



Anestesisjuksköterskors erfarenheter av vård av patienter med missbruksproblem

En intervjustudie

Agneta af Bjerkén & Mia Åslund



Ht 2016

Självständigt arbete, 15 hp

Specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot anestesi, 60 hp

Handledare: Susann Backteman Erlanson, Universitetslektor, Institutionen för omvårdnad

SAMMANFATTNING

Syftet med studien var att beskriva anestesijuksköterskors strategier kring omvårdnaden av patienter med missbruksproblem inom anesthesiologisk omvårdnad.

Bakgrund Anestesisjuksköterskan möter dagligen patienter med olika bakgrund, förutsättningar och behov. Personer med missbruksproblem har ofta andra fysiologiska och psykologiska faktorer som påverkar anestesi och den anesthesiologiska omvårdnaden än personer utan liknade problem. Faktorer som spelar in är t.ex. ökad tolerans mot läkemedel, försämrad förmåga att bryta ner läkemedel i kroppen, ökad blödningsbenägenhet samt stress och oro hos patienterna. Anestesisjuksköterskans kunskap och förståelse för nämnda faktorer är av högsta vikt för att kunna utföra god och optimal anesthesiologisk omvårdnad.

Design Studien genomfördes med kvalitativ design med semistrukturerade intervjuer.

Metod Deltagarna valdes ut med ändamålsenligt urval. Datainsamlingen bestod av semistrukturerade intervjuer med anestesijuksköterskor på fem sjukhus i mellersta och norra Sverige. Intervjuerna skrevs ut och analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat Tolv intervjuer genomfördes under hösten 2016. Analysen av materialet resulterade i tre kategorier med titlarna "Att ha handlingsberedskap", "Att kommunicera med patienten" och "Att vara säkerhetsmedveten". Kategorierna utgjordes av åtta subkategorier som fick benämningarna "Att vara beredd att anpassa doserna", "Att välja rätt läkemedel", "Att hantera blödningsrisk", "Att hantera sticksvårigheter", "Att etablera förtroende", "Att vara tydlig", "Att se till personalens säkerhet" och "Att se till patientens säkerhet".

Slutsats Anestesisjuksköterskor är medvetna om de fysiologiska och psykologiska faktorer som påverkar anestesi hos patienter med missbruksproblem. De har en uttänkt strategi för planering av anestesi och för att förhindra att problem uppstår. Läkemedelsrelaterade åtgärder som dosanpassning och läkemedelsval var övervägande. Det var olika åsikter huruvida ett PM eller en generell rutin skulle öka säkerheten eller förbättra handläggandet av personer med missbruksproblem

Nyckelord: Anestesisjuksköterska; Missbruk; Strategier; Erfarenheter

Anaesthetic nurses' experiences of care of patients with misuse dependency

An interview study

ABSTRACT

Purpose The aim of this study was to describe anaesthetic nurses' strategies for the nursing of patients with misuse dependency within anaesthetic care.

Background Anaesthetic nurses daily meet patients with different backgrounds, conditions and needs. There are often different physiological and psychological factors that affect the anaesthesia and the anaesthetic care for persons with misuse problems than for persons without similar problems. These factors could be for example increased tolerance for drugs, impaired ability to digest drugs, increased bleeding tendency, stress and anxiety. The anaesthetic nurses' knowledge and understanding for earlier mentioned factors are of utmost importance for them to be able to perform a good and optimum anaesthetic care.

Design The study was made with qualitative research design with semi-structured interviews.

Methods The participants were chosen on a representative basis. The data collection consisted of semi-structured interviews with anaesthetic nurses in five hospitals in Sweden. The interviews were written down and analyzed using a qualitative content method.

Results Twelve interviews were made during the autumn 2016. The analysis of the material resulted in three categories titled "Having preparedness for action", "Communicating with the patient" and "Being security conscious". The categories consisted of eight subcategories that were titled "Being prepared to adjust the doses", "Choosing the adequate medicine", "Managing bleeding tendency", "Handling difficulties with giving injections", "Establishing trust", "Being explicit", "Ensuring safety for the staff" and "Ensuring safety for the patient".

Conclusion Anaesthetic nurses are aware of the physiological and psychological factors that affect the anaesthesia of patients with misuse dependency. They have conceived strategies for planning the anaesthesia and for preventing the emerging of problems. The predominant strategies contain drug related measures such as dose adjustment and selection of drugs. There are different opinions whether a PM or a general routine would increase the safety and improve the handling of patients with misuse dependency.

Keywords: Anaesthetic nurse; Misuse; Strategies; Experiences

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
DEFINITIONER	2
BAKGRUND	3
SYFTE	5
METOD	6
Design	6
Urval	6
Datainsamling	6
Etiska överväganden	6
Analys och databearbetning	7
RESULTAT	8
Att ha handlingsberedskap	8
<i>Att vara beredd att anpassa doserna</i>	8
<i>Att välja rätt läkemedel</i>	9
<i>Att hantera blödningsrisk</i>	9
<i>Att hantera sticksvårigheter</i>	10
Att kommunicera med patienten	10
<i>Att etablera förtroende</i>	10
<i>Att vara tydlig</i>	11
Att vara säkerhetsmedveten	11
<i>Att se till personalens säkerhet</i>	11
<i>Att se till patientens säkerhet</i>	12

DISKUSSION	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	14
Begränsningar	18
Trovärdighet	18
SLUTSATS	19
Klinisk betydelse och förslag på vidare forskning	19
REFERENSER	20
Bilaga A - Intervjuguide	
Bilaga B - Förfrågan till enhetschef	
Bilaga C - Förfrågan till deltagare	
Bilaga D - Exempel på analys	

INLEDNING

Anestesisjuksköterskan möter dagligen i arbetet patienter med olika bakgrund, sjukdomar, förutsättningar och behov. Att känna till patienters olikheter har betydelse för den anesthesiologiska omvårdnaden eftersom doser och val av läkemedel kan skilja sig mellan olika patienter. Interaktioner mellan läkemedel som normalt ges under anestesi och de droger som patienter med missbruksproblematik använder kan vara betydliga och ge farliga biverkningar (Moppet & Aitkenhead, 2013). Substanser som frekvent används av personer med missbruksproblem är opioider, som kan orsaka minskad tarmperistaltik och förlångsammad magtömning, vilket medför ökad risk för aspiration för patienten under anestesi (Griffiths & Deloughry, 2013).

Krokmyrdal & Andenæs (2015) menar att smärtupplevelsen kan vara mer komplex hos personer med drogmissbruk än hos personer utan missbruk. Smärtan beskrivs ofta vara intensivare och generellt sämre behandlad. Det medför onödigt lidande och sämre livskvalitet vilket också ökar risken för att missbruket förvärras. Det är en av anestesisjuksköterskans uppgifter att behandla den smärta som uppstår under operation och för personer med missbruksproblem är det en komplex uppgift. Vidare menar Krokmyrdal & Andenæs att kunskaper om behandling av smärta hos personer med missbruk är låg bland sjuksköterskor. Deras studier visar att uppfattningen hos en betydande del sjuksköterskor är att opioider som smärtlindring ökar beroendet hos personer som redan är beroende av liknande substanser och att personer med opioidberoende överdriver sitt uttryck av smärta eller underskattar effekten av den smärtstillning de har fått i hopp om att få mer läkemedel.

Patienter med högt intag av alkohol preoperativt, dvs mer än två glas eller 28 g alkohol/dag under en period av två veckor före operation, löper ökad risk för postoperativa komplikationer såsom infektioner, förlångsammad sårhäkning, försämrad lungfunktion, kardiovaskulära problem, förlängd vårdtid och högre grad av intensivvård upp till 30 dagar efter ingrepp (Rubinsky et al., 2013; Tønnesen et al., 2009). För att anestesisjuksköterskan ska kunna hantera dessa problem och vidta åtgärder för att förhindra skador eller problem som kan uppstå under anestesi är det viktigt att patientens alkohol- och droganvändning dokumenteras i patientens journal. Journalen är ett verktyg som ska ge en helhetsbild över patientens hälsotillstånd för att därifrån kunna bedöma vilka behov och resurser som krävs för att ge en adekvat och så bra vård som möjligt (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014). Studier visar att information inte alltid dokumenteras (Tran et al., 2009). Australiensiska studier visar

att sjuksköterskor generellt brister i dokumentationen av patienters alkohol- och droganvändning, vilket kan leda till underbehandling av smärta för dessa patienter (Griffiths et al., 2007). Vid preoperativ bedömning är det därför viktigt att patienterna blir tillfrågade om detta, ifall det inte är dokumenterat.

I Sverige drivs sedan 2014 ett projekt, Stark för kirurgi – Stark för livet, genom ett samarbete mellan Riksföreningen för operationssjukvård, Svensk sjuksköterskeförening och Svenska läkaresällskapet för att förbättra patienters levnadsvanor inför operation i syfte att på bästa sätt minska risken för postoperativa komplikationer på bästa sätt. Projektet rekommenderar därför alkoholuppehåll 4–8 veckor före och efter ingreppet (Riksföreningen för operationssjukvård, 2016).

Sjuksköterskors generella åsikt om personer med missbruk eller överkonsumtion av alkohol är att de är drabbade av en sjukdom. Yngre sjuksköterskor och de med längre erfarenhet inom yrket tenderar att vara mer positiva (de Vargas & Luis, 2008). Morgan (2013) menar att sjuksköterskors uppfattning om personer med missbruksproblem är att de anses vara oansvariga, ha sämre karaktär och bära med sig en skam över sitt beteende. Kunskapen om personer med missbruksproblem är också generellt bristfällig bland sjuksköterskor (Ford et al., 2008) delvis beroende på brister i den tekniska kunskap som krävs för att tillgodogöra sig kunskap (Miller et al., 2010). Att fråga kollegor är snabbare än att söka information själv och föredras av sjuksköterskor framför att aktivt söka information (Marshall et al., 2011; Krokmyrdal & Andenæs, 2015).

DEFINITIONER

För att definiera och diagnosticera beroende och missbruk används två olika system: International statistical classification of diseases and related health problems (ICD) och Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM). Inom svensk hälso- och sjukvård används ICD-10 (Socialstyrelsen, 2015)

Beroende definieras enligt ICD-10 genom en stark längtan efter drogen, svårighet att kontrollera intaget, fortsatt användning trots skadliga effekter, prioritering av droganvändning är högre än andra aktiviteter och förpliktelser, ökad tolerans samt fysiska abstinenssymtom. Tre av dessa kriterier ska vara uppfyllda för att en person ska anses vara beroende (Socialstyrelsen, 2015)

Missbruk har definition enbart med DSM-IV men kan jämföras med diagnosen *Skadligt bruk*, som används inom ICD-10. Enligt detta system innebär det ett bruk av psykoaktiva substanser på ett sätt som skadar hälsan fysisk eller psykiskt (Socialstyrelsen, 2015).

BAKGRUND

I november 2015 vårdades i Sverige drygt 3400 personer för sitt missbruk, både tvångsmässigt enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och på frivillig basis, vilket var en ökning på ungefär 10 % sedan året innan. Av dessa personer var knappt en tredjedel kvinnor (Socialstyrelsen, 2016a). Bland befolkningen i Sverige beräknades antalet narkotikaberoende personer vara 0,6 % år 2012 (Ramstedt, Sundin, Landberg & Raninen, 2014). Andelen kvinnor är lägre, både gällande det totala antalet och de som vårdas för sitt beroende (Socialstyrelsen 2016; Ramstedt, Sundin, Landberg & Raninen, 2014). Andelen narkotikaberoende personer i samhället ökar inte men däremot sker en ökning av användandet bland dem som redan är beroende och missbrukar narkotika. Dessa personer kommer i större utsträckning att drabbas av både psykiska och somatiska sjukdomar (Socialstyrelsen, 2013). Vad beträffar alkohol och alkoholmissbruk beräknas ca 3,5 % av Sveriges befolkning ha ett alkoholmissbruk och ca 7,5 % ha ett riksbruk (Regeringen, 2011).

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) säger enligt *Lag (1997:142)* att vård skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. Socialstyrelsens riktlinjer för missbruk och beroendevård har som mål att bidra till att både patienter, klienter och brukare får en jämlik och god vård (Socialstyrelsen, 2015). Vidare säger ICN:s etiska kod att sjuksköterskan ska ge god och lika omvårdnad till och visa lika respekt för alla människor, oberoende av ålder, etnicitet eller nationalitet, kultur, tro, funktionsnedsättning eller sjukdom, kön, sexuell läggning, politiska åsikter eller social ställning (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). För att kunna ge god och lika vård till alla krävs att journalanteckningarna är sanna och uppdaterade.

Att inte bli respekterad eller tagen på allvar kan ibland förekomma inom vården vilket upplevs som negativt av patienten. Att bemöta patienter och deras närstående med respekt för deras värderingar, trosföreställningar och önskemål och därmed ge dem möjlighet att aktivt interagera med och delta i vården beskrivs som personcentrerad vård och är en av

sjuusköterskans sex kärnkompetenser. En förutsättning för personcentrerad vård är att patienten själv får ge sin egen beskrivning av sin sjukdom och ohälsa och att personalen lyssnar lyhört för att försöka förstå patientens berättelse och visa den respekt och tillit (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014). Personcentrerad omvårdnad handlar bl.a. om att ge patienten optimal smärtlindning och välbefinnande utifrån dennes önskemål (Sherwood, 2013). Trots att vården i Sverige har utvecklats mot ett relationsinriktat förhållningssätt förekommer det fortfarande traditionell vård i vissa vårdmiljöer där personalen redan förutbestämt hur patienterna ska agera under vårdtiden (Hellzén & Lilja, 2015).

Stein och Kopf (2010) har visat att missbedömningar och fel handhavande före, under och efter operation är vanligt gällande patienter med missbruk. Därför är den preoperativa anestesibedömningen viktig för patienterna för att de optimala betingelserna ska tillgodoses under anestesi. Opioider och andra beroendeframkallande substanser interagerar också med läkemedel som ges under anestesi och problem kan även uppstå om dessa substanser plötsligt sätts ut inför och under anestesi. Det är därför viktigt att känna till patientens droganvändning så att läkemedel och doser som ges perioperativt ger bästa förväntade effekt och minsta möjliga skada (Moppet & Aitkenhead, 2013). Ökad känslighet och tolerans för anestesimedel och opioider ses ofta hos personer med missbruksproblem och risken för kardiologiska, pulmonella, neurologiska och infektionsrelaterade komplikationer under anestesi bör beaktas liksom leverrelaterade komplikationer hos personer med högt alkoholintag. Akuta och kroniska leverskador orsakade av alkoholbruk och -missbruk kräver anpassning av vilka läkemedel som ges under anestesi (Winsö, Gillberg & Kalman, 2016).

Mekanismer för interaktioner mellan läkemedel och påverkan för patienter är komplicerade och orsakas av flera olika faktorer ner till cellnivå och skiljer sig också mellan olika individer. Interaktioner sker både vid generell anestesi och vid inhalationsanestesi (Fukuda, 2013). Vid inhalationsanestesi kan MAC-värdet påverkas av vissa droger som t.ex. amfetamin. Vid tillfällig användning ökar amfetamin MAC-värdet och hos personer med ett långvarigt användande av amfetamin minskar det MAC-värdet (Shafer, Flood & Schwimm, 2013).

Långvarigt användande av opioider medför också fysiologiska förändringar som har betydelse under anestesi. Skador och funktionsnedsättningar kan ses i bl.a. hjärta, lungor och njurar och immunologiska sjukdomar, anemi, muskelsvaghet och neurologiska sjukdomar är komplikationer som kan ses hos personer med missbruksproblem. Därför är det viktigt att

optimera medicineringen pre- och intraoperativt samt att noggrant följa cirkulation, andning och blodgaser (Fukuda, 2013). Vid jämförelse mellan olika lokalanestetika vid spinalanestesi fann man att både lidokain, med och utan adrenalintillsats, och bupivakain gav kortare effekt hos patienter som använder opioider kontinuerligt än hos patienter som är sporadiska användare (Sadeghi et al., 2016; Mansourian et al., 2012). Vad som också framkom var att sufentanil, som är en opioid, förlänger effekten av lidokain hos kroniska användare men inte hos icke kroniska användare (Sadeghi et al., 2016).

Ökad benägenhet att drabbas av infektioner kan ses hos personer med missbruk av opioider, inte bara orsakat av infektionsrisk vid injektionsstället utan även genom att opioidreceptorer visat sig interagera med kroppens immunsystem. Detta gör att personer med missbruksproblem i större utsträckning riskerar att påverkas av kirurgiska ingrepp och läkemedel som ges i samband med dessa (Al-Hashimi, Scott, Thompson & Lambert, 2013).

Anestesisjuksköterskan bör uppmärksamma de faktorer som är påverkar läkemedels effekter hos personer med missbruksproblem vid varje tillfälle för att inte åsamka skada och för att ge optimal anesthesiologisk omvårdnad vid vårdtillfället.

Anestesisjuksköterskan möter patienter med olika bakgrund, sjukdomar, förutsättningar och behov. Bland de patientgrupperna finns personer med missbruksproblem. För att kunna ge god och optimal omvårdnad under anestesi behövs förståelse för patienternas specifika behov och förutsättningar och hur tankegångar och eventuella strategier hos anestesisjuksköterskor ser ut. Vid sökningar bland tidigare forskningsresultat fann vi inte några resultat kring denna frågeställning. Därför kan föreliggande studie tillföra viktig erfarenhet och kunskap för framtida anesthesiologisk omvårdnad.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva anestesisjuksköterskors strategier kring omvårdnaden av patienter med missbruksproblem inom anesthesiologisk omvårdnad.

METOD

Design

Studien genomfördes med kvalitativ design och intervjuer utfördes där semistrukturerade öppna frågor användes som frågeguide (Kvale & Brinkman, 2014). Studien är utformad enligt riktlinjer för tidskriften *Applied Nursing Research*. Frågeguiden presenteras i Bilaga A.

Urval

Intervjuer är genomförda med 12 anestesijuksköterskor från fem olika sjukhus i Sverige med operationsverksamhet som varierade med avseende på storlek och geografisk spridning. Informationsbrev om studien (Bilaga C) skickades ut till dem som anmält sitt intresse att delta och var och en av dessa kontaktades för att bestämma tid för intervjun. Några av deltagarna hörde av sig efter att de tillfrågats av avdelningscheferna, andra kontaktades och tillfrågades direkt av intervjuarna. Bland de utvalda personerna var tio kvinnor och två män, alla i varierande åldrar mellan 30 och 64 år.

Datainsamling

En pilotintervju genomfördes först för att kontrollera relevans på intervjufrågorna och att frågeställningen i studien besvarades. Intervjuerna utfördes på respektive sjukhus eller på avskild plats utanför sjukhuset. Två av intervjuerna utfördes per telefon. Att intervjua per telefon var i det aktuella fallet en möjlighet att rekrytera ytterligare deltagare till studien då varken intervjuaren eller deltagarna behövde befinna sig på en specifik plats eller ens på samma plats. Samtliga intervjuer genomfördes under en period av fem veckor i samband med sjuksköterskornas raster och andra uppehåll från det praktiska arbetet eller på lediga dagar. Intervjuerna varade mellan sju och nitton minuter. Intervjuerna genomfördes i en semistrukturerad form med inledande fasta frågor gällande ålder och arbetslivserfarenhet och fortsatt öppna frågor som svarade för studiens syfte (Bilaga A). Följdfrågor fanns och ställdes i de fall informationen inte hade kommit fram genom tidigare svar. Innan intervjuerna startade hade deltagarna fått skriftlig information om studien och även möjlighet att ställa frågor via mail eller telefon. Intervjuerna spelades in på ljudfil med hjälp av mobiltelefon.

Etiska överväganden

Innan intervjuerna startade genomfördes anhållan till respektive enhetschef vid respektive sjukhus och enligt instruktioner från Umeå universitet (Bilaga B). Informationen i brevet gav utförlig beskrivning hur intervjuerna skulle genomföras, inklusionskriterier för de önskade

deltagarna och hur forskningsdata skulle förvaras enligt gällande riktlinjer. Informationsbrev med liknande innehåll lämnades ut i förväg till intervjupersonerna (Bilaga C).

Inklusionskriterierna var minst två års yrkeserfarenhet som anestesijuksköterska och erfarenheter av att omhändertaga patienter med missbruksproblem inför och under anestesi. Informerat samtycke delgavs av deltagarna. Enligt definitionen på informerat samtycke var deltagandet frivilligt och intervjupersonerna kunde när som helst avbryta sitt deltagande utan speciell orsak (Kvale & Brinkman, 2014). Ingen av deltagarna valde att göra det utan samtliga av de 12 personer som tackat ja fullföljde intervjuerna och studien. Data om intervjuerna lagrades på sådant sätt att ingen obehörig hade tillgång till den och den utskrivna texten kunde inte sammankopplas med intervjuerna.

Analys och databearbetning

Varje intervju spelades in och sparades som ljudfil på datorn, därefter skrevs intervjuerna ut i sin helhet. Av tidsmässiga skäl var det enbart den ena av intervjuerna som skrev ut alla texter. Därefter lyssnades intervjuerna igenom och kontrollerades mot den nedskrivna texten och därefter lästes texten i sin helhet av båda intervjuerna ett flertal gånger. Pilotintervjun som genomfördes först bedömdes ha tillräckligt hög kvalitet och relevans för studien och fick ingå i det slutgiltiga resultatet. De utskrivna intervjuerna användes som grund för den analytiska processen (Kvale & Brinkmann, 2014). Intervjutexterna lästes igenom flera gånger och därmed skapades förståelse för texternas innehåll och mening. Meningsbärande enheter identifierades för att i senare steg delas in i subkategorier och kategorier. Exempel på indelning och utmynnande i subkategorier och kategorier redovisas i Bilaga D.

RESULTAT

Totalt intervjuades 12 anestesijuksköterskor i åldrarna 30 till 64 år. Två var män och tio var kvinnor. Antal yrkesverksamma år som anestesijuksköterska varierade mellan 2 och 37.

Resultatet beskriver strategier och erfarenheter som framkom ur analysen, vilka presenteras i tre kategorier och åtta subkategorier (Tabell 1).

Tabell 1

Översikt över kategorier och subkategorier

Kategori	Subkategori
Att ha handlingsberedskap	Att vara beredd att anpassa doserna
	Att välja rätt läkemedel
	Att hantera sticksvårigheter
	Att hantera blödningsrisk
Att kommunicera med patienten	Att etablera förtroende
	Att vara tydlig
Att vara säkerhetsmedveten	Att se till personalens säkerhet
	Att se till patientens säkerhet

I intervjuerna framfördes också åsikter huruvida ett PM eller generell rutin skulle underlätta den anesthesiologiska omvårdnaden eller inte.

Att ha handlingsberedskap

Vikten av att ha handlingsberedskap och att kunna anpassa läkemedel och doseringar till varje individ och tillfälle beskrev flertalet sjuksköterskor var grundläggande. Att höja eller sänka doserna utifrån patienternas reaktioner och fysiologiska svar var en möjlighet till anpassning, att välja rätt läkemedel med tanke på patienternas bakgrund och bruk av andra droger var en annan möjlighet. I kategorin framkom också handlingsplaner för blödningsrisk och svårigheter att få in en venös infart.

Att vara beredd att anpassa doserna

Sjuksköterskorna beskrev att patienter med missbruksproblem ofta kräver mer läkemedel av den sort som ges vid anestesi pga en uppbyggd tolerans mot opioider och opioidbesläktade läkemedel samt andra starka smärtstillande medel. Anestesijuksköterskorna beskrev det som

viktigt och självklart att kunna och våga frånga generella doser och anpassa doseringen individuellt och var redan innan anestesiin beredda på att detta kunde bli aktuellt. Oftast handlade det om att öka doserna men även att sänka dem. Det kunde då bero på försämrad leverfunktion eller att patienten hade skapat en sensibilitet mot läkemedlen. Genom övervakningsutrustning och kontinuerlig observation av kliniska tecken bedömdes behovet av läkemedel.

... sen även under anestesiin att jag förstod att vi kommer att behöva ge honom mera än en vanlig patient som inte har missbruksproblem... vi förväntade oss att det skulle bli problem...

Att välja rätt läkemedel

Att välja rätt läkemedel till en person med missbruksproblem beskrev anesthesisjuksköterskorna var viktigt för att inte öka beroendet eller trigga det beroende som fanns eller funnits, speciellt när det gällde patienter med ett tidigare eller nertrappat missbruk. Valet att ge mer lokalbedövningsmedel uppgavs som alternativ liksom valet att använda sig av läkemedel med mindre risk för beroendeutveckling. Valen gjordes av eller i samråd med anesthesiläkare.

... Eller att man ber kirurgen att de lägger mycket lokalbedövning... så att man slipper ge... om de nu har ett beroende kanske... att man slipper ge några smärtstillande opiater.

Anesthesisjuksköterskorna gav också alternativet att ta hjälp av smärtenheter och andra enheter på sjukhuset med samlad kompetens och med stor erfarenhet av smärta och smärtlindring till patienter med mer komplexa smärtproblem.

Att hantera blödningsrisk

Några av deltagarna menade att personer med missbruksproblem och personer med högt alkoholintag kan vara lättblödande och ansåg därför att det var viktigt att förutse och hantera den risken genom att förbereda extra blod eller utrustning för att stoppa eventuella blödningar.

... att det är svårt att blodstilla... vara beredd med blod om det är en stor operation... kanske en extra AK... BAS-test också... blodstillande som Octostim

eller andra såna saker... Jag har varit med om en som de inte kunde blodstill, och då misstänker man sen och då såg man att det var väldigt dåliga leverprover, lättblödande överallt...

Att hantera sticksvårigheter

Anestesisjuksköterskorna beskrev att de ville så fort som möjligt skapa venösa accesser på patienterna. Patienter som uppfattades att vara nervösa och spända och hade sköra, svåråtkomliga och sönderstuckna blodkärl skapade en stress och oro hos deltagarna vid situationer när perifera venösa infarter skulle appliceras.

... var han ju oerhört stickrädd... och det var jättedåligt med blodkärl att sticka i så det var ju, ja, på grund av att han var så sönderstucken...

Att kommunicera med patienten

Kommunikationen mellan patient och personal är viktig för att skapa ömsesidigt förtroende och respekt. Anestesisjuksköterskorna ansåg att de genom berättelser från patienter fick ökad förståelse för deras behov och önskemål.

Att etablera förtroende

Sjuksköterskorna uttryckte vikten av att etablera förtroende hos patienterna och det exemplifierades med att sjuksköterskorna försökte vara så ärliga som möjligt genom att förklara att de kände till patientens problem. För att skapa ett förtroende för patienten och få den att känna sig trygg inför anestesi ansåg anestesisjuksköterskorna sig tvungna att vara lyhörd och tro på vad patienten säger. Ärlighet är viktigt för att få patienten att känna tillit till anestesisköterskan och veta att hon eller han ger en bra omvårdnad i likhet med personcentrerad vård. Deltagarna beskrev att de upplevde att patienter med missbruksproblem ofta har en misstro till sjukvårdspersonal och de menade därför att det var viktigt få patienterna att kunna sig trygga och respekterade.

... vara ärlig med dem och förklara för dem att man känner till deras problem och att "det är bra att du berättar det så jag kan försöka anpassa"... och när man förklarar så, på patientens nivå förstås, så brukar de uppskatta det väldigt mycket, tycker jag...

Att vara tydlig

Anestesisjuksköterskorna beskrev situationer när patienter med missbruksproblem upplevdes stressade och oroliga. I dessa situationer var det viktigt för sjuksköterskorna att förmedla tydlig och rak information. De menade också att det var viktigt att informationen var kortfattad och lättförståelig.

... det kan vara så att de behöver mycket mer tydlig information när man kommer till dem och sen ska man ge de tydlig information... att man är tydlig, man ger rätt information, inte jättemycket information på en gång...

Att vara säkerhetsmedveten

Under kategorin om säkerhet rymdes både personalens och patientens säkerhet. Personalsäkerhet rörde både åtgärder mot svårhanterliga patienter och risk för smitta. För patientens säkerhet beskrev anestesisjuksköterskorna att det var viktigt att se till att patienten inte riskerade att falla ner från operationsbordet och gjorde sig illa. Ingen av de tillfrågade anestesisjuksköterskorna kände till någon generell rutin eller något PM angående omhändertagande och handhavande av personer med missbruksproblem under anestesi. Åsikterna om huruvida det skulle vara till fördel att ha ett sådant PM var varierande.

Att se till personalens säkerhet

Enligt de intervjuade anestesisköterskornas uppfattning är det många personer med missbruksproblem som bär på någon typ av blodsmitta, ofta Hepatit. Tanken på blodsmitta och dess risker kom oftare upp hos de intervjuade anestesisköterskorna då patienten hade ett pågående eller tidigare missbruksproblem.

... man är lite rädd för sin skull också om det är drogmissbruk, om det finns nånting som inte står i journalen, om det är Hepatit C, om det är AIDS eller så. Då är man lite mer... handskar på, ta det lugnt när man sätter nålar och sånt...

Flera av anestesisköterskorna upplevde oro och risk för att patienten kunde bli stökig, aggressiv och svårhanterlig vid väckningen och menade att det bör vara fler personal på salen då patienten väcks. Anestesisköterskorna beskrev situationer som handlade om hot och våld och att skydda sig själv i liknande situationer.

... och när man väcker såna som är drogberoende eller kanske såna som dopar sig och sånt där... jag har varit med om att de har varit jättestarka och så där... så måste man vara noga att man är flera på sal...

Att se till patientens säkerhet

Anestesisköterskorna beskrev också situationer där personer med missbruksproblem kunde vara oroliga och ha svårt att ligga stilla, speciellt vid inledning och avslutning av anestesin. Därför var det viktigt att vara uppmärksam på att patienterna inte utsattes för risker i samband med fastsättning på operationsbordet.

... man ska alltid vara beredd på allt som kan hända. Man kanske är extra mycket beredd på det då. Ja, man får vara noga att de ligger bra, att de har sitt säkerhetsbälte på då på sitt ben eller nåt... ja...

De anestesisköterskor som inte ansåg att det behövdes något PM eller generell rutin för att öka säkerheten kring omhändertagandet motiverade det med att personer med missbruksproblem är en bred och heterogen grupp med stora individuella variationer och därför tvivlade de på att det skulle gå att utforma ett PM som passade alla. De anestesijuksköterskor som däremot var positiva till ett PM eller generell rutin motiverade det med att ju mer som finns nerskrivet, hur man bör tänka både inför och under operationen, desto säkrare blir det. PM och rutiner finns kring många av de arbetsmoment som anestesijuksköterskan utför och de intervjuade anestesijuksköterskorna menade att ett liknande PM gällande personer med missbruksproblem skulle kunna öka säkerheten.

DISKUSSION

Metoddiskussion

För att besvara studiens syfte valdes kvalitativ metod i form av intervjuer med semistrukturerade frågor, vilket gav intervjupersonerna möjlighet att skapa egna beskrivningar och berättelser utifrån frågorna samt möjlighet att ställa följdfrågor till vad som kommer upp under intervjun utan att syftet med frågorna frångås (Kvale & Brinkman, 2014). Enligt Danielsson (2012) är kvalitativ metod användbar för att samla in data och skapa djupare förståelse för de erfarenheter som delges i intervjun. Författarna ansåg också att det var en bra metod för föreliggande studie. Urvalet av anestesisköterskor var av stor bredd gällande ålder, yrkeserfarenhet och arbetsplats. Antalet intervjuade anestesisköterskor ansågs tillräckligt för att ge ett tillförlitligt resultat.

Intervjuerna genomfördes utifrån en intervjuguide med semistrukturerade frågor. Beskrivande berättelser framkom under intervjuerna vilka gav svar på de relevanta frågorna. Svar och kommentarer som inte var relevanta för studien framkom också men ansågs som en viktig del av helheten av intervjupersonernas berättelser. Intervjuerna genomfördes enskilt med deltagarna, i en del fall på deltagarnas arbetsplatser utanför ordinarie arbetstid och i en del fall på deltagarnas fritid i annan miljö än arbetsmiljö. Två av intervjuerna genomfördes på telefon pga att intervjupersonerna inte bodde eller befann sig i samma stad som någon av intervjuerna. Telefonintervjuerna skedde också de utanför deltagarnas arbetstider och arbetsmiljöer. Att genomföra kvalitativa intervjuer på telefon har både fördelar och nackdelar. Om det geografiska avståndet är långt mellan intervjuaren och intervjupersonen underlättas möjligheten till samtal. Däremot saknas kroppslig närvaro som finns vid personliga möten, och icke-verbal kommunikation som gester och kroppsspråk uteblir (Kvale & Brinkmann, 2014). Båda deltagare som intervjuades per telefon hade själva fått bestämma tid för genomförandet av intervjun så att den skulle kunna ske utan störande moment.

Att intervjupersonerna inte var påverkade av pågående arbete ansåg intervjuerna var viktigt då detta kunde ha orsakat stress hos intervjupersonerna och påverkat svaren. Båda författarna intervjuade ungefär lika många anestesisköterskor med utgångspunkt av frågeguiden med semistrukturerade frågor som svarade mot syftet, vilket bidrog till att intervjufrågorna var likvärdiga för båda intervjuerna och till samtliga deltagare och syftet kunde besvaras (Graneheim & Lundman, 2004). Efter avslutade intervjuer lyssnades intervjuerna igenom av båda författarna. Dock var det pga tidsbrist hos den ena intervjuaren bara en av dem som

skrev ut innehållet men den nerskrivna texten lästes sedan igenom av båda två, både i samband med att intervjuerna lyssnades igenom ytterligare och även utan genomlysning av intervjuerna. På så sätt anser författarna att innehållet i intervjuerna tolkats och skrivits ut på ett korrekt sätt.

Urvalet av anestesijuksköterskor var av stor bredd, både med avseende på yrkeserfarenhet, ålder, arbetsplats och geografiskt läge. Ett av urvalskriterierna var att de skulle ha arbetat minst två år som anestesisköterska. Det ansåg författarna vara nödvändigt för att ha hunnit få tillräcklig erfarenhet av patienter med missbruksproblem. Anestesijuksköterskor utan tillräckligt lång erfarenhet har större tendens till stress som kan påverka den anesthesiologiska omvårdnaden (Chipas & McKenna, 2011). Av erfarenhet från egen VFU-tid har författarna förstått att det är en lång inskolningstid innan man som nyutbildad anestesisköterska kan känna sig trygg i sin yrkesroll. Dock tenderade sköterskor med kortast tid inom yrket inte ha mycket erfarenhet av patienter med missbruksproblem men ändå tillräckligt för att ha en uttänkt strategi inför anestesi som enligt författarna kunde bidra till svar som gav reliabilitet till studien. Deltagarna arbetade på fem olika sjukhus i mellersta och norra Sverige, på operationsavdelningar med varierande storlek och verksamhet. Deras svar och berättelser skiljde sig däremot inte nämnvärt mellan olika arbetsplatser eller geografiskt läge vilket tyder på att tankesättet för anestesisköterskorna var lika oberoende av arbetsplats. Författarna anser att det ger ökad reliabilitet till studiens resultat.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva anestesijuksköterskors strategier kring den anesthesiologiska omvårdnaden av patienter med misstänkt missbruksproblem. Det beskrevs genom intervjuer med tolv anestesisköterskor och efter en analys av deras svar kunde vi identifiera tre kategorier av svar: "Att ha handlingsberedskap", "Att kommunicera med patienten" och "Att vara säkerhetsmedveten". De olika kategorierna utgjordes av åtta olika subkategorier som benämndes "Att vara beredd att anpassa doserna", "Att välja rätt läkemedel", "Att hantera sticksvårigheter", "Att hantera blödningsrisk" "Att etablera förtroende", "Att vara tydlig", "Att se till personalens säkerhet" och "Att se till patientens säkerhet". I alla utom ett av de framkomna subkategorierna gällde det att ha patienten i fokus. Personcentrerad vård är en av sjuksköterskans kärnkompetenser och innebär att patientens behov och önskemål ska komma i första hand samtidigt som vården ska utgöra ett samarbete mellan patient och vårdare så att patienten kan vara delaktig i sin vård. Så tidigt som möjligt i

vårdprocessen bör patientens behov och önskemål klargöras och dokumenteras. Det innebär också att sjuksköterskan under hela omvårdnadsprocessen måste uppdatera informationen och anpassa vården efter behov (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014; Sherwood, 2013). Genom att respektera patientens individuella behov och ta lärdom av dennes egna kunskaper och erfarenheter av sin sjukdom och symptom kan dessa mål uppnås (Sherwood, 2013). Det var något som de intervjuade anestesisköterskorna också framhävde. De menade att kommunikationen med patienten var viktig för att kunna skapa sig en uppfattning om dennes behov och önskemål och få patienten att känna sig respekterad och delaktig.

Läkemedel och framförallt dosering var det som de flesta deltagarna planerade och tänkte på inför anestesi till personer med missbruksproblem. Eftersom läkemedelshantering utgör en väsentlig del av anestesisjuksköterskans arbetsuppgifter är det förståeligt att de flesta av de intervjuade anestesisjuksköterskorna hade strategier och beredskap gällande läkemedelsval och doseringar. Läkemedelshantering är reglerad enligt Socialstyrelsens föreskrift (SOSF 2001:17) (Socialstyrelsen, 2001) och finns beskrivet i kompetensbeskrivningen för anestesisjuksköterskor som omfattar både att administrera ordinerade läkemedel och att utvärdera effekter, att prioritera och ta snabba beslut vid akuta och avvikande tillstånd samt att planera för postoperativ vård. Det innebär att anpassa doser och läkemedel efter patientens fysiologiska reaktion (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Under anestesi ges potenta läkemedel intravenöst eller genom inhalation vilket medför att effekten av läkemedlen är snabb och att förändringar i patientens vitalparametrar också kan ske snabbt. För anestesisköterskan är det viktigt att ha handlingsberedskap för att justera pågående medicinering för att minimera lidande för patienten och förhindra skada av läkemedlen för patienten.

Venösa infarter är en förutsättning för att kunna administrera de läkemedel som ges perioperativt. Enligt de intervjuade anestesisjuksköterskornas erfarenheter har personer som själva injicerar droger inte sällan sköra och sönderstuckna blodkärl och det kan vara svårt att skapa venösa infarter. Oro hos anestesisjuksköterskorna kring hanteringen av infarter är befogad då de menade att det är viktigt att snabbt och effektivt skapa accesser till blodkärlen.

Under kategorin "Att kommunicera med patienten" framkom två subkategorier som båda handlade om att lyssna på och respektera patienten samt att anpassa informationen efter patientens behov, status och resurser. Inom den personcentrerade vården är patientens egen

berättelse en viktig beståndsdel. Patienten behöver bli sedd och förstådd av vårdpersonalen (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014) och det var också en väsentlig del av den anesthesiologiska omvårdnaden enligt den intervjuade anesthesisjuksköterskorna. Av egen erfarenhet från VFU har författarna förstått att mötet mellan anesthesisjuksköterskan och patienten är kort. Att vara tydlig och sanningsenlig och snabbt skaffa förtroende och respekt för patienten och eventuella närstående är av stor vikt för att patienten ska känna sig trygg och kunna lita på anesthesisjuksköterskan. Det sker genom att anesthesisköterskan presenterar sig med namn och titel och förklarar att hon eller han ska ta hand om patienten på bästa sätt. Även icke-verbal kommunikation som att hålla patientens hand eller se patienten i ögonen är ett sätt att skapa trygghet hos patienten (Sundqvist & Anderzén-Carlsson, 2014). Genom att lyssna och visa förtroende för patienten ansåg de intervjuade anesthesisköterskorna att det skapas sådan trygghet och tillit för patienten. Det stämmer överens med kompetensbeskrivningen för anesthesisjuksköterskor som menar att tillit till patienten måste skapas för att kunna utföra anesthesiologisk omvårdnad. Kompetensbeskrivningen beskriver också informatiken som en viktig del för patientsäkerheten genom att utveckla ett säkert informations- och kommunikationssystem (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Engström, Forsberg, Vikman, & Wälivaara (2015) menar också att det är viktigt att kunna anpassa mängden information som ges till patienten och hur den ges, utifrån patientens bakgrund, situation och behov.

Strategierna kring omvårdnaden handlade också om säkerhet, både vad gäller personalen och patienten. Enligt Patientsäkerhetslag (2010:659) är vårdpersonalen skyldig att i samråd med patienten vidta beprövade åtgärder för att patienten inte ska drabbas av vårdskada.

Definitionen för en vårdrelaterad skada är enligt Patientsäkerhetslagen "... när en patient drabbas av lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården". Socialstyrelsens föreskrifter om patientsäkerhet innehåller riktlinjer rörande prevention för att minska antalet vårdrelaterade skador (Socialstyrelsen, 2016b).

Anesthesisjuksköterskan bör ha tillräckliga kunskaper om risker inom vården och förväntas att arbeta på ett sådant sätt att riskerna minimeras. Det är grunden för att bedriva säker vård, som är en av sjuksköterskans kärnkompetenser (Svensk sjuksköterskeförening et al., 2016). Risker finns inom all verksamhet i vården men kan minimeras genom god säkerhetskultur och kontinuerlig förbättring av arbetssättet. Det sker bl.a. genom utvecklande av rutiner för processer och arbetssätt. När verksamheten är komplex är risken att fel och misstag uppstår

stor. (Barnsteiner, 2013). Anestesisjuksköterskornas redogörelser för att sträva efter att ge bästa möjliga behandling till patienterna genom att aktivt välja läkemedel utefter patienternas förutsättningar och behov och välja bort läkemedel som kan skada eller påverka patienterna på ett negativt sätt visar att deras förhållningssätt till säker vård är professionellt. Då sjukvården har ett högt flöde av patienter ställs höga krav på anestesisjuksköterskan. Effektivisering och organisatoriska krav medför en ökad risk för patientsäkerheten (Waring, McDonald & Harrison, 2006; Lindwall & von Post, 2008). Vanor och arbetssätt som skapar en trygg miljö hos personalen bidrar till att de kan lita på varandra, lära av varandra och visa respekt för varandra inom olika yrkeskategorier och på så vis känna sig delaktiga och trygga och utföra en bättre och säkrare vård för patienten (Lindwall & von Post, 2008). Genom god och tydlig kommunikation mellan personalen, att använda sig av "closed loop" och att tänka och tala högt kan patientsäkerheten ökas (Härgestam, Lindkvist, Brulin, Jacobsson & Hultin, 2013).

Utifrån anestesisjuksköterskornas beskrivningar fanns det situationer med risker att utsättas för blodsmitta som Hepatit vid omhändertagandet av personer med leverskador till följd av högt intag av alkohol. Anestesisjuksköterskorna beskrev vikten av att det skulle finnas rutiner gällande prevention och akuta åtgärder vid misstanke på exponering för blodsmitta. Därför är det viktigt att det finns rutiner för prevention och akuta åtgärder vid misstanke på exponering för blodsmitta (Winsö, Gillberg & Kalman, 2016).

Personalsäkerhet handlar också om att skydda sig mot hot och våld. Vårdhandboken beskriver en handlingsplan för våld mot personal, uppdelad i tre faser; förebyggande, akut fas och ohållbart läge. Det förebyggande arbetet har visat sig minska risken för hot och våld mot vårdpersonal genom att vårdmiljön är lugn och trygg, att personalen arbetar på liknande vis och visar ödmjukhet och respekt för patienten, att personalen är villig att kommunicera med patienten och tänker på hur den uttrycker sig och sitt kroppsspråk, att personalen undviker att vara ensam med patienter och rapporterar händelser när de inträffar. I den akuta fasen handlar det om att få en överblick av situationen och påkalla hjälp, kanske larma. Det bör göras upp en akut plan och fördela roller. I det ohållbara läget handlar det mest om att skydda sig själv. Det är viktigt att bevara patientens värdighet och självkänsla och att faktiskt lyssna på eventuella önskemål och uppfylla dem om det är rimligt samt att fundera över vad som kan ha triggat utbrottet och se om det går att göra något åt (Lundström & Isaksson, 2015). När riskfaktorerna för hot och våld mot personal studeras är det lätt att se att

anestesisjuksköterskan uppfyller många om inte alla faktorer genom att ofta arbeta ensam i sin personalkategori med patienten och fysiskt nära, både vid sövning och väckning. Operationer bedrivs i ett begränsat utrymme och att där ge utrymme åt en aggressiv patient kanske inte är möjligt. Därför är det av största vikt att anestesisjuksköterskan är medveten om och kan förebygga riskerna samt har en handlingsplan om det har gått för långt.

Anestesiologisk omvårdnad är komplex med ökad risk för att patienter och personal drabbas av skada. Därför är säkerhetskulturen viktig. Utbildning, uppmärksamhet, att vara beredd på det oväntade, förbättrad tillgång till information och användarcentrerad utformning innehållande anvisningar, begränsningar och tvingande funktioner är några av de faktorer som kan bidra till ökad säkerhet inom vården (Barnsteiner, 2013). Därför borde PM eller generella rutiner kring anestesi till personer med missbruksproblem kunna vara till hjälp för att öka säkerheten. Men flera av deltagarna ansåg att det är en alltför heterogen patientgrupp för att sådana rutiner ska kunna utformas.

Begränsningar

Studien har utförts inom en begränsad tidsrymd inom ramen för universitetsstudier. Intervjufrågorna var av semistrukturerad öppen karaktär vilket gav deltagarna stora möjligheter att påverka resultatet. En snävare frågeställning inom någon av de framkomna subkategorierna hade möjligtvis bidragit till mer specifika enhetliga svar. Det var första gången författarna genomförde denna typ av innehållsanalys och därmed kan resultatet av analysen och uppdelningen av kategorier och subkategorier ha påverkas av deras oerfarenhet. Genom handledning har författarna dock fått den hjälp som krävts för att genomföra studien.

Trovärdighet

För att skapa en bredd i resultatet var de intervjuade anestesisköterskornas ålder och yrkesverksamma år av stor variation. De var också verksamma inom olika anesthesiologiska specialiteter och sjukhus med varierande omfattning av operationer och anestesi. Genom att lyssna till de intervjuade personernas berättelser har båda författare skapat sig en uppfattning om tolkning av innehållet och gemensamt strukturerat upp olika kategorier och subkategorier ur intervjuinnehållet. Inom den kvalitativa forskningsmetoden är begrepp som giltighet, överförbarhet och tillförlitlighet centrala. Metoden och hur analysen gått till är beskrivna och båda författare har lyssnat igenom och tolkat intervjuerna och dess innehåll vilket styrker tillförlitligheten (Graneheim & Lundman, 2004). Om resultatet är överförbart på den kliniska

verksamheten är upp till läsaren att bedöma då den kan skilja sig mellan olika sjukhus och operationsavdelningar.

SLUTSATS

Enligt resultatet av studern är de anestesijuksköterskor har blivit intervjuade medvetna om de faktorer som påverkar anestesi hos patienter med missbruksproblem, de behov och förutsättningar som föreligger och de problem som kan uppstå under anestesi. Det finns också en väl uttänkt strategi för hur deltagarna planerar den anesthesiologiska omvårdnaden hos nämnd patientgrupp. Läkemedelshantering var det de flesta deltagare påtalade och att vara beredd att anpassa doserna efter patientens reaktion och fysiologiska svar.

Klinisk betydelse och förslag på vidare forskning

Vår studie har gett oss en bild av att de intervjuade anestesijuksköterskorna har en uttänkt plan och strategi för att ge god anesthesiologisk omvårdnad till patienter med missbruksproblem. Vi tycker att det vore intressant att se frågeställningen utifrån patienternas perspektiv. Hur upplever patienterna själva anestesi och den perioperativa omvårdnaden? Vi föreslår kommande studier angående upplevelser av anestesi och anesthesiologisk omvårdnad hos patienter med missbruksproblem.

REFERENSER

Al-Hashimi, M., Scott, S. W. M., Thompson, J. P., & Lambert, D. G. (2013). Opioids and immune modulation: more questions than answers. *British Journal of Anaesthesia* 111 (1): 80–8 (2013) doi:10.1093/bja/aet153.

Barnsteiner, J. (2013). Säker vård. I red Sherwood, G., & Barnsteiner, J. Kvalitet och säkerhet inom omvårdnad – sex grundläggande kärnkompetenser. Lund: Studentlitteratur.

Danielsson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Henricson, M. (Red), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 329-343). Lund: Studentlitteratur.

Chipas, A., & McKenna, D. (2011). Stress and burnout in nurse anesthesia. *AANA Journal*, 79(2), 122-128.

Ekman, I., Norberg, A., & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I Ekman, I. (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik* (s. 69-96). Stockholm: Liber.

Engström, Å., Forsberg, A., Vikman, I., & Wälivaara, B.-M. (2015). Patients' perceptions of quality of care during the perioperative procedure. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 30(4), 280-289.

Ford, R., Bammer, G., Becker, N., 2008. The determinants of nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implications for workforce development. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2452–2462.

Fukuda, K. (2013). Opioids. I B. Miller, R. D., Eriksson, L. I., Fleisher, L. A., Wiener-Kronsh, J. P. & Young, W. L. (Red.) *Miller's Anesthesia, Seventh Edition*. (s. 769-824). Philadelphia: Churchill Livingstone.

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

Griffiths, R., & Deloughry, J. (2013). Emergency anaesthesia. I red Aitkenhead, A.R., Moppet, I.K. & Thompson, J.P. *Textbook of anaesthesia*. (s. 751-768). Philadelphia: Churchill Livingstone.

Griffiths, R. D., Stone, A., Tran, D. T., Fernandez, R. S., & Ford, K. (2007). Drink a little; take a few drugs: do nurses have knowledge to identify and manage in- patients at risk of drugs and alcohol? *Drug and Alcohol Review* (September 2007), 26, 545 – 552.

Hellzén, O., & Lilja, L. (2015). Vårdarens attityder och stigmatisering. I I. Skärsäter, (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - På grundläggande nivå*. (s. 441-456). Lund: Studentlitteratur.

Howard, M. O., & Chung, S. S. (2000). Nurses' attitudes toward substance misusers. I. Surveys. *Substance use & misuse*, 35(3), 347-365, 2000.

Härgestam, M., Lindkvist, M., Brulin, C., Jacobsson, M., & Hultin, M. (2013). Communication in interdisciplinary teams: exploring closed-loop in situ trauma team training. *British Medical Journal Open*. 3(10).

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763). *Sveriges Riksdag. Svensk författningssamling 1982:763*. Hämtad 2016-10-10 från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763.

Krokmyrdal, K. A., & Andenæs, R. (2015). Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study. *Nurse Education Today*. 2015 Jun;35(6):789-94. doi: 10.1016/j.nedt.2015.02.022.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lindwall, L. & von Post, I. (2008). Habits in the Perioperative Culture. *Nursing Ethics*, 15, 670-681. doi: 10.1177/0969733008092875.

Lundström, M., & Isaksson, U. (2015). *Hot och våld inom vården: Förslag på checklista*. I Vårdhandboken. Hämtad 2017-03-20 från <http://www.varhandboken.se/Texter/Hot-och-vald-inom-varden/Forslag-pa-checklista>.

Mansourian, A., Askarzadeh, M., Shabani, M., & Divsalar, K. (2012). Comparison of duration of spinal anesthesia with lidocaine or lidocaine plus epinephrine between addicts and non-addicts. *Addiction & health*, 2012, Vol.4(3-4), pp.95-101.

Marshall, A.P., West, S.H., Aitken, L.M., 2011. Preferred information sources for clinical decision making: critical care nurses' perceptions of information accessibility and usefulness. *Worldviews of Evidence-Based Nursing*. 4, 224–235.

McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centered nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;56:472-479.

Miller, L.C., Graves, R.S., Jones, B.B., Sievert, M.C., 2010. Beyond Google: finding and evaluating web-based information for community-based nursing practice. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. 7 (1) (Article 31).

Moppet, I. A., & Aitkenhead, A. R. (2013) Preoperative assessment and premedication I red Aitkenhead, A.R., Moppet, I.K. & Thompson, J.P. *Textbook of anaesthesia*. (s. 357-376). China.

Morgan, B. D. (2013). Nursing attitudes toward patients with substance use disorders in pain. *Pain Management Nursing*, Vol 15, No 1 (March), 2014: pp 165-175.

Patientsäkerhetslag (2010:659). *Sveriges Riksdag. Svensk författningssamling 2010:659*. Hämtad 2017-03-10 från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659.

Ramstedt, M., Sundin, E., Landberg, J. & Raninen, J. (2014). *ANDT-bruket och dess negativa konsekvenser i den svenska befolkningen 2013: En studie med fokus på missbruk och*

beroende samt problem för andra än brukaren relaterat till alkohol, narkotika, dopning och tobak (STADs rapportserie, nr 55). Stockholm: Karolinska institutet.

Regeringen. (2011). *Missbruket, kunskapen, vården. Missbruksutredningens forskningsbilaga. Delbetänkande av Missbruksutredningen*. Hämtad 2017-05-15 från <http://www.regeringen.se/49b6a2/contentassets/e8736c3d067c4c45abf7a338b728f445/missbruket-kunskapen-varden-hela-dokumentet-sou-20116>.

Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivning. Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesivård*. Hämtad 2017-03-10 från: <http://www.aniva.se/wp-content/uploads/2014/12/komp-beskrivning-anestesi.pdf>.

Riksföreningen för operationssjukvård (2016). *Samtal om levnadsvanor inför kirurgi - operationssjuksköterskans roll*. Hämtad 2016-11-20 från <http://www.rfop.se/media/1899/operationssjuksko-terskorna-ny-till-webb.pdf>.

Rubinsky, A. D., Bishop, M. J., Maynard, C., Henderson, W. G., Hawn, M. T., Harris, A. H., Beste, L. A., Tønnesen, H., & Bradley, K. A. (2013). Postoperative risks associated with alcohol screening depend on documented drinking at the time of surgery. *Drug and Alcohol Dependence*. 2013 Oct 1;132(3):521-7. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.03.022. Epub 2013 May 16.

Sadeghi, M., Yekta, R. A., Azimaraghi, O., Barzin, G., & Movafegh, A. (2016). Evaluation of spinal anesthesia blockade time with 0.5% hyperbaric bupivacaine, with or without sufentanil, in chronic opioid users: a randomized clinical trial. *Brazilian Journal of Anesthesiology (English edition)*, July-August 2016, Vol.66(4), pp.346-350.

Shafer, S. L., Flood, P., & Schwinn, D. A. (2013). Basic principles of pharmacology I B. Miller, R. D., Eriksson, L. I., Fleisher, L. A., Wiener-Kronsh, J. P. & Young, W. L. (Red.) *Miller's Anesthesia, Seventh Edition*. (s. 479-513). Philadelphia: Churchill Livingstone.

Sherwood, G. (2013). Drivkrafter för kvalitet och säkerhet - att förändra tänkesätt för att förbättra hälso- och sjukvården. I red. Sherwood, G., & Barnsteiner, J. *Kvalitet och säkerhet inom omvårdnad – sex grundläggande kärnkompetenser*. Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen (2001). *SOSFS 2000:1. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården*. Hämtad 2017-03-15 från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2000-1>.

Socialstyrelsen. (2013). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst: Lägesrapport 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2016-10-10 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18955/2013-02-02.pdf>.

Socialstyrelsen (2015). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning*. Hämtad 2016-10-10 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19770/2015-4-2.pdf>.

Socialstyrelsen (2016a). *Statistik om vuxna personer med missbruk och beroende 2015*. Hämtad 2016-10-10 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20210/2016-5-26.pdf>.

Socialstyrelsen (2016b). *Förslag till nationell strategi för ökad patientsäkerhet*. Hämtad 2017-03-02 från <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/forslag-till-nationell-strategi-patientsakerhet.pdf>.

Stein, C., & Kopf, A. (2010). Anesthesia and Treatment of Chronic Pain. I B. Miller, R. D., Eriksson, L. I., Fleisher, L. A., Wiener-Kronsh, J. P. & Young, W. L. (Red.) *Miller's Anesthesia, Seventh Edition*. (s. 1797-1818). Philadelphia: Churchill Livingstone.

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*, 28,281–288.

Svensk sjuksköterskeförening (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2016-10-10 från http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf.

Svensk sjuksköterskeförening, Svenska Läkaresällskapet, Fysioterapeuterna, Sveriges Arbetsterapeuter, Dietisternas Riksförbund & Sveriges Tandläkarförbund (2016). *Säker vård: en kärnkompetens för vårdens samtliga professioner*. Hämtad 2017-04-28 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kvalitet-publikationer/saker-varld_2016.pdf.

Sveriges Riksdag (1988). *Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall. Svensk författningssamling 1988:870*. Hämtad 2016-10-15 från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1988870-om-varld-av-missbrukare-i-vissa-fall_sfs-1988-870.

Tran, D. T., Stone, A. M., Fernandez, R. S., Griffiths, R. D., & Johnson, M. (2009). Changes in general nurses' knowledge of alcohol and substance use and misuse after education, *Perspectives in Psychiatric Care* Vol. 45, No. 2, April 2009.

Tønnesen, H., Nielsen, P. R., Lauritzen, J. B., & Møller A. M. (2009). Smoking and alcohol intervention before surgery: evidence for best practice. *Journal of Anaesthesia*. 2009 Mar;102(3):297-306. doi: 10.1093/bja/aen401.

de Vargas, D., & Luis, M. A. (2008). Alcohol, alcoholism and alcohol addicts: conceptions and attitudes of nurses from district basic health centers. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. 2008 Jul-Aug;16 Spec No:543-50.

Waring, J., McDonald, R. & Harrison, S. (2006). Safety and complexity: Inter-departmental relationships as a threat to patient safety in the operating department. *Journal of Health Organ Management*, 20(2-3), 227-242.

Winsö, O., Gillberg, L., & Kalman, S. (2016). Sjukdomstillstånd och perioperativa överväganden. I Lindahl, S., Winsö, O., & Åkeson, J. (Red.). *Anestesi* (s. 179-223). Stockholm: Liber.

Studiens syfte: att beskriva anestesijuksköterskors strategier kring omvårdnaden av patienter med missbruksproblem inom anesthesiologisk omvårdnad.

Frågeguide

- ✓ Din ålder?
- ✓ Hur länge har du arbetet som anestesijuksköterska?
- ✓ Är personer med missbruksproblem något du träffar på ofta inom anestesin? Isåfall hur ofta?
- ✓ Kan du beskriva en situation då du har vårdat inför anesthesi en patient med misstänkt missbruk?
- ✓ Upplevde du några problem under anestesin? Berätta om bra och mindre bra situationer.
- ✓ Hade du någon strategi för anestesin innan den började? Berätta om osäkerhet i dessa situationer. Doser? Läkemedel? Annat?
- ✓ Fanns det någon oro eller osäkerhet hos dig eller någon annan bland personalen? Patienten?
- ✓ Hur hanterade du dessa situationer när du var osäker?
- ✓ Vilka konsekvenser fick handläggningen av anestesin och omvårdnaden av patienterna?
- ✓ Finns det någon generell strategi eller PM angående omhändertagande av personer med missbruksproblem? Om inte, tycker du att det borde finnas någon sådan?
- ✓ Är det något du vill tillägga?



Till verksamhetschef vid Operationscentrum, Umeå universitetssjukhus

Ansökan om tillstånd att få genomföra en intervjustudie

Vi är 2 sjuksköterskor som läser vidareutbildningen på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesi- och intensivvård vid Umeå universitet. I utbildningen ingår ett examensarbete inom huvudämnet i form av en magisteruppsats och vi har tänkt göra en intervjustudie för denna. Institutionen för omvårdnad vid Umeå universitet kommer att tillhandahålla vår handledare för detta arbete.

Studiens syfte är att beskriva anestesisjuksköterskors erfarenheter av att möta personer med missbruksproblematik inför anestesi.

Vi har tänkt samla in data genom intervjuer och vi skulle därför vilja ha tillstånd att genomföra intervjuer med ca 5 personer från Er klinik. Personerna vi söker ska vara anestesisjuksköterskor med minst 2 års erfarenhet. Varje intervju kommer att ta ungefär 30 minuter. Tillfrågad personal kommer att delta frivilligt och kan avbryta sitt deltagande när som helst utan speciell anledning. Intervjuerna avses att börja under vecka 47 och vara avslutade senast vecka 49 2016.

Resultatet av intervjuerna kommer att redovisas i vår uppsats och insamlad data kommer att hanteras konfidentiellt. Ingen av de deltagande personerna kommer att kunna identifieras i arbetet.

Vi vore tacksamma om vi kunde få Ert tillstånd till deltagande i studien samt att få hjälp att hitta lämpliga intervjupersoner och att informera berörd personal. Vi kontaktar Er snarast för att diskutera förfarande av intervjuerna.

Med vänlig hälsning Agneta af Bjerkén & Mia Åslund

Agneta af Bjerkén
Leg. sjuksköterska
namn@mailadress.com
tel. xxx-xxxxxx

Mia Åslund
Leg. sjuksköterska
namn@mailadress.com
tel. xx-xxxxxx

Handledare: Susann Bäckteman Erlanson, Lektor
Institutionen för omvårdnad vid Umeå universitet
namn@umu.se
tel. xxx-xxx xx xx

Härmed ges tillstånd för att genomföra studien:

Umeå den..... Namnteckning.....



Anestesisjuksköterskors erfarenheter av vård av patienter med misstänkt drogberoende

Förfrågan om att delta i en intervjustudie

Vi läser för närvarande vidareutbildningen på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesi- och intensivvård vid Umeå universitet. I vår magisteruppsats vill vi beskriva anestesisjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med ett misstänkt alkohol- eller drogmissbruk. Vi söker därför personer som är villiga att delta i intervjuer angående detta.

Studiens syfte är att beskriva anestesisjuksköterskors erfarenheter av att förbereda patienter med misstänkt missbruksproblem inför operation och strategier kring omvårdnaden av dessa patienter.

Vi vänder oss till Dig som är anestesisjuksköterska med minst 2 års erfarenhet.

Ditt deltagande i studien är helt frivilligt och Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan speciell anledning. Intervjuerna kommer att spelas in på band för att sedan skrivas ut i sin helhet. Intervjumaterialet behandlas konfidentiellt och alla personuppgifter kommer att avidentifieras och Du kommer att vara anonym under bearbetning och redovisning av data. Inga obehöriga har tillgång till intervjuerna. Alla personuppgifter hanteras enligt Personuppgiftslagen (1998:204) och ansvarig för dina personuppgifter är Umeå Universitet.

Resultaten kommer att sammanställas i en magisteruppsats inom ämnet omvårdnad vid Umeå Universitet.

Vill Du delta i intervjustudien? Vi önskar i så fall svar via mail eller telefon, med Dina kontaktuppgifter, enligt nedan senast 47. Därefter kommer vi att kontakta Dig så vi kan planera tid för intervjun.

Vid eventuella frågor angående studien, kontakta Agneta.

Med vänlig hälsning Agneta af Bjerkén & Mia Åslund

Agneta af Bjerkén
Leg. sjuksköterska
namn@mailadress.com
tel. xxx-xxx xx xx

Mia Åslund
Leg. sjuksköterska
namn@mailadress.com
tel. xxx-xxx xx xx

Handledare: Susann Backteman Erlanson, Lektor
Institutionen för omvårdnad vid Umeå universitet
namn@umu.se
tel. xxx-xxx xx xx

Studiens syfte: att beskriva anestesisjuksköterskors strategier kring omvårdnaden av patienter med missbruksproblem inom anesthesiologisk omvårdnad.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet <i>Beskrivning som ligger nära texten</i>	Kondenserad meningsenhet <i>Tolkning av texten</i>	Subkategori	Kategori
... att det är svårt att blodstilla... vara beredd med blod om det är en stor operation... kanske en extra AK... BAS-test också... blodstillande som Octostim eller andra såna saker...	Var beredd med extra blod och blodstillande medel om patienten är lättblödande	Patienten kan vara lättblödande	Att hantera blödningsrisk	Att ha handlingsberedskap
... "Vad har jag för individ? Vad har jag för patient? Vad är vitalkapaciteten den här patienten har? Vad har jag för leverfunktion? Vad har jag för njurfunktion?" Och utifrån patientens förmåga och utifrån patientens behov...	Doserna kan behöva höjas eller sänkas. Kontrolleras patientens behov och förmåga och anpassa efter det	Anpassa doserna efter patientens behov och förmåga	Att vara beredd att anpassa doserna	Att ha handlingsberedskap
... sen även under anestesiin att jag förstod att vi kommer att behöva ge honom mera än en vanlig patient som inte har missbruksproblem... vi förväntade oss att det skulle bli problem...	Man får vara beredd att ger mer när de är missbrukare och tillvanda med starka läkemedel	Patienten kommer att behöva mer pga tolerans	Att vara beredd att anpassa doserna	Att ha handlingsberedskap
... Då när levern är så dålig, då får man verkligen reducera doserna. De somnar de ju på ingenting...	Vid dålig leverfunktion behövs mindre läkemedel	Patienten kommer att behöva mindre läkemedel	Att vara beredd att anpassa doserna	Att ha handlingsberedskap
... Eller att man ber kirurgen att de lägger mycket lokalbedövning...	Kirurgen ska ge lokalbedövning så att man slipper ge opiater till personer med beroende	Ge mer lokalbedövning	Att välja rätt läkemedel	Att ha handlingsberedskap
... koppla in Smärtenheten också för att man har en strategi på dem för att det ska bli så rätt, så bra från början...	Koppla in Smärtenheten för att optimera smärt- och läkemedelbehandlingen	Ta hjälp av Smärtenheten för att välja rätt läkemedel	Att välja rätt läkemedel	Att ha handlingsberedskap

... var han ju oerhört stickrädd... och det var jättedåligt med blodkärl att sticka i så det var ju, ja, på grund av att han var så sönderstucken...	Patienten var sönderstucken och var väldigt svårstucken	Det kommer att bli svårt att få in PVKer	Att hantera sticksvårigheter	Att ha handlingsberedskap
... vara ärlig med dem och förklara för dem att man känner till deras problem och att "det är bra att du berättar det så jag kan försöka anpassa"...	Vara ärlig och förklara att man känner till deras situation	Att vara ärlig	Att etablera förtroende	Att kommunicera med patienten
... de behöver mycket mer tydlig information... att man är tydlig, man ger rätt information, inte jättemycket information på en gång...	De behöver tydlig och rak information och inte så mycket på en gång	Var tydlig och ge inte så mycket information åt gången	Att vara tydlig	Att kommunicera med patienten
... jag brukar vara extra noga med att försäkra så att patienten att jag hör vad de säger...	Förvissa dig om att patienten hör vad du säger	Prata tillräckligt högt och tydligt	Att vara tydlig	Att kommunicera med patienten
... man ska alltid vara beredd på allt som kan hända... Ja, man får vara noga att de ligger bra, att de har sitt säkerhetsbälte på då på sitt ben eller nåt... ja...	Man vet inte vad som kommer att hända, patienten behöver ligga bra och vara ordenligt fastspänd på bristsen	Se till att patienten ligger still, är fastspänd	Att se till patientens säkerhet	Att vara säkerhetsmedveten
... man är lite rädd för sin skull också om det är drogmissbruk, om det finns nånting som inte står i journalen, om det är Hepatit C, om det är AIDS eller så. Då är man lite mer... handskar på, ta det lugnt när man sätter nålar och sånt...	Patienten kan ha någon smitta så man måste vara extra försiktig	Se till att skydda dig själv mot blodsmitta	Att se till personalens säkerhet	Att vara säkerhetsmedveten
... och när man väcker såna som är drogberoende eller kanske såna som dopar sig och sånt där... jag har varit med om att de har varit jättestarka och så där... så måste man vara noga att man är flera på sal...	Patienten kan bli svårhanterlig vid väckning eftersom den kan vara väldigt stark	Patienten kan bli svårhanterlig när den vaknar	Att se till patientens säkerhet	Att vara säkerhetsmedveten