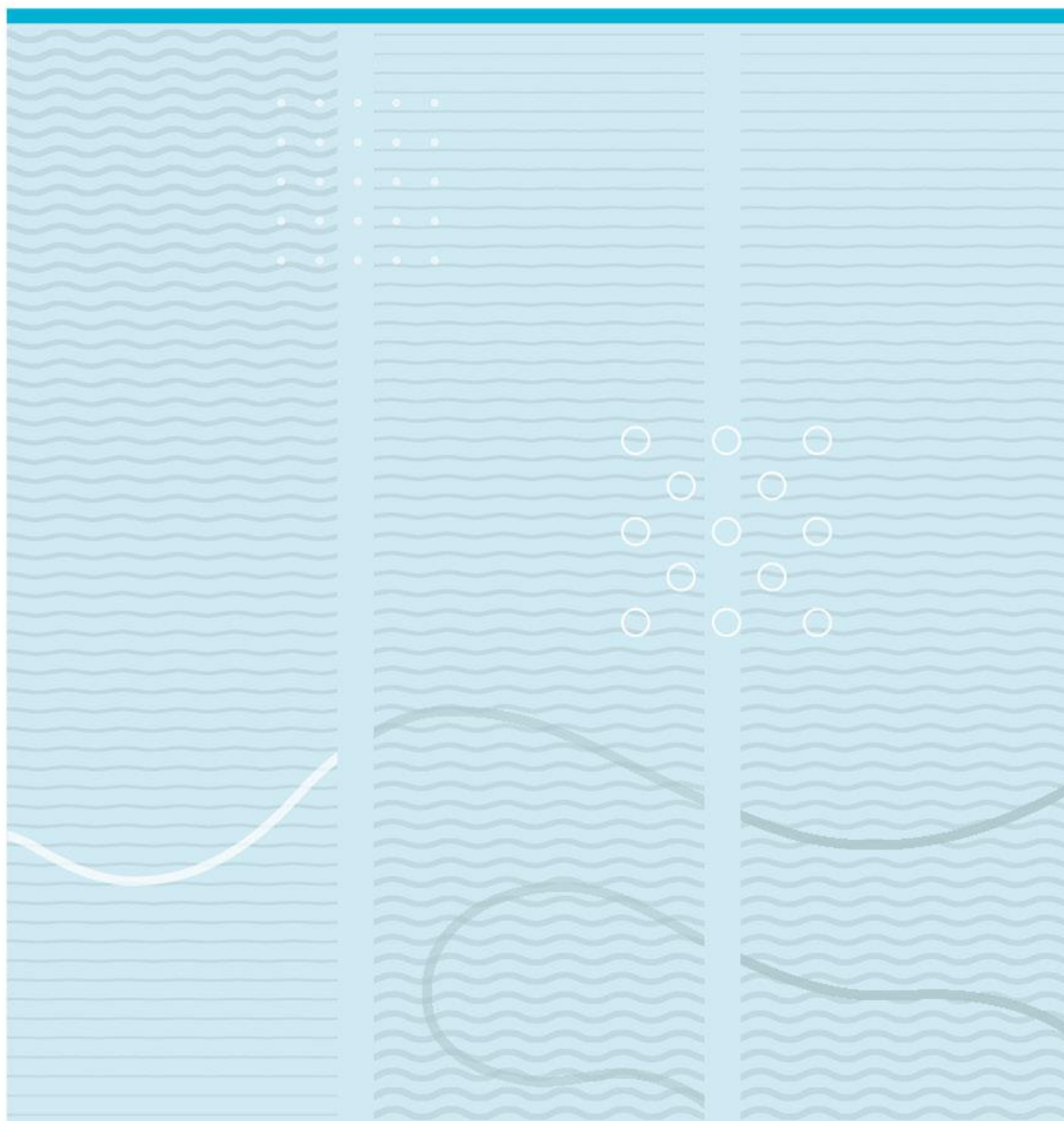


Heidi Elisabeth Teschke

Anestesisykepleiernes erfaringer med å ivareta pasienter med demens pre- og perioperativt

Individuelle intervjuer



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for sykepleie- og helsevitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2023 Heidi Elisabeth Teschke

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Temaet for denne masteroppgaven omhandler anestesisykepleiernes erfaringer med å ivareta pasienter med demens pre- og perioperativt og deres oppfatninger om ikke-medikamentelle tilnærminger.

Det vises til at sykehusinnlagte pasienter med demens har en mye større risiko for å utvikle postoperativt delirium enn andre eldre pasienter. Risikoen for postoperativt delirium er også påvirket av stress, angst, størrelsen på det operative inngrepet, ventetid til operasjon, fasting samt bruk av sedativer. Evidensbaserte studier viser positive effekter og resultater ved bruk av ikke-medikamentelle tilnærminger for å begrense bruk av sedasjon, trygge pasienten og redusere stress.

Denne studien belyser anestesisykepleiernes erfaringer, fordi det er de som har hovedkontakt med pasienten både pre- og perioperativt, og det er de som har samlet verdifulle erfaringer med å ivareta pasienter med demens.

Formålet:

Formålet med studien er å få kunnskap om hvordan anestesisykepleiere opplever det pre- og perioperative møte med pasienter med demens, hvilke erfaringer og eventuelle utfordringer de møter i denne settingen og hvordan deres oppfatninger er av ikke-medisinske tilnærminger for å ivareta pasientgruppen.

Målet med studien er å kunne bidra til helsefremmende arbeid ved å øke kunnskapen innen anestesisykepleie om ivaretagelse av pasienter med demens som skal opereres.

Metode:

For å svare på problemstillingen er det benyttet et kvalitativt design, med seks semistrukturerte individuelle intervjuer som metode. Data ble analysert med hjelp av Kirsti Malteruds kvalitative innholdsanalyse.

Resultater:

Det er to aspekter som har utpekt seg: «Ivaretagelse» og «Usikkerhet».

Anestesisykepleiere er opptatt av hvordan de ivareta pasienter med demens uten å krenke dem, men ved å støtte opp deres verdighet i en vanskelig situasjon.

Anestesisykepleiere oppfatter ikke-farmakologiske tilnærminger som egnet til å avlede fra det

ukjente og for å trygge pasientene med demens. Pre- og perioperativt bruker anestesisykepleiere fysisk berøring, musikk og verbal- og non-verbal kommunikasjon i ivaretagelse av pasienter med demens. De gir uttrykk for være usikre på om de har gjort riktige vurderinger i forhold til valg av medikamentell behandling versus ikke-medikamentelle tilnærminger perioperativt.

Anestesisykepleiere etterlyser tydeligere retningslinjer, for å øke sin kompetanse på å møte pasienter med demens på en best mulig måte i både pre- og perioperativ setting.

Nøkkelord:

Demens, ikke-medikamentelle tilnærminger, musikk, kommunikasjon, anestesisykepleie/
anestesisykepleier, preoperativt/perioperativt, sedasjon, postoperativt delirium

Abstract

This master's thesis focuses on the experiences of anesthesia nurses and their perceptions of non-pharmacological approaches, while caring for patients with dementia pre- and perioperatively.

Evidence-based studies shows that hospitalized patients with dementia have a much greater risk of developing postoperative delirium than other elderly patients. The risk of postoperative delirium is also influenced by stress, anxiety, the extent of the operative procedure being undertaken, pre-surgery fasting and length of waiting time, and the use of sedatives. Positive effects and results are shown when using non-pharmacological approaches to limit the use of sedation, while keeping the patient safe and reducing stress.

This study highlights the experiences of anesthesia nurses because they tend to be the ones to have the main contact with the patient both pre- and perioperatively, and because they already have gained valuable experiences in caring for patients with dementia.

Purpose:

The purpose of the study is to gain knowledge about how anesthesia nurses experience the pre- and perioperative meetings with patients with dementia, the possible challenges they face in this setting and their perceptions of non-medicinal approaches when looking after this patient group.

The aim of the study is to contribute to health promoting work by increasing the knowledge within anesthetic nursing about the care of patients with dementia who are to undergo surgery.

Method:

To answer the problem, a qualitative design was used, with six semi-structured individual interviews as the method. Data was analyzed by applying Kirsti Malterud's qualitative content analysis.

Results:

There are two aspects that have been identified: "Care" and "Uncertainty".

Anesthesia nurses are concerned about being able to provide quality care for patients with dementia without offending them, while at the same time they wish to ensure the patients' dignity in what can obviously be a difficult situation both pre- and perioperative for the patient with dementia.

Anesthesia nurses perceive non-pharmacological approaches as suitable to divert the patients' attention from the unknown and to reassure the patients with dementia. Pre- and perioperatively,

anesthesia nurses use physical touch, music, and verbal and non-verbal communication in caring for patients with dementia.

They express concerns that they are unsure as to whether they are making the correct assessments in relation to the choice of drug treatment versus using non-pharmacological approaches in a pre- and perioperative environment.

Anesthesia nurses are calling for clearer guidelines, to increase their competence in managing patients with dementia in the best possible way in both pre- and perioperative settings.

Keywords:

Dementia, non-pharmacological approaches, music, communication, anesthesia nursing, preoperative/perioperative, sedation, postoperative delirium

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	4
Innholdsfortegnelse	6
Forord	8
1 Innledning	10
1.1 Hensikt	11
1.2 Problemstilling	11
2 Relevant teori for studien	12
2.1 Anestesisykepleierens ansvars- og funksjonsområder	12
2.2 Hva er demens?	13
2.3 Hva er delirium?	14
3 Presentasjon av forskningsgjennomgang	17
3.1 Søkestrategi	17
3.2 Litteraturpresentasjon	17
4 Metode	21
4.1 Kvalitativ forskningsmetode	21
4.2 Metode for datasamling	21
4.3 Gjennomføring av forskningsintervjuene	23
4.4 Valg av analysemetoden	24
4.5 Transkribering	24
4.6 Systematisk tekstkondensering (STC)	25
4.7 Studiens kvalitet	29
5 Etikk	32
5.1 Tillatelser	33
6 Resultater	34
6.1 Ivaretagelse - av pasienter med demens i pre- og perioperativt setting	34
<u>Undertema: Omsorg - respekt - verdighet</u>	34
<u>Undertema: Avlede fra det ukjente</u>	35
6.2 Usikkerhet - ved å møte pasienten med demens på operasjon.....	38
<u>Undertema: Krevende pasientgruppe</u>	38
<u>Undertema: Når og hvor mye medikamenter</u>	39

<u>Undertema: Manglende kompetanse</u>	40
7 Drøfting	42
7.1 Ivaretagelse - av pasienter med demens pre- og perioperativ	42
<u>Undertema: Omsorg - respekt – verdighet</u>	42
<u>Undertema: Avlede fra det ukjente</u>	44
7.2 Usikkerhet - ved å møte pasienten med demens pre- og perioperativ	49
<u>Undertema: Krevende pasientgruppe</u>	49
<u>Undertema: Manglende kompetanse</u>	51
8 Konklusjon	54
Referanser/ Litteraturliste.....	56
Vedlegg 1 Figur 1-1 Søkeresultatet av artikler	60
Vedlegg 2 Informasjonsbrev og samtykkeskjema	
Vedlegg 3 Semistrukturert intervjuguide	
Vedlegg 4 NSD godkjenning	
Vedlegg 5 Samtykke til rekruttering fra seks sykehus i Norge	
Vedlegg 6 Signerte samtykkeskjemaer	

Forord

Denne masteroppgaven markerer slutten på et innholdsrikt innpass i mastergradstudiet i anestesi og to givende år ved Universitetet i Sørøst-Norge. Nesten ikke til å tro, Corona til tross!

Det å skrive en masteroppgave har vært en spennende og lærerik prosess. Jeg har lært mye om hvordan man forsker kvalitativt og hvordan vi bør møte pasienten med demens på operasjon for å gjøre dem trygge og i det hele tatt gi dem en god opplevelse. Jeg er blitt bevisst igjen på hvorfor jeg valgte å bli sykepleier.

Min stor inspirasjon var min elskede svigerfar Leif som døde på grunn av demens. Jeg var så heldig å kunne være sammen med ham de siste ti årene av hans liv hvor jeg lærte så ufattelig mye om demens, møte med helsevesen og ikke minst om Mozart og jazz fra 50-tallet.

Jeg vil rette en spesiell takk til min veileder Mette Tøien, for tålmodigheten og støtten gjennom en krevende prosess for meg, både på jobb og privat. Raske, konstruktive og til tider pirkete tilbakemeldinger når jeg har mistet pågangsmotet og stått fast i skrivingen kan ikke verdsettes nok. Du har vært en stor inspirasjon for meg!

En enorm takk til deltakere som stilte opp i intervjuene og viste en utrolig positiv og motiverende holdning overfor temaet.

Jeg vil også takke min venninne og yogalærer Ada Raknes for støtte, positivitet og ikke minst korrekturlesing. Hvordan ville vel oppgaven blitt uten deg?

Det er flere som hjalp meg som utlending med utforming og korrektur, og alle fortjener en stor, ydmyk og hjertelig takk.

Jeg kommer til å se tilbake på studietiden med stolthet, mestringsfølelse og stor takknemlighet for at jeg i det hele tatt fikk muligheten til å fordype meg i dette viktige temaet.

I studietiden har jeg vært så heldig å ha hatt mange gode venner rundt meg, som alltid gir meg motivasjon og troen på meg selv. Jeg kunne aldri ha vært foruten disse. Takk Merete Andersen og OkSoon Evtun.

En varm takk til min datter Sina. Vi to har skrevet en masteroppgave hver for seg og samtidig, og likevel hadde du tid for meg og mine spørsmål i periodevise intense tider. Jeg er så utrolig glad i deg – mein Kind.

Til slutt en stor takk til min venn Ryan som alltid viser et stort engasjement i det jeg gjør. Uten din tro på meg, dine positive ord og påminnelser om meningen og viktigheten av denne studien, hadde det vært vanskeligere å gjennomføre.

Tønsberg, 5. mai 2023

Heidi Elisabeth Teschke

1 Innledning

Tema for valgt oppgave er anestesisykepleiernes erfaringer og oppfatninger med ivaretagelse av pasienter med demens ved bruk av ikke-medikamentelle tilnærminger både i pre- og perioperativ setting.

Forventet levealder har økt med over 20 år siden begynnelsen av det 19. århundre og utviklingsforskning viser at levealderen øker fortsatt (Folkehelseinstituttet, 2021). Med økende alder øker også risikoen for en rekke sykdommer, blant annet demens (Engedal & Tveito, 2019).

I folkehelse rapporten er det påpekt at dersom aldersutviklingen ikke forandrer seg, vil økningen i forventet levealder i Norge medføre at antallet personer med demens mer enn dobles fra 2020 til 2050 i Norge, og firedobles mot år 2100 (Folkehelseinstituttet, 2021). Som følge av utviklingen har regjeringen laget en Demensplan 2025 som blant annet har som mål å øke forskning og kunnskap om forebygging og behandling av demens og å fremme utviklingen av mer demensvennlige sykehus (Helsedirektoratet, 2021).

Eldre og gamle utgjør i dag en stor pasientgruppe både i sykehus og i operasjonsavdelingen. Økt forventet levealder og redusert almenntilstand, sammen med redusert funksjonsstatus og organreserve, innebærer at den eldre kirurgiske pasient i utgangspunktet er en risikopasient.

En pasient med demens er sårbar. Det vises at sykehusinnlagte pasienter med demens, sammenlignet med andre eldre pasienter, har en mye større risiko for å utvikle delirium (Alcorn & Foo, 2016). De minste forandringer i tid og sted kan føre til stress for pasienten. Nye omgivelser, som en operasjonsavdeling ofte er, samt ukjente mennesker, kan øke usikkerheten til pasienten som igjen kan øke stressnivået, og pasienten kan reagere med angst. Stress og angst kan videre resultere i aggresjon og agitasjon (uro). Hvis pasienten ikke er samarbeidsvillig, og anestesisykepleier ikke kan få adekvat kontakt med pasienten, er sedasjon ofte et gitt alternativ for å kunne gjennomføre operasjonen.

Ifølge Neerland et al. (2013) er risikoen for postoperativt delirium påvirket av størrelsen på det operative inngrepet, ventetid til operasjon, samt bruk av sedativer. Postoperativt delirium er en alvorlig komplikasjon forbundet med forlenget sykehusopphold, kognitiv svikt og dødelighet (Paal, 2022). Stress i seg selv kan medvirke til utviklingen av delirium (Ranhoff, 2020).

Dette indikerer fordeler ved å redusere bruken av sedasjon i både pre- og perioperativ setting og å motvirke angst og stress hos pasienten. Noen studier viser positive effekter og resultater ved bruk av ikke-medikamentelle tilnærminger for å begrense utviklingen av postoperativt delirium (Fu et al., 2021).

Flere studier tyder på at en rekke ikke-medikamentelle tilnærminger kan være effektive for å berolige pasienter med demens (Fu et al., 2020).

Det er funnet begrenset med forskning om bruk av ikke-medikamentelle tilnærminger hos pasienter med demens i pre- og perioperativ setting.

Tema for oppgaven er relevant innen anesthesisykepleie, fordi anesthesisykepleier spiller en avgjørende rolle i ivaretagelse av pasienter med demens både i pre- og perioperativ setting (ANSF, 2016). Anesthesisykepleiernes utdanning er bygget på både teoretisk vitenskapelig grunnlag og praktisk kunnskap innen anestesi. De har gjort erfaringer basert på det teoretiske grunnlaget og har funnet ut, hver for seg, hva de mener er den beste tilnærmingen for å møte pasienter med demens både per- og perioperativt.

1.1 Hensikt

Oppgavens hensikt er å få kunnskap om hvordan anesthesisykepleiere opplever det pre- og perioperative møtet med pasienter med demens, hvilke erfaringer og eventuelle utfordringer de møter i denne settingen og hvordan deres oppfatninger er av ikke-medikamentelle tilnærminger for å ivareta pasientgruppen.

Studien er rettet inn mot regjeringens demensplan 2025 om å øke forskning og kunnskap om forebygging og behandling av demens og for å fremme utviklingen av et mer demensvennlig sykehus. Målet med studien er å kunne bidra til helsefremmende arbeid ved å øke kunnskapen innen anesthesisykepleie om ivaretagelse av pasienter med demens som skal opereres.

1.2 Problemstilling

Følgende problemstilling er utformet for masteroppgaven:

«Hva er anesthesisykepleieres erfaringer fra å ivareta pasienter med demens pre- og perioperativt, og hva er deres oppfatninger om ikke-medikamentelle tilnærminger?»

2 Relevant teori for studien

I dette kapittelet presenteres anestesisykepleierens funksjons og ansvarsforhold, lover og forskrifter som regulerer anestesisykepleierens yrkesutførelse og fagutvikling. Videre belyses aktuell teori om demens og delirium som oppgaven bygger på.

2.1 Anestesisykepleierens ansvars- og funksjonsområder

Anestesisykepleiere bør utføre sitt yrke i henhold til lover og forskrifter (Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere, ANSF 2016). I henhold til forskningsetiske retningslinjer har anestesisykepleiere et ansvar for å holde seg faglig oppdatert, samt stimulere til, og arbeide med fagutvikling og forskningsprosjekter. I Helsepersonelloven § 4 står at arbeidet som helsepersonell utfører, skal være i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som bør kunne forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 2001).

Fra Grunnlagsdokument (ANSF 2016) anses disse forhold spesielt relevante for studiens problemstilling og dermed gjeldende for denne oppgaven:

- Anestesisykepleiere skal arbeide kunnskapsbasert, og sykepleieutøvelsen skal bygge på forskningskunnskap, erfaringskunnskap og pasientkunnskap. Dette presiserer viktigheten av faglig oppdatering for å kunne yte et kvalitetssikret arbeid. Ved å lese og vurdere ny forskning, integrere gyldig og anvendbar forskningsbasert kunnskap, samt kontinuerlig evaluere eget og andres arbeid, kan kvaliteten på anestesisykepleierens omsorg og behandling av pasienter med demenssykdom forbedres. Denne studien gir en gjennomgang av nyere forskning innen demenssykdom og delirium, samt risikofaktorer som kan bidra til å utvikle delirium. Videre vil de kvalitative individuelle intervjuene kunne gi en evaluering av og refleksjon over, det vil si tanker rundt dagens praksis innen anestesisykepleie.

- Anestesisykepleien har en forebyggende, behandlende og lindrende funksjon. Anestesisykepleieren skal ved hjelp av relevant kunnskap og klinisk kompetanse ivareta pasientens behov for sykepleie og anestesi i den pre-, peri- og postoperative periode. Denne studien har fokus på den forebyggende og behandlende funksjonen i den pre- og perioperative perioden for å redusere risiko for utviklingen av postoperativt delirium.

- Anestesisykepleiere skal arbeide i team med anestesilege ved anestesi til store operasjoner og pasienter med mer komplekse sykdommer (ASA III og IV). Denne studien omhandler pasienter med demens som på grunn av høy alder og flere aldersbetingede sykdommer ofte er klassifisert i ASA III og IV. ASA er et klassifikasjonssystem som går fra 1 til 5, der 1 er en frisk pasient og 5 er en død

pasient. Pasientene klassifiseres etter sykdommer som vil kunne påvirke anestesisforløpet (ASA-klassifisering).

- Anestesisykepleiere skal administrere eller delta ved gjennomføring av sedasjon. Studien vil belyse anestesisykepleierens erfaringer i møte med pasienter med demens, som også innebærer erfaringer og deres vurderinger i bruk av sedasjon i pre- og perioperative settinger hvor anestesilege ikke alltid er til stede.

- Anestesisykepleiere skal yte tjenester med respekt for menneskeverd og den unike pasienten uavhengig av blant annet funksjonshemming og/eller sykdom. Å gjennomføre denne studien skal gjøres med respekt for menneskeverdet til pasienter med demens som i forskjellige grader er kognitivt og fysiologisk redusert på grunn av sykdom. Oppgaven belyser erfaringer hos anestesisykepleiere og har som mål å bidra med kunnskap for å kvalitetssikre behandling og tilnærming til pasienter med demens.

- Anestesisykepleiere bør ha avanserte kommunikasjonsferdigheter i gjennomføring av anestesi for å møte pasientens behov og for å hjelpe pasientene gjennom den perioperative fasen. Studien har gjort en gjennomgang og bevisstgjøring om hvordan pasienten med demens blir møtt og bør møtes både verbalt og ikke verbalt i pre- og perioperativ setting.

- Anestesisykepleiere bør ha avanserte kommunikasjonsferdigheter i gjennomføring av anestesi, for å møte pasientens behov og for å hjelpe pasientene gjennom den perioperative fasen. Studien har samlet teori om avanserte kommunikasjonteknikker, både verbale og nonverbale, i møte med pasientgruppen.

2.2 Hva er demens?

Demens er et syndrom, det vil si er en fellesbetegnelse for flere kroniske og progredierende sykdommer som rammer hjernen. Sykdommene debuterer ofte i alderdom, 95 prosent av alle med demens får tilstanden etter at de har fylt 65 år (Engedal & Tveito, 2019, s.360). Demens har kjennetegn som svikt av kognitive evner, svikt av emosjonell og sosial kontroll eller sviktende motivasjonsevne. Dette fører ofte til stadig mer begrenset funksjon i dagliglivet og videre til total avhengighet av hjelp (Engedal & Tveito, 2019, s.360). Årsakene til demenssykdommer er enda ikke kjent, men genetiske årsaker, levekår og miljø blir diskutert. Demensutviklingen kan pågå mellom fire og 20 år, hastigheten av sykdomsforløpet avhenger av hvilken demenssykdom som foreligger, og det finnes ennå ingen helbredende behandling (Engedal & Haugen, 2016, s.17).

Det finnes det ulike grader av demens, fra mild grad til alvorlig grad. Ved mild grad endres oppfatning og tenkning, og hukommelse og språkevne reduseres. Ved moderat grad er angst, depresjon og rastløshet vanlig. Den alvorlige graden er preget av handlingssvikt og hjelpeløshet, samt balansesvikt og økende gangproblemer (Engedal & Haugen, 2016, s.18). Demens kan også medføre problemer med orientering i rom og retning, samt svekket tanke- og kommunikasjonsevne (Engedal & Tveito, 2019, s.361).

NTNU gjennomførte i 2017-2019 en helseundersøkelse i Trøndelag (Hunt 4) som inkluderte 9930 personer i alderen 70 år eller eldre, og av disse hadde 14,6 prosent demens. Det vises at forekomsten av demens stiger fra 5,6 prosent i gruppen 70–74 år til 48,1 prosent i gruppen 90 år og eldre. Demens forekommer hyppigere blant kvinner enn blant menn. Tallene er vurdert som representative for Norge som helhet (Folkehelseinstituttet, 2021, GjØra et al., 2021).

De fleste mennesker med demens endrer reaksjonsmønster og adferd under sykdomsforløpet, og enkelte vil etter hvert utvikle det som ofte kalles adferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens, forkortet APSD på norsk eller nevropsykiatriske symptomer. Adferds-symptomer som aggresjon, apati, manglende hemninger og irritabilitet eller psykologiske symptomer som vrangforestillinger, hallusinasjoner, angst og depresjon kan opptre (Engedal & Tveito, 2019, s.372-375). Adferden kan være et uttrykk for smerte og lignede, eller den kan være et forsøk på å mestre egen funksjonssvikt eller være en reaksjon på en endret livssituasjon. Språkvansker skaper ofte frustrasjoner og utrygghet hos pasienten (Engedal & Tveito, 2019, s.375)

Det finnes flere typer demens hvor den kognitive svikten kan være forskjellig. Den hyppigst forekommende demenssykdommen er Alzheimers sykdom (om lag 60 prosent), fulgt av (nest hyppigst) vaskulær demens (10-20 prosent), Lewy-legemer (om lag 4 prosent) og frontotemporal demens (om lag 2 prosent). Flere av de aller eldste personene har dobbeltdiagnoser som Alzheimer og vaskulær demens (Engedal & Tveito, 2019, s.376).

I kunnskapssøket ble alle variantene av demenssykdom benyttet for å kunne utvide søket, men det er ikke skilt mellom de forskjellige typene demens videre i oppgaven. Denne studien omhandler alle typer demens.

2.3 Hva er delirium?

Delirium, også kalt akutt forvirring, karakteriseres som akutt innsettende endringer i bevissthetsnivå, oppmerksomhet og kognisjon, ofte ledsaget av persepsjonsforstyrrelser samt endringer i søvn/våken-

rytme (Neerland et al., 2013). Tilstanden kan fluktuere gjennom hele døgnet og skal ikke kunne forklares av en allerede kjent kognitiv lidelse (Neerland et al., 2013). Det finnes ingen medikamentell behandling som kan forebygge delirium, og det finnes lite evidens om hvilke medikamenter som innvirker på delirium (Oh & Park, 2019, s.7). Årsakene til delirium er som oftest multifaktorielle og skyldes komplekse interaksjoner mellom predisponerende og utløsende faktorer (Oh & Park, 2019, s.9). Utløsende faktorer kan være blant annet hoftebrudd, kirurgiske inngrep, smerter, polyfarmasi og sederende medikamenter, infeksjoner, dehydrering, metabolske forstyrrelser, hjerneslag og akutt koronarsykdom (Neerland et al., 2013). Alle akutte somatiske sykdommer og traumer kan utløse delirium (Neerland et al., 2013). Det kan være vanskelig å skille mellom organiske og psykologiske mekanismer som har betydning for den gamle som har delirium (Engedal & Tveito, 2019, s.350). Dette er spesielt synlig hos den demente, hvor det foreligger hjerneorganisk sykdom, og hvor psykologiske stressfaktorer utløser en tilstand som symptomatisk ser ut som delirium, men ikke er delirium (Engedal & Tveito, 2019, s.350).

Tilpassing av pasientens omgivelser og miljø for å maksimere sikkerhet, ro og trygghet er gunstig for å forebygge delirium, og vil også kunne redusere frykt assosiert med delirium (Oh & Park, 2019, s.8). Samtidig vises det at ikke-medikamentelle intervensjoner er nyttige i både forebygging og behandling av delirium (Oh & Park, 2019, s.8).

Hos sykehuspasienter er delirium forbundet med funksjonssvikt, forlenget liggetid og dermed økte kostnader (Ranhoff, 2020, s.458). Delirium kan klassifiseres i delirium som er til stede ved innleggelsen i sykehus (prevalent), og delirium som utvikles under sykehusoppholdet (insident). Insident delirium er mulig å forebygge (Ranhoff, 2020, s.464).

Videre kan delirium inndeles i tre forskjellige varianter som har ulike psykomotoriske tempo. Disse variantene er hyperaktivt delirium, hypoaktiv delirium og blandet delirium (Engedal & Haugen, 2018, s.153-154).

I denne oppgaven benyttes fellesbetegnelse delirium uten å gå nærmere inn på de forskjellige formene av delirium.

Risikofaktorer for å utløse postoperativt delirium

European Society of Anesthesiology (2015) presenterer evidensbaserte studier av pre-, peri- og postoperative risikofaktorer for utvikling av postoperativt delirium (Oh & Park, 2019, s.6):

- Preoperativt: Høy alder og komorbiditet som cerebrovaskulære sykdommer inkludert hjerneslag og demens, kardiovaskulære og perifere vaskulære sykdommer, diabetes, anemi, Parkinsons sykdom, depresjon, kroniske smerter, angstlidelser og høyt alkoholforbruk.
- Perioperativt: Størrelsen på det operative inngrepet (abdominal og kardiotorakal), blødning.
- Postoperativt: Smerte

I følge Mosk et al. (2017, s.421) er de viktigste risikofaktorene høy alder, høy komorbiditet, demens, tidligere delirium, funksjonell avhengighet, lavt postoperativt hemoglobinnivå og høyt antall blodtransfusjoner. Fasting, dehydrering, hypo- og hypernatremi og ventetid til operasjon er også nevnt.

Ved forekomst av flere risikofaktorer samtidig øker sannsynligheten/risikoen for å utvikle postoperativt delirium.

En rekke anestesilogiske medikamenter som virker dempende på hjernen kan utløse postoperativt delirium, mens polyfarmasi generelt har en høyere risiko. Ifølge Ranhoff (2020, s.465) kan særlig beroligende midler og narkosemidler fremprovosere utvikling av delirium, fordi disse virker hemmende på nevronene ved at de endrer metabolismen. Analgetika og sedativer kan gi respirasjonssvikt, som fører til hypoksi og videre påvirker hjernen fastslår Ranhoff (2020, s.465). Hun påpeker at uhensiktsmessige stressresponser formidlet gjennom det sympatiske nervesystem som acetylkolin, noradrenalin, adrenalin ved stress, frykt og angst kan være en videre utløsende faktor (Ranhoff, 2020, s.465, Engedal, 2016, s.76).

Høyest forekomst av postoperativt delirium er registrert hos pasienter med demens som er operert for lårhalsbrudd. Der er antatt årlig 9000 lårhalsbrudd i Norge (Johnsen et al., 2015, s.523). For at pasienten kan opereres for lårhalsbrudd må pasienten enten få narkose eller spinalanestesi, som igjen medfører bruk av analgetika og/eller sedativer. Utløsende faktorer kan også være fysisk og psykisk stress, som fysiske smerter, store miljøforandringer og sorg. Også tilstander som fører til økt behov for oksygentilførsel, som feber og lavt blodsukker, øker risikoen for å utvikle postoperativt delirium (Engedal, 2016, s.76).

3 Presentasjon av forskningsgjennomgang

I dette kapittelet presenteres den søkestrategien som er benyttet for å finne forskning relevant for oppgavens tema.

3.1 Søkestrategi

Det ble utført et systematisk litteratursøk i februar i databasene Medline, Cinahl, PubMed og SveMed+ for å finne litteratur om anestesisykepleieres erfaringer med pasienter som har demens og om ikke-medikamentelle tilnærminger og demens. Søkene er gjort ved å bruke medisinske og helsefaglige termer (MeSH-ordene), både på norsk og engelsk, og kombinert med AND og OR i henhold til problemstillingen. Søke-begrepene omhandler pre- perioperativ pleie/ pre- perioperative pasient care og dementia og ble kombinert med kommunikasjon/ communication, musikk/ music, ikke-medikamentelle tilnærminger/ non-pharmacological interventions og sedasjon/ sedation. Disse ble igjen kombinert med MeSH-ordene anestesi/ anaesthesia, anestesisykepleier/ anesthesia nurse og postoperativt delirium.

I tillegg til det systematiske søket, ble det utført et kunnskapssøk i UpToDate relatert til artikler om demens, pre- og perioperativ setting og ikke-medikamentelle tilnærminger. Det er benyttet evidenshierarkiet som er presentert i Polit & Beck (2021, s. 25), hvor oversiktsartikler rangeres som høyeste evidens.

Inkluderingskriterier var at artiklene er fagfellevurdert, bygget over IMRaD-strukturen (Introduksjon-Metode-Resultater-and/og-Diskusjon) og er godkjent av det etiske komité. Artikler eldre enn ti år ble ekskludert.

Søkeresultater av artikler er vedlagt oppgaven (vedlegg 1).

3.2 Litteraturpresentasjon

Det er funnet kun en forskningsartikkel om temaet ikke-medikamentelle tilnærminger i pre- og perioperativ setting hos pasienter med demens: en kvalitativ studie om kommunikasjon i møte med pasienter med demens perioperativt.

Det er også funnet en litteraturstudie hvor effekten av musikk perioperativ ble undersøkt. Denne studien viser mest kontekst i forhold til oppgavens problemstilling. De to studiene har sammenfallende resultater hvilket bidrar til å styrke studienes validitet og reliabilitet.

Det er funnet en prosjektplan om en planlagt RCT-studie av Fu et al., (2021). Her skal 508 eldre deltakere deles i to grupper, hvor den ene gruppen hører på musikk perioperativ og den andre gruppen bare får sedativer. Målet er å undersøke om musikk kan redusere utviklingen av postoperativt delirium. Studiens planlagte omfang viser i seg selv viktigheten og relevansen av forskning innen temaet demens og reduksjon av postoperativt delirium ved bruk av musikk og er derfor valgt å nevnes her.

Videre funn og valg av forskningsartikler er nyttige for å belyse relevansen for det valgte temaet, men belyser bare delvis valgt problemstilling.

Felles for studiene er at den perioperative settingen for pasienter med demens er undersøkt med fokus på risikoen for å utvikle postoperativt delirium.

***Experience of anaesthesia nurses of perioperative communication in hip fracture patients with dementia* av Krupic et al., (2016)**

En kvalitativ studie hvor anestesisykepleieres erfaringer med kommunikasjon perioperativ hos pasienter med demens er undersøkt. Det er benyttet ti individuelle intervjuer, hvor data er analysert med kvalitativ metode. I studien ble det påpekt at pasienter med demens har behov for vante og trygge omgivelser, noe som ikke er gitt ved sykehusinnleggelse og på operasjon. Resultatet i denne studien indikerer at kommunikasjon i den pre- og perioperative fasen er viktig for å redusere stress og angst hos pasienten. Det ble påpekt behovet for at helsepersonell utvikler en mer grundig forståelse om demens og kommunikasjonsteknikker, for å bli dyktigere i å yte en mer personsentrert omsorg.

***Effect of perioperative music on medication requirement and hospital length of stay* av Fu et al., (2020)**

En omfattende litteraturstudie for å vurdere og kvantifisere effekten av perioperativ musikk på medisinsbehov, og lengden på sykehusopphold og tilhørende kostnader hos voksne kirurgiske pasienter. Tidligere studier hadde rapportert de fordelaktige resultatene av perioperativ musikk.

Fu og teamet hans gjennomførte et detaljert litteratursøk, ved å bruke en studiescreeningsprosess for å identifisere passende artikler/rapporter.

Femtifem studier (4968 pasienter) ble inkludert i den kvalitative syntesen og 33 studier (2390 pasienter) i metaanalysen. Det var en høy grad av enighet (85%) om studieinkludering, risiko for skjevhetsvurdering og datautvinning, og alle uenigheter ble løst gjennom gjensidig diskusjon.

Studiens resultater er at perioperativ musikk reduserer signifikant postoperativt opioidbehov, signifikant redusert intraoperativt propofol- og midazolambehov, samtidig som man oppnådde samme sedasjonsnivå, og det ble ikke observert noen signifikant reduksjon i liggetid.

Adherence to published guidelines for perioperative care of the elderly: a survey of Scottish anaesthetic departments av Clark et al., (2022)

En nettbasert spørreundersøkelse med ti spørsmål ble sendt til alle skotske anesthesiavdelinger med en svarprosent på 92,6 % (25 av 27 avdelinger) fra november til desember i 2020. Tre spørsmål stilt spesifikt om screening for kognitiv svikt og skrøpelighet preoperativt og om det kommuniseres til pasienter og deres pårørende. Ytterligere tre spørsmål tok for seg pleie av pasienter med demens i den umiddelbare perioperative perioden og om avdelinger har gjennomført noen opplæring i perioperativ pleie av eldre pasienter som gjennomgår anestesi og kirurgi. Clark et al. uttaler at det er en stor mengde bevis som tyder på at multidisiplinær behandling forbedrer både perioperativ sykkelighet og dødelighet hos eldre pasienter (Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland 2014), men at det er behov for mer data. Det viktigste for dette er inkludering av en geriatrisk lege i koordineringen av perioperativ behandling.

Det må erkjennes at utformingen av undersøkelsen var avhengig av at en nominert person svarte på vegne av deres avdeling. I mange tilfeller hadde denne personen ikke noe formelt ansvar for geriatrisk anestesi, og noen få hadde ingen spesiell interesse for geriatri, men erklærte interesse for forhåndsvurdering.

Som konklusjon antyder Clark et al. at utnevningen av en leder i geriatrisk anestesi i hver avdeling ville være som fordel for pasientene med demens, og ville være et skritt i riktig retning.

Perioperative management of patients with dementia av Alcorn & Foo (2017)

En oversiktsartikkel som fokuserer på perioperativ behandling av pasienter med demens, og fremhever 5 hovedpunkter. To av disse er at:

- Acetylkolinesterasehemmere er bærebjelken i demensbehandling; signifikante interaksjoner mellom nevrologiske blokkerende midler og antidemensmedisiner kan forekomme.
- En multimodal tilnærming (inkludert opplæring av personalet, minimalisering av bruk av beroligende medisiner og effektiv multimodal analgesi) kan redusere forekomsten av komplikasjoner som postoperativt delirium.

Dementia and Delirium, the outcomes in elderly hip fracture patients av Mosk et al., (2017)

En RCT-studie hvor 566 eldre pasienter (>70 år) er inkludert, beskriver risikofaktorer som kan utløse postoperativt delirium hos pasienter som opereres for lårhalsbrudd. Studien viser at eldre pasienter med hoftebrudd er sårbare for delirium og at det er en enda høyere forekomst hos pasienter med demens. Det vises at pasienter med høy alder kan være skrøpelige pga dårlig ernæringsstatus og aldersrelatert sykdom, og en stor andel av denne pasientgruppen har demens. Denne gruppen er ofte mer utsatt for komplikasjoner enn unge friske mennesker.

Denne studien har flere begrensninger. Den ble satt opp retrospektivt og derfor kunne ikke alle predikerer for delirium samles, og noen data var ufullstendige. Kognitiv svikt eller demens ble evaluert ved hjelp av medisinske notater. Det ble ikke gjort noen forskjell mellom alvorlighetsgraden av kognitiv svikt. I tillegg melder demens seg ofte ved innleggelse, noe som kan føre til en undervurdering av antall pasienter med demens i denne studien. Styrken med denne studien er at et stort antall pasienter blir undersøkt.

Studien viste en deliriumforekomst hos alle pasientene på 34,3 %. Ettersom 57,7 % av pasientene med demens led av delirium, så demens ut til å være en av de viktigste risikofaktorene for delirium.

Postoperative delirium, Oh & Park (2019)

En oversiktsartikkel som har et stort fokus på postoperativt delirium, men gir ytterligere bevis på behovet for større oppmerksomhet ved identifisering og behandling av delirium hos preoperative pasienter, og fremhever nytten av ikke-farmakologiske intervensjoner i både forebygging og behandling av postoperativt delirium.

Noen av disse ikke-medikamentelle intervensjonene er listet opp, for eksempel å modifisere en pasients omgivelser for å maksimere følelsen av trygghet og ro i det omkringliggende miljøet, og behovet for å gi trygghet for å redusere frykten og uroen forbundet med delirium. I tillegg til omsorgen gitt av personalet, kan familie eller nære venner være ekstremt viktige i behandlingen av pasientens symptomer.

Oh & Park gjentar at systematiske intervensjoner bør integreres gjennom en teambasert flerkomponent tilnærming, i et forsøk på å redusere forekomsten og varigheten av delirium, og understreker at det er viktig at alt medisinsk personell som er involvert har en felles forståelse av delirium, og opprettholder konstant kommunikasjon med hverandre.

4 Metode

4.1 Kvalitativ forskningsmetode

Jeg har valgt å benytte en kvalitativ metode for å besvare problemstillingen. Metoden er egnet for å få vite mer om menneskelige subjektive erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger og holdninger som jeg var ut etter (Malterud, 2017, s.34).

Malterud (2017) anbefaler kvalitativ metode der problemstillingen ikke gir svarkategorier på forhånd og der det letes etter nye spørsmål som kan være nyttige for videre utforskning. Målet med denne metoden er å utforske og belyse meningsinnhold i sosiale og kulturelle fenomener og for å bidra til utvikling av ny kunnskap spesielt der kunnskapsgrunnlaget i utgangspunktet er tynt (Malterud, 2017, s. 31 -32). Med valgt metode ønsker jeg å få utdypende kunnskap om anestesisykepleieres erfaringer og eventuelle utfordringer ved å møte pasienter med demens i både pre- og perioperativ setting og deres oppfatninger overfor ikke-medikamentelle tilnærminger. Samtidig har søk i ulike databaser vist at det er veldig begrenset forskning på temaet, og det er funnet bare en studie som har brukt kvalitativ metode.

4.2 Metode for datasamling

Det er brukt semistrukturerte individuelle intervjuer for å samle kunnskap som bør besvare problemstillingen. Hvis man vil forske på fenomener som gjelder individuelle erfaringer, er semistrukturerte individuelle intervjuer en måte å få mest mulig relevante data med optimal relevans og validitet for problemstillingen (Kvale & Brinkmann, 2019, s.44).

Det ble benyttet en semistrukturert intervjuguide som hjelpemiddel for å minne meg om temaer i samtalen. Ved å bruke semistrukturert intervjuguide er temaene fastlagt i forkant, mens rekkefølgen kan forandres underveis. Malterud (2017, s.134) nevner at det mest robuste materialet skapes når deltakere kan fortelle konkrete historier, det kalles «*critical incident technique*». Jeg har valgt å bruke «kan du fortelle» etter hvert spørsmål i intervjuguide og i gjennomføring. Det ble forsøkt å stille like og åpne spørsmål til alle deltakerne. Spørsmål som kunne besvares kun med ja og nei ble forsøkt unngått.

Spørsmålene ble testet i et pilotintervju to dager før de første intervjuene. Gjennom pilotintervju ble jeg kjent med både intervjuformen på Zoom og lydopptakeren. Det ble gjort noen små justeringer i

intervjuguiden, og det viste seg at jeg måtte snakke tydeligere og gi deltakeren mer tid til å svare. Intervjuguiden består av tre åpne spørsmål (vedlegg 3).

Rekruttering og utvalg

I en kvalitativ studie er det ønskelig å etablere et strategisk utvalg med best mulig potensial til å belyse problemstillingen. Intern validitet står sentralt i strategisk utvalg i henhold til materialet, som bør ha god informasjonsstyrke. Dette skulle gi best grunnlag for tolkninger og samtidig kunne fortelle noe nytt (Malterud, 2017 s.58 og s.205).

Balansen mellom kunnskap og vekt på mangfold for å representere god informasjonsstyrke var viktig for meg i utvalg av deltakere (Malterud, 2017, s.59). Antall deltakere ble satt fra seks til åtte anestesisykepleiere, som ble ansett som et stort nok antall for å få rikelige data. Antallet bør i utgangspunktet ta høyde for eventuelle bortfall. For å sikre homogenitet benyttet jeg demografiske variabler som tilhørighet, utdannelsesnivå og yrke (Malterud, 2017, s.59). Det vil si at jeg etablerte et strategisk utvalg til studien med å rekruttere anestesisykepleiere som hadde erfaring fra klinisk praksis i anestesi på en sentraloperasjonsavdeling fra fem vilkårlig valgte sykehus i Norge. Da erfaringer blant annet dannes på grunnlag av kunnskap, ønsket jeg å rekruttere deltakere som har minimum tre års erfaring som anestesisykepleier og jobber på en sentraloperasjon. Det var helt avgjørende for meg at deltakerne har jevnlig erfaring med pasienter med demens både pre- og perioperativt. Intervjuene ble utført på andre sykehus enn mitt eget, da jeg ikke ønsket å ha deltakere jeg kjente fra før. Informasjonen jeg ville få skulle dermed ikke kunne påvirkes av min person. I tillegg kunne deltakere kanskje kommet med mindre informasjon fordi det antas at jeg som kollega vet hvordan jobben fungerer.

Det var også valgt ulike sykehus fordi miljøene på anesthesiavdelingene kan være forskjellige, og oppgaven bør belyses i et større perspektiv for å få bredere kunnskap, samt for å eliminere bias (Polit & Beck, 2021, s.262). Målet med utvalget var å få rike og varierte svar som kan gi best mulig belysning av problemstillingen (Polit & Beck, 2021, s.263). Utvalg av kjønn, det vil si fordeling av menn og kvinner, var ikke vesentlig for å kunne besvare oppgaven. Jeg var mer opptatt av å få variasjon i utvalget, for å få frem data som kan gi ny kunnskap og åpne for nye spørsmål. Forespørselen om rekruttering av deltakere ble sendt via e-post til forskningsavdelingene på flere tilfeldig valgte sykehus i Norge. Etter tillatelse fra forskningsavdeling og/eller Verneombud, avhengig av sykehusets rutiner for forskning, kontaktet jeg både lederen for anestesi og avdelingssykepleier, med ønske om tillatelse og rekruttering for å få gjennomføre ett til to intervjuer

hos dem. Rekrutteringen av deltakere ble gjort via e-post der avdelingssykepleier sendte ut et invitasjons- og informasjonsskriv til sine ansatte.

Jeg fikk til sammen rekruttert seks anestesisykepleiere fra fem sentraloperasjoner ved ulike sentralsykehus i Norge. Deltakerne ga sitt skriftlige samtykke før intervjustart, på denne måten var jeg sikret at deltakere var informert om studien før deltakelse (vedlegg 5).

4.3 Gjennomføring av forskningsintervjuene

Kvalitativt forskningsintervju blir ofte beskrevet som et håndverk som må læres gjennom praksis. Forskerens ferdigheter, kunnskap og personlige skjønn er avgjørende for å få kunnskapsrik informasjon (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 85). I perioden juli til august 2022 gjennomførte jeg seks semistrukturerte intervjuer ved fem forskjellige sykehus i Norge. Hvert intervju varte i 45 - 60 minutter. Jeg gjennomførte intervjuene via Zoom på universitetets plattform. Slik unngikk jeg frafall på grunn av den aktuelle Corona-situasjonen og smitterisikoen. Ut fra egne erfaringer er Zoom-møter også en fordel da det er rimelig lett å avtale en tid. Jeg behøvde heller ikke velge bort deltakere på grunn av geografi og reisevei.

Det ble benyttet Digital diktafon for å ta opp samtalen i intervjuene. Lydopptak er en fordel fordi intervjuet blir bevart i sin helhet, og det er velegnet når materialet er samtaledata (Malterud, 2017, s.73).

For at deltakerne skulle føle seg trygge og ivarettatte, brukte jeg tid før intervjustart på å presentere meg, begrunne valget av tema og forklare planlagt fremgangsmåten for intervjuet. Deltakerne fikk også mulighet til å stille spørsmål før intervjustart, dersom de hadde behov for det. I intervjuene benyttet jeg meg selv som instrument ved å vise forståelse og empati, og oppmuntret hver enkelt med vennlighet for å få dem til å snakke fritt om egne erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2019, s.121). Jeg søkte å ha en balanse mellom kunnskapsinnhenting og de etiske sidene i den emosjonelle og menneskelige interaksjon som Kvale & Brinkmann (2019) beskriver som «empatisk intervjuing» eller «vennshipsmetode» (Kvale & Brinkmann, 2019, s.121).

I selve intervjuene var min rolle å lytte med åpent sinn og ikke ha svarene klare på forhånd. Alle intervjuene viste personlig preg og samtaleflyt. Alle deltakere opplevdes som interesserte og positive til å kunne bidra med forskjellig erfaringer.

Jeg opplevde en økende selvsikkerhet i løpet av intervjufasen. Spesielt ved de første to intervjuene var jeg nervøs og følte noen ganger at jeg ikke var tydelig nok i hvordan jeg valgte å presentere

spørsmålene. Etter hvert intervju ble jeg mer fokusert og målbevisst, fordi jeg lærte hvordan jeg bør velge mine ord for å få god informasjon. Dette ga en bedre kvalitet på intervjuene og en god mestringsfølelse.

4.4 Valg av analysemetoden

Det er valgt Malteruds systematiske tekstkondensering (STC) som analysemetode. Metoden har som mål å finne fram til nye beskrivelser, begreper, eller nye teoretiske modeller (Malterud 2017, s. 85). STC er utviklet for å gi nybegynnere en systematisk og enkel innføring i hvordan analyseprosessen bør gjennomføres og man trenger ikke særlig filosofisk kompetanse. Den er inspirert av Giorgis fenomenologiske analysemetode (1985, 1989) og modifisert av Malterud (2017). Ifølge Malterud (2017) krever all vitenskapelig analyse en eller annen form for filtrering og reduksjon (Malterud, 2017, s.96). Analysemetoden ga meg en trinnvis veiledning i hvordan jeg skulle strukturere, rydde og sortere et meget omfattende datamateriale videre til funn som kan belyse problemstillingen. Metoden deler imidlertid fenomenologiens oppfatning om at erfaringer fra subjektets livsverden er gyldig kunnskap, som likevel ikke behøver å være grunnleggende kunnskap i et analyseperspektiv for STC. Analysen krever ikke at forskeren har filosofisk kompetanse, ut over en vitenskapsteoretisk basiskunnskap om kvalitative forskningsmetoder (Malterud, 2017, s. 115-116).

4.5 Transkribering

Intervjuene ble transkribert direkte etter hvert ferdig intervju; slik ble jeg ekstra godt kjent med materialet. Å transkribere selv betydde å selv være mellomledd mellom tale og tekst og kunne gjenoppleve erfaringer fra intervjuene. Dette åpnet opp for et nytt møte med teksten og ga rom for andre slutninger og ettertanker enn da opptaket ble gjort (Malterud, 2017, s.80). På denne måten ble det også mulig å se kritisk på innholdet og vurdere måten å stille spørsmål til neste intervju. Formålet med transkripsjonen var å fange samtalen i en form som representerte anestesisykepleiernes egne fortellinger. Jeg har gjort transkriberingen så godt jeg har kunnet og har forsøkt å fange opp det som ble sagt på best mulig måte. Teksten ble skrevet på bokmål, og moderert til en mer lettlest utgave hvor muntlige uttrykk, gjentakelser og pauser ble utelatt (Malterud, 2017, s.78-79).

Transkriberingen opplevdes som utfordrende og også tankevekkende. Forskjellige norske dialekter var til tider utfordrende for meg fordi jeg ikke har norsk som morsmål og fordi flere av deltakerne også snakket veldig fort. Det var tankevekkende fordi det gjorde meg bevisst på den non-verbale kommunikasjonen og hvor viktig den var for meg i transkriberingsprosessen. Samtidig er stemningen i et intervju vanskelig å fange opp bare med det som ble sagt. Ordene kunne ha fått en annen betydning hvis jeg som transkriberte ikke hadde gjennomført intervjuene selv.

4.6 Systematisk tekstkondensering (STC)

Grunnlaget for STC er enheter i teksten som ble funnet av forskeren for å utvikle databaserte kategorier. Kategoriene brukes til å reorganisere teksten for å få meningsinnholdet tydelig frem. Analysen gjennomføres i følgende fire trinn: 1) danne helhetsinntrykk, 2) identifisere meningsdannende enheter, 3) abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene og 4) sammenfatte betydningen av dette.

Analysemetoden har fellestrekk med flere andre analysemetoder. Det er spesifikt for STC å bruke relativt få temaer og kodegrupper. Det er også en egen fremgangsmåte for abstrahering når dataene er kodet for å utvikle et kondensat. Dette skiller seg ut fra andre analysemetoder (Malterud, 2017, s. 98).

Fire trinn for innholdsanalyse:

1 Helhetsinntrykk

I det første trinnet i analysen bør man bli kjent med datamaterialet (Malterud, 2017, s.99-100). For å danne meg et helhetsinntrykk leste jeg gjennom råmaterialet uten å ta notater. Ved påfølgende gjennomlesninger vurderte jeg mulige temaer som representerer anestesisykepleierens erfaringer med å møte pasienter med demens i pre- og perioperativ setting og deres holdninger overfor ikke-medikamentelle tilnærminger. Å lese gjennom råmaterialet selv opplevde jeg som en fordel, fordi jeg kunne huske momenter som i noen situasjoner ga ordene en annen mening.

Jeg vurderte åtte forskjellige temaer som relevante for den videre analysen: relasjon, redsel for at pasienten utvikler delir, krevende gruppe, analgesi, sedasjon, å synes synd på pasienten, den typiske demente pasient med hoftebrudd, etisk dilemma.

2 Meningsbærende enheter

I det andre trinnet bør teksten leses mer systematisk for å identifisere meningsbærende enheter (Malterud, 2017, s.100-105). Med meningsbærende enheter menes tekstelementer som har sammenheng og bærer med seg kunnskap om de foreløpige temaene (Malterud, 2017). I systematisk tekstanalyse (STC) blir ikke hele teksten ansett som meningsbærende, bare de deler av teksten som skiller seg ut å være relevante for å kunne belyse problemstillingen. Malterud (2017) anbefaler at en bør være minst to personer for å gjennomføre analysen. Dette for å skape et analytisk rom med flere nyanser. Jeg fikk hjelp av en kollega i denne prosessen. Dette opplevde jeg som veldig nyttig, fordi jeg på dette tidspunktet følte at jeg hadde sett meg blind på teksten og nå kunne se den med nye øyne. Ved hjelp av temaene fra forrige fase ble det plukket ut meningsbærende enheter i teksten som passet inn i disse temaene. Kodingen innebærer systematisk dekontekstualisering, hvor deler av den opprinnelige teksten hentes ut (Malterud, 2017). Kodingen ble gjennomført ved klipp og lim av tekstbiter for å få en bedre organisert oversikt. Vi jobbet induktivt etter anbefalingen fra Malterud (2017), hvor vi først kodet og deretter vurderte resultatet. Etter at det var etablert nye koder gikk vi igjen gjennom teksten, slik at vi kunne se nye meningsbærende enheter med fokus på deltakerens subjektive opplevelser. En slik fleksibel prosess mener Malterud er en forutsetning for at noe nytt blir synlig og at man kan fange dette opp igjen på en systematisk måte. Kodeprosessen bør sees i lys av problemstillingen, min forforståelse og den teoretiske referanseramme. Videre er det anbefalt å samle tre til fem reviderte foreløpige temaer som danner grunnlag for såkalte kodegrupper (Malterud, 2017). Etter flere vurderinger endte vi til slutt opp med disse tre hovedtemaene: usikkerhet, medfølelse og ivaretagelse.

Temaene jeg kom frem til var overraskende og uforventet ved utforming av problemstillingen og intervjuguiden. Dette er et godt tegn på kreativ analyse ifølge Malterud (2017).

3 Kondensering

I det tredje trinnet av analysen bør den sorterte informasjonen abstraheres (Malterud, 2017, s.105-108). Dette gjør man ved å systematisk hente ut mening i utsagnene ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som har blitt kodet sammen. Her er målet å sitte igjen med et mer oversiktlig materiale og ikke lenger et uoverkommelig tekstmateriale. På dette stadiet satt jeg med tre kodegrupper som burde kunne gi kunnskap om noe nytt og viktig med fokus på problemstillingen. Innenfor den enkelte kodegruppe så jeg mange ulike nyanser som beskrev forskjellige meningsaspekter av det som kodegruppen omfattet. Jeg sorterte derfor materialet innenfor den enkelte kodegruppe i tre til fem subgrupper.

Jeg som forsker opplevde at både min motivasjon for å ta opp dette temaet og min egen faglige kunnskap påvirket både hvordan jeg leste teksten og hvilke hovedtemaer og undertemaene som jeg kom fram til. Derfor var det til stor hjelp å kunne drøfte temaene med min veileder. Hensikten var å skape rom for flere tolkninger med sikte på å belyse prosjektets problemstilling.

Deretter ble kodegruppene sortert til subgrupper, for å gjøre hovedaspekter i kodegruppen tydelig. STC omfatter et begrep som kalles kondensat, «et kunstig sitat» (Malterud, 2017). Videre har jeg gått igjennom hver meningsbærende enhet i subgruppen, og tatt stilling til om det bør inngå i kondensatet eller ikke. Det var flere meningsbærende enheter som gjentok seg, og jeg forsøkte å velge det uttrykket som best bærer med seg de andre beslektede tekstdelene (Malterud, 2017).

Ifølge Malterud (2017) er målet at kondensatet bør utgjøre en sum av deltakernes stemmer om det fenomenet som den bestemte subgruppen forteller om. Det ble valgt et «gullsitat» som kunne best mulig illustrere det som er abstrahert fra meningsbærende enheter til tekst. For å være så tekstnært som mulig ble det benyttet jeg-form i de kunstige sitatene.

4 Syntese

I siste trinn bør alle analysetrinnene rekontekstualiseres, til sin endelige utforming (Malterud, 2017, s.109-110). Anestesisykepleiernes ulike erfaringer og holdninger ble sammenfattet til en beskrivende tekst innenfor hver kode. Underveis i arbeidet med de nye kodegruppene og kondenseringen ble det naturlig å gjøre justeringer innen hver kodegruppe og subgruppe for å redusere både antallet kodegrupper og subgrupper. Problemstillingen var førende for hvilke undertema som ble tatt med videre i analysen. Videre ble kondensatene brukt til å lage en analytisk tekst, sammen med et treffende gullsitat for å gjenspeile den overordnede meningen deltakere hadde gitt uttrykk for i de ulike subtemaene. De subtemaene som ikke svarte på problemstillingen, ble fjernet. Her fikk jeg hjelp av veileder for å sortere subtemaene ytterligere.

I teksten ble det brukt tredje-persons-formen fordi her bør mest mulig gjenfortelles på vegne av deltakere slik at ny kunnskap kan dannes.

Analysen kom frem til to hovedtemaer med to og tre subtemaer.

I avslutningen på STC anbefaler Malterud (2017) å validere funnene i de analytiske tekstene og navnene på resultatkategoriene. Målet er å rekontekstualisere resultater opp mot empiri. Dette gjorde jeg ved å lese gjennom de opprinnelige intervjuene som betegnes som rådata. Videre satte jeg sammen bitene fra den opprinnelige teksten og satte delene opp mot helheten, hvor jeg prøvde å beholde deltakernes stemmer gjennom en lojal og riktig fremstilling (Malterud, 2017). Systematisk forsøkte jeg å se etter om noen av de opprinnelige dataene kunne motsi de konklusjonene jeg hadde kommet frem til.

I tabell 1-1 presenteres eksempler fra analysen.

Tabell. 2 Eksempler fra analysen			
MENINGSBÆRENDE ENHET	KONDENSERING	UNDERTEMA	HOVEDTEMA
<p><i>Jeg tror for pasienten er det mye mer behagelig med naturlyder. Jeg tror det appellerer til flere enn musikk. Du vet jo ikke hva de liker, så det er jo mye koseligere å være en tur i skogen.</i></p> <p><i>Jeg bruker mye musikk på operasjonsstuen. Syns pasienten føler seg avslappet i settingen og at det tar fokus bort ifra det som skjer her og nå.</i></p>	<p>Anestesisykepleieren tror naturlyder er mer behagelig og er bedre egnet for å avlede enn musikk.</p> <p>Anestesisykepleieren opplever at musikk hjelper for å flytte fokus bort fra operasjonen.</p>	<p>Avlede fra det ukjente</p>	<p>Ivaretakelse</p>
<p><i>Jeg tror jeg har omsorg for alle mennesker. Men pasienter med demens syns jeg ekstra synd på, fordi de kan på en måte ikke snakke for seg selv, og på en måte kan de ikke krever noe for seg selv.</i></p> <p><i>Pasienter med demens er sårbare fra før. Jeg er klar over at å skifte miljø, møte fremmede mennesker og i tillegg ha smerter er krevende og kan påvirke delirium. De får jo mye av det.</i></p>	<p>Anestesisykepleieren gjør ingen forskjell i å møte pasienter, men erfarer at denne pasientgruppen har et større omsorgsbehov.</p> <p>Anestesisykepleieren er bekymret for at pasienten kan få delirium.</p>	<p>Omsorg -respekt-verdighet</p>	<p>Ivaretakelse</p>
<p><i>Jeg opplever denne pasientgruppen som utfordrende og vanskelig, og at den krever mye av meg selv uten at jeg veit om jeg gjør det riktig.</i></p> <p><i>Jeg opplever ofte at pasienter med demens har flere somatiske sykdommer fra før, noe som i seg selv er veldig krevende i en anestesissetting.</i></p>	<p>Anestesisykepleieren opplever det som utfordrende å møte pasientgruppen.</p> <p>Anestesisykepleieren opplever flere faglige utfordringer i møte med pasientgruppen.</p>	<p>Krevende pasientgruppe</p>	<p>Usikkerhet</p>

<p><i>Ofte har den ortopediske pasient som skal opereres vondt, og han/hun er urolig på grunn av smerter. Men så får de smertestillende og da faller blodtrykket.</i></p>	<p>Anestesisykepleieren opplever det som dilemma å gi smertestillende.</p>	<p>Når og hvor mye medisiner</p>	<p>Usikkerhet</p>
<p><i>Kunne ønsket å unngå smertestillende. Jeg opplever det som vanskelig å gi dem riktig behandling, fordi de trenger så lite for å utvikle delir. De tåler så lite.</i></p>	<p>Anestesisykepleieren er usikker i valg av medikamentell behandling.</p>		

Analyseprosessen har for meg vært en tidkrevende og ensom prosess. Prosessen stoppet flere ganger opp, fordi jeg hadde sett meg blind på ordene i teksten og i flere omganger ble det funnet nye temaer slik at prosessen måtte startes om igjen. På en måte opplevde jeg gjennom hele prosessen at det stadig gikk tre skritt frem og to skritt tilbake. Likevel har det vært interessant og lærerikt å jobbe med STC og jeg føler at selve analyseprosessen har bidratt til at jeg har utviklet meg i forskerrollen. Gjennom analysen oppdaget jeg relevante og mange uventede funn som omhandler temaene Ivaretagelse og Usikkerheten og som videre bør bidra til å besvare prosjektets problemstilling.

4.7 Studiens kvalitet

Malterud (2017) mener at vitenskapelig kunnskap bør være et resultat av systematisk kritisk refleksjon og ikke et resultat av tilfeldige inntrykk eller selvbekreftende tilstander (Malterud, 2017, s.17). Dette kapitlet gir innsikt i kontekstuelle forutsetninger som har hatt betydning for tolkning av problemstillingen, data og resultatet av studien.

En kvalitativ studie, som jeg har valgt, bør bedømmes etter sin vitenskapelige kvalitet og jeg følger derfor de tre grunnlagsbetingelser for vitenskapelig kunnskap av Malterud (2017, s.18):

Refleksivitet

For at forskningsprosessen skulle kunne belyse noe annet og mer enn det jeg trodde på forhånd, var det nødvendig at jeg stadig minnet meg selv på å stille med et åpent sinn, uavhengig av egne holdninger, antakelser og forventninger. Dette var til tider utfordrende fordi i utgangspunktet har min

egen forforståelse preget valg av tema og hensikt med studien. Jeg var bevisst på at min forforståelse, som er dannet gjennom teori og praksis, ubevisst kan overstyre kunnskapen fra forskningens empiriske materiale, sånn som Malterud (2017, s. 45) påpeker. Derfor ble en selvkritisk holdning min følgesvenn allerede i utformingen av intervjuguiden og videre gjennom datainnsamling, transkribering og resultater.

Ved å forske i egen yrkesgruppe er det mulig at det kan oppstå en nærhet til det som undersøkes, som kan vanskeliggjøre refleksivitet, da man kan komme til å identifisere seg med en bestemt løsning og begrense synet på flere alternativer. Et eksempel er intervjuene hvor jeg først gjennomførte et pilotintervju for å se om det som ble sagt bekrefter mine antakelser eller kunne gi meg noe nytt, som jeg var ut etter. Samtidig kunne jeg teste hvordan jeg opptrer og hvordan jeg kunne oppmuntre til deling av deltakernes erfaringer uten å stille ledende spørsmål som igjen er preget av min forforståelse. Malterud (2017) påpeker at intervjusituasjonen ikke bør standardiseres i kvalitative intervjuer, men revideres underveis i datainnsamlingen (Malterud, 2017, s.134). Måten jeg stilte spørsmålene på i intervjuene ble etter hvert intervju revidert, fordi med erfaring fant jeg ut hvor fokus bør konsentreres og kunne tilpasse det slik.

Jeg opplevde det ikke som fordel i studien at jeg er en erfaren anestesisykepleier, fordi det krevde en konstant refleksivitet for at min forforståelse ikke skulle prege studiens forløp. For eksempel måtte jeg i intervjuene forsikre meg flere ganger om jeg hadde forstått riktig, og i transkriberingen måtte jeg dobbelt nøye kontrollere meg selv om jeg har fanget opp det som faktisk ble sagt og ikke det jeg trodde og ønsket ble sagt.

I den andre delen i analysen fikk jeg hjelp av en kollega til å se og organisere materialet med flere øyne enn bare mine egne. Kollegaens innspill åpnet for nye detaljer som jeg ikke så og førte til gode dialoger rundt materialet.

Intervjuene ble gjennomført ved sykehus hvor jeg selv ikke hadde jobbet, og jeg hadde ingen tidligere kjennskap til deltakerne. Jeg unnlot innledningsvis å fortelle om egne erfaringer med å møte pasienter med demens på operasjon. Dette var et bevisst valg, da mine egne erfaringer kunne virke ledende i måten deltakere ville tenke. Dette for å unngå bias (Polit & Beck, 2021, s.262).

Relevans

Det ligger en forventning om at vitenskap bør bringe relevante resultater i form av ny erkjennelse som kan bidra til ny kunnskap, og at den nye kunnskapen kan ha en overførbarhet til praksisnære felter, som anesthesiavdelingen er i denne studien (Malterud, 2017, s. 21).

Studiens relevans begrunnes med at anestesifaget i fremtiden vil møte et økende antall eldre, og med dette et økende antall pasienter med demens på operasjon som har økt risiko for å utvikle postoperativt

delirium. Studien belyser hovedsakelig anestesisykepleiernes erfaringer og oppfatninger i møte med pasientgruppen. Relevans handler om at temaet og problemstillingen kan gi kunnskap som har praktisk nytte i anestesifaget, øke kunnskapen både om forebygging av utvikling av postoperativt delirium og om ikke-medikamentelle tilnærminger.

Funnene fra datainnsamlingen var ikke som forventet, og jeg mener at denne studien kan tilføre noe nytt i videre utvikling av bedre kvalitet innen anestesisykepleie og ivaretagelse av pasienter med demens som skal opereres. Studien kan bidra til å fremme utviklingen av et mer demensvennlig sykehus.

Validitet

Ifølge Malterud (2017) er ingen kunnskap allmenngyldig, men i kvalitativ forskning bør man hele tiden vurdere gyldigheten av de funnene man kommer fram til. Validitet handler om hva metoden og materialet gir grunnlag for å si noe om og hvilken rekkevidde og overførbarhet funnene har (Malterud, 2017, s.23).

Gyldigheten av kunnskapen framkommet i studien avhenger av kvalitet og metode som er valgt for studiens emne og formål. Er det blitt valgt riktig metode for å undersøke anestesisykepleieres erfaringer med å ivareta pasienter med demens både i pre- og perioperativ setting? Åpnet spørsmålene i intervjuguiden til gode samtaler for å få best mulige svar på problemstillingen? Kan svarene til anestesisykepleierne åpne for ny kunnskap? Og den kunnskapen som studien har framskaffet, hva gir den viten om? Dette er spørsmålene som har ledet forløpet i oppgavens metode- og analysedel.

Gyldigheten leder til et krav om konsistens – den røde tråd i studien. Det bør være en logisk forbindelse mellom problemstillingen som ønskes belyst, og teori, metoder og data som fører til kunnskap for å besvare problemstillingen (Malterud, 2017, s.25). Jeg mener at riktig metode ble valgt for å svare på problemstillingen. I metodekapittelet for forskningsprosessen er dette redegjort for så detaljert som mulig.

Overførbarhet handler om at resultatet vil være gjeldende i andre sammenhenger, og det er leseren som avgjør om studien lar seg overføre til andre sammenhenger og kontekster. For å lette overførbarheten er det benyttet et strategisk utvalg. Studien reflekterer kun seks anestesisykepleieres erfaringer og oppfatninger på fem forskjellige anesthesiavdelinger/sykehus. En liten gruppe, og likevel mener jeg at det kan overføres til andre anesthesiavdelinger som behandler pasienter med demens, så lenge prosessen er grundig redegjort for.

5 Etikk

I medisinsk forskning er det etablert etiske standarder som skal fremme respekt for alle mennesker og beskytte deres helse og rettigheter. Forskningsetikk har preget studiens forløp, fra starten med utarbeidelse av problemstillingen gjennom utforming av intervjuguide, til materialet ble ferdigstilt.

Ifølge helseforskningslovens § 5 skal forskning være basert på respekt for forskningsdeltakernes menneskerettigheter og menneskeverd med hensyn til deltakernes velferd og integritet, og dette bør gå foran vitenskapens og samfunnets interesser.

All helseforskning er regulert gjennom regler og forskrifter i Helseforskningsloven (2015) og Forskningsetikkloven (2018) samt Helsinkideklarasjonen (2014). I Helsinkideklarasjonen presenteres de forskningsetiske prinsipper og de ulike profesjoners forskningsetiske retningslinjer. I de forskningsetiske retningslinjene fremkommer det at forskningen bør være viktig og nyttig både for enkeltmennesket og for samfunnet.

Informert samtykke, fortrolighet, konsekvenser og forskerens rolle er fire viktige områder som man bør forholde seg til og reflektere over gjennom hele intervjusituasjonen i et kvalitativt forskningsintervju, ifølge Kvale & Brinkmann (2019, s.102).

De fire områdene presenteres her:

Informert samtykke: I rekrutteringsprosessen fikk deltakerne utlevert et informasjonsskriv (vedlegg 2) med beskrivelse av studiens formål og tema samt kontaktinformasjon til forsker, veileder og studiens ansvarlige, dersom de hadde spørsmål om studien eller deltakelsen. Ifølge Polit & Beck (2021) bør et informasjonsskriv være lett lesbart, forståelig og tydelig slik at deltakeren i studien forstår hva de samtykker til (Polit & Beck, 2021, s.137). Samtykkeskjemaet er også signert av forskeren, for at en kopi kan oppbevares av begge parter (Polit & Beck, 2021, s. 139).

Fortrolighet: Deltakerne forsikres om at informasjon de kommer med ikke kan spores tilbake til den enkelte (Kvale & Brinkmann, 2019, s.106). Datainnsamling og behandling av personopplysninger i prosjektet ble behandlet etter retningslinjer for håndtering av forskningsdata ved Universitetet i Sørøst-Norge (USN). I henhold til retningslinjene og anbefaling fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) ble deltakerne instruert før intervjuet om ikke å gi opplysninger som kan føre til gjenkjenning. Det kan for eksempel være opplysninger om geografi, stedsnavn eller navn på institusjonen deltakeren er knyttet til. Der slike opplysninger likevel kom frem under intervjuene, ble det ikke tatt med i transkriberingen. Personopplysninger som fullt navn ble oppbevart separat fra transkribert materiale. Lydfilen med stemmene til deltakerne ble lagret på en egen lydopptaker og ikke overført til minnepenn. Den egne lydopptakeren ble låst inne i privat safe på eget arbeidskontor som er sikret med egen kode og ble med dette utilgjengelig for andre. Transkriberingen ble gjennomført på en

datamaskin i offline-modus. I transkriberingen er anestesisykepleierne referert til som Deltaker 1-6, for at sitater som ble brukt i teksten ikke skal kunne spores tilbake til en bestemt person. Samtidig ble dialektord forsøkt oversatt til bokmål.

Persondata blir lagret i henhold til anbefalingene fra NSD og slettet ved prosjektslutt. De anonymiserte dataene vil bli lagret inntil to år med hensyn til publisering av en eventuell artikkel.

Konsekvenser: Forskningsetikken handler om mulige skader, og mulige fordeler deltakerne kan forvente ved å delta i studien (Kvale & Brinkmann, 2019, s.107). Etter et intervju kan deltakerne føle at de har sagt for mye, eller angre på noe de har sagt. Bortsett fra det mener jeg at det er ingen åpenbare negative konsekvenser for deltakerne. Det ble presisert at deltakelsen er frivillig, og at de når som helst kan trekke sitt samtykke til deltakelsen uten å gi noen begrunnelse. Det ble ikke gitt noen form av gaver eller fordeler ved å delta i denne studien.

Forskerens rolle: Min integritet som forsker kan påvirke kvaliteten av hvordan informasjonen ble hentet inn, tolket og videre formidlet. Den avgjørende faktor for forskerens integritet er ifølge Kvale & Brinkmann (2019) kunnskap, erfaring, ærlighet og rettferdighet (Kvale & Brinkmann, 2019, s.108) mener forskeren selv er det viktigste redskapet i innhenting og formidling av kunnskap. Min forforståelse er utgangspunktet for valgt tema og kan påvirke hvordan spørsmålene til deltakere ble stilt, og hvordan det som ble sagt vektlegges. Jeg har prøvd å være så nøytral og samtidig nøyaktig som mulig for å representere informasjonen som er gitt, likevel kan min forforståelse ha betydning for prosjektets resultater.

5.1 Tillatelser

Forskningen involverer anestesisykepleiere som deltakere og studien har derfor meldeplikt til NSD. Dette prosjektet undersøker hva anestesisykepleierne selv har erfart ved å møte pasienter med demens pre- og perioperativt. Malterud, (2017 s.60-61) påpeker at prosjekter som omfatter personopplysninger og data med lyd, video eller bilde, er pliktig å melde til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Det ble sendt inn meldeskjema til NSD og skriftlig godkjenning ble mottatt med prosjektnummer 758215 (vedlegg 4).

Tillatelser for å gjennomføre intervjuene av anestesisykepleierne på vilkårlige valgte sykehus ble innhentet etter foretakenes gjeldende retningslinje for forskning, fra blant annet verneombud, forskningsavdeling og seksjonsleder på anesesiavdeling (vedlegg 6).

6 Resultater

I dette kapitlet vil resultatene fra analysen bli belyst ved bruk av sitater og sammendrag fra seks intervjuer. Kapitlet er delt opp etter studiens to hovedtemaer med undertema og det blir brukt sitater og sammendrag av intervjuene.

Hovedtema 1: «Ivaretagelse av pasienter med demens i pre- og perioperativ setting» med undertema: «Omsorg - respekt - verdighet» og «Avlede fra det ukjente».

Hovedtema 2: «Usikkerhet ved å møte pasienten med demens på operasjon» med undertema: «Krevende pasientgruppe», «Når og hvor mye medisiner» og «Manglende kompetanse».

6.1 Ivaretagelse - av pasienter med demens i pre- og perioperativt setting

Anestesisykepleierne i denne studien erfarer at pasienter med demens skiller seg ut som ekstra sårbare når de kommer til operasjon. Dette kapitlet handler om hvordan medfølelse påvirker den enkelte anestesisykepleier, hvordan de kan bidra til å trygge pasienten med demens og i valg av tilnærmingen, og hvordan de kan avlede pasientens oppmerksomhet fra det ukjente.

Undertema: Omsorg - respekt - verdighet

Deltakerne var opptatt av verdighet og respekt overfor pasienten med demens og ønsker om å gi omsorg ble beskrevet av flere deltakere. Likeverdighet blir benyttet for å ikke gjøre forskjell og flere er opptatt av å behandle den demente pasienten som alle andre pasienter. «*Jeg tenker det er en pasient som skal behandles like godt som alle andre pasienter. Det er likevel noen som noen er glad i, på en måte - ja det kunne vært moren eller bestemoren min*» (Deltaker 3).

Mesteparten opplever et stort ansvar overfor denne gruppen, fordi en dement pasient ikke alltid kan gjøre rede for seg selv på grunn av sykdommen og/eller ivareta egne behov. Deltakerne opplever pasientene som ekstra sårbare og viser stor medfølelse. De ønsker å skjerme pasientene fra det som er unødvendig og som kan oppleves skremmende. «*Jeg prøver egentlig å være mer sympatisk og empatisk til pasienten og bare å møte den hvor den er da*» (Deltaker 2). Flere deltakere brukte ordet «*stakkars*» for å formidle opplevelsen når de møter pasienter med demens.

Mesteparten sammenligner den demente pasienten med barn, hvor barnas kognitive nivå og demens nivået blir opplevd som sammenlignbare.

Jeg opplever de som barn, som har et stort omsorgsbehov. De krever ikke noe av seg selv, blir noen ganger forsømt og har et annet nivå for å kunne møte dem (Deltaker 5).

Noen synes det var noe ubehagelig å kalle en voksen person et barn, men valgte likevel den omtalen for å bedre kunne gi uttrykk for opplevelsene sine i møte med en dement pasient på operasjonsavdelingen.

Flesteparten opplever det som vanskelig at denne pasientgruppen ikke blir prioritert og ofte faller tilbake i ventekøen på grunn av andre viktige operasjoner. Flere erfarer at den demente pasienten allerede er syk og ikke har det godt med å vente for lenge til operasjon, og at de har en stor risiko for å utvikle delir. Flere ga uttrykk for at de opplever det som etisk vanskelig at noen pasienter med ASA III og IV og/ eller langt kommet demens i det hele tatt skal opereres. Pasienten kan få delir fordi det er alt for mye stress, og det er heller ikke sikkert at de overlever en sånn stor påkjenning.

Jeg tenker jo mest på den pasientgruppen som vi har flest av, og som har demens. De med brukne lårhalsar, som på død og liv absolutt skal skvises gjennom en operasjon og så – ja – må man bare krysse fingrene for at det går bra, og så kommer de aldri å gå på denne hofta igjen, uansett (Deltaker 3).

Undertema: Avlede fra det ukjente

Holdninger og erfaringer med ikke-medikamentelle tilnærminger i møte med pasienter som har demens, oppleves som veldig forskjellige. Noen foretrekker musikk fremfor berøring og noen derimot opplever verbale kommunikasjon som en bedre tilnærming for å møte pasienten. Mens mesteparten foretrekker å bruke ikke-medikamentelle tilnærminger fremfor sedasjon fordi de ønsker å unngå bivirkninger.

Jeg har gjort bedre erfaring med ikke-medikamentelle behandlinger enn medikamentelle behandling til pasienter med demens. Hvis ikke noen skulle komme plutselig med et super-medikament som ta bort smertene og gjør dem mindre forvirra, fortsetter jeg å gi lite medisiner (Deltaker 3).

Bruk av berøring ansees ulikt. Noen opplever at å holde i hånden eller å legge en hånd på skulderen kan avlede fra det ukjente og kan bidra til å gjøre pasienten trygg. Derimot ønsker noen ikke for nær kontakt med pasienten, fordi de ikke liker nærhet selv og er ikke sikre om pasientene syns det er greit i utgangspunktet.

Noen har gjort gode erfaringer med å legge et teppe over pasienten. «*Jeg opplever at å pakke pasienten godt inn, så at den ikke fryser og er varm gjør pasienten roligere*» (Deltaker 4).

Flere er opptatte av å avtale «rollefordelingen» i teamet før operasjon, for å unngå både for mange mennesker rundt og at mange forskjellige tar på pasienten. Erfaringene er at de kan bli enda mer redde og urolige. Kunnskapen som Deltaker 4 formidler til sine studenter er «*Ikke for fjern og ikke for nær, når man for eksempel holder i hånden*». Mesteparten sier seg enige i at nærhet må tilpasses den enkelte pasienten, og dette er vanskelig å planlegge i forveien.

Bruk av musikk og naturlyder ble ansett som positiv av flesteparten. Noen deltakere spiller alltid musikk på operasjonsavdelingen og opplever at dette bidrar til en god atmosfære, også i teamet. Samtidig ser de at musikk kan roe pasienten og er til hjelp for å flytte fokus til noe annet. De forteller hvor spennende det er med musikk fordi pasienter med demens kan være «*langt borte*», men husker likevel musikken og tekster fra tidligere. Det ble også reflektert rundt musikk og pasienter med demens som skal få generell anestesi.

Jeg tror musikk kunne ha en effekt kanskje ved innledningen av generell anestesi.

Det gir en viss rolig effekt. Det er jo ofte litt bråk på stuen før pasienten endelig sover. Jeg tror kanskje hvis man hadde musikk i innledning at det kunne hjelpe til en bedre stemning og atmosfære og kan berolige pasienten (Deltaker 6).

Meningene er delte hos deltakere hvor noen opplever musikk som støy og mener at det er allerede mye lyd og ekko på operasjonsstuen. Derimot mener andre at musikk kan avlede fra operasjonslyder. Videre har noen gjort gode erfaringer med øreklokker, mens andre er opptatt av at øreklokker ikke skal inn på operasjonsstuen av hygieniske hensyn.

Mindretall hadde erfaringer med bruk av naturlyder, men mesteparten er positive til å bruke dette mer i fremtiden.

Kanskje er det for pasienten mer behagelig med naturlyder enn musikk. Jeg tror det appellerer til flere enn musikk, hvis det er en dement pasient. Du vet jo ikke hva de liker, så det er jo mye koseligere å være en tur i skogen (Deltaker 6).

Bruk av kommunikasjon ansees som vanskeligere med pasienter som har demens, og det er ulike syn. Noen synes det er helt feil å realitets-orientere pasienten på sted og tid, andre derimot synes at det er helt ok å la pasienten prate usammenhengende, så lenge pasienten er rolig.

Noen lar seg realitets-orientere mens noen gjør ikke det. Jeg kan ikke stadig vekke minne pasientene på at kona deres er død, det synes jeg er ikke riktig å gjøre. jeg kan heller be han om å fortelle meg mer om hvor lenge de har vært gift (Deltaker 3).

Noen forteller at pasienten viser med kroppsholdningen at de ikke ønsker å prate. Noen forteller om erfaringer hvor kommunikasjon gir beroligende og betryggende effekt for pasienten. Derimot forteller andre at de egentlig ikke ønsker å prate for mye, fordi de mener at det gjør pasienten uroligere. Samtidighetskonflikt ble også omtalt av noen deltakere som mener at det er umulig å prate med pasienten og samtidig ta vare på vitale tegn, data og medisiner. Mesteparten opplever at å stille for mange spørsmål bidrar til at pasienten blir utrygg og at det kan fremprovosere aggresjon. Et mindretall benytter kommunikasjon for å vurdere pasientens mentale tilstand, mens flesteparten er opptatte av å prate helt vanlig med den demente pasienten.

Noen få deltakere har gjort gode erfaringer med å la kommunikasjonen og tilnærmingen flyte mellom pasienten og personalet og ønsker helst ikke å bestemme over pasienten.

Flere opplever en forskjellig kvalitet i kommunikasjon i forhold til akutte eller elektive pasienter. Noen få deltakere forteller at det kan være stressende å passe på den akutte pasientens vitale tegn og har derfor lite tid og tålmodighet til samtaler som ofte er lite adekvate. Noen deltakere beretter om gode erfaringer med å prate med pårørende før operasjon. De kan da samle informasjon om pasienten som kan brukes videre i samtalen med pasienten på operasjon. En situasjon som ofte ikke er aktuell ved akutt kirurgi.

Jeg er opptatt av den vanlig kommunikasjon vi har med alle våre anesthesi- pasienter. Og så kan det utvikle seg noe. Vi har preoperativ informasjon om pasienten fra

post-sykepleier, og kanskje kan vi få informasjon fra pårørende eller de som følger.
Og kommunikasjon er jo et poeng av mange hensyn (Deltaker 4).

6.2 Usikkerhet - ved å møte pasienten med demens på operasjon

Anestesisykepleierne i denne studien er usikre på hvordan de bør møte pasienter som har demens i anestesisetting, både pre- og perioperativ. De erfarer pasienter med demens på operasjon som krevende, og det berettes om situasjoner hvor de er usikre på om de har benyttet riktig tilnærming og anestesi. Dette kapitlet handler om opplevelsen av pasientgruppen, bruk av medikamenter og bekymringer for utvikling av delir.

Undertema: Krevende pasientgruppe

Erfaringene til deltakerne i denne studien er at de opplever pasientgruppen med demens som «krevende». De forteller om hvor vanskelig det er å forberede anestesen ved å lese gjennom journalen for å få en pekepinn om pasientens mentale tilstand, og opplever ofte at pasienten oppfører seg annerledes enn beskrevet. Flertall begrunnet vurderingen videre med at miljøskifte, fremmede mennesker og lyder, som en operasjon medfører, kan bidra til at pasienten med demens føler seg utrygg og er redd.

Noen forteller at de kjenner momentane «utfordringer» når de veit at de skal få en pasient med demens. «*Forutinntatthet*» blir benyttet for å beskrive følelsen. «*Det kommer til å bli mye bråk og støy – pasienten er forvirret, og det kommer til å bli mye beroligende og må holde litt i hånda*» (Deltaker 2). Mesteparten deler utfordringene om at de egentlig ikke vet om de har gjort riktige vurderinger i forhold til behandling, tilnærming og utvikling av delirium. Når operasjonen er ferdig vet de egentlig ikke om de har gjort riktige vurderinger for pasienten under operasjonen. Flere beskriver at den demente pasienten ofte er en klassisk lårhalsbruddpasient som ikke tåler noe annet enn spinalbedøvelse og som skal opereres akutt.

Flertallet av deltakerne beretter om situasjoner hvor de opplever pasienten med demens som aggressiv og utagerende. Andre pasienter med demens er derimot nesten ikke kontaktbare, og noen svinger mellom ikke kontaktbar og urolighet og utagering påpeker en deltaker. «*Demente er jo som sagt alle varianter. Det finnes de som svarer ja på alt og de som bli sinte*» (Deltaker 4).

Det oppleves forskjell mellom akutte og elektive pasienter av flesteparten. De forteller at det oppleves at den akutte pasienten med demens ofte har redusert allmenntilstand, tåler lite og er mer forvirret enn elektive pasienter. Noen påpeker at ved en elektiv operasjon har man mulighet til å bli kjent med pasienten og få muligheten til å prate med pårørende før operasjonen, for å høre hvordan pasienten kan betrygges. Flere forteller at den akutte pasienten ofte har mer vondt når den kommer til operasjonsavdelingen og ofte er dehydrert. Mesteparten beskriver den demente pasienten med lårhalsbrudd som «*allerede delirisk*» før den kommer til operasjon og skal opereres akutt. De opplever pasienter med demens som skal akutt opereres sykere enn elektive pasienter. Deltakerne er enige om at pasienten tilstand varierer ofte, og at alle pasienter reager forskjellig på situasjonen og medisiner.

Pasienter med demens er veldig forskjellige. Noen blir veldig rørete av det minste lille, bare de kommer inn på operasjonsstuen. Spennvidden er stor. Noen blir jo helt klart veldig påvirket av medikamenter, noen blir mer rørete, mens noen tåler det jo relativt godt, så jeg synes det er varierende (Deltaker 1).

Undertema: Når og hvor mye medikamenter

Bruk av analgetika var beskrevet som viktig og ikke mulig å unngå. Flere forteller om blodtrykksfall og apné som en reaksjon på analgetika. Flertallet er enige om at en god smertebehandling før operasjon gjør at pasienten er mindre sliten og resulterer i mindre bruk av sedativer. Noen deltakere ønsker at alle pasienter med lårhalsbrudd kunne få smerteblokade med en gang den kommer på sykehuset.

Noen sykehus har virkelig gått inn for smertelindring med en gang pasienten kommer til sykehus. Da tenker jeg spesielt på lårhalsbrudd. En tidlig blokade, tror jeg, er veien å gå for veldig mange pasienter som kommer til operasjon. De har det bedre når de kommer, og det gjør behandlingen enklere. At man slippe å bruke så mange sterke medikamenter for eksempel før spinal anestesi. Der tror jeg ligger et forbedringspotensial, i hvert fall hos oss (Deltaker 5).

Mesteparten opplever en stor og variert usikkerhet i forhold til bruk av sedasjon. Det fortelles om pasienter som får sedasjon, sover en liten stund og når de våkner er de enda mer forvirret enn før. Det er ulike syn hos deltakere hvor noen alltid bruker sedasjon og andre derimot bruker sedasjon for å få hendene fri til å gjøre andre viktige tiltak hvis pasienten er urolig. «*Spesielt hvis man skal ivareta en pasient med demens er det kanskje litt lettere å gi sedasjon for å klare å orientere alt det som skjer. Samtidig skal pasienten få på en måte en god erfaring da*» (Deltaker 6). Det ble fortalt at også pasienter med demens som er rolige, ofte har behov for sedasjon. Uro må ikke være en indikator for å gi sedasjon, og det ble påpekt at pasientene kan vise tegn på andre måter når de er nervøse, som for eksempel høy puls og klam hud.

Flere deltakere forteller at de føler seg aleine i vurderingen av pasientens tilstand og valg av medikamenter. De påpeker at det finnes flere typer sedasjon uten å egentlig vite hvilket medikament som er situasjonsbetenget riktig. Flertallet føler seg bare frem i å sedere. «*Det går som regel bra*» forteller Deltaker 1, men vet egentlig ikke hvordan pasienten har det postoperativt. Samtidig oppleves det som en påkjenning at de ofte står alene som anestesisykepleier på operasjonsstuen hvor den mentale tilstanden til pasienten kan forandre seg raskt gjennom operasjonen.

Noen deltakere forklarer at de er absolutt imot sedasjon og føler at det kan gjøre vondt verre og at de alltid prøver først uten sedasjon. De er redde for å påvirke utviklingen av delir.

Så gir man disse medisinene så blir man jo redd for at de ligger på operasjonen og er rusa. Og så kommer de på en postoperativ avdeling og så har vi kanskje gjort resten av sykehusopphold verre da, fordi vi har gitt sederende medisiner under operasjon (Deltaker 3).

Flere forteller at den momentane situasjonen må vurderes, fordi alle mennesker er forskjellige og medikamentbruk er ofte situasjonsavhengig. De var enige i å avvente og vurdere pasienten før de eventuelt gir medisiner, men er egentlig verken for eller imot sedasjon prinsipielt.

Undertema: Manglende kompetanse

Alle deltakerne viser usikkerhet i forhold til stress og uro, bruk av medikamenter, og utvikling av delir. De er bekymret for risikoen for å bidra til utviklingen av delir, de benytter en «vektskål», for å avveie pro og kontra ved å gi sedasjon som et middel for å kunne gjennomføre operasjon.

Noen deltakere fortalte at de er usikre på å gjøre riktige vurderinger i forhold til medikasjon og delir og at forskningen viser heller ingen enighet. Det blir påpekt at de vet egentlig ikke hva som er riktig behandling, om sedasjon kontra ingen sedasjon i forekomst av delir, fordi det finnes mange forskjellige svar og behandlingsmåter fra anestesileger. Flesteparten opplever det nesten som umulig å skjerme den demente pasienten som skal opereres for at den ikke skal utvikle delir, fordi påkjenningen for pasienten er kompleks.

Mange får delir etter at de havner på sengeposten igjen. Det skjer noe i det de kommer på sykehuset og kom seg ut fra det vante stedet, hvor de pleier å være da. De er jo kanskje ekstra sårbare og bli enda mer urolig. Kanskje mer delirisk eller forvirret. Det skjer en dårlig utvikling ved å være på sykehuset (Deltaker 6).

Deltakerne deler bekymringer om den allerede sårbare pasienten med demens i forbindelse med delir. De opplever at pasienter med lårhalsbrudd allerede er deliriske før de kommer til operasjon. Samtidig har flere av dem grunnlidelser fra før og er klassifisert i ASA III og ASA IV.

Flesteparten er opptatt av å gjøre det best mulig for pasienten, men alle kunne ønske å ha mer redskap for å hjelpe pasienten gjennom operasjonen uten at den får komplikasjoner som delirium.

Flere ønsker mer kompetanse for å møte pasienter med demens på en riktig måte innen anestesi. Møte med pasientgruppen er situasjonsbetinget og ofte må de føle seg fram, mens de er usikre på om det bør gis sedativer eller ikke. Flere deltakere lurer på om det finnes tegn eller væremåter hos pasienter med demens som kunne fanges opp for å være til hjelp i faglig vurdering og adekvat behandling.

Jeg tenker jo søvn er det viktigste. Det er jo det som motvirker delir. Jeg vet ikke. Jeg søkte litt på akkurat det om sedasjon, kontra ikke da, i forhold til forekomst av delir. Jeg tror ikke jeg ble noe klokere av det (Deltaker 5).

7 Drøfting

I dette kapittelet blir funn fra semistrukturerte individuelle intervjuer drøftet opp mot tidligere forskning og relevante teorier. Funnene jeg har valgt å drøfte oppfattes som mest relevante for problemstillingen.

7.1 Ivaretagelse - av pasienter med demens pre- og perioperativ

Undertema: Omsorg - respekt – verdighet

Funn i studien viser at anestesisykepleierne ønsker å gi omsorg og forholde seg likt til alle pasienter. Anestesisykepleie handler blant annet om å gi omsorg til et annet menneske i et høyteknologisk miljø (ANSF, 2016). Omsorg er avgjørende for at det skapes en god relasjon mellom anestesisykepleier og pasient, så pasienten kan føle seg trygg og ivaretatt. I omsorgsfull hjelp er det å vise respekt og å ivareta pasientens verdighet integrert. Det ligger etiske prinsipper til grunn for hvordan helsepersonell skal behandle personer som har en sykdom. Sentrale prinsippene i sykepleie etikk og medisinsk etikk er (Nortvedt, 2021, s 45):

- Respekt for selvbestemmelse
- Å handle til pasientens beste
- Å unngå skade og unødig lidelse og smerte
- Likebehandling

I Helsepersonelloven § 4 står at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut ifra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen (Helsepersonelloven, 2001). Det vil si at man til enhver tid bør handle med den beste intensjon, hvilket både er lovfestet og et generelt etisk prinsipp. Omsorgsfull hjelp handler om holdninger, empati og oppmerksomhet på pasienten. En eldre person bør bli møtt med holdninger som respekt, godhet, omtanke, evne til å bry seg om og godt skjønn (Slettebø & Pedersen, 2020, s.219). Anestesisykepleierne er opptatte av hvordan de kan møte pasienter med demens uten å krenke dem, men støtte opp om deres verdighet i en vanskelig situasjon.

Anestesisykepleierne erfarer den demente pasienten som hjelpeløs i en vanskelig situasjon og bruker «stakkars» og «lik som barn» for å utrykke sykepleierens opplevelse. Det oppleves som en konflikt å omtale en voksen som barn. En person med demens er på sitt mest sårbare, akkurat som barn. Å omtale en voksen som barn gjenspeiler et ønske hos anestesisykepleiere om å gi omsorg, at

sykepleieren må ta vare på pasienten også ved å være pasientens advokat. Siden barn ikke kan uttrykke egne behov, bør man passe ekstra godt på dem. Verdighet knyttet til identitet handler om hvordan sykepleierenser på seg selv, opplevelse av hvordan andre ser på pasienten og hvordan pasientens verdighet blir ivaretatt.

I sykepleiesammenheng er ikke pleien etisk forsvarlig dersom pasientens integritet og verdighet blir krenket (Slettebø & Pedersen, 2018, s.226). I anestesisykepleiernes retningslinjer for etisk refleksjon i praksis, skal anestesisykepleier ivareta pasientens integritet (ANSF, 2016). En viktig årsak til krenkelse av den gamles integritet kan være hvis sykepleieren behandler pasienten som bare sykdommen eller ser pasientens bare som mange oppgaver. Integritet har også å gjøre med pasientens selvbestemmelse og at bekymringer og meninger som vedkommende har bør respekteres (Kirkevold, 2020, s.91). Hos pasienter med demens kan det være utfordrende for anestesisykepleier på operasjon å ivareta pasienten med respekt og likevel begrense pasientens selvbestemmelse. Pasientens selvbestemmelse og medbestemmelse er et av de viktigste etiske prinsipper i sykepleie (Nortvedt, 2021, s.45). Sykepleierne bør ha respekt for pasientens rett til å samtykke om helsehjelp (Nortvedt, 2021, s.45). Hos pasienter med demens er beslutningsevnen svekket, og de har ikke samtykkekompetanse til helsehjelp. Hvis pasienten med demens ikke kan samtykke og vegrer seg for helsehjelp, må det brukes tvang så lenge operasjonen er nødvendig. Ifølge Nortvedt (2021) er en forutsetning ved bruk av tvang at det må foreligge fare for alvorlig forverring av pasientens helsetilstand ved å unnlate å gi hjelp. Tiltaket må være nødvendig når pasienten ikke kan samtykke, og tvang ved anestesirelaterte inngrep bør man prøve å unngå dersom alternative metoder eller intervensjoner er tilgjengelige (Nortvedt, 2021, s.49). Det er pasientens ansvarlige lege som vurderer om operasjonen og anestesi er helsenødvendig (Nortvedt, 2021, s.50).

Pasientens selvbestemmelse og medbestemmelse er et av de viktigste etiske prinsipper i sykepleie (Nortvedt, 2021, s.45). Sykepleierne bør ha respekt for pasientens rett til å samtykke om helsehjelp (Nortvedt, 2021, s.45). Hos pasienter med demens er beslutningsevne svekket og det mangles samtykkekompetanse til helsehjelp. Hvis pasienten med demens ikke kan samtykke og vegre seg for helsehjelp, må det brukes tvang så lenge operasjonen er nødvendig. Ifølge Nortvedt (2021) er en forutsetning ved bruk av tvang at det må foreligge fare for alvorlig forverring av pasientens helsetilstand ved å unnlate hjelp. Tiltaket må være nødvendig når pasienten ikke kan samtykke, og tvang ved anestesirelaterte inngrep skal prøves å unngås dersom alternative metoder eller intervensjoner er tilgjengelig (Nortvedt, 2021, s.49). Det er pasientens ansvarlige lege som vurderer om operasjonen og anestesi er helsenødvendig (Nortvedt, 2021, s.50).

Anestesisykepleiere erfarer det som vanskelig at pasienter med langt kommen demens må vente på operasjonen. Vi vet at pasienter som har demens allerede har en høy risiko for å utvikle postoperativt delirium, spesielt påpekes lang ventetid til operasjon for lårhalsbrudd. Lang ventetid til operasjon gjør ofte pasienten mer urolig og medtatt på grunn av lang fastetid og dehydrering. Ifølge Helsedirektoratet (2015) bør pasienter med hoftebrudd som trenger øyeblikkelig hjelp opereres raskt, fortrinnsvis innen 24 timer og senest innen 48 timer. Anestesisykepleierne ønsker å handle moralsk riktig ut fra egen forestilling om hva som er best for pasienten, hvor relevante etiske forhold bør tas i betraktning. Dette kan kalles etisk skjønn og moralsk sensitivitet.

Anestesisykepleierne syns synd på pasienten som ikke kan påvirke utsettelse av operasjon, de viser empati og medfølelse, som er grunnleggende verdier i anestesisykepleie (Nortvedt, 2021, s.45). Evnen til moralsk, sensitiv og empatisk berørthet er et vesentlig element i moralsk sensitivitet (Nortvedt, 2007, s.64). Med moral menes egne holdninger og verdier, som gjenspeiles i karakter og personlighet (Nortvedt 2021, s.45). Moralsk sensitivitet innebærer at man er oppmerksom på effekten av egne følelser og handlinger (Heggstad, 2018, s.67).

Undertema: Avlede fra det ukjente

For alle anestesisykepleierne står det å skape trygghet for personer med demens svært sentralt. Å avlede pasientens oppmerksomhet fra det ukjente kan være meningsfullt i anestesisetting hvor mye er nytt og ukjent, og lett å oppfatte som farlig og utrygt for pasienter med demens. Målet med å avlede fra det ukjente er å redusere stress, angst, smerte og uro for å unngå eller redusere bruk av sedativer. Det gjelder å bygge nær kontakt mellom anestesisykepleier og pasienten allerede i preoperativ setting, slik at anestesisykepleieren lettere kan sanse umiddelbare forandringer i pasientens mentale tilstand perioperativt (Krupic et al., 2016). Anestesisykepleiere i denne studien benytter ikke-medikamentelle tilnærminger som berøring, kommunikasjon og musikk for å avlede fra det ukjente. Ikke-medikamentelle tilnærminger er personorienterte tilnærminger.

I personorientert anestesisykepleie står pasientens behov, preferanser og erfaringer med helse i fokus (Bruun, 2021, s.23). Dette innebærer at pasienten blir sett som et unikt menneske og får mulighet for å være seg selv; at pasienten får en følelse av å bli sett på som viktig, og at personlige ønsker blitt tatt hensyn til. Nærhet er beroligende, det kan forbygge en følelse av ensomhet og kan gi velvære. Dette gjelder både fysisk nærhet til og fysisk kontakt med sykepleieren (Bruun, 2021, s.23). I boken *Anestesisykepleie* er det beskrevet at anestesisykepleiere kan benytte ikke-medikamentelle metoder som et supplement perioperativ og at disse metoder er i tråd med omsorgstradisjonen i sykepleieyrket

(Dihle, 2021, s.103). Utsagnet står i sammenhengen om smertelindring, men kan også overføres til demensomsorgen i pre- og perioperativ setting for å ivareta pasienter med demens.

Berøring, valg av musikk og måten å kommunisere på kan vekke positive følelse hos pasienten med demens, vekk fra angst, stress og uro-situasjoner. Pasienten med demens husker ofte ikke situasjonen eller det som bli sagt, men kan huske følelsen. Når avledningen fra situasjonen forsøkes bør det gjøres med varsomhet og innføling av situasjonen ifølge Solheim (2009, s.247). Hun anbefaler å bruke avledning ikke ukritisk, fordi pasienten kan gjennomskue forsøket og føler at han/hun ikke bli tatt på alvor, noe som resulterer i svekket tillitt.

Berøring

Anestesisykepleierne opplever det å berøre pasienten forskjellig. Noen liker ikke selv å bli tatt på og velger derfor å ikke ta på pasienten mer enn å bare hilse på. Ifølge Tretteteig et al. (2016, s. 355) er det viktig at den som utføre berøring er bekvem og trygg i situasjonen, ellers kan det ha en effekt motsatt av trygghet. Det er viktig at personalet går forsiktig frem for å observere hvordan pasienten reagerer. Avvisning kan tolkes som at pasienten ikke liker det, men det kan også være et tegn på at sykepleieren kom for brått på eller tidspunktet var feil. I denne situasjonen kan pasienten med demens oppfatte anestesisykepleieren som en fremmed og uvedkommende som plutselig tar på kroppen hennes eller hans (Tretteteig et al., 2016, s.355).

Fysisk berøring er en grunnleggende handling i sykepleie og har en viktig plass i demensomsorgen. Det finnes forskjellige kategorier av fysisk berøring eller kontakt i sykepleien, slik som den sosiale kategorien med hilsning og håndberøring, og den trøstende kategorien som for eksempel klapp og klem (Skovdahl, 2020, s.432). Ved utrygghet og angst hos pasienter med demens kan nærhet og fysisk kontakt virke beroligende når man merker at pasienten liker dette (Tretteteig et al., 2016, s.355). Gjennom berøring kan det skapes trygghet, spesielt når den verbale språkevnen er redusert. En hånd på skulderen, for eksempel, kan virke som en bekreftelse for pasienten, og berøring kan minne om berøring fra barndommen (Skovdahl, 2020, s.432).

På operasjon handler berøring om å trygge pasienten, hvor sykepleieren bruker en hånd for å hilse eller å gi støtte. Det kan også være nyttig å holde rundt pasienten for å støtte eller betrygge, for eksempel i situasjoner der man setter spinal- eller epiduralbedøvelse.

Musikk

Funn i studien viser at anestesisykepleierne opplever at musikk kan avlede fra det ukjente. Ifølge

Dihle (2021) kan anestesisykepleierne bruke musikk som et supplement for å distrahere fra smerte (Dihle, 2021, s.104). I møte med demens kan musikk ha flere formål som vil bli diskutert her. Musikk kan åpne minnenes verden hos pasienter med demens. Vi mennesker har to typer hukommelse:

- Den intellektuelle hukommelsen
- Den emosjonelle hukommelsen

Den intellektuelle hukommelsen er ifølge Solheim (2009) kunnskapen vi tilegner oss i løpet av et liv. Den emosjonelle hukommelsen har med våre følelser å gjøre, det vi har erfart tidligere (Solheim, 2009, s.198). Aldersdemente får som en følge av den hjerneorganiske skaden en intellektuell svikt, mens den emosjonelle hukommelsen fungerer fortsatt. Dette kan være en av flere årsaker til at pasienten blir urolig i nye omgivelser, fordi hun/han kanskje kjenner igjen tidligere vonde følelser uten å forstå dem (Solheim, 2009, s.198). Det første som møter en i musikken er følelser, det kan være gode eller vonde. Hos aldersdemente pasienter kan musikk som gir gode følelser brukes i avspenning og minnearbeid for å flytte fokus.

Musikk kan redusere smerteopplevelsen, som er en vesentlig stressfaktor. Studien fra Fu et al. (2020) bekrefter anestesisykepleierens opplevelse og presiserer at tilnærmingen med musikk reduserer bruk av sedativer og analgetika perioperativt, hvilket videre reduserer utviklingen av postoperativt delirium (Fu et al., 2020, s.970).

Anestesisykepleierne opplever at musikk har en beroligende effekt på pasienten. Angst og stress øker risikoen for utviklingen av postoperativt delirium (Engeland, 2016, s.76). Selv korte musikk-intervensjoner kan redusere angstsymptomer hos pasienter i perioperativ setting beskriver Fu et al. (2020) i sin studie. Det er også funnet en signifikant reduksjon av bruk av sedativer (Fu et al., 2020, s.968).

Noen anestesisykepleiere opplever musikk som forstyrrende og bråkete på operasjonsstuen. Fu et al. (2020) påpeker at bruk av musikk bør tilpasses til kirurgiske prosedyrer og være avklart i hele teamet i forveien for å ta hensyn til den enkeltes ønsker (Fu et al., 2020, s.970). Det kan brukes høretelefoner for å skjerme teamet fra musikken som pasienten foretrekker. Med hensyn til hygiene er det fullt mulig å ha liggende på operasjonsstuen et par høretelefoner som blir desinfisert etter bruk, eller bruke engangsutstyr. Høretelefoner kan skjerme pasienten fra fremmede lyder. Det vises at bruk av høretelefoner reduserer angst ved å skjerme fra bakgrunns-lyder og reduserer støyrelatert mental tretthet (Yu et al., 2020, s.13).

Andre anestesisykepleiere opplever at musikk har en positiv stimulerende effekt på hele operasjonsteamet, noe som igjen påvirker pasienten positivt. Dette bekrefter også Fu et al. (2020) i sin studie. Så lenge teamet er informert og innforstått med valg av musikk og det er rom for at man kan forandre den, hjelper musikk til en god atmosfære på operasjonsstuen (Fu et al., 2020, s.970).

Noen anestesisykepleiere er positive til å bruke naturlyder for å roe pasienten med demens eller for å flytte fokus til noe annet. Her gjelder det å benytte seg av følelser, den emosjonelle hukommelsen. Det er ikke funnet spesifikke studier om effekten av naturlyder under operasjon hos pasienter med demens, mens det finnes utallige naturlyd-lydspor og naturprogrammer for avslapping med dokumentert effekt.

Kommunikasjon

Anestesisykepleierne opplever at å kommunisere med pasienter med demens er langt mer komplekst enn med pasienter uten demens. Språkvansker, hukommelsestap og oppmerksomhetssvikt er demenssymptomer som svekker pasientens kommunikasjonsevne. Anestesisykepleierne er opplært i at deres arbeid skal preges av ansvar, respekt og åpenhet overfor pasientens tilstand og helse, samt å fullføre verdig kommunikasjon for å etablere sikkerheten. av pasienten (Krupic et al., 2019, s100). Men siden kommunikasjon er basert på hver enkelt pasients ønske og evne til å formidle dette, er pasienter med demens mer komplekse å henvende seg til. En grunn kan være at tidligere utdanningsmodeller i sykepleie har blitt foreldet, og ser bort fra det nåværende paradigmeskiftet i kommunikasjonsteorier og oppfatninger av menneskelig kommunikasjon (Krupic et al., 2019, s100).

Kommunikasjon er mer enn bare ord og det er mange forhold som påvirker hvordan noe blir sagt og hvordan det oppfattet. Videre bør kommunikasjon være grunnleggende i all omsorg, og det er spesielt viktig i personorientert omsorg til personer med demens (Solheim, 2009, s.169).

Kommunikasjon mellom mennesker foregår på to måter:

- Verbal kommunikasjon; det vil si kommunisere med ord.
- Ikke-verbal kommunikasjon; det vil si kommunisere med kroppsspråk som mimikk, kroppsholdning og tonefall.

Anestesisykepleierens opplevelse er at pasienten med demens ofte forholder seg til en annen virkelighet enn sykepleierens. Det kan være at pasienten blander fortid og nåtid, eller for eksempel vil hjem til sin mor. Hvis det brukes realitetsorienterings-teknikker for å korrigere feiloppfatninger, er et overordnet mål at pasientens selvfølelse og egenverd må ivaretas. Alle mennesker har

forskjellige sårhetspunkter og påkjenningsterskler for hva de tåler. Det vil si at realitetsorientering bør benyttes varsomt i anestesisetting hvor pasienten allerede er stresset. Hvilke teknikker som bør benyttes hvor og når, må vurderes ut fra hele situasjonen uten å neglisjere grunnprinsippene om respekt, empati og ærlighet (Solheim, 2009, s.253).

Hverdagen til en anesthesisykepleier er preget av mange korte møter med forskjellige pasienter. I løpet av dette korte møtet bør sykepleieren bygge en relasjon for å gjøre pasienten trygg, noe som oppleves ekstra utfordrende fordi pasienten er ofte stresset, har smerter og er engstelig. Anesthesisykepleierne har gjort gode erfaringer med å samle informasjon om pasienten hos pårørende eller ansvarlig sykepleier. Informasjonen om pasienten kan være en god start for en samtale og et kjent tema kan ha en beroligende effekt og inkludering av pårørende i preoperativ setting for å bli kjent med pasientens historie er ansett som positivt til hjelp i ivaretagelsen av pasienten med demens (Krupic et al., 2016, s.105).

Krupic et al. (2016) beskriver at man har sett negative holdninger blant sykepleierne overfor pasienter med kommunikasjonssvikt eller atferdsendringer, der sykepleierne bevisst har unngått å skape en relasjon utover den grunnleggende påkrevde samhandling (Krupic et al., 2016, s.100). Liknende holdninger er beskrevet i denne studien. En slik adferd fra anesthesisykepleieren kan føre til dobbeltkommunikasjon, hvor pasienten hører ord som ikke samstemmer med kroppsuttrykk hos sykepleieren.

For en person med demens kan den ikke-verbale kommunikasjon være viktigere enn den verbale (Krupic et al., 2016, s.105). Kroppsspråket er ofte tydeligere enn ordene vi bruker. Helsepersonalet kan forsterke og underbygge det verbale budskapet med bevisst kroppsholdning (Holte & Tretteteig, 2016, s.261-263). Det er viktig å ha et bevisst forhold til ikke-verbal kommunikasjon i møte med pasienten. Det hjelper ikke å prøve å roe ned pasienten hvis anesthesisykepleierne viser at de er stresset med hurtige bevegelser og irriterte blikk. Forskningen viser at dersom den verbale og den ikke-verbale kommunikasjon ikke er samstemt, tror vi mest på den ikke-verbale (Holte & Tretteteig, 2016, s.262). Følelser har en tendens til å vises gjennom kroppsspråk. Usikkerheten hos anesthesisykepleierne kan oppfattes som utrygg hos pasienten med demens, fordi de leser den ikke-verbale kommunikasjon bedre enn den verbale kommunikasjon. Dette kan føre til at pasienten med demens får angst og blir stresset, noe som fører til urolighet og kan eskalere til aggresjon. Det kan være en fordel å være bevisst egne holdninger overfor pasientgruppen for å kan jobbe aktivt med sitt kroppsspråk, hvis sykepleieren føler for eksempel irritasjon overfor en pasient som er urolig og kan utagere. På samme måte kan det være nyttig å ha kunnskap om bruk av det ikke-verbale språket som kan brukes til å utstråle ro og trygghet. Kroppen kan også brukes til å vise respekt, peke, forklare, understreke og synliggjøre det verbale utsagn (Solheim, 2009, s.250). I all kommunikasjon med

pasienter med demens er grunnregelen å få dem til å føle seg sett, hørt og akseptert (Solheim, 2009, s.253).

7.2 Usikkerhet - ved å møte pasienten med demens pre- og perioperativ

Undertema: Krevende pasientgruppe

Funnene i denne studien viser at å ta vare på pasienter med demens i både pre- og perioperativ setting kan oppleves som krevende og at sykepleiernes egne grenser tøyes.

Anestesisykepleierne opplever at pasienter med demens aldri er like og at deres mentale tilstand kan forandre seg hele tiden. De beskriver situasjoner hvor pasienten ikke ønsker å samarbeide med sykepleieren.

Atferdsendringer hos pasienter med demens kan skyldes at de ikke har kontroll over situasjonen på operasjonsavdelingen, som ofte er et fremmed sted for pasienten.

Ifølge Solheim (2009, s.104-105) kan slik atferd forklares ut fra at personer med demens har en økt sårbarhet overfor stimuli i sine omgivelser. De føler at de ikke klarer å møte kravene fra sine omgivelser og blir dermed redde og stresset. Følelsen av angst økes ved opplevelsen av å miste kontrollen, og dette kan bli uttrykt i form av utfordrende atferd, som et forsvar mot de fremmede omgivelsene (Solheim, 2009, s.105).

Den raske forandringen i den mentale tilstanden hos pasienter med demens kan også forklares med at den mentale og intellektuelle forståelsen svikter etter hvert i sykdomsforløpet, og pasienten med demens opplever uforståelige situasjoner som skremmende, hvilket kan medføre ulike grader av angst (Solheim, 2009, s.103-105). Angst kan dukke opp i forskjellige forkledninger. Der pasienten blir oppfattet som urolig eller vanskelig, foreligger det ofte angst, usikkerhet og utrygghet. Angst gjenspeiler seg i kroppsspråket, som for eksempel: Pasienten verken nikker eller viser andre tegn på at hun/han har oppfattet det som er sagt, eller snur seg vekk, ber om å få gå, har økt hastighet på respirasjon og puls, blekhet, rødme, muskelspenning og/eller får motorisk uro. Det er viktig å ha kunnskap om slike tegn, for å kunne reagere på angsten til pasienten og gi hjelp for å redusere stressnivået. Hvis pasienten ikke får tidsnok hjelp kan symptomene forsterkes og pasienten kan få katastrofereaksjoner. Det vil si reaksjoner hvor pasienten ikke føler mestring, mister kontrollen og overreagerer med for eksempel økt uro, økt rastløshet, gråt, aggressive utbrudd med å si stygge ord, klype, slå eller dytte.

For en pasient med demens behøves det svært lite for å utløse katastrofereaksjoner. I en pre- og/eller perioperativ setting kan det være for mange mennesker rundt pasienten, personellet snakker for høyt, flere snakker samtidig, operasjons-lyder, eller stemmebruk med negative overtoner for eksempel ved å påpeke pasientens glemsomhet (Solheim, 2009, s.107).

Anestesisykepleierne opplever pasientene med demens som forskjellige, som «aldri like». Derfor må man tilpasse og vurdere den enkelte pasient forskjellig, noe som krever mye tålmodighet og kunnskap. Solheim (2009) påpeker at påkjenningsterskler hos pasienter med demens er variable og at de ofte ikke klarer å dekke over eller kompensere for sin kognitive svikt i stressende situasjoner, og at de dermed ofte vil reagere på en primitiv og umoden måte (Solheim, 2009, s.107). Når anestesisykepleieren skal forholde seg til demente pasienter på anesthesiavdelingen, må sykepleieren i stor grad by på seg selv. Den anestesisykepleieren som har hovedrollen i kontakten med pasienten, må bruke seg selv som instrument for å betrygge pasienten. Anestesisykepleierne har flere roller i pre- og perioperativsetting for å ivareta pasienten. De skal ta vare på både den mentale og den fysiologiske tilstanden til pasienten, de skal assistere anestesilegen og de skal samarbeide i operasjonsteamet og sørge for at operasjonen kan gjennomføres.

Flere studier har undersøkt inkludering av pårørende i pre- og perioperativ setting for å berolige og betrygge pasienter med demens. Det finnes flere fordeler med å la pårørende eller pasientens ansvarlige sykepleier følge pasienten både pre- og perioperativt, blant annet at det resulterer i mindre bruk av sedativer for anestesisykepleieren (Clark et al., 2022, s.5). Pårørende kan formidle informasjon om pasientens historie og gi en beroligende effekt fordi pasienten har noen kjente rundt seg. Stort sett er pårørende positivt innstilt til å delta aktivt i forebygging av postoperativt delirium for sin nærmeste (Clark et al., 2022, s.3).

Anestesisykepleiernes opplevelse er at det ved akutte operasjoner ofte mangler informasjon om pasientens sosiale forhold, personlighet, mestringsatferd eller livshistorie – informasjon som kan brukes som emner i samtaler eller for at pasienten føler seg sett.

Preoperative samtaler med pårørende vist seg å være verdifulle i elektiv kirurgi (Krupic et al., 2016, s.105). Mens en undersøkelse av Clark et al (2022) viser at de aller fleste (76 %) av sykehusene i Skottland ikke ga rutinemessig informasjon til pårørende og/eller pleiere om risikoen for postoperativt delirium. Det vil si at pårørende og personell kun i liten grad blir inkludert i det preoperative forløpet til tross for at flere studier viser viktigheten av inkludering for å redusere utviklingen av postoperativt delirium (Clark, 2022, s.4).

Pasienter med lårhalsbrudd som må opereres akutt er det mest typiske eksempelet for anestesisykepleierne på en dement pasient som kommer til operasjon. Siden et flertall av pasienter med lårhalsbrudd bør opereres innen 24 timer, er det tidsmessig ofte ikke mulig for sykepleierne på

sengepost og anestesisykepleierne å samle inn informasjonen om pasientens personlige historie og om hvor lang pasientens demens er kommet.

Anestesisykepleierne kan oppfatte pasienten med demens som allerede delirisk ved ankomst på operasjonsavdelingen. Oh & Park (2019) uttaler at en grundig preoperativ evaluering av pasienten før operasjon for tilstedeværelse av delirium og kognitiv svikt har vist prevalensrater av allerede eksisterende delirium opptil 29,7 % (Oh & Park, 2019, s.8). Det gir gunstige resultater for pasienten med demens ved å stabilisere pasientens fysiologiske tilstand før hun/han kommer til operasjon, for eksempel ved å korrigere elektrolytter, dehydrering, anemi og ved å ikke la pasienten vente for lenge til operasjon for å unngå lang fastetid (Oh & Park, 2019, s.8). Det vises at en fysiologisk stabil og rolig pasient har en større toleransegrense for stress – en viktig risikofaktor for å utvikle postoperativt delirium. Ved mindre stress for pasienten vil anestesisykepleieren også være roligere i tilnærmingen og få mer tid til å bygge en trygg relasjon med pasienten pre- og perioperativt uten å bruke sedativer, som også er en risikofaktor for å utvikle postoperativt delirium.

Spesielt med tanke på preoperativ vurdering om pasienten helsetilstand og fysiologisk optimalisering av pasienten, bør en anestesilege inkluderes. Utnevnelse av en leder i geriatrik anesthesi på hver avdeling vil lette koblingene mellom sengepost og anesthesi og være et skritt i riktig retning (Clark et al., 2022, s.4).

Undertema: Manglende kompetanse

Anestesisykepleierne erfarer usikkerheter i valget om å sedere pasienter i forhold til utvikling av postoperativt delirium. Anestesisykepleierne etterlyser mer kunnskap i form av retningslinjer om medikamentell behandling og ivaretagelse av pasienten på operasjonsavdeling. De gir uttrykk for å være usikre om de har gjort riktige vurderinger i valg av medikamentell behandling eller ikke-medikamentelle tilnærminger perioperativt.

Den pre- og perioperative setting kan være stressende for pasienten med demens og anestesisykepleier bør kunne gi pasienten en følelse av å mestre denne krevende situasjonen. Tillit opprettes ved kommunikasjon, ferdigheter og kunnskap. Økende bruk av regionalanestesi og ledningsanestesi medfører flere våkne pasienter. En våken pasient med demens utfordrer anestesisykepleieren på kommunikasjon, ferdigheter for å trygge pasienten og medmenneskelig omsorg. Anestesisykepleierne bør kunne reagere på pasientens behov, har et lyttende øre og ydmykhet overfor pasientens situasjon. Dette kan være vanskelig for anestesisykepleier hvis hun/han

ikke har kunnskap om pasientens forhistorie, type demens eller måten sykepleieren bør ivareta pasientens behov.

Kunnskaper, ferdigheter og holdninger er tre sentrale komponenter i beskrivelsen av sykepleiefaget (Lai, 2013, s.46). Kunnskapen må kunne anvendes i praksis og i den aktuelle konteksten arbeidet skal foregå i (Lai, 2013, s.46). Ifølge Skau (2017) omfatter kompetansebegrepet både teoretisk kunnskap, praktiske yrkesferdigheter og personlig kompetanse (Skau, 2017, s. 76). Det vises at personlige egenskaper er et vel så viktig aspekt i kompetansebegrepet, og at dette er en kvalifikasjon som ikke kan ses bort fra og som er nødvendig for at man kan utøve sitt yrke på en etisk og forsvarlig måte (Skau, 2017, s 76). Ifølge Lai (2013) gir økt kompetanse økt trivsel og stabilitet blant sykepleierne. Anestesisykepleieren er kompetent når hun/han har tilstrekkelig kunnskap om oppgaven som bør utføres, har ferdigheter til å omsette denne kunnskapen i praktisk handling, og den holdning eller innstilling som er nødvendig for å utføre oppgaven på en etisk forsvarlig måte. Å være en kompetent anestesisykepleier vil i hovedsak være knyttet til hvordan personen er i stand til å sette sammen og balansere disse fire aspektene i sin utøvelse av anestisefaget. Kompetansen om demens ligger hovedsakelig hos geriatrisk spesialist og geriatrisk sykepleier, men anestesisykepleierne og anestisileger bør kunne samarbeide med disse på tvers av faglige og kulturelle grenser. Anestesisykepleierne har behov for mer kunnskap om pasienter med demens for å forstå, reflektere og handle adekvat.

Sykepleierne har en plikt til å jobbe kunnskapsbasert, det vil si å forholde seg til retningslinjer i usikre situasjoner og ikke gå ut over egne kompetansegrenser (Heggstad, 2018, s. 107). Samtidig gir anestesisykepleierne uttrykk for at det finnes lite retningslinjer om riktig tilnærming og behandling av pasienter med demens, til tross for at det finnes evidensbaserte studier.

Anestesisykepleieren må ha en fagspesifikk kunnskapsbase fra teori og forskning, i tillegg til erfaringsbasert kunnskap for å kunne foreta pålitelige vurderinger. Denne kunnskapen må stadig oppdateres og fornyes på grunn av den raske og stadige utviklingen i både demensomsorgen og - behandlingen. Utviklingen er preget av et høyere kompetansenivå og mer individbasert behandling og omsorg.

En sentral utfordring i å møte pasienten med demens er at det finnes lite kompetanse om demens og den økende risikoen for å utvikle postoperativt delirium, til tross for det økende antall eldre i vårt samfunn. Dette bekrefter også studien av Clark et al. (2022, s.4), hvor anestisileger, geriatri spesialister og pårørende deltok i en spørreundersøkelse. Den viste at 64 % av avdelingene oppga at cirka 50 % av arbeidsmengden involverte pasienter over 75 år, mens bare 20 % hadde tilgang til en geriatrisk spesialist ved koordinering av preoperativ behandling.

Utdanningsmøter om både pre- og perioperativeldreomsorg hadde funnet sted i kun 56 % av avdelingene, mens bare 20 % av sykehusene hadde forhåndsvurderingstjenester av en geriatrisk spesialist for eldre pasienter for å koordinere i preoperativ omsorg (Clark et al., 2022, s.4).

Funnene i studien viser at anestesisykepleierne må i dag «*føle seg frem*» eller «*legge pasientens tilstand på en vektskål*» i vurdering, tilnærming og behandling i pre- og perioperativ setting hos pasienter med demens.

Anestesisykepleierne bør ha et vitenskapelig utgangspunkt for å møte pasienten med demens for en bredere forståelse av sykdommen og behandlingen. Grunnlaget for å velge handling, hvis for eksempel pasienten kan oppfattes som ikke samarbeidsvillig, må være basert på kunnskap og forståelse for pasientens situasjon (Engedal, 2016, s.77). Krupic et al., (2016) konkluderer i sin studie at mer kunnskap om demens og pasientens behov hos anestesisykepleiere kan redusere risikoen for å utvikle postoperativt delirium Krupic et al., (2016, s.106).

8 Konklusjon

Denne studien har undersøkt anestesisykepleieres erfaringer med å ivareta pasienter med demens pre- og perioperativt og hvilke oppfatninger de har overfor ikke-medikamentelle tilnærminger. Det er to aspekter som har utpekt seg: «Ivaretagelse» og «Usikkerhet».

Anestesisykepleierne er opptatte av hvordan de møter pasienter med demens uten å krenke dem, men å støtte opp om deres verdighet i en vanskelig situasjon. Anestesisykepleierne har mye empati overfor pasientgruppen og syns synd på pasienten, fordi de ofte ikke kan gjøre rede for seg selv og sine egne behov. De opplever det som vanskelig at sykepleiernes viktigste etiske prinsipp om respekt for pasientens rett til å samtykke om helsehjelp er truet hos pasienter med demens.

De oppfatter ikke-medikamentelle tilnærminger som egnet for å avlede fra det ukjente og for å trygge pasienten i en uvant situasjon. Anestesisykepleiere i denne studien benytter ikke-medikamentelle tilnærminger som berøring, musikk og kommunikasjon for å avlede fra det ukjente. De opplever at pasienter med demens responderer forskjellig på berøring, og at det er ikke alle anestesisykepleiere som liker å bli tatt på eller å ta på pasientene. Bruk av musikk i perioperativ setting oppfattes som positivt for pasienten så lenge dette avtales i hele operasjonsteamet, og noen syns det kan bli for bråkete med musikk og foretrekker bruk av hodetelefoner. Kommunikasjon oppleves av flere som nødvendig i pasient-sykepleier-relasjonen, men er usikre om hvordan de kommunisere på en riktig måte med pasienter som har demens og opplever kommunikasjon som krevende. Bruk av analgetika erfares som nødvendig i både pre- og perioperativ setting. Men i valg av sedativer opplever anestesisykepleierne en stadig usikkerhet i forhold til mengden og typen preparat for å minske sannsynligheten for postoperativt delirium.

Anestesisykepleiernes erfaring er at å ta vare på pasienter med demens i både pre- og perioperativ setting oppleves som krevende og at egne grenser tøyes. Ganske ofte er pasientene deliriske før de kommer til operasjon og pasienten kan derfor være lite samarbeidsvillig.

Anestesisykepleierne opplever at pasienter med demens aldri er like og at deres mentale tilstand kan forandre seg hele tiden. Anestesisykepleierne erfarer at ved akutte operasjoner mangle ofte informasjon om pasientens sosiale forhold, personlighet, mestringsatferd eller livshistorie – informasjon som trengs som emne i samtaler med pasienten og for at pasienten skal føle seg sett. Anestesisykepleierne etterlyser mer kunnskap i form av retningslinjer om medikamentell behandling og ivaretagelse av pasienten på operasjonsavdeling. De gir uttrykk for å være usikre på om de har gjort riktige vurderinger i valg av medikamentell behandling versus ikke-medikamentelle tilnærminger perioperativt.

-Antall ord: 16500-

Referanser/ Litteraturliste

- Alcorn, S. & Foo, I. (2017). Perioperative management of patients with dementia. *BJA Education*, 17(3): 94-98 (2017). doi: 10.1093/bjaed/mkw038.
- ANSF. (2021). Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere (3.utg.), Anestesisykepleierne NSF. https://www.nsf.no/sites/default/files/groups/subject_group/2022-09/Grunnlagsdokument%20for%20anestesisykepleiere%203.utgave%202022.pdf
- ANSF & Norsk Anestesiologisk Forening. (2016). Norsk standard for anestesi. <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/f99njXla94iCUrYGJrm8qOM6nRwJscUypCJQM9IEb1KJd752LN.pdf>
- American Geriatrics Society (2015). Postoperative Delirium in Older Adults: Best Practice Statement from the American Geriatrics Society. *J Am Coll Surg*, 220(2), 136-148.e131. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2014.10.019.
- Bruun, A.M.G. (2021). Anestesisykepleiernes identitet og kompetanse. A-C. L. Leonardsen (Red.), *Anestesisykepleie*. (3. utg., s.21-33). Cappelen Damm AS.
- Clark, C., Bennett, E. & Foo, I. (2022). Adherence to published guidelines for perioperative care of the elderly: a survey of Scottish anaesthetic departments. *Perioperative Medicine (2022)* 11:26. <https://doi.org/10.1186/s13741-022-00258-z>
- Dihle, A. (2021). Smerte- og smertebehandling. A-C. L. Leonardsen (Red.), *Anestesisykepleie*. (3. utg., s.103-105). Cappelen Damm AS.
- Engedal, K. (2016). Andre forklaringer på kognitiv svikt. S. Tretteteig (Red.), *Demensboka. Læreboka for helse- og omsorgspersonell* (s.67-83). Forlaget Aldring og helse.no.
- Engedal, K. & Tveito M. (Red.), (2019). *Alderspsykiatri*. Forlaget Aldring og helse.no.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2016). Hva er demens? S. Tretteteig (Red.), *Demensboka. Læreboka for helse- og omsorgspersonell* (s.13-40). Forlaget Aldring og helse.no.
- Engedal, K., (2016). Andre forklaringer på kognitiv svikt. S. Tretteteig (Red.), *Demensboka. Læreboka for helse- og omsorgspersonell* (1. utg., s.13-40). Forlaget Aldring og helse.no.
- Folkehelseinstituttet (2021). Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge 2021. <https://www.ntnu.no/documents/10304/1269212242/Folkehelseutfordringer+i+Tr%C3%B8ndelag+2019.pdf/153c78b4-ad78-4b5a-a65b-2c1b9ff1252b>

- Forskningsetikkloven (2017). Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (forskningsetikkloven).
(LOV-2017-04-28-23). Hentet fra: [Lov om organisering av forskningsetisk arbeid \(forskningsetikkloven\) - Lovdata](#)
- Fu, V. X., Oomens, P. & Klimek, M. (2020). The effect of perioperative music on medication requirement and hospital length of stay: a meta-analysis. *Annals of surgery*, 272(6), 961.
- Fu, V. X., Jeekel, J. & Van Lieshout, E. M. M. (2021). Protocol: Effect of music on clinical outcome after hip fracture operations (MCHOPIN): study protocol of a multicentre randomised controlled trial. *BMJ Open*, 11(12).
- Gjøra, L., Strand, B. H., Bergh, S., Borza, T., Brækhus, A., Engedal, K., Selbæk, G. (2021). Current and Future Prevalence Estimates of Mild Cognitive Impairment, Dementia, and Its Subtypes in a Population Based. Sample of People 70 Years and Older in Norway: The HUNT Study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 79(3), 1213-1226. Doi:10.3233/jad-201275.
- Hamrick, I., & Meyer, F. (2013). Perioperative management of delirium and dementia in the geriatric surgical patient. *Langenbeck's Archives of Surgery*, 398(7), 947–955.
<https://doi.org/10.1007/s00423-013-1102-5>
- Heggestad, A. K. T., (2018). *Etikk i klinisk sjukepleie*. Det Norske Samlaget Oslo.
- Helsepersonelloven. (2008). Lov om helsepersonell m.v (helsepersonelloven).
([LOV-2020-12-04-133](#)).Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonelloven. (1999). Forsvarlighet (LOV-1999-07-02-64).
Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helsedirektoratet (2015). Lårhalsbrudd.
Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/behandling-av-sykdom-og-overlevelse/hoftebrudd-operert-innen-henholdsvis-24-timer-og-48-timer>
- Helsinki deklarasjon (2014).
Hentet fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Tretteteig, S., (2016). Kommunikasjon. S. Tretteteig (Red.), *Demensboka. Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (s.259-271). Forlaget Aldring og helse.
- Johnsen, L. G., Watne, L. O., Frihagen, F., Helbostad, J. L., Prestmo, A., Saltvedt, I., Wyller, T. B. (2015). Hvorfor ortogeriatrici? *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 135(6), 523-524.

- Kirkevold, M., (2020). Den gamle integritet. M. Kirkevold, K. Brotkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk Sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 84-95). Gyldendal Norsk Forlag AS
- Krupic, F., Eisler, T. & Sköldenberg, O., (2016). Experience of anaesthesia nurses of perioperative communication in hip fracture patients with dementia. *Scandinavian journal of caring sciences*, 30(1), 99-107.
- Kvale, S. & Brinkmann, S., (2019). *Det kvalitative forskningsintervju* (3 utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lai L. (2013). *Strategisk kompetanseledelse* (3. utg). Bergen: Fagbokforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative Forskningsmetoder for Medisin og Helsefag* (4. utg.) Universitetsforlaget.
- Mosk, C.A., Mus, M., Vroemen, J. PAM, van der Ploeg, T., Vos, D., Elmans, L. HGJ, van der Laan, L., (2017). Dementia and delirium, the outcomes in elderly hip fracture patients. *Clinical Interventions in Aging*:12, 421–430.
- Neerland, B. E., Watne, L. O., & Wyller, T. B. (2013). Delirium hos eldre pasienter. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. [Delirium hos eldre pasienter | Tidsskrift for Den norske legeforening\(tidsskriftet.no\)](https://doi.org/10.4097/kja.d.18.00073.1)
- Nortvedt, P., (2007). Etisk skjønn og moralsk dømmekraft. Å. Slettebø & P. Nortvedt (Red.), *Etikk for helsefagene* (2. oppl., s.62-80). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nortvedt, P. (2021). Etikk, juss og anestesisykepleie. Leonardsen, A-C., L. (Red.), *Anestesisykepleie* (3.utg, s.44-54). Cappelen Damm AS.
- Oh, S.-T. & Park, J.Y., (2019). Postoperative delirium. *Korean J Anesthesiol* 2019 February 72(1): 4-12. <https://doi.org/10.4097/kja.d.18.00073.1>
- Pasientrettighetslov. (1999). Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/1999-07-02-63>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Ranhoff, A.H. (2020). Delirium (akutt forvirring). M. Kirkevold, K. Brotkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk Sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg, s. 459 – 469). Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Slettebø, Å. & Pedersen, R. (2020). Juridiske rammer og etiske utfordringer. M. Kirkevold, K. Brotkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (3.utg., s.216-229). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Skau, G. M., (2017). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (5.utg). Cappelen Damm As.
- Skovdahl, K. (2020). Kognitiv svikt og demens. Kirkevold, M., Brotkorb, K. & Ranhoff, A. H., (Red.), *Geriatrisk Sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (3. utg., s.416-439). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Solheim, K. (2009). *Demensguide. Holdninger og handlinger i demensomsorgen*.
- Torvik, K. & Sandvik, R. K. N.M. (2020). Smerte. M. Kirkevold, K. Brotkorb & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s.397-413). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tretteteig, S., Tangen, G.G., & Storjord, M.-B. (2016). Miljøbehandling – ulike arbeidsformer og aktiviteter. S. Tretteteig (Red.), *Demensboka. Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (1.utg., 1. oppl, s.325-365). Forlaget Aldring og helse.
- Yu, R., Zhou, Y., Feng, E. et al (2020). The effect of musical intervention in improving short-term pain outcomes following total knee replacement. *Journal of Orthopaedic surgery and research*. Doi.org/10.1186/s13018-020-01995-x.

Vedlegg 1 Figur 1-1 Søkeresultatet av artikler

