från olika aktörer. Det bästa för patienten ses inte alltid som det bästa för verksamheten och patientens önskemål anses inte alltid som det alternativ som är bäst för patienten. Vems vilja anestesisjuksköterskan ska ställa sig bakom och hur dessa krav ska vägas mot varandra är en del i professionen vilket resulterar i en ständig avvägning av vad som är bäst här och nu. Resultatet i denna studie kan ge en värdefull inblick i hur anestesisjuksköterskan arbetar i mötet med patienter inför och under anestesi samt vilka faktorer som påverkar dessa val. Resultatet kan användas för att ge andra professioner en bild av hur anestesisjuksköterskor prioriterar och resonerar samt vilka tankar som driver processen framåt. Det är många yttre och inre faktorer som påverkar anestesisjuksköterskornas förmåga att skapa ett lyckat möte med patienterna. Vidare forskning kan bedrivas på hur de inre faktorerna hos anestesisjuksköterskorna påverkar mötet med patienterna och vad de själva kan utföra för att göra det bästa för patienterna. Ett annat alternativ kan vara vidare forskning på hur de yttre faktorerna påverkar anestesisjuksköterskan för att ge verksamheter möjligheten att minska yttre påverkande faktorer och på så sätt skapa förutsättningar för att förbättra verksamheten och i slutändan omhändertagandet för patienterna.

## REFERENSLISTA

- Aagaard, K., Laursen, B. S., Rasmussen, B. S., & Sørensen, E. E. (2017a). Interaction Between Nurse Anesthetists and Patients in a Highly Technological Environment. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 32(5), 453–463. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1016/j.jopan.2016.02.010>
- Aagaard, K., Sørensen, E. E., Rasmussen, B. S., & Laursen, B. S. (2017b). Identifying Nurse Anesthetists' Professional Identity. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 32(6), 619–630. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1016/j.jopan.2016.08.006>
- American Medical Association. (2019). *World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 2019-04-17, från <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1760318>
- Andersson, L., Johansson, I., & Almerud Österberg, S. (2012). Parents' experiences of their child's first anaesthetic in day surgery. *British Journal of Nursing*, 21(20), 1204–1210. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02792.x
- Arakelian, E., Laurssen, E., & Öster, C. (2018). Older Patients' Worries in Connection With General Anesthesia and Surgery – A Qualitative Study. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 33(6), 822-833. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.01.005>
- Aust, H., Rüsçh, D., Schuster, M., Strum, T., Brehm, F., & Nestoriuc, Y. (2016). Coping strategies in anxious surgical patients. *BMC Health Services Research*, 16, 1–10. doi: 10.1186/s12913-016-1492-5
- Bengtsson, Y., Johansson, A., & Englund, E. (2016). Nurse anaesthetists' experiences of the first intraoperative meeting with anxious adult patients: An interview study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(3), 148–154. doi: 10.1177/2057158516631433
- Berg, K., Kaspersen, R., Unby, C., & Hollman Frisman, G. (2013). The Interaction Between the Patient and Nurse Anesthetist Immediately Before Elective Coronary Artery Bypass Surgery. *American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 28(5), 283–290. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2012.10.008>
- Bergman, M., Stenudd, M., & Engström, Å. (2012). The experience of being awake during orthopaedic surgery under regional anaesthesia. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing* 16, 88–96. doi:10.1016/j.ijotn.2011.08.004
- Bergstöm, A., Håkansson, Å., Warrén Stomberg & Bjerså, K. (2016) Comfort Theory in Practice – Nurse Anesthetists' Comfort Measures and Interventions in a Preoperative Context. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 33(2), 167-171. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2016.07.004>
- Blomberg, A.-C., Bisholt, B., Nilsson, J., & Lindwall, L. (2015). Making the invisible visible - operating theatre nurses' perceptions of caring in perioperative practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 361–368. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1111/scs.12172>

- Calebrant, H., Sandh, M., & Jansson, I. (2016). How the Nurse Anesthetist Decides to Manage Perioperative Fluid Status. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 31(5), 406–414. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1016/j.jopan.2015.04.005>
- Danielsson, L., Lundström, M.-L., Holmström, I. & Kerstis, B. (2018). Anaesthetizing children - From a nurse anaesthetist's perspective - A qualitative study. *Nursing open*, 5(3), 393-399. <https://doi.org/10.1002/nop2.147>
- Falco, D., Rutledge, D.N., & Elisha, S. (2017). Patient Satisfaction With Anesthesia Care: What Do We know? *American Association of Nurse Anesthetists Journal*. 85(4), 286-292.
- Forsberg, A., Vikman, I., Wälivaara, B.-M., & Engström, Å. (2015). Patients' Perceptions of Quality of Care During the Perioperative Procedure. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 30(4), 280-289. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2014.05.012>
- Forsberg, M., Björn, C., Engström, M., & Nilsson, A. (2018). Nurse Anesthetists' Reflections on Caring for Patients With Previous Substance Dependence: Balancing Between Professionalism and Preconceptions. *American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 33(1), 69–77. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2016.01.004>
- Gilmartin, J., & Wright, K. (2008). Day surgery: patients' felt abandoned during the preoperative wait. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2418–2425. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02374
- Gimble Berglund, I., Ericsson, E., Proczkowska-Björklund, M. & Fridlund, B. (2013). Nurse anaesthetists' experiences with pre-operative anxiety. *Nursing Children And Young People*, 25(1), 28–34.
- Hamester, L., Nogueira de Souza, E., Cielo, C., Moraes, M. A., & Campos Pellanda, L. (2016). Effectiveness of a nursing intervention in decreasing the anxiety levels of family members of patients undergoing cardiac surgery: a randomized clinical trial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*, 24, 1–8. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1590/1518-8345.0208.2729>
- Haugen A, Eide E, Olsen V, Haukeland B, Remme R, & Wahl K. (2009). Anxiety in the operating theatre: a study of frequency and environmental impact in patients having local, plexus or regional anaesthesia. *Journal of Clinical Nursing*, 18(16), 2301–2310. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1111/j.1365-2702.2009.02792.x>
- Henricson, M. (Red.). (2017a). Forskningsprocessen. I Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 43–55). Lund: Studentlitteratur AB.
- Henricson, M. (Red.). (2017b). Diskussion. I Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 411–420). Lund: Studentlitteratur AB.
- Hirpara, H., Cleghorn, C., Sockalingam, S., & Quereshey, A. (2016). Understanding the complexities of shared decision-making in cancer: a qualitative study of the

- perspectives of patients undergoing colorectal surgery. *Canadian Journal of Surgery*, 59(3), 197–204. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1503/cjs.013415>
- Howell Major, C. & Savin-Baden, M. (2010). *An introduction to qualitative research synthesis: managing the information explosion in social science research*. New York: Routledge.
- Karlsson, A.-C., Ekebergh, M., Larsson Mauléon, A., & Almerud Österberg, S. (2013). Patient-Nurse Anesthetist Interaction During Regional Anesthesia and Surgery Based on Video Recordings. *American Society of PeriAnesthesia Nurse*, 28(5), 260-270. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2012.11.009>
- Karlsson, A.-C., Ekebergh, M., Larsson Mauléon, A., & Almerud Österberg, S. (2012). "Is that My Leg?" Patients' Experiences of Being Awake During Regional Anesthesia and Surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 27(3), 155-164. doi:10.1016/j.jopan.2012.02.005
- 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(1), 99–107. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1111/scs.12226>
- Krupić, F., Grbić, K., Čustović, S., Hamrin Senorski E., & Samuelsson, K. (2019). Immigrant patients in brief meetings with anaesthetist nurses - experiences from perioperative meetings in the orthopaedic setting. *Medicinski Glasnik*, 16(1), 29-37.
- Larsson Mauleon, A., Palo-Bengtsson, L., & Ekman, S.-L. (2005). Anaesthesia care of older patients as experienced by nurse anaesthetists. *Nursing Ethics*, 12(3), 263-272. doi: 10.1191/0969733005ne7880a
- Laursen, J., Kjaergaard Danielson, A., & Rosenberg, J. (2015). Spouses Needs for Professional Support: The Spouses' Perspective on Communication. *Medsurg Nursing*, 24(5), 325-331.
- Liebenhagen, A., & Forsberg, A. (2013). The Courage to Surrender — Placing One's Life in the Hands of the Other. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 28(5), 271-282. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2012.12.003>
- Lindwall L, & von Post I. (2008). Habits in perioperative nursing culture. *Nursing Ethics*, 15(5), 670–681. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1177/0969733008092875>
- Malley, M. A., & Young, J. G. (2016). A qualitative study of patient and provider experiences during preoperative care transitions. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 2016–2024. doi: 10.1111/jocn.13610
- McCloud, C., Harrington, A., & King, L. (2013). A qualitative study of regional anaesthesia for vitreo-retinal surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 70(5), 1094–1104. doi: 10.1111/jan.12263

- McNair, A., MacKichan, F., Donovan, J., Brookes, Avery, L., Griffin, M., Crosby, T. & Blazeby, M. (2016). What surgeons tell patients and what patients want to know before major cancer surgery: a qualitative study. *BMC Cancer*, 16, 1–8. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1186/s12885-016-2292-3>
- Melchior, C. M., & Dreyer, P. (2018). “At være klar” -- anæstesisygeplejerskens arbejdsstruktur. *Nordic Nursing Research / Nordisk Sygeplejeforskning*, 8(3), 246–254. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.18261/issn.1892-2686-2018-03-07>
- Mitchell, M. (2008). Conscious surgery: influence of the environment on patient anxiety. *Journal of Advanced Nursing* 64(3), 261–271. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04769.x
- Mitchell, M. (2010). General anaesthesia and day-case patient anxiety. *Journal of Advanced Nursing* 66(5), 1059–1071. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05266.x
- Mottram, A. (2008). Therapeutic relationships in day surgery: a grounded theory study. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2830–2837. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02853
- Pierotti, I., Fracarolli, I. F. L., Fonseca, L. F., & Aroni, P. (2018). Evaluation of the intensity and discomfort of perioperative thirst. *Anna Nery School Journal of Nursing / Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 22(3), 1–7. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0375>
- Pulkkinen, M., Junttila, K., & Lindwall, L. (2016). The perioperative dialogue – a model of caring for the patient undergoing a hip or a knee replacement surgery under spinal anaesthesia. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 30, 145–153. doi: 10.1111/scs.12233
- Riksföreningen för anestesi och intensivvård, & Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivning Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesijukvård*. Hämtad 2018-12-28, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar/publikationer/anestesi.komp.webb.pdf>
- Runeson I, Proczkowska-Björklund M, & Idvall E. (2010). Ethical dilemmas before and during anaesthetic induction of young children, as described by nurse anaesthetists. *Journal of Child Health Care*, 14(4), 345–354. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1177/1367493510379610>
- Sawatzky, R., Russell, L., Friberg, F., Carlsson, E.K., Pettersson, M., & Öhlén, J. (2017). Longitudinal person-centered measurement: A psychometric evaluation of the Preparedness for Colorectal Cancer Surgery Questionnaire (PCSQ). *Patient Education and Counseling*, 100, 827–835. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.11.010>
- Schreiber, R. S, & MacDonald, M. A. (2010a). Keeping Vigil over the Patient: a grounded theory of nurse anaesthesia practice. *Journal of Advanced Nursing*, 66(3), 552–561. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1111/j.1365-2648.2009.05207.x>

- Schreiber, R. S., & MacDonald, M. A. (2010b). Keeping vigil over the profession: a grounded theory of the context of nurse anaesthesia practice. *BMC Nursing*, 9(13), 1–9.
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Sjöberg, C., Amhliden, H., Nygren, M.J., Arvidsson, S., & Svedberg, P. (2015). The perspective of children on factors influencing their participation in perioperative care. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 2945–2953, doi: 10.1111/jocn.12911 2945
- Sjöstedt, L., Hellström, R., & Warrén Stromberg, M. (2011). Patients' Need for Information Prior to Colonic Surgery. *Society of Gastroenterology Nurses and Associates*, 34(5), 390–397. doi: 10.1097/SGA.0b013e31822c69b4
- Smith, F., Carlsson, E., Kokkinakis, D., Forsberg, M., Kodeda, K., Sawatzky, R., Friberg, F., & Öhlén, J. (2014). Readability, suitability and comprehensibility in patient education materials for Swedish patients with colorectal cancer undergoing elective surgery: A mixed method design. *Patient Education and Counseling*, 94, 202–209, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2013.10.009>
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU]. (2017). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten: En handbok*. Hämtad 2018-12-03 från <https://www.sbu.se/contentassets/d12fd955318f4feab3709d7ebcc9a72b/sbushandbok.pdf>
- Sundqvist, A.-S., & Anderzén-Carlsson, A. (2014). Holding the patient's life in my hands: Swedish registered nurse anaesthetists' perspective of advocacy. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), 281–288. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1111/scs.12057>
- Sundqvist, A.-S., Nilsson, U., Holmefur, M., & Anderzén-Carlsson, A. (2018). Promoting person-centred care in the perioperative setting through patient advocacy: An observational study. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 2403–2415. doi: 10.1111/jocn.14181
- Svensson, M., Nilsson, U., & Svantesson, M. (2016). Patients' experience of mood while waiting for day surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 2600–2608. doi: 10.1111/jocn.13304
- Tavelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Tinnfält, I., & Nilsson, U. (2011). Patients' Experiences of Intraoperative Care During Abdominal Aortic Aneurysm Repair Under Local Anesthesia. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 26(2), 81-88. doi:10.1016/j.jopan.2011.01.009

- Walker, E.M.K., Bell, M., Cook, T.M., Grocott, M.P.W., & Moonesinghe, S.R. (2016). Patient reported outcome of adult perioperative anaesthesia in the United Kingdom: a cross-sectional observational study. *British Journal of Anaesthesia*, *117*(6), 758–766. doi: 10.1093/bja/aew381
- Vetenskapsrådet (2017). *God forskningssed [Elektronisk resurs]*. (Reviderad utgåva). Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad 2018-12-03, från <https://www.vr.se/analys-och-uppdrag/vi-analyserar-och-utvarderar/alla-publikationer/publikationer/2017-08-29-god-forskningssed.html>
- Wong A. (2011). From the front lines: a qualitative study of anesthesiologists' work and professional values. *Canadian Journal of Anaesthesia*, *58*(1), 108–117. I 10.1007/s12630-010-9402-5
- Worster, B., & Holmes, S. (2008). The preoperative experience of patients undergoing surgery for colorectal cancer: A phenomenological study. *European Journal of Oncology Nursing*, *12*, 418–424. doi:10.1016/j.ejon.2008.05.007

## BILAGA A FORSKNINGSPRÅGA

Forskningsfråga baserad på PEICO-modellen.

<b>PEICO</b>	<b>Inklusionskriterier</b>	<b>Exklusionskriterier</b>
Person	Anestesisjuksköterskeperspektiv	Patientperspektiv
Environment	Preoperativt eller intraoperativt	Postoperativt
Intervention	Omhändertagande av patienter inför och under anestesi	
Comparison	Ej tillämpbar	
Outcome	Erfarenheter	



## BILAGA B SÖKMATRIS

Här visas en matris över sökningarna för artiklarna i resultatdelen.

Datum	Databas	Sökord	Antal avgränsningar	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstracts	Antal lästa artiklar	Valda artiklar
2018-12-27	Pubmed	(Preoperat* OR pre-operat* or Perioperat* OR peri-operat* or day surgery) AND (Communicat* OR information OR Car* OR relation* OR advocacy) AND ((Nurse anesthetis* OR anes* OR anaesthe* OR CRNA OR RNA or nurs* or Perianesthesia) AND (attitude* OR opinion* OR view* OR perspective* OR perception* or experienc*)) AND ("Qualitative Research"[MeSH] OR "Focus Groups"[MeSH] OR "Nursing Methodology Research"[MeSH] "OR qualitative[Title/Abstract]3 OR " grounded theory title/abstract OR ethnogra*[Title/Abstract] OR ethnolog*[Title/Abstract] OR phenomenogra*[Title/Abstract] OR pheno menolog*[Title/Abstract] OR hermeneutic*[Title/Abstract] OR focus group*[Title/Abstract] OR field study[Title/Abstract] OR narrativ*[Title] OR lived experience*[Title/Abstract] OR life experience*[Title])	From 2008/01/01	81	81	16	2	Sjöstedt, Hellström och Warrén Stomberg (2011) "Patients' Need for Information Prior to Colonic Surgery"
2019-04-01	Pubmed	(Preoperat* OR pre-operat* or Perioperat* OR peri-operat* or day surgery) AND (Communicat* OR information OR Car* OR relation* OR advocacy) AND ((Nurse anesthetis* OR anes* OR anaesthe* OR CRNA OR RNA or nurs* or Perianesthesia) AND (attitude* OR opinion* OR view* OR perspective* OR perception* or experienc*)) AND ("Qualitative Research"[MeSH] OR "Focus Groups"[MeSH]	From 2018/12/27	4	4	4	2	-

		OR "Nursing Methodology Research"[MeSH] "OR qualitative[Title/Abstract]3 OR " grounded theory title/abstract OR ethnogra*[Title/Abstract] OR ethnolog*[Title/Abstract] OR phenomenogra*[Title/Abstract] OR pheno menolog*[Title/Abstract] OR hermeneutic*[Title/Abstract] OR focus group*[Title/Abstract] OR field study[Title/Abstract] OR narrativ*[Title] OR lived experience*[Title/Abstract] OR life experience*[Title])						
2018-12-27	Pubmed	(Preoperat* OR pre-operat* or Perioperat* OR peri-operat* or day surgery) AND (Communicat* OR informa OR Car* OR relation* OR advocacy) AND (Nurse anesthetis* OR aneshe* OR anaeshe* OR CRNA OR RNA or nurs* or Perianesthesia) AND (attitude* OR opinion* OR view* OR perspective* OR perception* or experienc*) AND qualitative	From 2008/01/01	204	204	27	10	<p>Sundqvist, Nilsson Homefur &amp; Anderzén-Carlsson (2017) "Promoting person-centred care in the perioperative setting through patient advocacy: An observational study"</p> <p>Pulkkinen, Junttila &amp; Lindwall (2016) "The perioperative dialogue – a model of caring for the patient undergoing a hip or a knee replacement surgery under spinal anaesthesia"</p> <p>Krupić, Eisler, Sköldenberg &amp; Fatahi (2016) "Experience of anaesthesia nurses of perioperative communication in hip fracture patients with dementia"</p>

								Sundqvist och Anderzen Carlsson (2014) ”Holding the patient’s life in my hands: Swedish registered nurse anaesthetists’ perspective of advocacy”
2019-04-01	Pubmed	(Preoperat* OR pre-operat* or Perioperat* OR peri-operat* or day surgery) AND (Communicat* OR information OR Car* OR relation* OR advocacy) AND (Nurse anesthetis* OR anes* OR anaesthe* OR CRNA OR RNA or nurs* or Perianesthesia) AND (attitude* OR opinion* OR view* OR perspective* OR perception* or experienc*) AND qualitative	From 2018/12/27	11	11	4	4	Krupić, Grbić, Čustović, Hamrin Senorski & Samuelsson (2019) ”Immigrant patients in brief meetings with anaesthetist nurses - experiences from perioperative meetings in the orthopaedic setting”
2018-12-27	Cinahl Plus	(Preoperat* OR pre-operat* or Perioperat* OR peri-operat* or day surgery) AND (Communicat* OR information OR Car* OR relation* OR advocacy) AND ((Nurse anesthetis* OR anes* OR anaesthe* OR CRNA OR RNA or nurs* or Perianesthesia) N5 (attitude* OR opinion* OR view* OR perspective* OR perception* or experienc*)) AND (“Qualitative Research” OR ”Focus Groups” OR ”Nursing Methodology Research” OR qualitative OR ”grounded theory” OR ethnogra* OR ethnolog* OR phenomenogra* OR phenomenolog* OR hermeneutic* OR focus group* OR field study OR narrativ* OR lived experience* OR life experience* OR interview*)	Publication year: 2008-2019; Peer reviewed	181	181	21	11	Forsberg, Engström & Nilsson (2018) ”Nurse Anesthetists' Reflections on Caring for Patients With Previous Substance Dependence: Balancing Between Professionalism and Preconceptions”  Bengtsson, Johansson & Englund (2016) ”Nurse anaesthetists’ experiences of the first intraoperative meeting with anxious adult patients: An interview study”  Berglund, Ericsson Proczkowska-Björklund & Fridlund (2013)

								"Nurse anaesthetists' experiences with pre-operative anxiety"
2019-04-01	Cinahl Plus	(Preoperat* OR pre-operat* or Perioperat* OR peri-operat* or day surgery) AND (Communicat* OR information OR Car* OR relation* OR advocacy) AND ((Nurse anesthetis* OR anes* OR anaesthe* OR CRNA OR RNA or nurs* or Perianesthesia) N5 (attitude* OR opinion* OR view* OR perspective* OR perception* or experienc*)) AND ("Qualitative Research" OR "Focus Groups" OR "Nursing Methodology Research" OR qualitative OR "grounded theory" OR ethnogra* OR ethnolog* OR phenomenogra* OR phenomenolog* OR hermeneutic* OR focus group* OR field study OR narrativ* OR lived experience* OR life experience* OR interview*)	Publication year: 2019; Peer reviewed	7	7	6	5	-
2019-01-03	Pubmed	((("nurse anaesthetist*") OR ("Nurse Anesthetists") OR CRNA) AND (Experienc* OR View* OR attitude* OR interaction* OR relationship OR Advocacy* Or Vigil* OR meeting OR communication OR Dilemma* OR assessment* OR change OR role OR "perioperative car*" OR information OR dialogue OR education OR "nursing role*") AND ("Qualitative Research" [MeSH] OR "Focus Groups"[MeSH] OR "Nursing Methodology Research"[MeSH]" OR qualitative[Title/Abstract]3 OR "grounded theory"[Title/Abstract] OR ethnogra*[Title/Abstract] OR ethnolog*[Title/Abstract] OR phenomenogra*[Title/Abstract] OR pheno- menolog*[Title/Abstract] OR hermeneutic*[Title/Abstract] OR focus group*[Title/Abstract] OR field study[Title/Abstract] OR narrativ*[Title/ Abstract] OR lived experience*[Title/Abstract] OR life experience*[Title/ Abstract] OR interview* OR qualitative)	From 2008/01/01	68	68	17	9	Aagaard et al. (2017a) "Interaction Between Nurse Anesthetists and Patients in a Highly Technological Environment"  Calebrant, Sandh, & Jansson (2016) "How the Nurse Anesthetist Decides to Manage Perioperative Fluid Status"  Karlsson, Ekebergh, Larsson Mauleon & Almerud Österberg (2013) "Patient-nurse anesthetist interaction during regional

								<p>anesthesia and surgery based on video recordings”</p> <p>Runeson, Proczkowska-Björklund &amp; Idvall (2010) ”Ethical dilemmas before and during anaesthetic induction of young children, as described by nurse anaesthetists”</p> <p>Schreiber &amp; MacDonald (2010a) ”Keeping Vigil over the Patient: a grounded theory of nurse anaesthesia practice”</p>
2019-04-01	Pubmed	(("nurse anaesthetist*") OR ("Nurse Anesthetists") OR CRNA) AND (Experienc* OR View* OR attitude* OR interaction* OR relationship OR Advocacy* Or Vigil* OR meeting OR communication OR Dilemma* OR assessment* OR change OR role OR "perioperative car*" OR information OR dialogue OR education OR "nursing role*") AND ("Qualitative Research" [MeSH] OR "Focus Groups"[MeSH] OR "Nursing Methodology Research"[MeSH]" OR qualitative[Title/Abstract]3 OR "grounded theory"[Title/Abstract] OR ethnogra*[Title/Abstract] OR ethnolog*[Title/Abstract] OR phenomenogra*[Title/Abstract] OR pheno- menolog*[Title/Abstract] OR hermeneutic*[Title/Abstract] OR focus group*[Title/Abstract] OR field study[Title/Abstract] OR narrativ*[Title/ Abstract] OR lived experience*[Title/Abstract] OR life experience*[Title/ Abstract] OR interview* OR qualitative)	From 2019/01/03	3	3	1	0	-

2019-01-03	Cinahl Plus	(CRNA OR "nurse anest*" OR "Nurse anaest*" OR "Nurse anesthesia" OR "Nurse anaesthesia") AND (Experienc* OR View* OR attitude* OR interaction* OR relationship OR Advocacy* Or Vigil* OR meeting OR communication OR Dilemma* OR assessment* OR change OR role OR "perioperative car*" OR information OR dialogue OR education OR "nursing role*") AND ("Qualitative Research" OR "Focus Groups" OR "Nursing Methodology Research" OR qualitative OR "grounded theory" OR ethnogra* OR ethnolog* OR phenomenogra* OR phenomenolog* OR hermeneutic* OR focus group* OR field study OR narrativ* OR lived experience* OR life experience* OR interview* OR qualitative)	Publication Year: 2008-2019	145	145	12	7	Melchior & Dreyer (2018) "Being ready' – the nurse anaesthetists' work structure"  Aagaard, Elgaard Sørensen, Steen Rasmussen & Schantz Laursen (2017b) "Identifying Nurse Anesthetists' Professional Identity".  Berg, Kaspersen, Unby, & Hollman Frisman (2013) "The Interaction Between the Patient and Nurse Anesthetist Immediately Before Elective Coronary Artery Bypass Surgery"
2019-04-01	Cinahl Plus	(CRNA OR "nurse anest*" OR "Nurse anaest*" OR "Nurse anesthesia" OR "Nurse anaesthesia") AND (Experienc* OR View* OR attitude* OR interaction* OR relationship OR Advocacy* Or Vigil* OR meeting OR communication OR Dilemma* OR assessment* OR change OR role OR "perioperative car*" OR information OR dialogue OR education OR "nursing role*") AND ("Qualitative Research" OR "Focus Groups" OR "Nursing Methodology Research" OR qualitative OR "grounded theory" OR ethnogra* OR ethnolog* OR phenomenogra* OR phenomenolog* OR hermeneutic* OR focus group* OR field study OR narrativ* OR lived experience* OR life experience* OR interview* OR qualitative)	Publication Year: 2019	2	2	2	1	-

2019-01-03	Scopus	Sökning i citeringsdatabas på artikelnamn	-	-	-	-	-	<p>Danielsson, Lundström, Holmström &amp; Kerstis (2018) ”Anaesthetizing children—From a nurse anaesthetist’s perspective—A qualitative study”</p> <p>Bergström, Håkansson, Warrén Stomberg &amp; Bjerså (2016) ”Comfort Theory in Practice—Nurse Anesthetists’ Comfort Measures and Interventions in a Preoperative Context”</p> <p>Schreiber &amp; MacDonald (2010b) ”Keeping vigil over the profession: a grounded theory of the context of nurse anaesthesia practice”</p>
2019-01-07	Pubmed	(Preoperat* OR pre-operat* or Perioperat* OR peri-operat* or day surgery) AND (Communicat* OR information OR Car* OR relation* OR advocacy) AND ((Nurse anesthetis* OR anes* OR anaesthe* OR CRNA OR RNA or nurs* or Perianesthesia) AND (attitude* OR opinion* OR view* OR perspective* OR perception* or experienc*)) AND ("Qualitative Research"[MeSH] OR "Focus Groups"[MeSH] OR "Nursing Methodology Research"[MeSH] "OR qualitative[Title/Abstract]3 OR " grounded theory title/abstract OR ethnogra*[Title/Abstract] OR ethnolog*[Title/Abstract] OR phenomenogra*[Title/Abstract] OR pheno menolog*[Title/Abstract] OR	From 2003/01/01 to 2007/12/31	58	58	6	1	-

		hermeneutic*[Title/Abstract] OR focus group*[Title/Abstract] OR field study[Title/Abstract] OR narrativ*[Title] OR lived experience*[Title/Abstract] OR life experience*[Title] or qualitative)						
2019-01-07	Cinahl Plus	(Preoperat* OR pre-operat* or Perioperat* OR peri-operat* or day surgery) AND (Communicat* OR information OR Car* OR relation* OR advocacy) AND ((Nurse anesthetis* OR anes* OR anaesthe* OR CRNA OR RNA or nurs* or Perianesthesia) N5 (attitude* OR opinion* OR view* OR perspective* OR perception* or experienc*)) AND ("Qualitative Research" OR "Focus Groups" OR "Nursing Methodology Research" OR qualitative OR "grounded theory" OR ethnogra* OR ethnolog* OR phenomenogra* OR phenomenolog* OR hermeneutic* OR focus group* OR field study OR narrativ* OR lived experience* OR life experience* OR interview*)	Publication year: 2003-2007	84	84	15	3	-
2019-01-07	Pubmed	("nurse anaesthetist*") OR ("Nurse Anesthetists") OR CRNA) AND (Experienc* OR View* OR attitude* OR interaction* OR relationship OR Advocacy* Or Vigil* OR meeting OR communication OR Dilemma* OR assessment* OR change OR role OR "perioperative car*" OR information OR dialogue OR education OR "nursing role*") AND ("Qualitative Research" [MeSH] OR "Focus Groups"[MeSH] OR "Nursing Methodology Research"[MeSH]" OR qualitative[Title/Abstract]3 OR "grounded theory"[Title/Abstract] OR ethnogra*[Title/Abstract] OR ethnolog*[Title/Abstract] OR phenomenogra*[Title/Abstract] OR pheno- menolog*[Title/Abstract] OR hermeneutic*[Title/Abstract] OR focus group*[Title/Abstract] OR field study[Title/Abstract] OR	From 2003/01/01 to 2007/12/31	14	14	3	2	Larsson Mauleon, Palo-Bengtsson & Ekman (2005) "Anaesthesia care of older patients as experienced by nurse anaesthetists"



		narrativ*[Title/ Abstract] OR lived experience* [Title/Abstract] OR life experience*[Title/ Abstract] OR interview* OR qualitative)						
2019-01-07	Cinahl Plus	((CRNA OR "nurse anest*" OR "Nurse anaest*" OR "Nurse anesthesia" OR "Nurse anaesthesia") AND (Experienc* OR View* OR attitude* OR interaction* OR relationship OR Advocacy* Or Vigil* OR meeting OR communication OR Dilemma* OR assessment* OR change OR role OR "perioperative car*" OR information OR dialogue OR education OR "nursing role*") AND ("Qualitative Research" OR "Focus Groups" OR "Nursing Methodology Research" OR qualitative OR "grounded theory" OR ethnogra* OR ethnolog* OR phenomenogra* OR phenomenolog* OR hermeneutic* OR focus group* OR field study OR narrativ* OR lived experience* OR life experience* OR interview* OR qualitative)	Publication Year: 2003-2007	38	38	16	3	-

## BILAGA C ARTIKELMATRIS

Författare/Titel/Tidskrift/Årtal	Syfte	Metod	Resultat
Aagaard, K., Laursen, B. S., Rasmussen, B. S., & Sørensen, E. E. ”Interaction Between Nurse Anesthetists and Patients in a Highly Technological Environment” <i>Journal of PeriAnesthesia Nursing</i> , 2017a	To explore the specific interactions between patients and nurse anesthetists in the highly technological environment of anesthesia nursing, focusing on the time interval between patient entrance into the operating room and induction of general anesthesia.	Kvalitativ metod. Etnografisk studie. Fas 1 består av observationsstudier av två kirurgavdelningar i 10 dagar samt följer med olika anestesisjuksköterskor i 6 dagar. Fas 2 och 3 består av observationer av totalt 13 patientfall. Uppföljande intervjuer med 13 patienter och 13 anestesisjuksköterskor.	Resultatet visar att anestesisjuksköterskorna strävar efter att skapa ett förtroende och förmedla en emotionell energi till patienten.
Aagaard, K., Sørensen, E. E., Rasmussen, B. S., & Laursen, B. S. ”Identifying Nurse Anesthetists’ Professional Identity” <i>Journal of PeriAnesthesia Nursing</i> , 2017b	To explore professional identity of registered nurse anesthetists and registered nurse anesthetists’ expectations of their professional self and the expectations they meet from interdisciplinary team members when preparing patients for general anesthesia.	Kvalitativ metod. Etnografisk studie. Studie i fyra faser. Fas 1 består av observationsstudier av två kirurgavdelningar i 10 dagar samt följer med olika anestesisjuksköterskor i 6 dagar. Fas 2 består av observationer av fall och uppföljande intervjuer med 10 anestesisjuksköterskor respektive 10 patienter. I fas tre kompletteras fas 2 med ytterligare 3 fall observationer och uppföljande intervjuer. I Fas 3 intervjuas 3 anestesisjuksköterskor, 3 anestesiologer och 3 operationssjuksköterskor.	Resultatet visar att anestesisjuksköterskor måste utföra många olika sysslor vilket kräver att de prioriterar patientsäkerhet före sociala behov. Anestesisjuksköterskorna uttrycker även att verksamheten kan kännas som ett stort maskineri. De uttrycker vikten av att ta sig tid till att lära känna och jobba för patientens bästa samt hålla fast vid det när andra aktörer sätter press på produktionstakt.
Bengtsson, Y., Johansson, A., & Englund, E. ”Nurse anaesthetists’ experiences of the first intraoperative meeting with anxious adult patients: An interview study” <i>Nordic Journal of Nursing Research</i> , 2016	The aim of the present study was to elucidate nurse anaesthetists’ experiences of the first intraoperative meeting with anxious adult patients.	Kvalitativ metod. Intervjuer med 10 anestesisjuksköterskor.	Anestesisjuksköterskorna tycker att tid och miljö är viktiga faktorer för att skapa trygghet. Stressigt omkring patienten gör inte denne mindre orolig. Viktigt är också att möta patienten i dennes oro och försöka skapa en så trygg tillvaro som möjligt.
Berg, K., Kaspersen, R., Unby, C., & Hollman Frisman, G. ”The Interaction Between the Patient and Nurse Anesthetist Immediately Before Elective Coronary Artery Bypass Surgery” <i>American Society of PeriAnesthesia Nurses</i> , 2013	The purpose of this study was to identify and describe the interaction between the patient and nurse anesthetist during the immediate preoperative preparation before elective CABG surgery.	Observationsstudie. Grounded theory. 11 möten mellan anestesisjuksköterskor och patienter observerades.	Anestesisjuksköterskorna skapar tillit, genom tal och gester, till patienterna för att de ska känna sig trygga.

<p>Bergstöm, A., Håkansson, Å., Warrén Stomberg &amp; Bjerså, K. "Comfort Theory in Practice – Nurse Anesthetists' Comfort Measures and Interventions in a Preoperative Context"</p> <p><i>Journal of PeriAnesthesia Nursing, 2016</i></p>	<p>To describe and analyze the nurse anesthetist's comfort measures in the preoperative context on the basis of the Comfort Theory.</p>	<p>Kvalitativ metod. Observationsstudie. 11 anestesijuksköterskors interaktioner med 25 patienter observerades.</p>	<p>Anestesisjuksköterskornas omvårdnadsåtgärder syftar till att tillfredsställa patienternas behov av lättnad och lugn.</p>
<p>Calebrant, H., Sandh, M., &amp; Jansson, I. "How the Nurse Anesthetist Decides to Manage Perioperative Fluid Status"</p> <p><i>Journal of PeriAnesthesia Nursing, 2016</i></p>	<p>To determine the factors that affect how nurse anesthetists in a county in Sweden decide how to manage perioperative fluid status.</p>	<p>Kvalitativ metod. Tvärsnittsstudie med intervjuer av 16 anestesijuksköterskor.</p>	<p>Anestesisjuksköterskorna betonar vikten av att tala med varje patient, höra hur patienten mår och inte bara bedöma efter parametrar. Att tänka själv vad som är det bästa beslutet för patienten och inte blint följa anesthesiologens instruktioner.</p>
<p>Danielsson, L., Lundström, M.-L., Holmström, I. &amp; Kerstis, B. "Anaesthetizing children – From a nurse anaesthetist's Perspective – A qualitative study"</p> <p><i>Nursing open, 2018</i></p>	<p>To describe nurse anaesthetists' experiences of encountering and caring for children in connection to anaesthesia.</p>	<p>Kvalitativ metod. Critical incidence. 16 fallberättelser från 8 anestesijuksköterskor analyseras.</p>	<p>Att söva barn är en komplex företeelse där hänsyn måste tas till barn, föräldrar och patientsäkerhet som kräver mycket från anesthesijuksköterskan.</p>
<p>Forsberg, M., Björn, C., Engström, M., &amp; Nilsson, A. "Nurse Anesthetists' Reflections on Caring for Patients With Previous Substance Dependence: Balancing Between Professionalism and Preconceptions"</p> <p><i>American Society of PeriAnesthesia Nurses, 2018</i></p>	<p>The study aim was to describe nurse anesthetists' reflections on the provision of perioperative care to patients with previous substance dependence.</p>	<p>Kvalitativ metod med en beskrivande design. Semistrukturerade intervjuer med 10 anestesijuksköterskor.</p>	<p>Anestesisjuksköterskorna kände att de hade en dömande inställning till patienter med missbruksproblematik även om de inte ville döma någon i förväg. De tyckte även att det kunde vara svårt att läsa dessa patienter och deras behov.</p>
<p>Gilmartin, J., &amp; Wright, K. "Nurse anaesthetists' experiences with pre-operative anxiety"</p> <p><i>Nursing Children And Young People, 2013</i></p>	<p>The purpose of this study was to explore nurse anaesthetists' experiences and actions when administering and caring for children requiring anaesthesia.</p>	<p>Utforskande design med en kvalitativ metod. Critical incident technique. Semistrukturerade intervjuer med 32 anestesijuksköterskor.</p>	<p>Anestesisjuksköterskorna kände sig trygga med sina kollegor vilket gjorde det lättare för dem att lindra oron hos barn. Svårt att kommunicera med barn då de har kommit olika långt i sin utveckling samt inte alltid har tålmodet som krävs. Får hitta på kreativa/alternativa lösningar för att lindra barnens oro.</p>

<p>Karlsson, A.-C., Ekebergh, M., Larsson Mauléon, A., &amp; Almerud Österberg, S. "Patient-Nurse Anesthetist Interaction During Regional Anesthesia and Surgery Based on Video Recordings"</p> <p><i>American Society of PeriAnesthesia Nurse, 2013</i></p>	<p>The purpose of this study was to interpret and describe the patient-nurse anesthetist (NA) interaction during regional anesthesia.</p>	<p>Videoinspelade anestasier/operationer som analyserats med en hermeneutisk metod. Fyra patienter och tre anestesijuksköterskor.</p>	<p>Anestesisjuksköterskor informerar sina patienter olika mycket om vad de gör och vad som kommer att hända, samt på vilket sätt de förmedlar informationen.</p>
<p>Krupić, F., Eisler, T., Sköldenberg, O., &amp; Fatahi, N. "Experience of anaesthesia nurses of perioperative communication in hip fracture patients with dementia"</p> <p><i>Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2016</i></p>	<p>To describe the experience of anaesthesia nurses of the difficulties that emerge in care situations and how communication with patients can be maintained in the perioperative setting of hip fracture surgery.</p>	<p>Kvalitativ metod. Intervjustudie med 10 anestesijuksköterskor.</p>	<p>Resultatet visar att kommunikation var av yttersta vikt. Demens såg som en speciell svårighet vilket skapade praktiska problem.</p>
<p>Krupić, F., Grbić, K., Čustović, S., Hamrin Senorski E., &amp; Samuelsson, K. "Immigrant patients in brief meetings with anaesthetist nurses - experiences from perioperative meetings in the orthopaedic setting."</p> <p><i>Medicinski Glasnik, 2019</i></p>	<p>To explore the experience of anaesthetist nurses in brief meetings with immigrant patients in the perioperative setting.</p>	<p>Kvalitativ metod. Individuella intervjuer med öppna frågor. 18 anestesijuksköterskor intervjuades.</p>	<p>Anestesisjuksköterskorna uttryckte svårigheter att vårda utlandsfödda patienter på grund av språkförbistringar och kulturella kunskapsluckor.</p>
<p>Larsson Mauleon, A., Palo-Bengtsson, L., &amp; Ekman, S.-L. "Anaesthesia care of older patients as experienced by nurse anaesthetists"</p> <p><i>Nursin Ethics, 2005</i></p>	<p>The aim of this study was to illuminate what it means for NAs to be in a problematic anaesthesia care situation concerning older patients.</p>	<p>Fenomenologisk metod. Intervjuer med 15 anestesijuksköterskor.</p>	<p>Anestesisjuksköterskorna understryker vikten av att skapa en trygghet för patienterna men att det ibland kan vara svårt då olika medlemmar i teamet ser patientens behov olika.</p>
<p>Melchior, C. M., &amp; Dreyer, P. "Being ready" – the nurse anaesthetists' work structure"</p> <p><i>Nordic Nursing Research, 2018</i></p>	<p>To investigate what it means for the nurse anaesthetist's care when work routines are changed with the introduction of new work procedures.</p>	<p>Kvalitativ metod. Semi-strukturerade intervjuer. Fokusgrupper med totalt 12 anestesijuksköterskor.</p>	<p>Anestesisjuksköterskor beskriver att förändringar kan bli ovärdiga för patient och personal. De beskriver vidare vikten av att vara redo för patienten och att ta sig tid att göra det lilla extra.</p>

<p>Pulkkinen, M., Junttila, K., &amp; Lindwall, L.          ”The perioperative dialogue – a model of caring for the patient undergoing a hip or a knee replacement surgery under spinal anaesthesia”  <i>Scandinavian Journal of Caring Science, 2016</i></p>	<p>The aim of the study was to describe how patients undergoing either a hip or a knee replacement surgery under spinal anaesthesia experienced to be a part of the perioperative dialogue as an ideal model of caring.</p>	<p>Kvalitativ metod. Urval: 19 patienter och fyra anestesijuksköterskor. Anestesisjuksköterskorna skrev ner sina upplevelser av perioperativa dialogen utifrån ett frågeformulär.</p>	<p>Anestesisjuksköterskorna understryker vikten av att lyssna på patienten och dennes lidande. Att finnas där för patienten och ge information när det behövs.</p>
<p>Runeson I, Proczkowska-Björklund M, &amp; Idvall E.          ”Ethical dilemmas before and during anaesthetic induction of young children, as described by nurse anaesthetists”  <i>Journal of Child Health Care, 2010</i></p>	<p>To elucidate ethical dilemmas before and during the induction of anaesthesia of children aged three to six years as described by nurse anaesthetists.</p>	<p>Kvalitativ metod. Gruppintervjuer med totalt 16 anestesisjuksköterskor. Ombedes beskriva etiskt problematiska fall i grupp.</p>	<p>I resultatet presenteras diskussion angående utfall och alternativa tillvägagångssätt vid sövning av ett redan sovande barn, barn med bristande information och sövning mot barnets vilja.</p>
<p>Schreiber, R.S., &amp; MacDonald, M.A.          Keeping Vigil over the Patient: a grounded theory of nurse anaesthesia practice  <i>Journal of Advanced Nursing, 2010a</i></p>	<p>To explore the role and practice of nurse anaesthetists, with particular attention to describing how it is ‘nursing’.</p>	<p>Kvalitativ metod. Grounded theory. 41 intervjuer med anestesisjuksköterskestudenter och anestesisjuksköterskor.</p>	<p>Resultatet visar att anestesisjuksköterskor arbetar för att skydda patienterna. De tar sig an patienten, finns till hands, får patienterna att känna trygghet och ger dem stöd.</p>
<p>Schreiber, R.S., &amp; MacDonald, M.A.          ”Keeping vigil over the profession: a grounded theory of the context of nurse anaesthesia practice”  <i>BMC Nursing, 2010b</i></p>	<p>To explore how nurse anaesthetists protect and promote their profession.</p>	<p>Grounded theory. Intervjuer med 18 anestesisjuksköterskor.</p>	<p>Anestesisjuksköterskorna poängterar vikten av att arbeta patientsäkert samt lindra patienternas oro genom att tala och agera lugnande.</p>
<p>Sjöstedt, L., Hellström, R., &amp; Warrén Stromberg, M.          ”Patients’ Need for Information Prior to Colonic Surgery”  <i>Society of Gastroenterology Nurses and Associates, 2011</i></p>	<p>The purpose of this study was to identify nurses’ and doctors’ experience of patients’ need for information before intraoperative care.</p>	<p>Beskrivande design med fokusgruppsintervjuer och individuella intervjuer. 10 anestesisjuksköterskor, 10 operationssjuksköterskor, 20 sjuksköterskor från kirugavdelningar, 10 anestesiloger.</p>	<p>Anestesisjuksköterskorna poängterar vikten av att informera patienterna om tidsaspekter för att lindra oro. De tycker dock att tiden för att träffa patienterna preoperativt är för knapp. Anestesisjuksköterskorna värdesätter vänliga gester och handlingar för att skapa tillit till patienterna.</p>
<p>Sundqvist, A.-S., Nilsson, U., Holmefur, M., &amp; Anderzén-Carlsson, A.          ”Promoting person-centred care in the perioperative setting through patient advocacy: An observational study”  <i>Journal of Clinical Nursing, 2018</i></p>	<p>To examine the extent to which the findings from an integrative review regarding perioperative patient advocacy could be empirically supported, and to describe Swedish registered nurse anaesthetists’ patient advocacy actions and interactions during the perioperative period.</p>	<p>Beskrivande observationsstudie med en kvalitativ metod.</p>	<p>Anestesisjuksköterskorna har alltid ett vakande öga över patienten och dennes omvårdnadsbehov trots att han/hon utför andra arbetsuppgifter samtidigt, allt för att patienten ska må så bra som möjligt under anestesin. Anestesisjuksköterskorna står upp för patienten och för dennes talan när han/hon är sövd samt värnar om patientens integritet.</p>

<p>Sundqvist, A.-S., &amp; Carlsson, A. A.          ”Holding the patient’s life in my hands: Swedish registered nurse anaesthetists’ perspective of advocacy”   <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2014</i></p>	<p>To describe advocacy in anaesthesia care during the perioperative phase from the perspective of the registered nurse anaesthetist.</p>	<p>Kvalitativ metod med beskrivande design. Individuella intervjuer med 20 anestesijuksköterskor.</p>	<p>Resultatet visar att anestesijuksköterskor värnar om patienterna genom säker, värdig vård och ett moraliskt åtagande.</p>
--	---	---	--

## BILAGA D KVALITETSGRANSKNING

Kvalitetsgranskning av artiklarna i resultatdelen. Granskningsmallen har utförts med inspiration av SBU:s granskningsmall för kvalitativ forskning (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2017). För hög kvalitet krävs åtta till nio ”ja”, för medelhög kvalitet krävs sex till sju ”ja”. Fem ”ja” eller färre innebär låg kvalitet.

Artikel	Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning/syfte?	Är urvalet relevant/tydligt beskrivet?	Beskrivs urvalsprocessen tydligt?	Är studien etiskt granskad/godkänd?	Är datainsamlingen relevant/tydligt beskriven?	Är analysen tydligt beskriven?	Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?	Är resultatet logiskt/begripligt?	Är resultatet tydligt beskrivet?	Antal ”ja”
Aagaard et al. (2017a)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	9
Aagaard et al. (2017b)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	9
Bengtsson et al. (2016)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	9
Berg et al. (2013)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	9
Bergström et al. (2016)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	9
Calebrant et al. (2016)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	9
Danielsson et al. (2018)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	9
Forsberg et al. (2018)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	9
Gimbler Berglund et al. (2013)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	9
Karlsson et al. (2013)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	9
Krupić et al. (2016)	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	8
Krupić et al. (2019)	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	8
Larsson Mauleon et al. (2005)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	9
Melchior & Dreyer (2018)	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	7
Pulkkinen et al. (2015)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	9
Runesson et al. (2010)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	9
Schreiber & MacDonald (2010a)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	9
Schreiber & MacDonald (2010b)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	9
Sjöstedt et al. (2011)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	9
Sundqvist et al. (2018)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	9
Sundqvist & Carlsson (2014)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	9



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA**  
**ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00  
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00  
**E-post:** [info@mdh.se](mailto:info@mdh.se) **Webb:** [www.mdh.se](http://www.mdh.se)