

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ
VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2017: 78

Att söva barn med autismspektrumtillstånd
- Anestesisjuksköterskans förhållningssätt genom den perioperativa dialogen

Malin Larson



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel:	Att söva barn med autismspektrumtillstånd – Anestesisjuksköterskans förhållningssätt genom den perioperativa dialogen
Författare:	Malin Larson
Huvudområde:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Specialistutbildning anestesisjuksköterska
Handledare:	Thomas Eriksson
Examinator:	Anders Jonsson

Sammanfattning

Barn med AST, autismspektrumtillstånd, är en förhållandevis vanlig patientkategori som kommer i kontakt med anestesisjukvården då de kan behöva sövas för enklare ingrepp som till exempel tandvård. Tidigare forskning visar att anestesisjuksköterskor upplever att det är svårt att vårda barn med AST. När barnen kommer i kontakt med sjukvården upplever de att miljön är stressig och de har svårt för att kommunicera med sjukvårdspersonal. Det är påvisat att föräldrar upplever att sjukvården inte lyssnar till deras barns specifika behov och att kunskapen hos sjuksköterskor är bristfällig. Syftet med studien var att undersöka anestesisjuksköterskors förhållningssätt i mötet med barn med AST under den perioperativa dialogen. Kvalitativ metod valdes på grund av att anestesisjuksköterskors upplevelser och erfarenheter skulle undersökas. Sex stycken anestesisjuksköterskor tillfrågades att ställa upp i studien. De fick frågan om hur de tänker när de ska söva ett barn med AST och därefter fick de berätta om en speciell eller nyligen upplevd sövning. Intervjuerna transkriberades och analyserades enligt en kvalitativ konventionell innehållsanalys. I resultatet framkommer att anestesisjuksköterskor är medvetna om barnens särskilda behov och de arbetar för att tillgodose behoven. Tre kategorier utgör resultatet; Att förbereda sig, Att skapa en relation, Att vara flexibel. Varje kategori utgörs av subkategorier. Resultatet understöds av tidigare forskning som belyser att preoperativa förberedelser gynnar anestesisjuksköterskor och patienter samt att anestesisjuksköterskor är följsamma utifrån varje barns specifika behov. Det finns sjukhus i Sverige som har upprättade rutiner för hur barn med AST ska bemötas och tas om hand preoperativt, men dessa rutiner är inte standardiserade på alla sjukhus. Vidare forskning om hur barn med AST bemöts när de kommer till sjukhus där sådana rutiner saknas behöver göras för att kvalitetssäkra den perioperativa omvårdnaden hos barn med AST.

Nyckelord: Anestesisjuksköterskor, barn, autismspektrumtillstånd, autism, perioperativ dialog

Innehållsförteckning

Inledning	4
BAKGRUND	4
Autism och autismspektrumtillstånd (AST)	4
Barn i mötet med sjukvården.....	4
Kompetensbeskrivning för anestesijuksköterskor.....	6
Den perioperativa dialogen.....	6
Den professionella naturliga vården.....	7
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE	8
METOD	8
Deltagare.....	8
Datainsamling	9
Dataanalys.....	9
Etiska överväganden.....	10
RESULTAT	10
Att vara förberedd	11
En extra tanke bakom förberedelserna	11
Prata ihop sig med kollegor och föräldrar	11
Att skapa en relation	12
Möta barnen på deras planhalva	12
Involvera föräldrar och personliga assistenter	13
Att vara flexibel	14
Anpassa sig till barnets önskemål	14
Flexibel med säkerhetstänk.....	14
DISKUSSION	15
Metoddiskussion.....	15
Resultatdiskussion	17
Preoperativ förberedelse är viktig	17
Skapa kontakt	19
Gå utanför sin box	19
Hållbar utveckling	20
Slutsats	20
REFERENSER	21

Bilaga 1

Inledning

Barn med autism och autismspektrumtillstånd (AST) är en patientgrupp som anestesijuksköterskor möter förhållandevis ofta då barnen kan behöva sövas för lättare undersökningar som till exempel tandvård. AST inkluderar lättare autistiska drag till svår autism. Då anestesijuksköterskor upplever att det kan vara svårare att möta barn med AST, jämfört med den genomsnittliga patienten i samband med anestesijuksvård, bör området undersökas djupare. I den perioperativa miljön kan barn med AST ha svårt att förutse vad som ska hända, de kan också ha nedsatt kommunikationsförmåga vilket i sin tur kan göra anestesijuksköterskor osäkra på hur de ska förhålla sig till barnen. Tidigare forskning har visat att föräldrar till barn med AST inte tycker att sjukvården lyssnar till deras barns specifika behov. Föräldrarna upplever också att anestesijuksköterskor inte alltid har information om barnets beteende samt att sjukvårdspersonal har förutfattade meningar om barn med AST.

BAKGRUND

Autism och autismspektrumtillstånd (AST)

Barn- och ungdomspsykiatriska organisationen BUP (2014) definierar AST som ett tillstånd som påverkar personens sociala förmåga och sätt att kommunicera. De kan ha svårt för att förstå hur andra människor tänker och resonerar samt förstå vad andra menar. Personen behöver inte ha diagnosen autism men kan uppleva en eller flera svårigheter i det sociala samspelet och i sitt sätt att kommunicera. AST inkluderar lättare autistiska drag till svår autism.

Enligt Autism- och Asbergerförbundet (2009) är autism en utbredd funktionsnedsättning som antingen är tidigt förvärvad eller medfödd. Det är vanligt att autism förekommer tillsammans med andra funktionsnedsättningar som till exempel epilepsi. För att få diagnosen autism måste tre krav uppfyllas. Dessa tre krav innebär att personen är begränsad i sin förmåga till social interaktion och ömsesidig kommunikation samt är begränsad i sin förmåga för fantasi och beteende. 40 % av de personer som har autism har inget språk alls och 50 % utvecklar aldrig något språk som är användbart. En del personer med autism uppfattar inte betydelsen av det som sägs. För att ha ett fungerande liv lever många personer med autism efter strikta regler. Om dessa regler bryts kan personen med autism bli upprörd och arg. Även miljöförändringar kan utlösa raseriutbrott. En person med autism har svårt att förstå samband mellan olika saker och ting samt en nedsatt förmåga att kunna förutse vad som ska hända. De har svårt att skapa sig en helhetsbild och har ingen känsla för sammanhang.

Barn i mötet med sjukvården

Beteendet hos barn med AST verkar skilja sig åt när forskning jämför med beteendet hos den genomsnittliga patienten. Perioperativ personal upplever att det är svårare att ta blodtryck, puls och saturationsmätning inför operation. Det är också svårt att flytta patienten från säng

till operationsbord, använda andningsmasken framför ansiktet och svårare att ha till exempel EKG-elektroder och blodtrycksmanschett på patienten i samband med uppvaknandet. I bästa fall blir kontakten mellan barnet och sjukvården bra om den perioperativa personalen i förväg tar reda på detaljer om barnets beteende och hur de ska bemöta beteendet. Många familjer tillsammans med deras barn har egna sätt att distrahera. Därför är det viktigt att föräldrar blir erbjudna och uppmuntrade att ta med sig föremål som distraherar och reducerar stress (Gearner Thompson & Tielsch- Goddard 2014).

Enligt Gimbler-Berglund (2016) upplever anestesijuksköterskor att det är svårt att vårda barn med AST samt att genomföra ett lugnt insomnande för barnen. De flesta anesthesiavdelningarna har inga rutiner för att möta barn med AST, vilket även skulle kunna tillämpas på andra barn med särskilda behov. Även om det saknas rutiner så finns det flera anesthesijuksköterskor som bär kunskap och har en passion för barnen.

Det är påvisat att barn med särskilda behov mår bra av kontinuitet i sjukvården. Den perioperativa dialogen ger barnen möjlighet att få kontroll över situationen och förstå vad det handlar om. Barnen får, genom den preoperativa dialogen, chans att berätta om sina tidigare erfarenheter och det leder till att barnen får en känsla av att bli tagna på allvar. Rädslan hos barnen minskar när de får lära känna anesthesijuksköterskan som ska söva dem. De uttrycker att det inte är detsamma om det skulle komma en annan anesthesijuksköterska och ta över då de redan litar på den anesthesijuksköterska de fått kontakt med (Lindwall & Von Post, 2005).

Muskat et al. (2015) har kommit fram till att ungdomar med AST som kommer i kontakt med sjukvården upplever att de har svårt att förstå vad sjukvårdspersonalen säger till dem. Deras föräldrar håller med om att kommunikationen påverkas av stressiga miljöer som till exempel sjukhusmiljön. Både sjukvårdspersonal och föräldrar beskriver att det är problematiskt för ungdomarna att uttrycka smärta. När de inte kan förmedla sin smärta är det svårt för sjukvårdspersonal att förstå smärtans intensitet och lokalisation. Det är en stor utmaning att läsa av smärta hos de här patienterna enligt föräldrar och sjukvårdspersonal, svårast att läsa av är de ungdomar som inte har någon verbal kommunikation. Förutom att det kan vara svårt att förmedla smärta upplever en del ungdomar att det är känsligt att komma i kontakt med sjukvården på grund av att det innebär mycket beröring. Besöket innebär även andra stimuli som kan vara jobbiga som till exempel pip från maskiner. Ungdomar med AST kan vara mycket känsliga för stimuli som ljud, lukter och smaker. Det visar sig också att det kan vara påfrestande för de här ungdomarna om det är många personer runt dem samtidigt.

Föräldrar uppskattar en direkt kommunikation mellan sjuksköterska och deras barn. Utifrån föräldrarnas perspektiv visar det sig att sjuksköterskor ofta antar att barn med AST inte förstår så mycket och därmed blir informationen till barnen bristfällig. Barnen får därför ingen möjlighet att uppfatta vad som ska hända med dem (Avis & Readon 2008).

Enligt Lindberg, Von Post och Eriksson (2012) upplever föräldrar till barn med svår autism att sjukvårdspersonal inte lyssnar till deras barns särskilda behov. De upplever att det är svårt att nå fram med information om barnet och att anesthesijuksköterskan som ska söva barnet inte alltid har information om barnets beteende. Föräldrar upplever också att det är

påfrestande att upprepade gånger tala om för olika personer om deras barns behov. För att barnet ska få en bra upplevelse av sövningen, är ett preoperativt besök före operation värdefullt. Dock ställer det till med problem om barnet träffar en anestesijuksköterska under den preoperativa vistelsen och en annan anestesijuksköterska under själva sövningen. Uttalat lidande uppstår vid brist på kontinuitet under den perioperativa processen. När barnet själv inte kan kommunicera och göra sig förstådd finns risk för att vårdgivarna hanterar situationen med fysiskt våld. En sådan situation kan skapa förtvivlan hos föräldrar som ser sitt barn lida. Föräldrarna upplever att tidsbrist, personalbyte och andra störningar som till exempel telefonsamtal var negativt för relationsskapandet mellan barnet och anestesijuksköterskan. När anestesijuksköterskan lyssnade på informationen om barnets speciella behov upplevde föräldrarna att den preoperativa dialogen blev bra för barnet. Det till exempel vara att barnet har tillgång till sin favoritmusik. Kontinuitet är också en viktig faktor för att barn med autism ska få en bra upplevelse i samband med att de kommer i kontakt med anestesijuksvården, till exempel kan ett foto på den anestesijuksköterska som ska söva barnet skickas hem, vilket kan leda till att barnet känner sig trygg med ett bekant ansikte som det möter på operation.

Kompetensbeskrivning för anestesijuksköterskor

Enligt riksföreningen för anestesi och intensivvård (2012) ska anestesijuksköterskor kunna behandla varje patient som unik och utifrån dennes behov samt vara öppen för patientens situation. För att uppnå den bästa möjliga perioperativa vården sätts patientens autonomi och individuella behov i centrum. Hos patienter som kräver ett ökat omvårdnadsbehov bör anestesijuksköterskor vara pedagogiska och stöttande i sin omvårdnad genom hela den perioperativa dialogen.

Den perioperativa dialogen

Lindwall och Von Post (2008, s. 98) menar att den perioperativa dialogens mening är att skapa välbefinnande och lindra lidande samt skydda patientens värdighet genom den pre-intra- och postoperativa fasen. Rudolfsson, Ringsberg och Von Post (2003) visar att anestesijuksköterskor upplever att den perioperativa dialogen gör det möjligt för dem att lära känna sin patient. Det har också visat sig att anestesijuksköterskor känner ett större engagemang till patientens situation när de får lära känna patienten genom hela den perioperativa processen.

Det preoperativa mötet sker med patienten i lugn och ro innan operation. Patienten får tillfälle att berätta om sina erfarenheter och förväntningar (Lindwall & Von Post, 2008, s. 102). Anestesijuksköterskor får chansen att bli mer förberedda inför den intraoperativa dialogen. De upplever att det är lättare att involvera patienten i sin egen vård om ett preoperativt möte genomförs (Rudolfsson 2003).

Intraoperativa dialogen tar vid när patienten kommer in på operationsavdelningen och tas emot av samma sjuksköterska som deltog under den preoperativa dialogen (Lindwall & Von

Post 2008, s. 107). Anestesisjuksköterskor uppger att det är lättare att bli mer personlig i mötet med patienten om de har haft ett preoperativt samtal jämfört med om de inte har haft det. De upplever också att patienter som har haft ett preoperativt möte är lugnare i den intraoperativa processen (Rudolfsson 2003).

I den postoperativa dialogen som, enligt Lindwall och Von Post (2008, ss. 109–110), börjar efter operation sker en utvärdering av den perioperativa vården. Patienten får möjlighet att prata med någon utöver läkaren som varit med under operationen och som kan berätta vad som har hänt och fylla i patientens tomrum.

Den professionella naturliga vården

Utifrån Lindwall och Von Post (2008, ss. 44–58) är den professionella naturliga vården avgörande för om patienten känner välbehag i den perioperativa kulturen. Utgångspunkterna för den professionella naturliga vården är caritas vilket betyder värdighet, barmhärtighet och människokärlek. Att vårdaren är professionell innebär att besitta vetenskaplig kunskap, kompetens och låta sina vårdhandlingar styras av en etisk kod. Anestesisjuksköterskors vård skiljer sig från den naturliga vården från vänner och familj genom att anestesisjuksköterskan hjälper patienten att förstå sjukdomen utifrån patientens hela livssituation. Inom den professionella naturliga vården beskrivs bland annat vårdhandlingarna *Bry sig om, Tillit och Mod*.

Bry sig om- Anestesisjuksköterskan lyssnar till patientens berättelse och vill denne väl samt visar att hen bryr sig om patienten genom att inge mod och hysa medlidande (Lindwall & Von Post 2008, ss. 45-46). Begreppet *Bry sig om* betyder enligt Karlsson, Sivonen och Von Post (2007) att någon bemödar sig om den andres bästa, skyddar mot skada och det onda. Närliggande uttryck till *bry sig om* är bland annat ”*intressera sig för*”, ”*bekymra sig om*” och ”*sköta om*”. I det vårdande *bry sig om* finns mod, vilja och inre kraft att låta vägen visas av hjärtats röst. Det kan ses som en etisk hållning som utgår från caritas och uttrycker sig som ansvarsfull omsorg.

Tillit- Att patienten lämnar över sig själv till anestesisjuksköterskan. Patienten har en tyst förväntan om att anestesisjuksköterskan ska ta emot patienten (Lindwall & Von Post, 2008, s. 54). Sjuksköterskor beskriver att de upplever att de patienter som vårdas på intensivvårdsavdelning som har tillit till sin sjuksköterska känner en säkerhet i vården. Att känna tillit gör att patienten får självförtroende och släpper taget för att ta emot god vård. Tillit till sjuksköterskan beskrivs vara viktigt utifrån patienternas perspektiv för att kunna föra en öppen kommunikation och ta del av sin egen vård (Wassenaar et al. 2015).

Mod- En anestesisjuksköterska behöver mod för att kunna vara äkta och stå fast vid en svår situation. Mod visar sig genom viljan att stå upp för en annan människa (Lindwall & Von

Post, 2008, s.58). Det krävs mod för sjuksköterskan att delta i patientens lidande och sårbarhet eftersom att sjuksköterskan inte alltid vet vilken situation hen kommer att ställas inför. Mod behövs för att våga finnas där när patienten bjuder in sjuksköterskan till sitt lidande (Thorup, Rundqvist, Roberts & Delmar 2011).

PROBLEMFORMULERING

Barn med AST lever vanligtvis efter vardagliga rutiner. De kan ha svårt för att göra sig förstådda och är begränsade i sin förmåga till socialt samspel. När barn med AST hamnar i kontakt med anestesijukvården, i samband med sövning, finns risk för en störning i den vardagliga strukturen vilket kan orsaka raseri och förtvivlan. En sådan händelse kan bli påfrestande för barnen och för anestesijuksköterskor som inte vet hur de ska hantera situationen. Tidigare forskning visar att förberedelse och kontinuitet är värdefullt för barnen, men det finns lite forskning om hur anestesijuksköterskor konkret förhåller sig till barn med AST.

SYFTE

Syftet var att undersöka anestesijuksköterskans förhållningssätt i mötet med barn med autismspektrumtillstånd genom den perioperativa dialogen

METOD

Kvalitativ metod har valts på grund av att metoden passar holistiska studier med syfte att förstå helheten. Det är också en metod som tillåter forskaren att bli djupt involverad i sin undersökning (Polit & Beck, 2008, s. 463). Examensarbetet är framarbetat utifrån en konventionell kvalitativ innehållsanalys enligt Hsieh och Shannon (2005). En konventionell kvalitativ innehållsanalys beskrivs också som en induktiv innehållsanalys (Polit & Beck, 2008, s. 538). En induktiv innehållsanalys förutsätter att det finns tidigare forskning av fenomenet som forskaren vill undersöka närmare. Målet med en innehållsanalys är framförallt att beskriva ett fenomen. Innehållsanalysens syfte är att frambringa en kondenserad men också bred beskrivning av fenomenet (Elo & Kyngäs, 2007). Kvalitativ innehållsanalys är en välbeprövad metod inom omvårdnadsforskning varför den passar bra till studien. Det är också en framgångsrik metod för att hantera och tolka stora mängder data som till exempel bandade intervjuer (Granskär & Höglund, 2007 s. 159; Elo & Kyngäs, 2007).

Deltagare

Deltagarna i studien arbetar vid två sjukhus i västra Sverige. Varför dessa två sjukhus valdes var på grund av tillgängligheten för mig som författare. Verksamhetscheferna tillfrågades både muntligt och skriftligt om samtycke till studien (se bilaga 1). Muntligt samtycke lämnades. När ett godkännande från verksamhetscheferna fanns valde operationskoordinatorn

på det ena sjukhuset ut fyra lämpliga anestesijuksköterskor. För att finna deltagare till en kvalitativ studie är det av vikt att deltagaren har upplevt fenomenet (Polit & Beck 2016, s. 491). Därför användes ett inklusionskriterium, att de anestesijuksköterskor som intervjuades hade erfarenhet av att söva barn med AST. Den femte och sjätte deltagaren har författaren kommit i kontakt med på egen hand och de arbetar på det andra sjukhuset.

Urvalet styrdes efter det som Polit och Beck (2016, s. 493) kallar "maximum variation sampling", som innebär att medvetet skapa största möjliga variation bland intervjudeltagarna utifrån kön, ålder, kulturell bakgrund och arbetslivserfarenhet. Det var totalt sex stycken anestesijuksköterskor som intervjuades varav fem var kvinnor och en man. De hade olika lång erfarenhet inom yrket samt olika lång erfarenhet av att arbeta med barn med AST. Åldern varierade mellan 38–64 år. Ytterligare en man tillfrågades att delta men blev exkluderad på grund av att inklusionskriteriet inte uppfylldes.

Datansamling

Datansamlingen har skett med hjälp av semistrukturerade intervjuer vilket ofta används av forskare inom hälso- och sjukvård (Whiting 2007). Semistrukturerade intervjuer kan användas när intervjuaren vill beröra vissa ämnen i sin kvalitativa forskning (Polit & Beck 2016, s. 510). Intervjuerna var mellan 10 till 20 minuter långa och spelades in på mobiltelefon. Genomförandet av intervjuerna skedde på ett tyst rum på de båda operationsavdelningarna. Semistrukturerade intervjuer innebär att intervjuaren ställer en direkt öppen fråga som utmynnar i en berättelse hos deltagaren (Whiting 2007). Den öppna ingångsfrågan som ställdes till alla deltagare var "*Skulle du vilja berätta för mig hur du tänker när du ska söva ett barn med autism eller autismspektrumtillstånd?*" ingångsfrågan följdes sedan av frågan "*Kan du berätta för mig om en specifik situation då du har sövt ett barn med autism eller autismspektrumtillstånd?*". När ingångsfrågan väl är ställd kan andra frågor ställas utifrån deltagarens berättelse som t.ex. *Kan du berätta mer? Hur menar du då?* Liknande frågor och ämnen som intervjuaren vill beröra kan skrivas ned på papper som en förberedelse inför intervjun (Whiting 2007). De ämnen som skrevs ned var "*relationsskapande*" och "*kontinuitet*". Frågor som endast kan besvaras med ja eller nej ska undvikas. Det ska vara frågor som ger innehållsrika och detaljerade svar om fenomenet som ska undersökas (Polit & Beck 2016, s. 510). Deltagaren ska inte ledas i sina frågor utan ska få berätta fritt. Intervjuaren måste fortsätta ställa öppna frågor genom hela intervjun för att deltagaren ska kunna reflektera över sina känslor. Intervjuaren kan uppmuntra deltagaren att berätta mer genom att säga *jaha, mhm* och *berätta mer* (Whiting 2007).

Dataanalys

För att analysera data användes en konventionell innehållsanalys utifrån Hsieh och Shannon (2005). Datan samlades in via semistrukturerade intervjuer som transkriberades och skrevs ut på papper. Den utskrivna texten lästes igenom flera gånger för att få en helhet av innehållet. Därefter lästes ord för ord noggrant för att uppmärksamma betydelsefulla meningar i texten. I marginalen skrevs nyckelord ned som fångade de betydelsefulla meningarnas innehåll. Under tiden som texten lästes igenom utvecklades koder baserade på nyckelorden. Koder från varje

intervju jämfördes med varandra och koder med liknande innehåll grupperades under subkategorier som i sin tur bildade kategorier.

Etiska överväganden

Erfarenhetsgrundade studier som genomförs på avancerad nivå prövas vanligtvis inte av regionala etikprövningsnämnden. Det ska alltid finnas ett tillstånd från verksamhetschefen på aktuell plats för genomförandet av studien. För att inhämta tillstånd användes en mall från Högskolan i Borås. Inom studien tillämpades sedvanliga etiska principer enligt Vetenskapsrådets (2002) individskydds krav som utgörs av fyra huvudkrav. Samtyckeskravet innebär att alla deltagare som ingår i en forskningsstudie ska lämna sitt frivilliga samtycke utan att på något vis känna tvång. Innan en deltagare tackar ja till studien ska forskaren presentera studiens syfte, genomförande samt vart studien kommer att presenteras enligt informationskravet. Deltagaren kan när som helst dra tillbaka sitt samtycke. Enligt konfidentialkravet ska material hållas oåtkomligt för utomstående. Målet för forskningen är att resultatet ska vara användbart för samhället och att psykiskt och fysiskt lidande för deltagarna undviks i allra största grad. De uppgifter om enskilda individer som samlats in till forskningen får endast användas för forskningens ändamål enligt nyttjandesamtycket. I enlighet med lagen om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460) ska deltagaren även informeras om följder som forskningen kan innebära och samtycket ska endast vara preciserat till viss forskning.

RESULTAT

Subkategorier	Kategorier
<ul style="list-style-type: none"> • En extra tanke bakom förberedelserna • Prata ihop sig med kollegor och föräldrar 	Att vara förberedd
<ul style="list-style-type: none"> • Möta barnen på deras planhalva • Involvera föräldrar och personliga assistenter 	Att skapa en relation
<ul style="list-style-type: none"> • Anpassa sig till barnets önskemål • Flexibel med säkerhetstänk • Ställa om sig där och då 	Att vara flexibel

Tabell 1. Presentation av subkategorier och kategorier som framkom under analysprocessens gång – en överblick

Att vara förberedd

En extra tanke bakom förberedelserna

Anestesisjuksköterskor uppger att de blir extra uppmärksamma när de ska söva barn som är diagnostiserad med AST. De uttrycker att de måste möta barnen på deras nivå och att det är viktigt att försöka undvika att störa deras invanda rutiner. Anestesisjuksköterskor berättar att de har i åtanke att det kan ta lite extra tid i mötet med de här barnen.

”... för det första så klingar det alltid till när jag ser i anestesianteckningen att det är ett barn med autistiska bekymmer...”

De tänker på vad de kan göra speciellt för just det barnet, eftersom de upplever att det kan vara en utmaning att få de här barnen med sig. Med att få barnen med sig menar anestesisjuksköterskor att barnen ska gå med på det som ska göras utan att bruka någon form av våld och att barnen själva kan vara delaktiga i sin vård. Anestesisjuksköterskor är överens om att det kan vara en större utmaning att få barnen med sig om de är diagnostiserade med AST. Varför de upplever det är på grund av att barnet kan ha speciella behov som till exempel att en del barn kan vara mer känsliga för beröring och reagerar på det medan en del barn reagerar på att fel ord sägs.

”... och jag fick reda på vad han inte ville att vi skulle prata om, för det är ju också viktigt... det var absolut inte att prata om att sova...”

På grund av att det är en större utmaning att söva barnen beskriver anestesisjuksköterskorna att de förbereder sig lite extra. Det gör de genom att titta i barnens journal och de söker då efter tidigare anestesianteckningar. Det anestesisjuksköterskorna lägger tyngd vid är om barnen har varit på operation tidigare, hur det gick den gången och hur anestesi-personalen gick till väga. För att samla information om barnen berättar anestesisjuksköterskor att de ringer avdelningen där barnen finns före dem anländer till operationsavdelningen. Information hämtas från vårdpersonal, föräldrar och personliga assistenter.

Prata ihop sig med kollegor och föräldrar

Om barnen kommer akut till operationsavdelningen pratar anestesisjuksköterskor och anestesiläkare ihop sig innan det är dags för barnen att sövas. Om möjlighet finns träffar de båda barnen preoperativt och skapar sig en bild av vem barnet är. Utifrån bilden de får av barnen beslutas genomförandet av sövningen. En del barn kan upplevas lugna och trygga där anestesisjuksköterskor kan etablera en PVK och söva barnen med intravenös anestesi, medan andra barn måste sövas med hjälp av gas och maskinduktion. Det sista alternativet kan krävas om barnen är mycket oroliga och har svårt för att samarbeta. Anestesisjuksköterskor och anestesiläkare pratar också om vad det kan innebära för barnen att utsättas för en jobbig sövning och ibland tas beslutet om att barnen får gå hem. Givetvis beror det på vilken typ av operation som ska genomföras.

“... är det nån struntgrej kanske man lika gärna kan låta dem gå hem faktiskt...om det bara är nån undersökning hos tandläkaren eller något sådant där...ehh måste man så måste man och då är det himla viktigt att man ändå ägnar nån stund åt att prata ihop sig med föräldern om det här...att nu måste vi helt enkelt hålla barnet”

För att skapa sig en uppfattning om barnen berättar anestesijuksköterskor att de kan ta kontakt med barnens föräldrar. De kan då få information om hur barnen reagerat tidigare vid sövning, hur anestesipersonalen gjorde då och vad barnen inte tycker om. En anestesijuksköterska berättar:

”Sen så hatade han allting med plåster med disneyfigurer och nallar... Så det hade jag ju skrivit... men blev det en incident på morgonen...barnsjuksköterskan jag hade pratat med var sjuk... hon som kom in istället hade satt på ett nallebjörnsplåster...och det blev ju ett hallå...det ville han inte ha”

Föräldrarna kan också tala om vad barnen tycker om att få för belöning eller vad barnen har för specialintressen. Om barnen har specialintressen kan anestesijuksköterskor förbereda sig med att ta med något som barnen intresserar sig för. De kan också fråga föräldrarna om till exempel hur barnet tolererar bedövningsplåster, sederande läkemedel per os som kan vara utblandat i dricka eller via nässpray. Anestesijuksköterskor blir på så sätt mer förberedda med hur de ska gå tillväga under mötet med barnet.

” ... å vet man om, känner man till barnen innan så blir det 90 procent lättare... då vet jag många gånger hur jag ska göra... Det är en jätteskillnad mot om jag har pratat med föräldrarna och du kanske har träffat barnet innan än att dom bara dyker upp och du har 20 minuter på dig... och du inte vet någonting va”

Att skapa en relation

Möta barnen på deras planhalva

Anestesijuksköterskor upplever att det är viktigt att vara i samma position som barnet de möter. Med position menar de att till exempel sätta sig på huk för att komma i barnets nivå. För att skapa en relation kan anestesijuksköterskan hitta en gemensam nämnare som till exempel en tv-figur, maträtt eller hobby som de kan prata om. En del barn har med sig gosedjur vilket också kan vara framgångsrikt att prata om för att komma närmare barnet. Andra barn har specialintressen och om anestesijuksköterskor fått information om specialintresset innan mötet med barnen kan hen använda sig av det för att bygga vidare på relationen.

”... Just den här killen var väldigt intresserad av biltemakatalogen... så det hade jag varit och hämtat på biltema...så hade jag varit där och lagt dagen innan så att det fanns sen på hans nattduksbord när han kom å sådär...så man försökte fånga litegrann såna här saker som han tyckte om då”

För att bjuda in barnen kan anestesijuksköterskan visa barnen runt i operationssalen och använda sig av den utrustning som finns där. Barnen kan till exempel få "leka" med saturationsproben och "rita" med den på monitorn där pulsvågen visas. Eftersom anestesijuksköterskor ibland träffar barnen första gången på operationssalen får de snabbt läsa av barnen och skaffa sig en bild av hur mycket barnen förstår. Språket anpassas efter varje individ.

"...man får inte ge för svår information till dom...för då blir det för stökigt för dom...och då kan dom inte hantera situationen...då slår dom ifrån och kanske blir stressade och oroliga"

Då anestesijuksköterskor ska söva barn med den här typen av diagnos kan det ibland vara oplanerat och barnen kommer in akut. Anestesijuksköterskor får inte lika mycket tid till att lära känna barnen. De berättar att de försöker sträva efter att få träffa barnen innan de kommer till operation för att på så sätt skapa en relation till dem utanför operationsavdelningen. En anestesijuksköterska berättar om mötet med barn som kommer in akut:

" ... Och så försöker jag skapa någon form av kontakt... ehm... man får använda väldigt mycket fantasi, man får vara kreativ och man får vara oerhört öppen och ser du att du får kontakt att... det hände någonting här...positivt... då får man spinna vidare på den tråden"

Anestesijuksköterskor håller med om att fantasi är en väg in för att skapa en relation till barn, även de barn som inte har AST. De flesta anestesijuksköterskor använder den utrustning de har till hands att leka med.

" ... Till exempel sätta på ett stasband va...Nu sätter jag det här och känner efter om du har några muskler...kan du spänna musklerna...Så gör dom ju gärna det va"

Involvera föräldrar och personliga assistenter

När anestesijuksköterskor möter barn med AST spelar relationen mellan förälder eller personliga assistenter och barn en stor roll. Genom att studera relationen mellan dem och barnen kan anestesijuksköterskor ta reda på hur mottaglig barnen är i sin kommunikation. Om anestesijuksköterskor inte kan skapa en relation med barnen själv är föräldrar eller personliga assistenter en förlängd kontakt till barnet.

" ...en del är ju jättesvårt autistiska och då kanske det inte är så stor idé att överhuvudtaget försöka etablera någon form av kontakt med barnet, utan man tar allting via föräldern"

Det är under det preoperativa samtalet som anestesijuksköterskor får chansen att skapa kontakt med och informera föräldrar och personliga assistenter. För att kunna skapa en lugn atmosfär för barnen behöver också föräldrarna information om vad som ska hända. Anestesijuksköterskor upplever att stressade föräldrar smittar av stressen på sina barn och då

blir barnen oroliga. Genom att informera föräldrar eller personliga assistenter ordentligt kan de vara delaktiga och hjälpa till att hålla om barnen för att skapa trygghet.

Att vara flexibel

Anpassa sig till barnets önskemål

Att som anestesijuksköterska söva ett barn med AST kräver flexibilitet. Det är inte alltid som det blir som planerat i samband med en sövning av barnen. Till exempel kan anestesijuksköterskor låta barnet behålla sina vanliga kläder på sig istället för att byta om till operationskläder om barnet inte är mottaglig för det. Anestesijuksköterskor uttrycker att det är viktigt att möta barnen på deras planhalva. Det kan till exempel vara att inte ha på sig gröna sjukhuskläder utan istället vardagliga kläder vid första mötet eller att möta barnen utanför operationsavdelningen i en annan miljö om det är möjligt för att undvika stress och oro.

“...så långt det är säkert kan anpassa sig till ungens önskemål eller krav eller... där ungen känner sig bekväm så att man inte får den här slagsmålssituationen”

Anestesisjuksköterskor försöker tillmötesgå barnens önskemål så långt det är möjligt. När deras önskemål inte har framkommit tidigare utan uttrycks spontant under mötet kan anestesisjuksköterskor behöva vara flexibla och ställa om sig för att uppfylla deras önskan. En anestesisjuksköterska berättar:

” ...så säger han såhär... jag vill se hur det såg ut...happ...det ska du får sa jag...när du har fikar lite...så han fick fika lite... och sen så åkte vi tillbaka till operationsavdelningen ...fick han åka rullstol dit och så in där...och så satt vi där och snacka han och jag ...och mamma... han fick titta på allting...och var så nöjd...”

Samma anestesisjuksköterska betonar att det är viktigt att gå utanför sin box ibland och se vad som är viktigt för barnen här och nu. Hon fortsätter:

”... flexibel måste man vara...Det är från det lilla till det stora...och jag menar vi har varit ute i bilar och sederat åå... man får verkligen ibland bara hitta lösningar så att dom får det så bra som möjligt”

Flexibel med säkerhetstänk

I samband med sövningen är det inte alla barn som accepterar blodtrycksmanschett, saturationsmätare och EKG-övervakning. Här kan också anestesisjuksköterskan behöva frångå sina rutiner och vara flexibel. Dock uttrycker anestesisjuksköterskor att de aldrig frångår säkerhetstänket. Det kan till exempel räcka att sätta pulsoximetern på barnens finger om det accepteras, annars sätts den på så fort barnen har somnat tillsammans med EKG och blodtrycksmanschett. Ibland kanske det är svårt att få dem till operationsbordet och då kan det hända att anestesisjuksköterskan eller anestesiläkaren söver barnen i föräldrarnas knä eller på någon annan plats i operationssalen.

“...jag har varit med och sövt dom i hörnet på golvet i operationssalen.... och sen är ju tricket att göra detta då med att samtidigt ha en inblick ... säkerhet och övervakningsrutiner så att vi inte frångår detta”

Anestesisjuksköterskor får också vara flexibla då anestesiläkaren bestämt en anestesimetod i förväg, men snabbt måste ändra sig för att det inte är lämpligt för just det barnet som ska sövas. Därmed får anestesisjuksköterskor tänka om och anpassa sig till den nya situationen. Det kan till exempel handla om att barnen blir arga och upprörda när anestesisjuksköterskor försöker sätta en PVK och för att minska övergreppet väljs en annan anestesimetod.

“... har inte barnet någon nål då får man ta det på mask då... i föräldrarnas knä... man får ta det som det kommer... känna av barnet här och nu...”

Ställa om sig där och då

Det finns tillfällen då barnen kommer till operation akut och tillfällen då anestesisjuksköterskor inte får möjlighet att träffa barnen preoperativt. Ibland innebär det att det är en annan sjuksköterska som träffar dem preoperativt och anestesisjuksköterskors första möte med barnen sker på operationssalen. I sådana situationer upplever anestesisjuksköterskor att det är viktigt att kunna ta situationen där och då.

“... man försöker förbereda sig så att man klarar av att möta individen...att möta den där och då”

Anestesisjuksköterskor håller med om att det är optimalt att alla barn med AST får ett preoperativt möte med en och samma anestesisjuksköterska, men uttrycker att det inte alltid finns utrymme för detta.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Kvalitativ metod har valts då syftet var att undersöka anestesisjuksköterskors förhållningssätt i mötet med barn med AST utifrån anestesisjuksköterskors upplevelser och erfarenheter.

Utifrån Polit och Beck (2016) bör deltagare väljas utifrån vem som kan vara en informationsrik källa och vem som kan maximera förståelsen av fenomenet. Ett primärt kriterium är att deltagaren har erfarenhet av fenomenet som utforskas. Maximum variation sampling har använts då det, enligt Polit och Beck (2016, s.493), är en bred metod för att samla in data. Studien berikas av att välja deltagare med olika bakgrund. Eftersom det fanns lite forskning om ämnet autism och autismspektrumtillstånd behövdes ett brett urval och få inklusionskriterium för att samla in deltagare med erfarenhet av ämnet. Efter godkännande från verksamhetscheferna valdes fyra deltagare ut med hjälp av operationskoordinatören på ett

av sjukhusen och det enda kriteriet var att anestesisyksköterskorna skulle ha sövt barn med autism- eller autismspektrumtillstånd. De andra två deltagarna valdes ut av författaren själv då dessa två deltagare besitter mycket information om ämnet och de förväntades tillföra extra tyngd till resultatet. De kom till författarens kännedom då de föreläst på Högskolan i Borås.

Enligt Polit och Beck (2016, s. 497) finns inga regler för hur många intervjuer som ska genomföras. Om deltagarna besitter mycket information och har lätt för att förmedla upplevelser och erfarenheter kan det räcka med ett mindre antal intervjuer. Då den insamlade datan var innehållsrik och författaren var ensam om att analysera datan begränsades antalet intervjuer till sex stycken.

Semistrukturerade intervjuer valdes som datainsamlingsmetod på grund av att det fanns ett specifikt ämne som skulle beröras. Polit och Beck (2016, s. 510) menar att semistrukturerade intervjuer kan användas när intervjuaren vet vad hen vill fråga men inte kan förutspå vad svaret kommer att bli. Frågorna ska få deltagaren att berätta fritt om ämnet med sina egna ord. Svårigheten med kvalitativ datainsamling kan, enligt Polit och Beck (2016, s. 507) vara att författaren måste få deltagarnas tillit. Intervjuaren försökte skapa tillit genom att neutralisera proceduren och inte göra det till någon stor sak. Eftersom att intervjuaren själv är sjuksköterska upplevdes att deltagarna inte kände sig underlägsna utan att snarare deltagare och intervjuare befann sig på samma nivå och det hjälpte intervjuaren att skapa tillit. Öppna frågor ställdes till deltagarna och då fick de chans att berätta utifrån sina egna minnen och erfarenheter av ämnet. Ja och nej-frågor ska undvikas, frågorna ska istället ge deltagaren möjlighet att prata fritt om ämnet (Polit & Beck, 2016, s. 510).

De första intervjuerna som genomfördes upplevdes svåra på grund av att författaren aldrig tidigare genomfört liknande intervjuer. Det som var svårt var att lyssna och samtidigt fånga upp intressanta detaljer i berättelserna som författaren ville höra deltagarna berätta mer om. Efter två intervjuer skrevs noteringar ned vid sidan om när deltagarna sa något författaren ville veta mer om. Därför kan de sista fyra intervjuerna ha varit mer innehållsrika än de två första vilket kan ha kortat ned resultatet. Deltagarna ombads berätta mer om de noteringar som skrevs ned. Enligt Graneheim och Lundman (2004) kan novisa intervjuare finna det svårt att tänka snabbt och bör därför skriva ned ämnen som de kan tänkas vilja beröra.

Intervjuerna genomfördes under arbetstid på operationsavdelningen på båda sjukhusen. Polit och Beck (2016, s. 508) belyser att störande miljö kan vara negativt för intervjuerna. På ett av sjukhusen där intervjuerna genomfördes var det personalbrist och författaren upplevde att det var stressigt att plocka deltagare åt sidan för intervju. När författaren blev stressad kan det ha påverkat att intervjuerna skyndades på och att viktig information uteblev. Författaren upplevde inte att deltagarna var stressade, men arbetsmiljön kan omedvetet ha påverkat deltagarna vilket också kan ha varit negativt för studien i den bemärkelsen att information uteblev.

När intervjuerna var genomförda transkriberades dem inom kort. Enligt Graneheim och Lundman (2004) ska transkribering ske ord för ord och det är en svårighet att fånga ordets egentliga betydelse. Den svårigheten minskar om intervjuaren lyssnar flera gånger om.

Utifrån den kunskapen valde författaren att lyssna på det inspelade materialet ett par gånger innan själva transkriberingen gjordes.

Eftersom författaren har lite erfarenhet av att analysera data med hjälp av kvalitativ innehållsanalys har författaren valt att noggrant följa Hsieh och Shannon (2005) konventionella innehållsanalys.

Tillförlitligheten av resultatet kan ha påverkats då författaren varit ensam om att ha intervjuat, granskat och sammanfattat resultatet utifrån den insamlade datan. Lundman och Hällgren Graneheim (2008, s. 170) menar att tillförlitligheten ökar om det är två forskare som gemensamt har läst intervjuerna och genomfört analysen. För att styrka tillförlitligheten kunde författaren ha bett någon utomstående att granska datan. Polit och Beck (2016, s. 550) påpekar att det finns ett problem med kvalitativ analys som består av att läsaren inte har tillgång till den information de behöver för att upptäcka om författaren har gjort en god bedömning av den insamlade datan. I resultatet presenterades citat från den aktuella datan för att ge läsaren en inblick i vad som framkom från berättelserna.

I Polit och Beck (2016, s. 559) beskrivs Lincoln och Guba's ramverk som föreslår fyra kriterier för att utveckla trovärdighet i en kvalitativ studie. De fyra kriterierna är trovärdighet, pålitlighet, objektivitet och överförbarhet. Det innebär att författaren ska sträva efter sanningen i datan utifrån varje deltagare och sammanhang i studien, att studien ska kunna genomföras igen med samma deltagare och frågor och därmed få samma resultat. Det innebär också att den tolkade datan speglar deltagarnas information och att författaren inte hittar på resultatet själv. Författarens ansvar är att förse tillräckligt med data så att läsare själva kan utvärdera om datan kan appliceras i andra kontext.

Resultatdiskussion

I resultatet framkommer att anestesijuksköterskor lägger ned extra tid på förberedelse i mötet med barn med AST. De berättar att de ägnar sig tid åt att ta reda på detaljer om barnen som kan vara betydande för att skapa ett positivt perioperativt möte. Anestesijuksköterskor upplever att föräldrar och personliga assistenter är en viktig informationskälla och en förlängd kontakt till barnen. För att skapa relation med barnen använder de gemensamma nämnare och fantasi. De framhäver att det är en fördel att vara flexibel för att kunna anpassa sig till barnens särskilda behov och önskemål. Säkerhetstänket finns alltid med hos anestesijuksköterskor trots att de ibland får gå utanför sina rutiner.

Preoperativ förberedelse är viktig

Det framkommer i resultatet att anestesijuksköterskor ägnar en extra tanke åt förberedelserna när de ska söva barn med AST. De är medvetna om att det kan ta längre tid i mötet med de här barnen. Anestesijuksköterskor är också medvetna om att många av barnen har behov av att följa sina dagliga rutiner och de arbetar för att undvika att störa de rutinerna i den utsträckning de kan. Sundqvist och Carlsson (2013) menar i sin studie att anestesijuksköterskor är patientens advokat genom att vara ett steg före när det gäller att

planera patientens vård. Det innebär att vara mentalt förberedd och ha flera strategier för att genomföra den mest säkra och bästa vården.

I resultatet kommer det fram att förberedelserna bygger på att anestesijuksköterskor lägger ned extra tid till att hämta information om barnen från personalen på barnavdelningen, föräldrar och personliga assistenter. Om möjlighet finns träffar anestesijuksköterskor barnen preoperativt. Enligt tidigare studier av Zetterlund (2000) är det till fördel för anestesijuksköterskor att genomföra ett preoperativt möte. Det preoperativa mötet ger möjlighet till mental förberedelse och en chans att skapa sig en bild av patienten. Den preoperativa dialogen har också visat sig positiv utifrån patienternas perspektiv då de får chans att ställa frågor och uttrycka sin oro. De upplever då att de känner sig säkra att lämna över sitt liv i anestesijuksköterskornas händer (Lindwall, Von Post & Bergbom 2003). Det finns barn med svår autism som har svårt att förstå sammanhanget och svårt för att kommunicera sin oro eller rädsla. De kan vid tidigare sjukhusbesök ha blivit fasthållna vid till exempel etablering av PVK eller blodprovstagning vilket kan ha skapat en rädsla. För dem kan det vara mycket viktigt att få komma till sjukhuset preoperativt för att lära känna miljön och personal, för att inte koppla ihop sjukhus med rädsla. På de sjukhus där det finns rutiner upprättade för de här barnen blir föräldrar i förväg uppringda och anestesijuksköterskor kan erbjuda sig att träffa barn och föräldrar preoperativt. De preoperativa besöken verkar generera positiva upplevelser utifrån föräldrar, barn och anestesijuksköterskor.

Lindwall och Von Post (2008, s.122) framhäver att den preoperativa dialogen ger möjlighet att göra patienten delaktig i vården. I studien kommer det fram att planering av vården tillsammans med föräldrar, barn och personliga assistenter är betydelsefullt eftersom det förbereder anestesijuksköterskor inför hur dem ska förhålla sig till barnen. Anestesijuksköterskor upplever att mötet med barnen på operationssalen blir lättare om de får möjlighet att lära känna varandra innan vilket inte alltid är möjligt. Zetterlund (2000) lyfter att tidsbrist, avdelningsrutiner och ändringar på operationsprogrammet kan vara orsaken till att det preoperativa mötet utanför operationssalen inte blir av. Det har visat sig, enligt Sundqvist och Carlsson (2013), att tidsbrist är en orsak till att anestesijuksköterskor inte hinner skaffa sig tillräckligt med kunskap om patienter och att de därför känner sig oförberedda. Anestesijuksköterskor upplever att operationsprogrammet styr arbetstiden, när det egentligen borde vara patienternas behov som ska göra det.

Det finns ett högt tryck på sjukvården med långa köer och vårdgivare arbetar med kökortning. Kanske finns det anledning att tro att kökortningen pressar ihop operationsprogrammen ytterligare då fler operationer ska genomföras på kort tid. Ur detta perspektiv, där barnen med AST behöver mer förberedelse tillsammans med anestesijuksköterskor, verkar inte ekvationen gå ihop. När patientantalet ökar och tiden för varje patient minskar, drabbas de patienter som behöver tiden som mest. De sjukhus som saknar rutiner för de här barnen bör ta lärdom från andra sjukhus där rutiner finns och titta på vilka positiva effekter som kommer ur detta.

Resultatet visar att anestesijuksköterskor vänder sig till föräldrar och personliga assistenter för att hämta nödvändig information om barnens särskilda behov och detaljer som kan vara betydelsefulla för anestesijuksköterskor att veta om. Sjöberg et al. (2017) menar att föräldrar

uppskattar att vara en resurs i vården av deras barn. Att vara en resurs ger dem en möjlighet att vara deltagande och skapa en trygghet. De fungerar som en länk mellan vårdpersonal och barn. Föräldrar upplever att det är fördelaktigt för både dem och barnen när anestesijuksköterskor lyssnar till deras specifika kunskap om sitt barn och sedan anpassar situationen utifrån den kunskapen. Det ger föräldrarna en känsla av att kunna påverka barnens beteende och känslor i den nya situationen, vilket också gör föräldrarna lugnare.

Skapa kontakt

I studien kommer det fram att anestesijuksköterskor skapar kontakt med barnen genom att prata om deras intressen, hobbyer eller tv-program. Anestesijuksköterskor omvandlar utrustningen på operationssalen till något lekfullt istället för allvarligt som till exempel saturationsproben som barnen kan "rita" med på monitorn. Det framkommer också i resultatet att anestesijuksköterskor är medvetna om att barn med AST kan ha specialintressen, vilket de använder sig av för att få kontakt. Enligt Berglund, Gimpler, Fridlund och Proczkowska-Björklund (2013) visar det sig att dessa metoder inte bara öppnar upp för en relation utan också minskar ångest hos barn som ska genomgå anestesi.

Anestesijuksköterskor upplever ibland att det är svårt att skapa kontakt med barnen och då fungerar föräldrar eller personliga assistenter som en förlängd kontakt. För att föräldrar och personliga assistenter ska kunna fungera som en förlängd kontakt behöver de vara informerade och känna sig delaktiga i vården. Tidigare forskning visar att föräldrar vill ta del av information om vad som ska hända deras barn för att de själva ska känna sig säkra. Deras egen rädsla och sårbarhet minskar och därmed kan de lättare bli delaktiga i barnens vård (Sjögren et al. 2017).

Gå utanför sin box

Resultatet påvisar att en bra egenskap är att vara flexibel. Det visar sig genom att anestesijuksköterskor är medvetna om att det inte alltid blir som planerat i mötet med barn med AST och att de därför får ställa om sig där och då. De uttrycker att de ibland behöver gå utanför sin box för att tillgodose barnens önskemål. Berglund et al. (2013) har kommit fram till att anestesijuksköterskor arbetar utanför sina rutiner även i vardagliga möten med barn som inte har någon diagnos. De är följsamma utifrån varje barns specifika behov och anpassar därmed situationen efter barnen de har framför sig.

Det visar sig utifrån resultatet att anestesijuksköterskor försöker tillmötesgå barnens önskemål i den utsträckning det är möjligt. Enligt Nicolaidis et al. (2015) uttrycker vuxna med autism att vårdpersonal har en öppenhet att anpassa sig och göra det bästa i vårdsituationen trots att kunskapen brister ibland. Dock upplever dem att organisationen inte har lika lätt för att anpassa sig efter deras behov.

Kliniska implikationer

Resultatet kan tillämpas som informationsmaterial i undervisningen för anestesijuksköterskestudenter men också för arbetsverksamma anestesijuksköterskor och deras chefer. Det är en patientgrupp som har särskilda behov och både anestesijuksköterskor och verksamheten bör känna till AST för att kunna upprätta rutiner för hur man ska arbeta med barn och föräldrar.

Hållbar utveckling

Tidigare forskning visar att barn med särskilda behov mår bättre i den perioperativa situationen om de möter en och samma anestesijuksköterska (Lindwall och Von Post 2005). Det visar sig också att det preoperativa mötet är nödvändigt för att minska oro (Lindwall, Von Post & Eriksson 2012). Otillräckligt med tid och resurser för att arbeta kontinuerligt och genomföra preoperativa möten ökar risken för att barn blir oroliga och kräver mer premedicinering. Ett av FN:s globala miljömål handlar om att främja hållbara konsumtions- och produktionsmönster genom att bland annat minska mängden avfall genom att förebygga, minska, återanvända och återvinna avfall för att minska den negativa påverkan på naturen och människors hälsa (Regeringen 2015). Nedskrivna rutiner för hur barn ska bemötas och tas om hand när de besöker sjukvården borde leda till minskad läkemedelsanvändning, vilket i sin tur leder till minskat läkemedelsavfall och minskad påverkan på miljön. Läkemedel innehåller aktiv substans och hjälpämnen vilka har mer eller mindre egenskaper av att bioackumuleras i djur och växter. De är svåra att bryta ned och har en toxisk påverkan. Läkemedel är både intakta och metaboliserade när de lämnar kroppen via urin och fekalier. Detta hamnar i avloppssystemet och når i sin tur vattnet (Apoteket AB 2005).

När sjukvårdspersonal inte har tillräckligt med tid för att genomföra sina uppgifter skapas stress vilket är en belastning för både människor och samhälle med ökade långtidssjukskrivningar och psykisk ohälsa. Den ökade stressen skulle kunna bero på stora besparingsåtgärder inom vården. God hälsa är en förutsättning för att människor ska kunna vara med och bidra till samhällets utveckling (Regeringen 2015).

Slutsats

- Extra tid till preoperativ förberedelse gynnar det perioperativa mötet
- Lyssna till föräldrar, personal och inte minst barnen själva
- Skapa en relation genom att vara mottaglig för barnens värld
- Gå utanför boxen

Resultatet kan användas som informationskälla både i undervisningen av anestesijuksköterskor och till arbetsverksamma anestesijuksköterskor och deras chefer. Studien belyser hur viktigt bemötande och planering är för att barnen ska få en bra vårdupplevelse och därför är det viktigt att alla led i organisationen tar del av kunskapen.

REFERENSER

Avis, M. och Reardon, R. (2008). Understanding the views of parents of children with special needs about the nursing care their child receives when in hospital: a qualitative study. *Journal of Child Healthcare, Vol. 12 (1)* 7-17

Barn- och ungdomspsykiatri (2014). *Autismspektrumtillstånd*. <http://www.bup.se/sv/Rad-och-fakta/Artiklar/Autismspektrumtillstand/> [2017-09-30].

Bauminger, N. (2004). The expression and understanding of jealousy in children with autism. *Development and Psychopathology 16 (1)*, 157-177

Berglund, I., Gimbler, E., Fridlund, B och Proczkowska-Björklund, M. (2013). Nurse anaesthetists' experiences with pre-operative anxiety. *Nursing Children and Young People, Vol. 25 (1)* ss. 28-34

Carlsson, A. och Sundqvist, A-S. (2013). Holding the patient life in my hands. *Skandinavien Journal of Caring Science, Vol. 28 ()* ss. 281-288

Castensson, S. och Gunnarsson, B. (2005). Läkemedel och flödet av de ingående substanserna. http://www.janusinfo.se/Global/Miljo_och_lakemedel/lakemedel_miljo.pdf. [2018-02-21]

Elo, S. och Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Advanced Nursing 62(1)*, 107–115

Gearner Thompson, D. och Tielsch- Goddard, A. (2014) Improving Management of Patients With Autism Spectrum Disorder Having Scheduled Surgery: Optimizing Practice. *Journal of Pediatric Health Care, September-October 2014, Vol.28(5)*, pp.394-403

Gimble-Berglund, I. (2016) Peri-radiographic guidelines for children with autism spectrum disorder: a nationwide survey in Sweden. *Ventilen april 2017*

Graneheim, U.H. och Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today, Vol 24 (2)*, ss. 105-112

Granskär, M. och Höglund-Nielsen, B (red.) (2007). Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso -och sjukvård. *Lund: Studentlitteratur*.

Hsieh, H-F och Shannon, S. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research, 15 (9)*, ss. 1277–1288

Karlsson, M., Sivonen, K. och Von Post, I. (2007). Bry sig om – en begreppsanalys. *Vård i Norden, Vol. 27 (86)*, ss. 38–43

Klasén McGrath, M. (2009). Autism. <http://www.autism.se/autism> [2017-10-10]

Lindwall, L. och Von Post, I. (2008). Perioperativ vård- att förena teori och praxis. *Lund: Studentlitteratur*

- Lindwall, L., Von Post, I. och Bergbom, I. (2003). Patients' and nurses' experiences of perioperative dialogues. *Journal of Advanced Nursing* vol. 43 (3) ss. 246-253
- Lindberg, S. och Von Post, L. (2005). Den perioperativa dialogen ur barn med särskilda behovs perspektiv. *Vård i Norden, Vol. 25 (76) ss. 48-52*
- Lindberg, S. Von Post, I och Eriksson, K. (2012) The experiences of parents of children with severe autism in connection with their children's anaesthetics in the presence and absence of the perioperative dialogue: a hermeneutic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, December 2012, Vol.26(4), ss.627-634*
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U., (2008). Kvalitativ innehållsanalys. i: Granskär M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) Tillämpad Kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur, ss. 159-171
- Muskat, B., Riosa, P., Nicolas, D., Roberts, W., Stoddart, K och Zwaigenbaum, L. (2015). Autism comes to the hospital: The experiences of patients with autism spectrum disorders, their parents and health care providers at two Canadian paediatric hospitals. *Autism, Vol. 19 (4) ss. 482 – 490*
- Nicolaidis, C., Raymaker, D., Ashkenazy, E., McDonald, K., Dern, S., Baggs, A., Weiner, M., Kapp, S. och Boisclair, C. (2015). "Respect the way I need to communicate with you": Healthcare experiences of adults on the autism spectrum. *Autism, Vol. 19 (7), ss. 824-831*
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2016). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 10:e uppl., *Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins*
- Regeringen (2015). Hållbar konsumtion och produktion. <http://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/hallbar-konsumtion-och-produktion/>. [2018-02-21]
- Rudolfsson, G., Ringsberg, K. och Von Post, I. (2003). A source of strength- nurses' perspectives of the perioperative dialogue. *Journal of Nursing Management, 11 ss. 250-257*
- Samson, A. C. Huber, O. och Gross, J.J. (2012). Emotion regulation in Asperger's syndrome and high-functioning autism. *Emotion, 12(4), ss. 659-665*
- SFS (2003:460) *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Regeringskansliet
- Sjöberg, C., Svedberg, P., Nygren, J och Carlsson, I-M. (2017) Participation in paediatric perioperative care- 'What it means for parents'. *Journal of Clinical Nursing* vol. 26. ss. 4446-4254
- Whiting, L. (2007). Semistructured interviews: guidance for novice researchers. *Nursing Standard* 22 (23) ss. 35–40
- Vetenskapsrådet (2002). Forskningsetiska principer inom humanistisk - samhällsvetenskaplig forskning. <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> [2016-04-27]

Wassenaar, A., Van der Boogaard, M., Van der Hooft, T., Pickkers, P. och Schoonhoven, L. (2015). Provide good and comfortable care by building a bond of trust: nurses views regarding their role in patients' perception of safety in the intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 24 (21-22), ss. 3233-3244

Zetterlund, P. (2000). Perioperativ dialog- Gör anestesijuksköterska preoperativa och postoperativa patientbesök? Problem och möjligheter – en kartläggning av svenska sjukhus. *Vård i Norden* Vol. 20 (57) ss. 43 - 48

BILAGA 1

Verksamhetschefs godkännande av datainsamling.

Hej

Jag är sjuksköterska som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesijukvård, Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör jag ett examensarbete på avancerad nivå.

Syfte med examensarbetet är att undersöka anestesijuksköterskans förhållningssätt i mötet med patienter med autismspektrumtillstånd. Problemformuleringen lyder:

Ett barn med autism eller autismspektrumtillstånd lever vanligtvis efter vardagliga rutiner. De kan ha svårt för att göra sig förstådda och är begränsade i sin förmåga till socialt samspel. När ett barn med autism eller autismspektrumtillstånd hamnar i kontakt med anestesijukvården, i samband med sövning, finns risk för en störning i den vardagliga strukturen vilket kan orsaka raseri och förtvivlan. En sådan händelse kan bli påfrestande för barnet och för anestesijuksköterskan som inte vet hur han eller hon ska hantera situationen. Den perioperativa dialogens syfte är att öka tryggheten hos patienten, men hur blir det om patienten på grund av sin diagnos inte kan ta till sig information om vad som kommer att ske? Tidigare forskning visar att förberedelse är värdefullt för dessa patienter, men det finns lite forskning om hur anestesijuksköterskan konkret kan arbeta för att patienter med autism eller autismspektrumtillstånd ska få en bra upplevelse i kontakten med anestesijukvården.

Metoden i examensarbetet är kvalitativ och datainsamling kommer att ske med hjälp av intervjuer. Jag önskar intervjua anestesijuksköterskor med olika lång arbetslivserfarenhet, både män och kvinnor samt med olika kulturell bakgrund som har sövt eller sederat barn med autism eller autismspektrumtillstånd. I samband med intervjuerna kommer jag informera om att det är frivilligt att vara med samt att deltagaren kan avsluta när som helst. Vid publicering kommer det analyserade resultatet att vara avidentifierat. Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan förklaring. Jag handleds i examensarbetet av nedanstående handledare.

Hälsningar

Malin Larsson

Malinlarsson100@hotmail.com

telefon: 0702676638

Handledare Thomas Eriksson universitetslektor vid Institutionen för vårdvetenskap
Högskolan i Borås

E-post: Thomas.Eriksson@hb.se

tel: 033-435 4782