

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
M2016:26

Att möta det oväntade

-Anestesisjuksköterskans upplevelse av att ställas inför en
svårhanterad luftväg

Hannes Alexandersson



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel: Att möta det oväntade -Anestesisjuksköterskors upplevelse av att ställas inför en svårhanterad luftväg

Författare: Hannes Alexandersson

Huvudområde: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Utbildning: Specialistutbildning inom anestesiologi 60 Högskolepoäng

Handledare: Thomas Eriksson

Examinator: Björn-Ove Suserud

Sammanfattning

Studien kom till som en produkt av en kunskapslucka som existerar om anestesisjuksköterskornas upplevelser i kontexten av en svårhanterad luftväg. Inför en anestesi behöver anestesisjuksköterskan bedöma patientens luftvägar för att skapa sig en uppfattning av eventuella risker inför luftvägshantering. Dock händer det att en anestesisjuksköterska ställs inför en situation där luftvägshantering inte går som planerat trots en korrekt utförd bedömning av patientens luftvägar. En sådan situation benämns som en "svår luftväg". Syftet med studien var att beskriva anestesisjuksköterskans upplevelse av att hantera en svår luftväg för att på det viset klä deras erfarenheter med ord och skapa en förståelse för vad det är som är viktigt att fokusera på i samband med hanteringen av en svår luftväg. För att besvara syftet användes en kvalitativ ansats där fyra semistrukturerade intervjuer hölls med anestesisjuksköterskor som varit med om situationer där patientens luftvägshantering varit problematisk. Resultatet visar på att anestesisjuksköterskorna upplever känslor av stress i dessa situationer, de känner även en ansvarskänsla och upplever samarbetet med sina kollegor som avgörande för att reda upp situationen. De upplever det även som att förberedelserna inför anestesin var väldigt viktigt för hur situationen sedan utspelade sig. I samband med detta upplevde de även att reflekterande samtal efter en situation där luftvägshantering krånglat var mycket viktigt för hur de kunde hantera den stress de känt i samband med att luftvägshantering varit svår. I diskussionen framkommer att vissa områden inom verksamheten borde utvecklas utifrån vad resultatet visade. Det borde skapas mer tid tillgängligt för anestesisjuksköterskan inför en anestesi för att lära känna sin patient bättre. Det borde även utarbetas rutiner för strukturerade reflekterande samtal för anestesisjuksköterskan när de har varit med om svåra luftvägar eftersom det utifrån resultatet att döma är detta som gör att anestesisjuksköterskorna kan hantera den stress de känt i samband med situationen.

Nyckelord: *Upplevelser, Luftvägshantering, Stress, Stresshantering, Anestesisjuksköterskor, Reflexion, Svår luftväg.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Luftvägarnas anatomi och fysiologi	1
Syrkastillförsel under narkos	2
Normalt förfarande vid trakealintubation	2
Försvårande omständigheter vid intubation	3
Tidigare forskning	3
Livsvärld	3
Förförståelse	4
Den egna förförståelsen	4
Reflexion	5
Anestesisjuksköterskans ansvar och kompetensbeskrivning	6
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	6
METOD	7
Urval	7
Datainsamling	7
Dataanalys	7
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	8
RESULTAT	8
Stress	8
Yttre påverkan	8
Oförberedd	9
Det plötsliga och oväntade	9
Otillräcklighet	10
Inte räkna till	10
Ovisshet	11
Förberedelse	11
Handlingsberedskap	11
Försäkra sig	12
Beredd	12
Intuition	13
Ansvar	13
Skaffa sig säkerhetsmarginaler	13
Ansvarskänslan	14
Ensamhet	14

Självständighet.....	14
Krav	15
Samarbete.....	15
Att veta vad som gäller	15
Att lita på varandra och behöva hjälp	16
Att stå på samma sida	16
Reflexion	17
Att tala ut	17
Stötta varandra	17
<i>DISKUSSION</i>	18
Metod diskussion.....	18
Resultatdiskussion	19
Slutsats	22
<i>REFERENSER</i>.....	23
<i>BILAGOR</i>	25
Bilaga 1. Verksamhetschefs godkännande av datainsamling.....	25
Bilaga 2. Informationsbrev	26
Bilaga 3. Samtyckesformulär	28

INLEDNING

En anesthesi innefattar flera olika moment. Den tar sin början redan när patienten planeras för sin operation genom att narkosläkare bedömer patientens risker och möjligheter inför anestesi. Ett av de mer riskfyllda momenten är luftvägshandlingen som i många fall är avgörande för en lyckad anesthesi. Utan en adekvat luftvägshandling går det inte att genomföra en operation. Luftvägshandlingen kan bestå av en mängd olika tillvägagångssätt. I grund och botten handlar det dock alltid om att anesthesipersonalen tar över ansvaret för patienten att förse denne med syre och evakuera koldioxid. Det är ett av de känsligaste momenten av anestesi och medför en mängd risker, där den värsta komplikationen är att anesthesipersonalen inte lyckas ventilera patienten alls.

I Sverige är det vanligt att anesthesisjuksköterskan är högst delaktig i luftvägshandlingen av patienten och är därmed föremål för den stress det medför att ansvara för en annan människas liv, speciellt i en situation där det uppstår problem med att hantera en patients luftväg inför anestesi (Knudsen, Pöder, Högman, Larsson & Nilsson 2014).

I den här studien har inte problemet definierats vidare då fokus inte är själva fenomenet som sådant utan en önskan om att utforska anesthesisjuksköterskans upplevelse och handtering, av en situation där den ursprungliga planen inte fungerade utan att den var tvungen att anpassas. Det görs i denna studie ingen skillnad på en väldigt dramatisk situation där man varken kan maskventilera eller intubera och en mycket mindre dramatisk situation där till exempel anesthesisjuksköterskan inte lyckas intubera utan får be kollega eller narkosläkare om hjälp. Anledningen är helt enkelt att det inte är så vanligt med dessa dramatiska händelser och skulle därför vara svårt att finna informanter som skulle ge tillräckligt med data för att genomföra studien. För att läsaren ska kunna förstå och ta till sig innehållet i studien tas vissa kliniska delar upp i bakgrunden för att på bästa sätt ge läsaren en förståelse för de företeelser som avhandlas i studien.

BAKGRUND

Luftvägarnas anatomi och fysiologi

Luftvägarna innefattar strukturer som näsan, nasala håligheter till exempel bi-hålorna, mun och munhåla, pharynx, larynx, trakea, bronker och bronkialer, samt lungor och alveoler. Gasutbytet där koldioxid lämnar kroppen för syrgas sker i alveolerna och närliggande strukturer. Dessa områden kallas för *respiratory zone*. Övriga strukturer i luftvägarna kallas för *conducting zone*. Där renas, värms och fuktas den luften som vi andas in (Marieb & Hoehn 2004).

När vi tar ett andetag leds luften in genom näsa eller mun och förs via svalg (pharynx) och larynx ner i trakea där luften fördelas ut i underliggande strukturer för att slutligen landa i alveolerna där gasutbytet sker. Den tillförda syrgasen förs sedan via blodet där

det binder till hemoglobinet och vidare ut till cellerna där det spelar en avgörande roll i metabolismen. Förmågan att kunna tillföra syre är avgörande för överlevnaden då en anaerob metabolism endast klarar av att producera ca 2 ATP per glukosmolekyl vilket inte är tillräckligt för fortsatt överlevnad (Marieb & Hoehn 2004).

Syrgastillförsel under narkos

Under narkos tappar patienterna förmågan att själva tillföra kroppen syre på grund av de läkemedel som används i samband med anestesi. För att säkerställa syrgastillförsel till patienten har anestesijuksköterskan olika strategier att tillgå. Alla har dock gemensamt att luft tvingas ner i patientens luftvägar. Det säkraste tillvägagångssättet är att anestesijuksköterskan sätter en så kallad trakealtub. Det innebär en tub som går via mun och svalg, förbi struphuvud och ner i trakea där den säkras med en kuff som dessutom täpper till och förhindrar aspiration av slem eller magsäcksinnehåll (Hovind 2011).

Ett annat tillvägagångssätt är larynxmasken, en tub med en mask som placeras proximalt om trakea och förhindrar aspiration från esofagus ”ovanifrån”. Det ska dock tilläggas att larynxmasken inte skall ses som en säker luftvägsåtgärd då den inte ger ett hundraprocentigt skydd mot aspiration samt att den inte fungerar om patienten till exempel drabbas av en laryngospasm (när stämbanden krampar och stänger av luftpassagen till trakea). Maskventilering är ett annat begrepp som i princip betyder att anestesipersonal håller en andningsmask över patientens luftvägar och pressar ner luft via masken. Det är dock inte utan risk då en maskventilation medför att luft pressas ner i esofagus och ventrikel vilket kan öka riskerna för aspiration (Hovind 2011).

Normalt förfarande vid trakealintubation

För att kunna intubera en patient måste anestesijuksköterskan känna till luftvägarnas anatomi och kunna identifiera vissa strukturer i luftvägarna. Anestesijuksköterskan måste vara bekant med de övre luftvägarna och veta vilka strukturer här som är känsliga för traumatisering och beröring. Som exempel kan nämnas de rikt blodförsörjda slemhinnorna i näs-hålrummen som lätt kan börja blöda, eller att gomspenen (uvula) och bakre delen av tungan utlöser kräkreflexen (Hovind 2011).

Nederst i svalget finns struplocket (epiglottis). Epiglottis är en struktur som faller ner över struphuvudets öppning mot trakea och skyddar trakea när man sväljer från att födoämnen och annat ska hamna i luftvägarna. Under epiglottis finns stämbanden som i vaket tillstånd tillåter ljudbildning och i förlängningen oss människor att tala. När anestesijuksköterskan ska säkra luftvägen med en trakealintubation för hen först ner ett laryngoskop som syftar till att lyfta upp epiglottis så att det blir en fri väg för tuben att komma ner till trakea. När Epiglottis lyfts upp blir stämband och trakea synliga för anestesijuksköterskan som då för ner trakealtuben så att kuffen passerar stämbanden och kuffar där upp så att tuben hålls på plats. Sedan fästs tuben utvändigt med häfta. Genom tuben kan sedan anestesijuksköterskan tillföra syre och eventuellt inhalationsmedel. Genom tuben evakueras även koldioxiden som är en restprodukt av metabolismen (Hovind 2011).

Försvårande omständigheter vid intubation

Svår luftväg definieras av riksföreningen för anestesi och intensivvård som: *"när erfarna anestesiloger har svårigheter att maskventilera, intubera eller både och"* (Hallen, Ullman, Frykholm, Nellgård & Åkesson 2011). För anestesijuksköterskan innebär en del av förberedelserna inför anestesi att hen träffar patienten och skapar sig en bild över hur dennes förutsättningar ser ut. Detta innefattar att utreda ifall patienten vid tidigare narkoser haft svåra luftvägar. Genom att kliniskt studera patienten kan man få en uppfattning om eventuell svår luftvägshantering. Exempelvis kan nämnas om patienten har överbett eller utstående tänder som kan försvåra hanteringen av laryngoskopet. Liten underkäke eller haka kan försvåra insyn. Nedsatt rörlighet i nacke som kan försvåra för ett optimalt läge för intubation. Piercingar i tunga ska ses som främmande föremål och skall tas ut. Förutom detta kan vissa sjukdomar orsaka svårigheter i luftvägshanteringen under anestesi. Hit räknas obesitas, speciellt om det förekommer sömnapné och snarkningar som skvallrar om svåra ventilationsförhållanden. Reumatiker har nedsatt rörelseförmåga i nacke och käke vilket kan försvåra intubationen då man ej kan få patienten i optimalt läge. Det finns även andra sjukdomstillstånd som kan försvåra insyn så som tumörer eller skador (Hovind 2011).

För att identifiera dessa riskpatienter kan anestesijuksköterskan utföra vissa kliniska tester. Ett av de mest använda är mallampati klassificeringen som syftar till att rangordna patientens luftvägar utifrån förväntad svårighet i ett graderingssystem som går från 1 till 4, där 1 är en luftväg i stort sett utan anmärkning och 4 är en svårflutväg. Testet går till på det viset att anestesijuksköterskan ber patienten gäpa och sträcka ut tungan så mycket hen kan. Utifrån vad anestesijuksköterskan kan se klassificeras patientens luftvägar (Hovind 2011).

Tyromentalt avstånd är ett annat test där man testar om det kommer att vara problem med insynen vid laryngoskopi. Testet utförs genom att man mäter avståndet mellan hakspetsen till tyroidea. Avståndet bör vara 5-6cm. Huvudet hos patienten skall vara maximalt bakåtböjt under testet (Hovind 2011). Enligt en studie är en kombination av mallampati testet och tyromentalt avståndstestet det bästa för att identifiera svåra luftvägsförhållanden (Shiga, Wajima, Inoue & Sakamoto 2005).

Tidigare forskning

Tidigare forskning om problematiska luftvägshanteringar inriktar sig enbart på den medicinska aspekten av problemet. Det finns en del kliniska studier gjorda där forskarna till exempel har mätt korrelationen mellan vilka bedömningsinstrument som använts i preoperativa bedömningarna och antal inträffade intubationsproblem (Shiga et al 2005). Inga studier är gjorda där fokus legat på anestesijuksköterskan eller dennes upplevelser av situationen.

Livsvärld

Livsvärldsbegreppet utvecklades av Edmund Husserl, en tysk filosof som levde på 1800 talet (Berglund & Ekebergh 2015). Livsvärldsbegreppet är en del av fenomenologin som Husserl utvecklade. En vetenskapsteori där fenomen studeras, eller rättare sagt en

vetenskapsteori om hur fenomen ska studeras. Enligt Husserl är livsvärlden den värld som människan lever i och genom den som hon förhåller sig till sin omvärld. Människan tar för givet att saker och ting existerar på det vis som de tror att de existerar på baserat på sina egna erfarenheter. Människan bär alltid med sig sina erfarenheter och därför har allt vi möter en innebörd för oss. Den innebörden är unik för varje enskild människa vilket betyder att olika saker kan ha olika innebörd för olika människor utifrån vilken erfarenhet de bär med sig. Genom att öka sin kunskap om livsvärlden kan man medvetandegöra den. Detta görs genom att man lär sig att sätta ord på sina erfarenheter i mötet med ny kunskap. Livsvärlden blir på detta vis grunden för ett nytt lärande (Berglund & Ekebergh 2015).

Det är på denna grund som detta arbete vilar på. Studien syftar helt enkelt på att den ska försöka beskriva anestesijuksköterskors upplevelser för att på detta vis klä deras erfarenheter i ord för att möjliggöra nytt lärande. Som en del av detta beskriver författaren sin egen förförståelse om fenomenet i den följande texten.

Förförståelse

Förförståelse är den kunskap och erfarenhet som människan alltid bär med sig. Det är förförståelsen som avgör hur vi människor tolkar allt vi ser. Detta innebär att människor kan tolka samma sak olika utifrån vilken förförståelse de bär med sig. Enligt Thurèn (2007) så ska förförståelse förstås som att vi inte enbart uppfattar vår verklighet genom våra sinnen utan även med vår erfarenhet. Alla sinnesintryck innehåller en tolkning som till stor del bygger på vår förförståelse. Denna förförståelse spelar en större roll än vad de flesta människor tror. Thurèn (2007) exemplifierar detta genom att beskriva en skäggig, dåligt klädd man som sitter på en bänk och dricker alkohol. Han beskriver vidare hur tre olika människor kan göra tre olika tolkningar av denna bild som har tre helt skilda betydelser. Där en ser ett fyllor ser en annan en alkoholist och en tredje en utslagen man.

Det visar tydligt hur tre olika förförståelser kan påverka hur vi ser på samma bild olika. En stor del av den egna förförståelsen får vi genom vårt sociala arv. Vi växer upp i en miljö som präglar oss. Detta kallas för att vi har socialiserats. Det viktiga i sammanhanget är att vi människor ofta förutsätter att vår egen förförståelse är den rätta. Men enligt hermeneutiken är kunskap relativ till skillnad från positivismen där kunskap är absolut (tills den motbevisas). Detta innebär att vi hela tiden måste uppdatera vår förförståelse när vi stöter på ny kunskap. Vi får helt enkelt ny erfarenhet som vi måste passa in i vår förförståelse. Detta kallas för den hermeneutiska spiralen. Den visar på hur beroende förförståelse och erfarenhet är av varandra i en ständig kretsång (Thurèn 2007).

Den egna förförståelsen

Som en del av förberedelserna inför en studie som denna behöver den egna förförståelsen bearbetas gällande det fenomenen som ska studeras (Thurèn 2007). Författaren av denna studie hade en uppfattning om att det måste vara en väldigt stressfylld situation att ställas inför en svår luftväg. Det går nästan att föreställa sig känslan av att vara ansvarig för en annan människas liv och för en liten stund känna att

det livet håller på att rinna en mellan fingrarna. Det måste vara en fruktansvärd upplevelse. Vidare tänktes att anestesijuksköterskan måste ha en stor erfarenhet för att kunna hantera dessa situationer. Att det borde behövas kunskap som inte bara berör de kliniskt medicinskt viktiga delarna utan även reell kunskap som enbart kan läras genom att praktisera yrket.

Reflexion

I sin bok *"Reflexion i vård och lärande"* (2015) reder Berglund och Ekebergh ut begreppet reflexion. De beskriver begreppet och hur det tar sin grund i sin synonym: återkastande, som till en början användes inom optiken där det var beskrivande för ljus som återspeglades tillbaka från en yta. Inom en del vetenskapsdiscipliner används dock ordet reflexion till att beskriva den process vi omedveten gör när vi funderar på saker och händelser vi ställts inför. Berglund & Ekebergh (2015) menar att det är därför som det inom dessa vetenskapsdiscipliner används den alternativa stavningen med x för att markera att det är en återspeglning av det inre och dess erfarenheter. Enligt Berglund & Ekebergh (2015) skall reflexion förstås som en inre dialog hos människan där tidigare erfarenhet relateras till nuet. De menar vidare att det är på detta sätt vi utvecklar förståelse för företeelser, händelser och sammanhang. Det är på detta vis vi utvecklar ny kunskap. Berglund & Ekebergh (2015) menar även att detta förhållningssätt gör att vi blir öppna för det vi upplever utan att ge det en förutfattad mening och detta möjliggör nytt lärande.

Det är alltså genom reflexion som vi bygger vår kunskap och denna studie syftar då till att starta en reflexion hos läsaren och kanske framförallt hos författaren. Tanken är att läsaren ska börja ställa frågor som kan möjliggöra fortsatta studier om fenomenet för att på detta vis skapa ytterligare kunskap eftersom det saknas kunskap inom detta område.

Vårdprocessen

Lindvall och von Post (2008) har utifrån Katie Erikssons vårdprocessmodell utarbetat en modifierad modell som är mer kongruent med anestesijuksköterskans arbete. Lindvall och von Post utgår ifrån begreppet caritas i sin omvårdnadsmodell. Caritas begreppet beskrevs från en början av Katie Eriksson som en vårdande hållning byggd på tro, hopp och kärlek. Lindvall & von Post (2008) menar på att deras vårdprocess modell ska ses som ett sätt att lära sig perioperativ vård samt som ett underlag för dokumentation. Denna perioperativa vårdprocess är ett sätt att reflektera över patientens behov och önskningar inför en operation och anestesi. Lindvall och von Post (2008) delar upp sin vårdprocess i fyra steg. Steg ett innebär en patientanalys där data samlas in och analyseras. Steg två innebär att vården planeras. Detta innefattar vårdhandlingar och vårdaktiviteter. Steg tre är genomförandet av den planerade vården. Och det slutliga steget är en utvärdering av resultatet det vill säga vården. Vidare menar Lindvall och von Post (2008) att den perioperativa vårdprocessen har formen av en hermeneutisk spiral. Det är genom nya frågor och nya svar som sjuksköterskan och patienten gemensamt reflexerar som de kan komma till förståelse (Lindvall & von Post 2005). Genom denna studie är författarens förhoppning att de informanter som ska intervjuas skapat sig en förståelse av studiens forskningsfenomen och genom intervjuerna skall denna förståelse hittas och plockas fram.

Anestesisjuksköterskans ansvar och kompetensbeskrivning

Hälso- och sjukvårdslagen ställer krav på att vården skall vara säker och individanpassad (SFS 1982:763). Detta innebär att anestesisjuksköterskan skall kunna hantera situationer där det förekommer oväntade svårigheter att säkra luftvägarna antingen självständigt eller i samråd med anesthesiolog. Patienten har rätt till att få information om behandlingar, undersökningar och hälsotillstånd i en sådan form att de kan förstå (SFS 2010:662). Detta innebär att anestesisjuksköterskan måste ha den kunskapen att i förväg kunna informera patienterna på en individanpassad nivå. Patienten skall behandlas med respekt och dennes integritet skall skyddas. Detta stämmer även väl in på den kompetensbeskrivning som ges ut av Riksföreningen för anestesi och intensivvård (2012).

PROBLEMFORMULERING

En av de viktigaste delarna av anestesisjuksköterskans arbete består av att hantera patientens luftvägar under anestesi. Ett av alla problem som kan uppstå är att det tillstöter komplikationer i hanteringen av luftvägarna. Det kan variera från scenarion där anestesisjuksköterskan inte kan ventileras alls till scenarion där det är svårt att säkra luftvägarna och där anestesisjuksköterskan behöver ändra strategi för att lyckas. Det är problematiskt för verksamma anestesisjuksköterskor som vill fortbilda sig i hur hen på bästa sätt skall hantera dessa situationer då det visat sig vara en kunskapslucka just inför denna typ av situationer. Den aktuella forskningen om den här typen av situationer riktar först och främst in sig på den rent kliniska och medicinska aspekten. Faktum är att även efter långa och noggranna sökningar i diverse databaser finns det ej att finna en enda artikel som belyser de här situationerna ur ett omvårdnadsperspektiv. Det är ett problem att det inte finns någon forskning som undersöker anestesisjuksköterskans upplevelser av att hantera en sådan här situation eftersom sådan forskning skulle kunna ge en fingervisning om vad som är viktigt att fokusera på i utbildning och fortbildning av anestesisjuksköterskor för att få de så väl förberedda som möjligt inför den här typen av svåra situationer.

Genom att intervjua anestesisjuksköterskor som varit med om situationer där det uppstått problem att säkra luftvägen, vill studien undersöka deras upplevelser av situationen som helhet och därifrån kunna beskriva aspekter av deras erfarenheter av dessa situationer. Aspekter som inte blivit beskrivna med ord innan. För att vidare forskning skall kunna bedrivas behövs problemet först kläs med ord.

SYFTE

Studiens syfte var att beskriva anestesisjuksköterskans upplevelser och känslor i samband med hantering av en svår luftväg.

METOD

Den valda metoden bygger på en kvalitativ ansats. Metoden går ut på att intervjuer genomförs och sedan analyseras enligt en kvalitativ innehållsanalys utvecklad av Elo & Kyngäs (2008). Då det inte finns någon tidigare kunskapsbas inom det valda fenomenet används en induktiv ansats i analysen av data. Vid den induktiva ansatsen kan man enligt Elo & Kyngäs (2008) gå från det enskilda mot det allmänna. Detta gör att särskilda iakttagelser kan kombineras och skapa en större helhet (Elo & Kyngäs 2008).

Urval

Studien använder sig av en sorts bekvämlighetsurval nämligen snöbollsurval (Polit & Beck 2008). Det innebär att informanterna hämtas genom kontakter till författaren. Anledningen till att detta snöbollsurval tillämpades var att det var mycket svårt att hitta informanter med andra urvalsprinciper. De informanter som till sist valdes ut att medverka i studien svarade alla emot inklusionskriterierna om att ha arbetat minst 2 år som anestesisyjuksköterska samt att ha varit med om minst en situation där det varit problematiskt att hantera luftvägen på en patient inför anestesi.

Datainsamling

Datainsamlingen skedde genom semistrukturerade intervjuer. Totalt intervjuades 4 informanter. Informanterna utgjordes av tre kvinnor och en man i åldrarna 29-60 år. De hade arbetat som anestesisyjuksköterskor mellan 3-19 år. De kom från olika sjukhus i Västsverige och en av informanterna är nu verksam i huvudsak i Norge. Informanterna fick själva välja tid och plats för intervjuerna för att säkerställa att de skulle känna sig trygga i sitt val att medverka till studien. Informanterna valde i vissa fall att intervjuas i sina hem och andra på neutral mark. Intervjuerna spelades in på en elektronisk inspelningsmaskin och transkriberades sedan i sin helhet. Intervjuerna var alla ca 20-30 min långa. Alla intervjuerna inleddes med frågan: *Vad innebär en svår luftväg för dig?* Och följdes upp med: *Har du varit med om att hantera någon sådan någon gång?* Därefter ställdes följdfrågor så som: *Berätta mer, Hur tänkte du då?*, för att få informanterna att så utförligt som möjligt redovisa sina upplevelser.

Dataanalys

Varje intervju lästes igenom flertalet gånger för att skapa en helhetsbild av datamaterialet och för att materialet skulle bli välbekant. Därefter påbörjades organisationsfasen av analysen med en öppen kodning av materialet. Detta innebär enligt Elo och Kyngäs (2008) att forskaren återigen ska läsa igenom materialet flertalet gånger och samtidigt skriva fotnoter som beskriver olika aspekter av innehållet. Dessa fotnoter togs sedan och överfördes till ett kodningsschema där de kategoriserades fritt i teman. I det här arbetet färgkodades de olika fotnoterna. Antalet teman minskades ner genom att de grupperades efter färgkodningen så att liknande teman klumpas ihop och skapar kategorier. Detta förfarande upprepades sedan flertalet gånger. I det sista steget av innehållsanalysen skapades en allmän beskrivning av forskningsämnet genom abstraktion. Det är i abstraktionen av kategorierna som de får sina karakteristiska namn

som beskriver hela huvudkategorin (Elo & Kyngäs 2008). Det är denna allmänna beskrivning som presenteras under delen resultat.

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Studien följer de etiska riktlinjer som Högskolan i Borås satt upp för studenter som skriver arbeten på magisternivå (Högskolan i Borås 2015). Det innebär att ingen prövning sker inför någon etisk nämnd men att alla informanter får informationsbrev och samtyckesformulär inför intervjuerna. Informationsbrev och samtyckesformulär utformades för att stämma överens med gällande svensk lagstiftning och utarbetades efter en mall som ges ut av vetenskapsrådet (2002). Informanterna får även information om konfidentialitet vilket innebär att deras personuppgifter skyddas samt att de när som helst utan anledning kan välja att avstå medverkan i studien utan vidare förklaring.

RESULTAT

Då intervjuerna analyserades framkom fem huvudkategorier. Dessa var: stress, ansvar, förberedelse, samarbete samt eftertanke. Varje kategori presenteras för sig och beskriver tolkningen av det manifesta innehållet av intervjuerna.

Kategori	Stress	Förberedelse	Ansvar	Samarbete	Eftertanke
Underkategorier	Yttre påverkan Oförberedd Det plötsliga och oväntade Ovisshet Otillräcklighet Inte räkna till	Handlingsberedskap Försäkra sig Beredd Intuition	Självständighet Ensamhet Krav Ansvarskänsla Säkerhetsmarginaler	Veta vad som gäller Lita på varandra Stå på samma sida Behöva hjälp	Tala ut Stötta varandra

Tabell 1. Kategorier samt underkategorier

Stress

Stress i samband med hantering av svåra luftvägar var det som framkom allra tydligast under intervjuerna med anestesijuksköterskorna. Utifrån de genomförda intervjuerna går det även att dra slutsatsen att det finns olika sorter av stress som påverkar anestesijuksköterskan.

Yttre påverkan

Under vissa intervjuer nämns det till exempel att anestesijuksköterskan blev stressad av yttre påverkan. Denna yttre påverkan kunde utgöras av exempelvis att kirurgen var otålig, Eller att det var många personer inne på rummet och att det var allmänt stökigt på operationssalen.

"det e ju väldigt väldigt stressande å å de står ju bara å väntar på att vi ska ha sövt patienten å har en säker luftväg. Innan de kan börja å operera å får man då inte till det då blir stämningen väldigt väldigt hätsk. Ehhm runtomkring liksom."

Oförberedd

Stress i form av yttre påverkan kan vara svårt för den enskilda anestesijuksköterskan att göra något åt. Detta faktum kan medföra att hon känner en ännu större stress över att hon inte kan påverka sin egen situation. En annan typ av stress som beskrevs under intervjuerna var att anestesijuksköterskan blev överraskad av den svåra luftvägen och att de var oförberedda på att det skulle hända.

"Jag som aldrig hade varit med om det innan, för jag var såpass ny, var ju också väldigt, liksom, uppstressad av situationen....för det var första gången."

Att anestesijuksköterskan upplevde det som att hon var oförberedd kunde även bero på nya rutiner på avdelningen eller nya riktlinjer.

"ehh... det första tillfället var när vi började introducera remifentanyl på avdelningen. Och vi hade läst att höga doser kan innebära att patienten blir stel i käken. Men vi hade liksom ingen ehh riktlinje direkt för hur vi skulle söva, så vi hade nog dratt på rätt så höga doser...//...och den här patienten blev helt stel. Det gick inte att öppna munnen, det gick inte att skapa fria luftvägar, ingenting. Så patienten blev nästan blå innan vi kunde få ner en tub."

Det plötsliga och oväntade

Vissa av de intervjuade anestesijuksköterskorna beskriver det som att de ofta blir tagna på sängen när de ställs inför en svår luftvägshantering. De säger att när de har vetskap om att en patient är svår i sina luftvägar brukar det alltid gå bra. Det är de patienterna där det sker oväntat som det blir problem.

"För de luftvägarna som är de svåraste. De e ju ofta de som man inte har .. 'paus' bedömt innan, som att det här blir nog inga svårigheter där det e en ung frisk, öhm eh, kille som ska operera fotledsfraktur å sen så ha man liksom knappt gjort en bedömning för att de e så o-o-otroligt att han skulle, att han skulle ha en svår luftväg."

Det är just upplevelsen av att drabbas av något plötsligt eller oväntat som blev ett återkommande ämne under intervjuerna vilket blir tydligt när informanterna ombads definiera vad den svår luftväg egentligen var. Samtliga av de intervjuade anestesijuksköterskorna förmedlade att deras definition av en svår luftväg för dem innebär att man blir överraskad av det inte fungerar som det är tänkt.

"...Få något som man inte riktigt har räknat med, man får inte ner luft trots att man använder de vanligaste hjälpmedlen. Typ som en svalgtub eller en, oftast en mindre mask, för ofta tar man en för stor mask när man ska ventilera."

En annan beskriver det som:

"Ehh...För mig är en svår luftväg nog när det är svårt att använda de redskap som vi har för att kunna syresätta luftvägarna typ,.....paus... alltså när det är svårt att få ner tuben eller om den inte passar eller så."

Och en tredje beskriver det som:

"ehh en svår luftväg det är... när det man har planerat inte går å genomföra. Att man ehk även det man har tänkt sig... att man hamnar i ett läge där man knappt reder upp det."

Det är alltså inte de förväntade svåra luftvägarna som är problemet för anestesijuksköterskorna utan det är oväntade svåra luftvägarna som ställer till det för dem. Det är i samband med de oväntat svåra luftvägarna som anestesijuksköterskorna upplevde en känsla av bli överraskade. Att luftvägen skulle krångla var så överraskande att de blev ställda i situationen.

"Å då 'paus' då har man ju inte förberett sig på det eftersom man från början har en luftväg som fungerar å då ställa om till att man till att man nästan får börja söva igen under; öh, steril klädsel, åh, säkra en ny luftväg. Med, med intubering istället då ...//...det fanns liksom ingenting i parametrarna som gjorde att vi skulle misstänka nånting."

Otillräcklighet

Som en del av stressen som uppstår när luftvägshanteringen krånglar kan anestesijuksköterskorna även känna en känsla av otillräcklighet. Att man inte räcker till för att vara den personen som patienten har lämnat över sig till. Denna känsla av otillräcklighet kan i vissa fall utgöras av rent fysiska begränsningar som att de kände att de behövde ha fler armar och händer för att kunna bemästra situationen eftersom det var så mycket som behövdes göras.

*"Eller att man, eh, e flera personer att man till exempel använder två händer till att hålla masken och någon annan får, får ventilera å det ändå inte går. *paus* ehk, Åa att man inte, att man inte, inte kan ventilera adekvat..."*

Inte räkna till

Otillräckligheten var även en upplevelse som manifesterade sig i en känsla av att man inte hanterade situationen. Att man hade tappat kontrollen. Att man inte räckte till.

"det är ju liksom panik, panik och nästan ångest kan man säga, för att man inte kan lösa det. Det är de känslorna man har. ...//...Och det är ju ingen känsla man vill uppleva igen kan jag säga. Det är en väldigt dålig känsla och det är något man har med sig när man ändå lyckas hantera och som ändå har gjort att man kan på ett nyktert sätt på den här händelsen så är det faktiskt en erfarenhet som har stärkt en nånstans."

Ovisshet

I samband med att anesthesisjuksköterskorna upplevde att de tappade kontrollen kom även en upplevelse av ovisshet. Anesthesisjuksköterskorna upplevde en ovisshet om hur det ska gå för patienten. Om den kommer att överleva, om det kommer att bli bestående men för patienten. Ovisshet över vad som skulle bli nästa steg. De upplevde det som att det blev en ond cirkel i samband med stressen, att de på något vis tappade orienteringen i hanteringen av den svåra luftvägen.

"mmm... den hära panikkänslan när man blir varm och kall om vartannat. Och känner att man är helt illröd i ansiktet och man är helt panikslagen kan jag säga...//.....Jaa, med bara fyra år i yrket så hade man inte det, eller jag hade inte det den bredden att jag kände att jag hade så många tekniker eller metoder att ta till. Å då när man inte har den erfarenheten och tryggheten så tror jag att man får mer den här panikkänslan, vad gör jag nu liksom, nu är det nån som dör mellan mina fingrar. Så det var en mycket obehaglig känsla och efteråt så var det som att luften bara gick ur en. Man bara satte sig ner och bara darrade."

Förberedelse

Som en del i strategin för hur man bäst ska bemästra stressen lyfter informanterna vikten av ordentliga förberedelser. Ordentliga förberedelser gick hand i hand med föregående kategori där anesthesisjuksköterskorna beskrev händelseförloppet som att de ibland tappade kontrollen till sist.

Handlingsberedskap

Anesthesisjuksköterskorna upplevde att ända sättet att motarbeta denna känsla av att tappa kontrollen var att ha ordentliga förberedelser samt standardiserade vårdplaner som alla var tvungna att känna till. Som anesthesisjuksköterska måste du såväl veta vad du ska göra om det händer något avvikande, ha en plan redo ifall anestesin inte går som det är tänkt.

"att man, att man aldrig slarvar med luftvägsbedömningen. Att man har en tanke nummer två att man tänker att även om allt skulle va bra på ytan så finns det alltid nånting som kan gå galet...//...Å att man ändå har en plan A och en plan B. Och C. Och sen tror jag nog på många ställen idag att man tänker kanske lite mer så att man har,

förutom denna svåra luftvägsvagnen att man kanske har, redan inne på salen utrustning både för intubation och larynxmask."

Försäkra sig

Det som anestesisyjuksköterskorna finner som viktigast för en lyckad omhändertagande i den akuta situationen av luftvägarna är handlingsberedskapen. Det är otroligt viktigt att det finns handlingsplaner och inte mindre viktigt att alla känner till dem vilket är en förutsättning för att kunna följa dem. Det blir ett sätt för alla på avdelningen att försäkra sig emot att saker och ting går fel.

"Jo men jag tror det är viktigt att man liksom kommer ihåg såna där saker, att det finns hjälp liksom...//...Men att vi har massa hjälpmedel och så, att man inte glömmer det, och att det finns handlingsplaner, det är viktigt, men då måste man ju se till att alla kan dom och följer dom annars hjälper de ju inte. "

De upplever det även som viktigt att man tar med sig och lär sig något av sina erfarenheter. Om det så är för egen del eller om det är för att utveckla arbetet på avdelningen. Genom varje erfarenhet upplever de att de tar nästa steg i sin utveckling som anestesisyjuksköterska. Steg för steg växer de som individer och i sin yrkesroll. Även arbetsplatsen utvecklas av misstagen och dessa leder ibland till ännu säkrare rutiner.

"vi löste det till sist, å det kanske inte blev det bästa för henne men det fick oss att få en väckarklocka på att vi kanske måste bredda vårt hanterande av luftvägen hos de här som vi vet kanske är en svår luftväg, hos just snittmammorna. Så efter detta, den här händelsen så satte vi oss ner och gjorde en analys av det hela å efter det sen så har vi alltid larynxmasker i lådan."

Beredd

Med goda förberedelser och en "ryggsäck" med erfarenheter samt goda kunskaper i handlingsplaner utvecklar anestesisyjuksköterskorna en känsla eller upplevelse av att vara beredd på de svåra situationerna när luftvägshanteringen krånglar. I och med att anestesisyjuksköterskorna råkar ut för de här svåra luftvägarna bygger de på sin erfarenhet. De får en sorts rutin på det.

"Ja alltså det e ju alltid med, med mammor framför allt, vid förlossningsskede, eller när de eh är höggravida, för de är, polyminösa, och, eh i, euhm, stora ofta runt liksom i, i, deras luftvägar är ganska plufsiga... ..//.....om man ska utrycka det så. Ööhm... och jag vet inte om det hänger ihop på nåt sätt men dom ehh, de e oftare de som kommer på akuta snitt. Än de som e, ähm, taniga å så. Å då e de ju så, de många, många, saker som

blir stressande.....//.....så att de kunde man väl kanske inte tänka sig att det skulle blivit så svårt, men man vet de alltid kan bli, vara lite , lite svårare. "

Intuition

I takt med att den rutinen växer upplever anestesijuksköterskorna att de får något som kanske kan kallas för intuition. Denna intuition beskrivs kanske bäst som känsla för vad som behövs och när det behövs. Även om det handlar om att det i vissa situationer är bäst att stanna upp och tänka efter istället för att bara köra på.

"jaa.... jadu... när man tänker efter så var det nog väldigt dåligt tror jag. För man fick en panik som har nog med en nybörjar-anestesi å göra egentligen. Hade man gjort detta idag, för nu har jag ju jobbat ändå i nitton år så tror jag att man hade tagit några långa djupa andetag. Och gjort kanske på nåt annat sätt idag. Men där var det inte tänka egentligen utan bara göra nånting med en gång för tiden går. Idag vet man kanske att om man tar ett halvt steg tillbaka och tänker lite så kanske det blir bättre sen. Att man får ta sig den tiden. Så att det har nog med erfarenhet att göra tror jag."

Ansvar

Anestesisjuksköterskan upplever en känsla av ansvar när de handhar svåra luftvägar. Ansvarskänslan bottnade i att de upplevde det som att patienten lämnar över ansvaret för sitt eget liv till anestesisjuksköterskan. Denna känsla visade sig dock vara mångfacetterad och kunde yttra sig på fler än ett sätt.

Skaffa sig säkerhetsmarginaler

Som nämnts innan utgjorde ordentliga förberedelser en grun för att kunna hantera de svåra luftvägarna. Förberedelsen blir även ett sätt för anestesisjuksköterskan att försäkra sig själv samt ge sig själv en sorts trygghet och mod att gå vidare med anestesi. Om anestesisjuksköterskan känner sig trygg med vad som gäller och hur svåra situationer ska hanteras blir det lättare att motivera sig att fortsätta. Anestesisjuksköterskan skaffar sig helt enkelt de säkerhetsmarginaler som hen behöver för att kunna ta sitt ansvar gentemot patienten. Genom att skaffa sig säkerhetsmarginaler skaffar sig anestesisjuksköterskorna modet att ta ansvar.

"För det man ehh nästan börjar med direkt när man får den rektionen på, på ehh på kirurg, kirurg... kirurgiskt stimuli eller att de sätter kniven i ... det e ju att man söver ner djupare, ...//... ehh åå de gjorde ja ju direkt innan ja börja ehhe fippla med larynxmasken..."

Ansvarskänslan

Under intervjuerna framkommer det att anestesijuksköterskor känner av en stor ansvarskänsla. Denna känsla utgörs av en upplevelse av en kravbild på anestesijuksköterskan. Det finns krav på att vissa saker skall fungera och att anestesijuksköterskan skall ha kunskaper om vissa saker. Intressant i sammanhanget var dock att det ibland var en upplevd kravbild som kanske inte alltid stämde överens med de krav som verksamheten ställer på anestesijuksköterskor utan utgjordes ibland helt av de egna krav som anestesijuksköterskan ställer på sig själv. Ibland målas en självbild upp som kan vara svår att efterleva. Om den inte kan efterlevas blir känslan och upplevelsen att hen inte är god nog eller att hen inte passar för yrket.

"....så fort jag satte ner laryngoskopet så märkte jag ju, att det skulle bli svårt liksom...//... Jag ville ju fixa det kände jag då. Man vill ju vinna liksom!....paus... Men på andra försöket var det ännu svårare än vad det var på första. Det var som om halsen visste vad som var på gång och typ bara "stängde ner" om du fattar...//...Ja, så att det gick liksom inte.....paus... Jag gav upp till sist, det var liksom den känslan jag fick då, nu får jag ge upp innan det slutar illa, låta nån annan ta över."

Ensamhet

Hand i hand med denna ansvarskänsla gick även upplevelsen av ensamhet. Man är ensam med patienten. Det finns ingen annan där.

"Å jag kommer fortfarande ihåg detta. För det var ju inte bara det att vi kämpade för hennes liv för vi har ju även barnet att ta hänsyn till. Och just den här paniken man får när hon blir blå och vi kan inte ens ventileras. Att man inte kan intubera det är en sak. Men kan bara hålla fritt så kan man ju ventileras, hålla mask eller nånting. Men här kunde vi inte göra nånting och narkosläkaren fick kalla fötter och gick ut och där står man ensam kvar.

...//...

För man känner sig rätt så ensam när man står där och jag hade ju inte varit färdig mer än fyra år som narkosköterska. Och det kan ju tyckas som lång tid men jag hade nog aldrig varit med om en sån situation som gick så fort. För hon nästan krasha med en gång kan man säga. "

Självständighet

Denna upplevelse av ensamhet skall dock inte förväxlas med självständighet som även den var en stark känsla och upplevelse som anestesijuksköterskorna kände. Anestesijuksköterskor känner sig självständiga i den mening att de arbetar ensamma med anestesi på salen större delen av tiden. De känner det även som att det är dem som är ansvariga för patienten då det är de som välkomnar dem, hämtar in dem samt är där när de vaknar och slutligen lämnar över dem till sin respektive vårdavdelning. Och det är

just detta som även ger upphov till känslan av ensamhet, att det är just de och ingen annan som gör dessa moment.

"ehhmmm 'paus' sen så gick det ju väldigt bra även om det va några minuter när det va väldigt stressande att stå själv å... i ett dumt läge å under sterilklädsel å bara stå å försöka ventilera och ehh förbereda inför en intubation när man e själv å då har man ju väldigt nytta utav om man har en, en undersköterska på operationssalen som kan, kan hjälpa en, å det hade ja ju inte riktigt där så det hade ju kunnat ehh fungera bättre. "

Krav

Anestesisjuksköterskorna beskriver även en upplevelse i samband med den här känslan av att den orimliga kravbilden att det ibland kom över de en känsla av att inte vilja vara med längre. Att det kanske är bättre om någon annan tar över innan jag ställer till det för mycket. Men det kunde även handla om att narkosläkare på salen överlät mycket av ansvaret på anestesisjuksköterskan. Det kunde ske exempelvis genom tystnad såväl som mer direkt.

"och det kan vara så med att den som ställer sig där känner ett ansvar för att skapa och underhålla luftvägen. Står man lite vid sidan om, som den här narkosläkaren han hade kanske, eh det sköter hon, jag tror att jag går ut en liten stund. Utan det är hennes ansvar."

Alla dessa känslor och upplevelser kan kopplas tillbaka till den kravbilden som anestesisjuksköterskorna lever med i sin yrkesroll. Denna upplevelse av kravet på att de ska kunna lösa alla situationer även om det kravet inte alltid är förankrat i verkligheten. Upplevelsen av denna kravbild var kanske särskilt stark i de situationer där de kände sig ensamma och självständiga.

"aa det blev det ju. För det fanns ju ingen kvar förutom jag. Och vi var ju mitt emellan sövning och påbörjan av operation. Så det fanns ju ingenting att backa. Utan det ända som fanns det var ju att gå framåt. Och nånstans så fick man ju bara tänka så här att patienten måste sova annars kommer vi aldrig att få ner någon tub. ...//...Och man tappar tidsuppfattningen. Hur länge sedan var det jag gav nånting. Behöver jag fylla på här? För det här drar ju ut på tiden."

Samarbete

Även om de intervjuade anestesisjuksköterskorna lyfter fram känslor av ensamhet och självständighet så återkommer de ändå till värdet av att ha sina kollegor nära till hands.

Att veta vad som gäller

Som en del av det akuta omhändertagandet av en patient med svår luftväg var det avgörande att de kunde lita på varandra. Att de kände och upplevde att de visste vad som gäller i en given situation, i det här fallet säkra luftvägen.

"Men det är bara att i den situationen är man så inne i luftvägen att man har svårt att samtidigt delegera ut uppgifter. Så man hade önskat att det hade kommit in någon som kan se att där behöver jag hjälp och bara sätta igång och handla så att säga...//...för man kan inte stoppa i det momentet och bara vända sig om och kan du göra det och kan du göra det, utan man behöver bara agera."

Eller som en av de andra informanterna lite skämtsamt beskriver det:

*"Att ha personal runt omkring sig som vet hur man drar upp celo som ehh.... det är det första jag lär ut till nya *skratt*"*

Att lita på varandra och behöva hjälp

Att ha kollegor till hjälp skänker trygghet till anestesijuksköterskorna, de vet att det alltid finns någon som kan hjälpa till om det behövs. Det behöver inte ens vara personal utbildad i anesthesiologi, utan anesthesi-sjuksköterskorna beskriver en upplevelse av att samarbete utvecklas genom att man arbetar ihop och stöter på svåra luftvägar tillsammans och då blir mer sammanfogade och fungerar bättre i teamet.

"jag tror det. Jag märker att när jag gick över till natten för tio år sen så behöver vi inte prata med varandra på samma sätt. Utan alla vet vad alla kan. Och då pratar jag inte bara inom anestesin utan jag pratar om hela teamet vad gäller usk och op sköterskan. Får jag problem på min sida så kan även en op sköterska se det och veta vad jag behöver vad hon ska komma och hjälpa mig med."

Och det kan ju vara så att alla behöver hjälp ibland. Inte minst en anesthesijuksköterska. Känslan av att behöva hjälp kan upplevas som en trygghet men även som ett nederlag.

".... för jag är ju inte dålig på det där liksom....paus.....men jag kände bara att det var något som inte gick, och just där och då kände jag mig nog dålig, som en kass sjuksköterska liksom."

Att stå på samma sida

I grund och botten kände de flesta ändå det som att de alla stod på samma sida. Att det var mest i stridens hetta som upplevelsen av nederlag infann sig för att sedan ersättas av en upplevelse av att man är ett lag, tillsammans.

"Men där märker man ju hur viktigt det är det där, vem man jobbar med. Hon som kom in var ju... jag minns att jag tyckte hon va as cool och hade verkligen koll på allt.paus.... hon e en sån där som har jobbat i typ 100 år, sett allt, och gjort allt."

Reflexion

När anestesijuksköterskorna tillfrågades om det fanns någon speciell strategi som de använde sig av i sin stresshantering gav samtliga samma svar. Ingen av de hade en särskild strategi där de enskilda eller tillsammans gör något för att hantera stressen.

Att tala ut

Däremot talade samtliga om vikten av att prata med andra. Det kunde eventuellt vara samma personer som var delaktiga i hanteringen av den svåra luftvägen men inte nödvändigtvis. Vissa tyckte det gick lika bra att tala med någon utomstående. Det viktiga var att de fick prata av sig med någon annan.

"Mmmm, njaeer inte som jag kan komma på nu, men de e ändå, alltså det e nästan det bästa sättet att få liksom prata av sig efter å , å, aa, a, aa, prata om vad man kan göra å vad man inte ska göra eller, aa, ofta å få bekräftelse på att det man har gjort var det rätta eller man får liksom tips å trix på ,ah, kan hantera såna situationer att man pratar med, med kollegor både äldre och yngre om upplevelser liksom så att man får lite feedback på att man, man stöttar varandra liksom... "

Det bästa för dem var dock om det var någon som varit med eller åtminstone var kunnig inom området. På det viset kunde de bolla vad som var bra och vad som var mindre bra.

"Jag tror att vi hade efter detta så eh, pratade vi igenom, vi som var med. Därinne, å va, va delaktiga i händelsen. Pratade igenom vad som hände å hur det gick, å va vi gjorde bra å va som kunde vart annorlunda eller vad vi kunde ha gjort annorlunda."

Stötta varandra

Vissa av anestesijuksköterskorna kände dock en viss tveksamhet inför att blotta sina känslor inför andra i grupp utan föredrog att prata enskilt med vissa som de hade större förtroende för. Det kan vara som en av informanterna beskrev, att det krävs en viss trygghet i sin yrkesroll för att kunna lyfta såna här frågor inför en hel grupp.

"Vi har ju yrkesspecifika samlingar inom anestesin och där har man ju kunnat lyfta, och de som lyfter sån här problematik det bygger på att man är rätt så trygg i sin yrkesroll för annars så har man mycket det här med syndabocksfenomenet att det var ditt fel och ditt fel. Utan jag kanske kan lyfta mer att det här är en situation som vem som helst kan råka ut för och jag vill dela med mig av mina erfarenheter."

DISKUSSION

Metod diskussion

Syftet med studien var att ta reda på samt beskriva anestesijuksköterskors upplevelser och känslor. Till detta syfte lämpar sig en kvalitativ forskningsmetod väl (Kvale & Brinkmann 2014). Metoden som studien använder sig av var med andra ord rätt metod för syftet. Fördelarna med en kvalitativ metod är att kunna på ett mer mångfacetterat sätt utforska informanternas känslor och upplevelser. Genom intervjuformatet kan intervjuaren gå tillbaka till intressanta delar, fråga igen och förmå informanten att utveckla om delar som var meningsbärande (Kvale & Brinkmann 2014). Om metoden hade varit exempelvis i form av enkäter hade detta inte varit möjligt. Nackdelen med denna metod är dock att det inte går att dra några generella slutsatser ifrån studiens resultat (Polit & Beck 2008).

Det var svårt att finna informanter som var beredda att ställa upp på intervjuer. Informationsbrev skickades ut till samtliga operationsavdelningar på ett universitetssjukhus. Dock var det enbart en avdelning som tackade ja. På denna avdelning fanns dock ingen anestesijuksköterska som var beredd att medverka. Det var tidigt tydligt att det skulle bli besvärligt att finna informanter eftersom det inklusionskriterierna var hårda samt att det även fanns en misstanke om att det kunde upplevas som besvärligt att prata om dessa situationer. Detta ledde till att det så kallade bekvämlighetsurvalet tillämpades. Bekvämlighetsurval innebär i princip att de informanter som finns tillgängliga används (Polit & Beck 2008). I detta fall valdes det att inte intervju direkt bekanta utan istället be bekanta som arbetar inom anestesi att förmedla kontakter till andra anestesijuksköterskor. Denna typ av bekvämlighetsurval kallas för snöbollsurval. Problemet med denna typ av urvalsmetod är att det finns svårigheter med representativiteten hos de valda personerna (Polit & Beck 2008).

För att de kontakter som förmedlades skulle kunna användas fick dock inklusionskriterierna modifieras. Antalet verksamma år inom anestesi skulle till en början vara minst 5 men ändrades slutligen till 2 år för att studien skulle kunna innefatta de fåtal anestesijuksköterskor som visat intresse för att medverka. Den ursprungliga tanken med att informanterna skulle ha arbetat minst 5 år var att detta skulle ha gett dem tid till att bearbeta sina erfarenheter och kunnat analysera dem. Förhoppningen var att detta skulle bidra till ett mer mättat och innehållsrikt innehåll i intervjuerna vilket skulle medfört till att en djupare analys kunnat genomföras. Det påverkar den interna validiteten för studien att inklusionskriterierna ändrades (Thurèn 2007). Å andra sidan kan det även ses som en styrka att vissa av informanterna hade arbetat mindre än 5 år på grund av att det visade sig att de hade händelserna som studiens syfte handlar om färskare i minnet. De kunde redogöra för nyanser i sina upplevelser på ett djupare sätt och även bidra med exakta citat från kollegor vilket allt som allt ger en skarpare skärpa av deras upplevelser och erfarenheter. Med detta inte sagt att de informanter som hade arbetat längre och därmed hade längre tid emellan händelserna och datumet för intervjun att deras historia på något sätt var mindre värd eller mindre innehållsrik. Allt som allt var det fyra informanter. Den som hade arbetat längst hade arbetat i 19 år inom

anestesi och den som arbetat kortast tid hade arbetat i 3 år. Det är en styrka i studien att det är så stor spridning mellan informanternas arbetslivserfarenhet. Det gör att data innefattar såväl novisers upplevelser som den rutinerade anestesijuksköterskans upplevelser.

Under arbetets gång ändrades antalet författare från två till en. Detta får i första hand ses som en svaghet för studien då den kvarvarande saknat någon att bolla idéer och lösa problem med. Dock har detta lösts genom kontakt med handledare samt framförallt med andra kunniga personer som jobbat mycket med handledning på både magisternivå samt andra nivåer. Vissa av dessa personer är dessutom även aktiva inom vården vilket gett tillfällen att bolla både medicinska och vårdvetenskapliga problem med dessa personer såväl som rent tekniska aspekter för studien. Detta får då ses som en styrka för studien. Det är även en styrka att författaren var ensam då detta utesluter konflikter mellan författarna ifall det skulle varit så att två vill olika eller har olika syn på hur saker och ting skall hanteras. Från början var tanken att studien skulle innefatta 6-8 informanter men då antalet författare ändrades från två till en fick även antal informanter ändras och minskas. Det är en svaghet för studien att den endast innefattar fyra informanter. Det innebär att mängden data som analyseras är begränsat och således även en mindre analys. Detta har försökts vägas upp genom att försöka dyka djupare i intervjuerna.

Analysen av data har genomförts på ett rigoröst vis, där Elo och Kyngäs (2008) beskriver det som att man skall genomföra ett steg i analysen flera gånger har detta steg genomförts väldigt många gånger i denna studie. Författaren är väl medveten om att detta inte på något vis väger upp bristen på informanter men hoppas att på detta vis ändå tippa tillbaka vågskålen lite mer åt rätt håll. Den förförståelse som blivit beskriven i studiens bakgrund ses i första hand som en styrka. Förförståelsen har varit en hjälp för att förstå vissa av de upplevelser som anestesijuksköterskorna har pratat om. Enligt Dahlberg (2014) är förförståelsen är en hjälp för att förstå det fenomen som studeras. Dock måste författaren vara försiktig då förförståelse även kan utgöra ett hinder i form av att författaren har förutfattade meningar och tillskriver saker betydelser i förväg (Thurèn 2007).

Resultatdiskussion

Syftet var att beskriva upplevelser av hur det är att ställas inför en svår luftväg för att på detta vis tydliggöra ett problem som finns inom vården idag. Detta syfte anses vara besvarat inom ramen för resultatet. I resultatet finner vi att anestesijuksköterskor som finner sig själva i en situation där de ska hantera en svår luftväg upplever känslor av stress i olika former. De upplever även att goda förberedelser är en hjälp i att hantera situationen. Anestesijuksköterskorna upplever även att de både tyngs av ansvarskänslor men att de samtidigt kan vara en drivkraft för dem. De upplever att samarbetet med andra är avgörande i kritiska situationer och slutligen att få en möjlighet till reflexion är viktigt för att hantera de känslor som uppkommer efter att ha ställts för en svår luftvägshantering.

De rubriker som presenteras i resultatet var inte helt givna även om vissa delar var något förväntade. I studiens inledning tas den egna förförståelse av fenomenet upp där stress tros vara en del av upplevelsen av att hantera en svår luftväg inför anestesi. Att det måste upplevas mycket stressigt att ställas inför en situation där man som anestesijuksköterska kan känna en press över att förväntas klara upp en hotande situation. Det var därför föga förvånande när stress var en av de starkast framträdande kategorierna i studien. Stress är en negativ kraft som kan påverka anestesijuksköterskan att ta fel beslut i en akut situation (Ceccato, Kudielka & Schwieren 2016).

Däremot var det inte lika givet att de intervjuade anestesi-sjuksköterskorna upplevde samarbete med sina kollegor på avdelning som både negativt och positivt. De kunde känna att det ibland var för många som ville hjälpa till och att det då var svårt som den ansvariga att hålla reda på vem som gjorde vad och vad som blev gjort. De såg en risk med detta då det kunde var lätt att missa något viktigt i och med att man trodde att någon annan hade gjort detta redan. Det fanns även brister i samarbetet mellan specialiteterna. Det var inte givet att operationssidan hjälpte till alla gånger. Vad det grundar sig i är svårt utifrån den här studien att svara på. För att svara på den frågan kan det behövas bedrivas observationsstudier på operationssalen.

Det som går att lyfta ut ur studien är att det behövs arbeta vidare med de strukturer som anestesijuksköterskan arbetar efter i akuta situationer. Tydliga och klara strukturer som kan vara en hjälp i de situationer där det finns risk för att den blir mycket folk inne på salen (Rosenstock, Hansen, Kristensen, Rasmussen, Skak & Østergaard, 2006). Detta för att det ska undvikas att saker och ting förbises i akuta situationer. Det verkar som att övningar där anestesijuksköterskan tillsammans med sitt team kan få erfarenhet av att hantera akuta situationer är nödvändiga och kanske behövs i större utsträckning än vad som finns idag. I en studie av Daglius & Scalabrini (2016) framkommer det att simuleringsövningar ger samma stresspåslag som verkliga akuta situationer vilket betyder att det är ett bra sätt att förbereda anestesijuksköterskor på den stress som uppkommer i samband med en svår luftvägshantering. Det framkom även att anestesijuksköterskorna föredrog att arbeta med för dem kända kollegor. Vissa av dem drog det även så långt att de kände sig tryggare i situationer där luftvägarna krånglade med kollegor som var av andra specialiteter eller yrkeskategorier än med andra anestesijuksköterskor så länge de hade arbetet tillsammans ett längre tag. Detta stöds även av ny forskning som visar på att team visserligen är en styrka i sig då där den ens erfarenhet och kunskap tar slut tar den andres vid, men den visar även på att illa ihopsatta team istället kan förvärpa känslan av kaos i en situation där luftvägen krånglar (Brindley, Beed, Duggan, Hung & Murphy 2016). Detta var intressant då det känns som att det går att bygga vidare på detta. Kanske finns det vidareutvecklingar av det befintliga team och lag systemet som verksamheten kan bygga på för att få mer välfungerande team och lag på avdelningarna och samtidigt bredda kompetensen?

Det var även något förväntat att anestesijuksköterskorna upplevde en sorts ansvarskänsla i samband med att luftvägarna krånglade. Att det var förväntat beror säkerligen på den egna förförståelsen av att ställas inför akuta situationer som kan vara eventuellt livshotande.

Som nämns i resultatet upplever anestesijuksköterskorna att ordentliga förberedelser är det absolut viktigaste för att förebygga eller undvika situationer där luftvägs-hanteringen blir svår. Det är ett resultat som bör arbetas vidare med. Utveckla rutinerna för pre-op bedömningar och ge anestesijuksköterskan mer tid med patienten inför anestesi så att hon tillåts göra ordentliga bedömningar och skapa sig en ordentlig uppfattning om patientens möjligheter och risker. Annars finns alltid risken att det blir som en av informanterna beskrev det att man kanske slarvar när det kommer till unga friska patienter som ska göra något rutiningrepp. Lindvall och von Post (2008) beskriver i den perioperativa vårdprocessen att förberedelser utgör två av de fyra steg i processen. Det första steget är när anestesijuksköterskan samlar in information om patienten och gör en analys för att sedan i steg två planera vården av patienten (Lindvall och von Post 2008). Deras vårdprocessmodell stämmer alltså överens med hur anestesijuksköterskorna upplever verkligheten och bör därför kanske lyftas fram mera i utbildning och fortbildning av anestesijuksköterskor.

Det var tydligt att det upplevdes som viktigt med eftertanke, eller reflexion om man så vill, för att kunna hantera den stress eller andra känslor av obehag som uppkom i samband med hanteringen av de svåra luftvägarna. Samtliga av de intervjuade informanterna lyfte vikten av att få prata av sig med någon efteråt. Även om de inte kände själva att det de gör är en sorts stresshantering så finns det belägg för att reflekterande samtal har en god stressavvänjande effekt. Berglund & Ekebergh (2015) talar till exempel om reflexionens betydelse för att lära. De beskriver att vårt lärande är beroende av våra erfarenheter samt att vi genom reflexion utvecklar förståelse för händelser och företeelser. Detta är av vikt när det kommer till stresshantering. Att ha en förståelse för vad det är som har hänt gör det lättare bearbeta det som har hänt (Berglund & Ekebergh 2015).

Enligt Lindvall och von Post (2008) så är vårdprocessen ett verktyg för reflexion då det i sitt slutliga steg innefattar en utvärdering av den givna vården. Utifrån detta kan det då se sig som så att tid för reflexion är ett område där verksamheten borde lägga betydligt större resurser, då tid för reflexion även med ovanstående logik är tid för lärande. Enligt Ekebergh (2009) ska livsvärlden ses som en grund för allt lärande. Genom att ta del av upplevelser och erfarenheter skapas kunskap eftersom alla upplevelser är unika utifrån varje människas enskilda livsvärld. Genom att ta del av våra medmänniskors livsvärld startas ett lärande och kunskap bildas (Ekebergh 2009).

Nyfikenhet väcktes för reflexionens inverkan vilket möjligtvis ledde till studiens starka lutning mot just denna företeelse. I detta format kom det sig dock något till korta på grund av de begränsningar som finns för en studie på magisternivå. Dock var just eftertanken ett så starkt framträdande upplevelse att det nästintill var tvunget att bli en egen kategori. Som nämnts innan så framkom det av alla de intervjuade att de tyckte det var väldigt viktigt att ha någon att prata med efteråt. Att det var avgörande för att hantera den stress som uppkommit i samband med den svåra luftvägen. Det är något som denna studie fört med sig bör det kanske vara kunskapen om vikten av eftertanke och reflexion. Men som sagt bör detta studeras ytterligare för få en djupare förståelse för den exakta innebörden av detta.

Slutsats

Det har under arbetes gång blivit tydligt hur komplex anesthesisjuksköterskors upplevelse av hanteringen av den svåra luftvägen är. Det krävs en helhetsförståelse för att kunna förstå denna komplexitet. Det skall även sägas att denna studie inte kan uppfylla denna helhetsbild som krävs utan det står klart att det krävs betydande forskning för att ge denna bild. Det går inte att ta var stycke i denna studie för sig och säga att det är på ett visst sätt, utan alla dessa kategorier måste förstås tillsammans som en helhet. Då studien väckte en ökad nyfikenhet kring ämnet finns en förhoppning om att studera detta vidare och att denna början kan vara en sorts pilotstudie att arbeta vidare med.

Studiens implikationer för vården är:

- Tid för reflexion är avgörande för anesthesisjuksköterskans hantering av den stress hon upplever i samband med hantering av svåra luftvägar.
- Anesthesisjuksköterskan upplever samarbete med annan personal både som positiv och negativ i hanteringen av svåra luftvägar. Därför borde tid och resurser läggas på att utveckla teambildningen för ett ökat och bättre samarbete.
- Anesthesisjuksköterskans förberedelser är avgörande för utgången i situationer där luftvägshanteringen är svår. Därför borde mer tid göras tillgänglig i den perioperativa vårdprocessens två första steg.

REFERENSER

ANIVA- Riksföreningen för anestesi och intensivvård och svensk sjuksköterskeförening-SSF. (2012) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med inriktning mot anestesisjukvård*. Solna 2012.

Berglund, M. & Ekebergh, M. (red.) (2015). *Reflektion i lärande och vård: en utmaning för sjuksköterskan*. Lund: Studentlitteratur

Brindley, P. G., Beed, M., Duggan, L. V., Hung, O. & Murphy, M. F. 2016. Updating our approach to the difficult and failed airway: time to “stop and think”. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*, 63, 373-381.

Ceccato, S., Kudielka, B. M., & Schwieren, C. (2015). Increased Risk Taking in Relation to Chronic Stress in Adults. *Frontiers in Psychology*, 6, 2036. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.02036>

Dahlberg, K., 2014. *Att undersöka hälsa & vårdande*. 1.a red. Stockholm: Natur & Kultur.

Daglius Dias, R. & Scalabrini Neto, A. (2016). Stress levels during emergency care: A comparison between reality and simulated scenarios. *Journal of Critical Care*.

Ekeberg, M., (2009). *Att lära sig vårda-med stöd av handledning*. Lund: Studentlitteratur AB.

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008) 'The qualitative content analysis process', *Journal Of Advanced Nursing*, 62, 1, pp. 107-115 9p,

Hallen, K., Ullman, J., Frykholm, P., Nellgård, P. & Åkesson, J. (2011). *SFAIs råd om hantering av den svåra luftvägen*. [Http://www.http://sfai.se/riktlinje/medicinska-rad-och-riktlinjer/anestesi/den-svara-luftvagen/](http://www.http://sfai.se/riktlinje/medicinska-rad-och-riktlinjer/anestesi/den-svara-luftvagen/) [2016-03-04]

Hovind, I. & Hellmuth, L. (red.) (2011). *Anestesiologisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur

Hälso och sjukvårdslagen SFS 1982:763. Stockholm: Socialdepartementet.

Högskolan I Borås (2015). Riktlinjer för examensarbete på magisternivå I huvudområdet vårdvetenskap. Borås: Högskolan I Borås. http://www.hb.se/Global/Akademi%202/Student/Riktlinjer%20och%20mallar/H15_Riktlinjer%20-%20Magister_exarbete.pdf [2016-03-22]

Knudsen, K., Pöder, U., Högman, M., Larsson, A & Nilsson, U. (2014) A nationwide postal questionnaire survey; the presence of fairway guidelines in anaesthesia department in Sweden. *BMC Anesthesiology*. 14(25).

Kvale, S. & Brinkmann, S., 2014. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 3:1 red. Lund: Studentlitteratur.

Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen SFS 2010:662. Stockholm: Socialdepartementet.

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

Lindwall, L. & von Post, I. (red.) (2005). *Människan i det perioperativa vårdandet: antropologisk och etisk reflektion*. Karlstad: Institutionen för samhällsvetenskap, Avdelningen för religionsvetenskap, Karlstads universitet

Marieb, E. & Hoehn, K. (2004). *Human anatomy & physiology*. 7. ed. San Francisco: Pearson Benjamin Cummings

Polit, D.F & Beck, C.T. (2012) *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice (9 th ed.)*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Rosenstock, C., Hansen, E.G, Kristensen, M.S., Rasmussen, L.S., Skak,C & Østergaard, D. (2006) Qualitative analysis of unanticipated difficult airway management. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 50, 290-297.

Shiga, T., Wajima, Z., Inoue, T & Sakamoto A. (2005) Predicting Difficult Intubation In Apparently Normal Patients. A Meta-analysis of Bedside Screening Test Performance. *Anesthesiology*. 103(2), 429-437.

Thurén, T. (2007). *Vetenskapsteori för nybörjare*. 2., [omarb.] uppl. Stockholm: Liber

Vetenskapsrådet. (2002) Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Hämtat från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> [2016-02-08]

BILAGOR

Bilaga 1. Verksamhetschefs godkännande av datainsamling

Vi är två sjuksköterskor som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesi, Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå.

Syftet med examensarbetet är att utforska anestesisjuksköterskans upplevelse av stress och hanteringen av stress i en situation där en patient har en oväntad svår luftväg inför anestesi.

Det är ett problem för anestesisjuksköterskor eftersom det inte finns någon forskning som berör detta ur ett omvårdningsperspektiv. Det finns således inget sätt för anestesisjuksköterskor att skaffa sig vetenskaplig kunskap om detta problemområde i nuläget.

Metoden vi kommer att använda oss av tar avstamp i Polit och Becks teorier och kommer att ha en kvalitativ ansats.

Datainsamling kommer att ske genom semistrukturerade intervjuer.

Våra inklusionskriterier består i: Arbetat som anestesisjuksköterska i minst 2 år samt skall ha varit med om det fenomen studien inriktar sig på minst 1 gång.

Plats och tid för intervjuer kommer att anpassas efter vad som passar er verksamhet bäst.

Deltagarnas informerade samtycke kommer att inhämtas innan intervjuer och kommer att ske genom ett skriftligt informationsbrev som vi bifogar lämnar ut till de informanter som vill vara med.

I samtyckesinformationen ingår det information om hur studien kommer att vara anonym för informanterna. Alla uppgifter som gör de identifierbara kommer att tas bort.

Dessutom kommer ingen obehörig att få tillgång till data materialet.

Hälsningar

Hannes Alexandersson

Ernad Hadzic

s103154@gmail.com
0730-378013

ernadhadzic83@gmail.com
0735-336783

Handledare:
Thomas Eriksson
Akademin för vård, arbetsliv och välfärd
Högskolan i Borås
thomas.eriksson@hb.se
033-435 4782

Bilaga 2. Informationsbrev

Bakgrund till studien:

Vi gör en magisteruppsats för att utforska anestesijuksköterskans upplevelse och erfarenheter av hanteringen av en svår luftväg. I studien definierar vi en svår luftväg som en luftväg där anestesijuksköterskans ursprungliga plan för luftvägshantering inte fungerade och anestesijuksköterskan var tvungen att tillgripa alternativa strategier för att lyckas säkerställa patientens syrgastillförsel under operation.

Syftet med studien bygger på det faktum att det finns ytterst begränsat med forskning om anestesijuksköterskors upplevelse och erfarenhet av sådana situationer. Som en del av vår förförståelse tror vi att en sådan situation utgör en reell stress för sjuksköterskan och är intresserade av att utöka vår kunskap för att själva bli bättre förbereda på vårt framtida yrke.

Förfrågan om deltagande:

Vi har tagit kontakt med dig genom din chef. Vi har skriftligen frågat din chef om lov att genomföra intervjuer på din arbetsplats samt frågat din chef om hon kan hjälpa oss att komma i kontakt med anestesijuksköterskor som uppfyller inklusionskriterierna. De inklusionskriterier vi använder oss av är:

- Du ska ha arbetat som anestesijuksköterska i minst 2 år.
- Du ska någon gång under din karriär som anestesijuksköterska ha råkat ut för en situation där det varit svårt (enligt ovan beskrivna definition) att hantera en patients luftvägar inför generell anestesi.

Hur går studien tillväga?:

Vi kommer att utföra semistrukturerade intervjuer. Vi räknar med att utföra 6-8 intervjuer som sedan kommer att transkriberas och analyseras. Vi kan inte innan säga hur lång varje intervju kommer att ta men vi har satt en gräns på 1 timme av praktiska skäl. Vi kommer behandla alla uppgifter som kan härledas tillbaka till din person som konfidentiella vilket betyder att studien kommer att bli helt anonym. Tackar du ja till att medverka i studien kan du vid vilket tillfälle som helst i studien välja att inte längre

medverka. Studien prövas ej av någon etisk nämnd men etiska övervägande tas i beaktning utifrån de ramar högskolan i Borås sätter upp för studenterna i kursen examensarbete.

Risker:

Vi ser inga fysiska risker med att medverka i denna studien. Viss risk föreligger för psykisk lidande om intervjuerna berör situationer som utgjort ett stort stressmoment för anestesijuksköterskan.

Information om personuppgifter:

Vi kommer ej att begära några person uppgifter om dig mer än ditt namn, arbetsplats och ålder. Samt hur länge du har arbetet som anestesijuksköterska. Vi kommer dock att avidentifiera intervjuerna och endast presentera dessa som exempelvis:

(Anestesisjuksköterska, 6år i yrket. OP 4 Su/SS).

Huvudman för studien och ansvarig för hanteringen av personuppgifter är undertecknade.

Hur får du information om studiens resultat?

När studien är färdig och godkänd skickar vi gärna ett exemplar till dig om du är intresserad av det. Annars kommer studien att finnas på Borås högskolas databas för examensarbeten (BADA).

Ersättning

Tyvärr har vi ingen möjlighet att ersätta er för er tid.

Förtydligande om frivillighet:

Väljer du att medverka i vår studie kan du när som helst, utan vidare förklaring välja att avbryta din medverkan. Om du väljer att avbryta din medverkan efter att intervjun är genomförd kommer vi att radera den inspelade intervjun samt kassera eventuella transkriberingar.

Väljer du att avbryta din medverkan skall du vända dig till studiens huvudmän:

Ernad Hadzic: ernadhadzic83@gmail.com Telefon: 0735336783

Hannes Alexandersson 0730-378013 s103154@gmail.com

Alternativt om du inte får kontakt med någon av oss kan du kontakta vår handledare:

Thomas Eriksson 033-435 4782 E-mail: thomas.eriksson@hb.se

Behöver du mer information om studien eller har frågor innan du bestämmer dig? Hör gärna av dig!

Bilaga 3. Samtyckesformulär

Samtyckesformulär:

Jag har fått information om studien: _____

Jag har fått information om hanteringen av mina personuppgifter: _____

Jag har fått information om frivillighet att delta och att jag när som helst kan välja att avbryta utan vidare förklaring: _____

Jag samtycker till att delta i studien under dessa premisser:

Datum och namnteckning: _____