

Tyst kunskap:

**Anestesisjuksköterskors erfarenheter
av preoperativ luftvägsbedömning**

**Tacit knowledge: Anesthesia
nurses' experiences of preoperative
airway assessment**

Examensarbete för specialistsjuksköterskeexamen
med inriktning mot anestesisjukvård och
magisterexamen med huvudområdet omvårdnad

Avancerad nivå 15 högskolepoäng

Vårtermin 2022

Student: Anni Nordström; Johanna Stenström

Handledare: Mia Berglund

Examinator: Veronika Karlsson

SAMMANFATTNING

Titel:	Tyst kunskap - Anestesisjuksköterskors erfarenheter av preoperativ luftvägsbedömning
Författare:	Nordström, Anni; Stenström, Johanna
Institution:	Institutionen för hälsovetenskaper, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Examensarbete i omvårdnad - anestesisjuksköterska OM860U
Handledare:	Berglund, Mia
Examinator:	Karlsson, Veronika
Sidor:	36
Nyckelord:	anestesisjuksköterska, erfarenhet, luftvägsbedömning, perioperativ vård, tyst kunskap

Bakgrund: Vid generell anestesi uppnås medvetandeförlust vilket leder till att andningscentrum slås ut. En av anestesisjuksköterskans kärnkompetenser är säker vård, vilket innebär att kunna identifiera, bedöma och förebygga risker som kan förekomma vid anestesi. I en preoperativ luftvägsbedömning kan förväntad svår luftväg identifieras men det råder ingen samstämmighet över vilka undersökningar som är säkrast att använda. Genom att sätta ord på anestesisjuksköterskors erfarenheter kan den tysta kunskapen om fenomenet "preoperativ luftvägsbedömning" bli synliggjord och möjlig att dela med andra. **Syfte:** Att beskriva anestesisjuksköterskors erfarenheter av preoperativ luftvägsbedömning. **Metod:** En kvalitativ metod med fenomenologisk ansats användes. Nio anestesisjuksköterskor intervjuades med öppna frågor. Data analyserades med beskrivande innehållsanalys. **Resultat:** Tre innehållsteman framkom: Helhetsbedömning - från delar till helhet, Känsla av säkerhet skapar trygghet samt Lärande genom erfarenheter. **Konklusion:** Helhetsbedömningen bygger på bakgrund, klinisk blick och klinisk undersökning. Bedömningen leder till förberedelse och ökad säkerhet. Varje patientfall bidrar till ett lärande. Tyst kunskap finns i preoperativ luftvägsbedömning och att behärska konsten handlar om att lära sig se och utveckla den kliniska blicken genom reflektion av erfarenheter.

ABSTRACT

Title: Tacit knowledge – Anesthesia nurses' experiences of preoperative airway assessment.

Author: Nordström, Anni; Stenström, Johanna

Department: School of Health sciences, University of Skövde

Course: Master Degree Project in Nursing, 15 ECTS

Supervisor: Berglund, Mia

Examiner: Karlsson, Veronika

Pages: 36

Keywords: airway assessment, anesthesia nurse, experience, perioperative care, tacit knowledge

Background: General anesthesia leads to loss of consciousness and respiratory function. One of the anesthesia nurse's core competencies is safe care, which means being able to identify, assess and prevent risks that may occur during anesthesia. In a preoperative airway assessment, the expected difficult airway can be identified, but there is no agreement on which examinations are safest to use. By verbalizing the experiences of anesthesia nurses, the tacit knowledge about the phenomenon “preoperative airway assessment” can be made visible and possible to share with others. **The Aim:** To describe anesthesia nurses' experiences of preoperative airway assessment. **Methods:** A qualitative method with phenomenological approach was used. Nine anesthesia nurses were interviewed with open-ended questions. Data were analyzed with descriptive analysis. **Results:** Three themes of meaning emerged: Overall assessment - from parts to the whole, Sense of security creates safety and Learning through experiences. **Conclusion:** The overall assessment is based on background, clinical gaze and clinical examination. It leads to preparation and increased security. Each patient contributes to learning. Tacit knowledge is found in preoperative airway assessment, mastering the art is about learning to see and develop the clinical gaze through reflection of experiences.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING.....	5
2	BAKGRUND	5
2.1	LUFTVÄG VID ANESTESI	5
2.1.1	Upprätthålla fri luftväg	6
2.1.2	Svår luftväg	6
2.2	ANESTESISJUKSKÖTERSANS KOMPETENSOMRÅDE	7
2.3	PREOPERATIV LUFTVÄGSBEDÖMNING.....	9
2.3.1	Risikfaktorer för svår luftväg	9
2.3.2	Kliniska undersökningar	10
2.4	TYST KUNSKAP.....	11
3	PROBLEMFÖRMULERING	12
4	SYFTE.....	13
5	METOD	14
5.1	FÖRFÖRSTÅELSE OCH "TYGLANDE" HÅLLNING.....	14
5.2	Urval.....	15
5.3	Datainsamling.....	15
5.4	Dataanalys.....	17
5.5	Etiska överväganden	18
6	RESULTAT	19
6.1	Helhetsbedömning – från delar till helhet	19
6.2	Känsla av säkerhet skapar trygghet	21
6.3	Lärande genom erfarenheter	23
6.4	Resultatsammanfattning.....	24
7	DISKUSSION	26
7.1	Metoddiskussion	26
7.2	Resultatdiskussion	29
7.2.1	En anpassad helhetsbedömning	29
7.2.2	Anestesisjuksköterskans ansvar för patientsäkerheten	31
7.2.3	Att förena teori med praktisk erfarenhet bidrar till lärande	33
7.3	Konklusion	34
7.4	Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet	35
8	REFERENSER.....	36

BILAGOR

1. Brev till verksamhetschef
2. Brev till enhetschef
3. Brev till deltagare

1 INLEDNING

Något av det värsta som kan hända en anestesijuksköterska är att ställas inför en patient med svår luftväg (Nellgård, 2016). En ofri luftväg kan medföra allvarliga konsekvenser för patienten, så som skador på luftvägar, hjärnskador, hjärtstopp och dödsfall (Apfelbaum et al., 2013). Det finns olika metoder och tecken som kan identifiera om det föreligger ökad risk för att luftvägshandlingen blir svår. En svår luftväg behöver därför inte vara oförväntad. Det ingår i anestesijuksköterskans roll att självständigt kunna söva patienter och vara beredd på att stödja och överta patientens respiratoriska funktion. Det blir därför anestesijuksköterskans ansvar att utföra en preoperativ luftvägsbedömning i syfte att identifiera tecken som tyder på svår luftväg. Tidigare forskning visar att det inte råder samstämmighet kring vilka undersökningsmetoder i luftvägsbedömning som är säkrast. Det saknas dessutom forskning som beskriver anestesijuksköterskors erfarenhet av preoperativ luftvägsbedömning. En preoperativ luftvägsbedömning utförs ofta av anestesijuksköterskor och det bör det finnas outtalad kunskap i deras erfarenheter. Denna studie fokuserar på att beskriva anestesijuksköterskors erfarenheter av preoperativ luftvägsbedömning. Genom att sätta ord på den beprövade erfarenheten kan den fungera som ett komplement till den teoretiska kunskapen och på så vis utöka kunskapen inom området preoperativ luftbedömning.

2 BAKGRUND

Följande studie är skriven inom ämnet omvårdnad. Studien handlar om anestesijuksköterskors erfarenheter av preoperativ luftvägsbedömning, ett område i specialistsjuksköterskans yrkesroll som är av stor vikt för en patientsäker anestesi. Den preoperativa luftvägsbedömningens betydelse för patientsäkerheten underbyggs i *luftväg vid anestesi och anestesijuksköterskans kompetensområde. Preoperativ luftvägsbedömning* berör riskfaktorer, metoder och aktuell forskning inom området. För att tydliggöra vikten av att verbalisera och synliggöra anestesijuksköterskors erfarenheter avslutas bakgrunden med ämnet *tyst kunskap*.

2.1 LUFTVÄG VID ANESTESI

Anestesi betyder att människan försätts i ett tillstånd där känslan av smärta, beröring, värme och kyla uteblir ("Anestesi", 2021). De anestesimetoder som vanligen används är lokalanestesi, centrala blockader, generell anestesi och sedering (Valeberg, 2013). De olika anestesimetoderna används enskilt eller i kombination med varandra (Naess & Strand, 2013). Valeberg (2013) skriver att generell anestesi betyder medvetandeförlust framkallad av intravenösa läkemedel eller gaser. Vid generell anestesi uppnås både medvetandeförlust och smärtlindring genom att centrala nervsystemet påverkas och autonoma reflexer reduceras. Till följd av det dämpas eller slås andningscentrum ut och patienten

behöver hjälp att andas. När patienten vaknar från generell anestesi sker det omvända, patienten återfår sin förmåga att andas och upprätthålla fri luftväg. Det är en riskfylld situation som kräver full uppmärksamhet från anestesijuksköterskan (Rönnberg et al., 2019).

2.1.1 Upprätthålla fri luftväg

Luftvägen delas in i den övre luftvägen som börjar i mun- och näshåla och slutar vid svalget, och den nedre luftvägen som sträcker sig mellan struphuvudet och lungorna. Ytterst i lungorna finns lungblåsorna där gasutbytet sker. En förutsättning för att gasutbytet ska kunna ske är att luftvägen är fri. Det finns olika sätt att skapa och upprätthålla fri luftväg. Tungans position har inverkan på luftvägen, när den faller bakåt i svalget utgör den ett hinder, detta kan förhindras med exempelvis ett käklyft. Det finns även olika hjälpmedel för att säkra luftvägen, valet av hjälpmedel styrs utifrån patient och tillfälle. En patient som spontanandas men inte är tillräckligt vaken för att hålla luftvägen fri kan hjälpas av en svalgtub, ett plaströr som sätts ned i munnen för att lyfta upp tungan och på så sätt upprätthålla fri luftväg. Patienter som sövs kan ventileras med hjälp av en andningsmask som hålls tätt mot ansiktet. Det som anses vara det säkraste luftvägshjälpmedlet för sövda patienter är endotrakealtuben vilket är en slang som förs ned i luftstrupen via mun eller näsa. Nedsättningen av endotrakealtuben sker med hjälp av ett laryngoskop, vilket är ett hjälpmedel för att lyfta tunga och underkäke och på så sätt skapa insyn till stämband och luftstrupe. Larynxmask är ett annat hjälpmedel som används till sövda patienter, den är ett mellanting mellan andningsmask och endotrakealtub. Larynxmasken förs ned via munnen till struphuvudet där den upprätthåller fri luftväg utan att passera stämbanden (Espe & Hovind, 2013).

2.1.2 Svår luftväg

Svår luftväg medför risker för vårdskada (Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård, [SFAI] 2018; Apfelbaum et al., 2013). Definitionen av en svår luftväg innebär att i en klinisk situation ha svårigheter att antingen maskventilera eller intubera en patient, eller både och. Vägen som leder fram till en svår luftväg är komplex och kan bero på flera saker, bland annat patientens förutsättningar, den omgivande miljön samt personalens kompetens och utförande (Apfelbaum et al., 2013). Samarbete i teamet är av stor vikt vid hanteringen av en svår luftväg (Larson et al., 2019). Att försäkra sig om att rätt personal och utrustning finns på plats (Larson et al., 2019; Dabija et al., 2019) samt att luftvägshanteringen utförs av personal med mest erfarenhet är åtgärder för en säker och lyckad luftvägshantering (Larson et al., 2019).

SFAI (2018) har arbetat fram riktlinjer för hantering av svår luftväg. Riktlinjerna skiljer på förväntad och oförväntad svår luftväg. En förväntad svår luftväg innebär att genom preoperativ luftvägsbedömning förutspå risk för problem vid luftvägshanteringen, utifrån detta finns tid och möjlighet att utforma en plan för hur handläggningen ska gå till. I vissa fall behövs fler utredningar, i andra fall anpassas anestesiometoden för att inte behöva ta över

patientens andning. Oförväntad svår luftväg betyder att även om den preoperativa luftvägsbedömningen inte pekat på risker för svår luftvägshantering, uppkommer en situation där patienten är svår att intubera och/eller ventilera. SFAI (2018) har tagit fram en algoritm för den oförväntade svåra luftvägen. Algoritmen utgår från tre olika scenarion som kan uppstå och ger instruktioner för hur användaren ska gå vidare i luftvägshanteringen. Dabija et al. (2019) beskriver anestesijuksköterskors erfarenheter av olika faktorer för att lyckas med hanteringen av både förväntad och oförväntad svår luftväg. Det är viktigt att identifiera den svåra luftvägen för att kunna strukturera och planera luftvägshanteringen. En avgörande aspekt för utfallet är att behålla lugnet och fokusera samt använda sig av tekniska färdigheter och anpassad utrustning. (Dabija et al., 2019). Göras et al. (2020) menar att operationspersonal förbereder sig mentalt och planerar för både förväntade och oförväntade situationer som kan uppstå under operationer. När anestesijuksköterskor är med om allvarliga komplikationer i den perioperativa vården kan det medföra upplevelser av ångest och skuld känslor (van Pelt, 2019).

2.2 ANESTESISJUKSKÖTERSKANS KOMPENTENSOMRÅDE

En anestesijuksköterska är en legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen i anestesijukvård (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2020). I anestesijuksköterskans kompetensområde innefattas bland annat att självständigt och tillsammans med anestesilog kunna planera, övervaka och ge olika typer av anestesi till patienter som ska genomgå behandlingar och undersökningar (SSF, 2020). Virginia Henderson har definierat sjuksköterskans grundprinciper i omvårdnaden. Människan är en unik varelse som i normalt sammanhang självständigt kan tillgodose sina grundläggande behov. Henderson beskriver att sjuksköterskans huvudsakliga uppgift är att hjälpa människan att återfå sitt oberoende. Vägen till ett oberoende beskrivs ske genom att sjuksköterskan hjälper patienten med 14 grundläggande behov och dessa ska leda till patientens upplevelse av hälsa och tillfrisknande eller upplevelse av en fridfull död. Även om alla människor har gemensamma grundbehov, tillgodoses de på olika sätt. Upplevelsen av grundbehoven kan skilja sig och påverkas av ålder, sinnestillstånd, social och kulturell ställning samt intellektuell och fysisk kapacitet. Vidare beskrivs att patientens grundbehov även påverkas av pre- och postoperativt tillstånd, vilket kan härledas till anestesijuksköterskans arbetsområde (Henderson, 1997).

Ett av de grundläggande behoven en sjuksköterska ska behärska, enligt Henderson, är att hjälpa patienten att andas. Sjuksköterskan bör kunna iaktta och bedöma patientens andning samt sätta in åtgärder vid luftvägshinder, ge konstgjord andning och använda hjälpmedel som svalgtub eller sug. Sjuksköterskan bör även kunna ge patienten syrgasbehandling och hantera en respirator (Henderson, 1997). En av huvuduppgifterna inom anestesijuksköterskans kompetensområde är att assistera och överta

patientens andning (SSF, 2020). Vid generell anestesi fråntas patienten sitt medvetande vilket leder till att hen inte kan upprätthålla sin andningsfunktion. Det blir då anestesijuksköterskans uppgift att hjälpa patienten att andas på ett tillfredsställande sätt (Nortvedt, 2013). Anestesisjuksköterskor anser att det ligger i deras profession att säkra luftvägen och att de har en viktig roll för att upprätthålla patientens säkerhet (Aagaard, 2017).

Henderson (1997) betonar grundprincipen att sjuksköterskan ska hjälpa patienten att inta och anpassa kroppsställningen efter situationen. Henderson beskriver vidare hur patienter som är medvetslösa och bedövade inte själva kan förändra kroppsställningen. Detta kan kopplas till anestesijuksköterskans kompetensbeskrivning där det ingår att ansvara för patientens positionering, tillsammans med operationsteamet (SSF, 2020). Ytterligare en av sjuksköterskans grundprinciper som det beskrivs av Henderson (1997) är att hjälpa patienten att hålla kroppstemperaturen inom normala gränser genom övervakning och åtgärder. Hon belyser att den sjuka eller medvetslösa patienten inte själv kan tillgodose detta behov. Anestesijuksköterskans ansvar för patientens kroppstemperatur beskrivs i kompetensbeskrivningen (SSF, 2020).

Henderson (1997) menar att en frisk patient vanligtvis klarar att skydda sig själv från de hot som finns i omgivningen medan en sjuk patient behöver hjälp med detta av sjuksköterskan. Det bottnar i grundprincipen att sjuksköterskan ska skydda patienten från skador. Detta kan kopplas till en av anestesijuksköterskans kärnkompetenser som är säker vård, vilket innebär att kunna identifiera, bedöma och förebygga risker som kan förekomma vid anestesi (Öhrn, 2013). Patientsäkerheten upprätthålls genom planering och genomförande av en säker anestesi. Detta grundar sig i en noggrann bedömning samt övervakning och kritisk utvärdering av det perioperativa vårdförloppet. Det är viktigt att en noggrann dokumentation och rapportering tillämpas eftersom det bidrar till patientsäkerheten bibehålls (SSF, 2020).

Patientsäker vård grundar sig i patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) vilket kan relateras till att anestesijuksköterskan har skyldighet att vidta åtgärder för att undvika att vårdskada uppstår. Inom operationssjukvård används Världshälsoorganisationens checklista för säker kirurgi (World Health Organization [WHO], 2009). Syftet med checklistan är att öka patientsäkerheten i den perioperativa vården. Checklistan består av tre delar: "sign in", "time out" och "sign out". Under "sign in" kontrolleras bland annat att anestesijuksköterskan utfört en preoperativ luftvägsbedömning. Om anestesijuksköterskan bedömt att det råder risk för svår luftväg ingår det i checklistan att hen kontrollerar att rätt utrustning samt assistans finns nära till hands (WHO, 2009). En svensk studie beskriver anestesijuksköterskors upplevelse av checklistans användande. De skriver att anestesijuksköterskor upplever att checklistan har en stor betydelse för ökad patientsäkerhet, men att "sign in" används mer sällan än "time out" och "sign out" (Rönnerberg & Nilsson, 2015). Krupic et al. (2020) belyser att operationsteamet upplever "sign in" som positivt. Genom checklistans frågor skapas dialog och möjlighet för personal och patient att lära känna varandra. Göras et al. (2020) beskriver att kommunikation inom operationsteamet är en viktig faktor för att bevara

patientsäkerheten, framförallt när personerna i teamet inte känner varandra så bra.

Hendersons grundprinciper kan tillsammans med patientsäkerhetslagen och Svensk sjuksköterskeförenings föreskrifter härledas till en anestesijuksköterskas arbetsuppgifter och ansvar. Tillsammans poängterar de vikten av att anestesijuksköterskan kan bedöma och upprätthålla luftvägen samt assistera och ta över patientens andning på ett patientsäkert sätt (Henderson, 1997; SFS 2010:659; SSF, 2020). Till detta kan WHO:s checklista fungera som ett stöd för att tillse att anestesijuksköterskan utfört en preoperativ luftvägsbedömning samt för att säkerställa att patientsäkerheten relaterat till luftvägshandlingen bevaras (WHO, 2009).

2.3 PREOPERATIV LUFTVÄGSBEDÖMNING

Anestesijuksköterskan har begränsad tid för förberedelse inför varje anestesi (Aagaard, 2017). I förberedelserna ingår preoperativ luftvägsbedömning vilket ska utföras på alla patienter och innebär att inför varje enskild anestesi identifiera patienter med risk för svår luftväg. Det krävs en sammanlagd bedömning för att kunna förutspå en svår luftväg och det finns inget enskilt test som ensamt kan ge en helt säker bedömning (SFAI, 2018). SFAI (2018) har tagit fram en lathund som kan fungera som ett stöd vid preoperativ luftvägsbedömning, den utgår från tre punkter: anamnes, sunt förnuft och klinisk undersökning och förkortas ASK. I anamnes ingår det att ta reda på om patienten har en känd svår luftväg sedan tidigare. Sådan information kan framgå i tidigare anestesijournaler eller om patienten har ett anestesiproblemkort. Sunt förnuft innefattas av faktorer som är förknippat med risk för svår luftväg. Dessa riskfaktorer inryms i akronymen "BOSSBIT", vilket står för BMI, OSAS (obstruktiv sömnapné), strålning, syndrom, blödning, infektion och tumör. Vid den kliniska undersökningen undersöks luftvägen närmare genom olika tester och metoder. Utöver SFAI:s (2018) rekommendationer finns fler faktorer och undersökningar som är betydelsefulla i en luftvägsbedömning, en sammanställning av dem beskrivs i kommande text.

2.3.1 Riskfaktorer för svår luftväg

Larson et al. (2019) framhåller vikten av att anestesijuksköterskan har kännedom om riskfaktorer för svår luftväg. Det finns anatomiska förhållanden och omständigheter som kan relateras till en potentiellt försvårad ventilation respektive intubation (Espe & Hovind, 2013). Enligt SFAI (2018) är det viktigt att en preoperativ luftvägsbedömning bedömer möjligheten för så väl maskventilation, intubation som ventilation via larynxmask. Genom att känna till och bedöma dessa faktorer kan svåra luftvägar identifieras vilket leder till bättre förberedelse och säkrare luftvägshandling (Espe & Hovind, 2013).

Sjukdomar och skador i luftvägen så som tumörer, förstörd sköldkörtel och infektioner i halsområdet kan förändra anatomin i luftvägen och på så vis försvåra luftvägshandlingen. Strålskador kan göra luftvägen trängre (Espe &

Hovind, 2013). Blödning i svalg och munhåla kan försvåra insynen vid intubation (SFAI, 2018). Högt BMI är viktigt att beakta i avseendet en säker ventilation och intubation, en större kropp är tyngre och kräver således högre tryck och mer kraft för att tillgodose ventilationen (Espe & Hovind, 2013; SFAI, 2018). Det är också angeläget att bedöma var övervikten är belägen på patienter med högt BMI, då en äppelformad kroppsform med kraftig nacke och hals medför större risker för luftvägshandlingen än en päronformad (SFAI, 2018). Emik et al. (2021) studie visar att kraftig övervikt har ett samband med hög nackomkrets. Kraftig, kort och stel nacke och hals kan innebära svårigheter att både hålla fri luftväg och att intubera patienten (Dabija, 2019; Espe & Hovind, 2013; SFAI, 2018). Obstruktiv sömnapné kan leda till svår ventilation genom att de mjuka delarna i övre luftvägarna kollapsar och hindrar luftflödet. Kort haka och liten underkäke är omständigheter som kan försvåra insynen vid intubation. Det är även viktigt att ta reda på patientens tandstatus då lösa tänder eller tandproteser kan blockera en annars fri luftväg (Espe & Hovind, 2013). Faktorer som kan öka risken för luftläckage vid maskventilation är avsaknad av tänder, insjunkna kinder och skägg. Utöver ovan nämnda faktorer finns ett flertal ovanliga syndrom som kan associeras med svår luftväg (SFAI, 2018).

Rönnerberg et al. (2019) menar anestesijuksköterskor även bedömer riskfaktorer relaterat till extubation och redan innan induktionen börjar planera för hur extuberingen ska ske på ett säkert sätt. Riskfaktorer som potentiellt kan försvåra extubation är bland annat övervikt, gastroesofagal reflux samt svårigheter att ventilerar patienten.

2.3.2 Kliniska undersökningar

Anestesisjuksköterskor undersöker vanligen Mallampati-klassifikation, gapförmåga samt kontroll av nackrörlighet (Larson et al., 2019). Nackrörligheten bedöms genom att patienten böjer huvudet maximalt bakåt och framåt. Begränsad rörlighet kan det leda till svår laryngoskopi och ventilation (Espe & Hovind, 2013). Halsens längd kan bedömas med sternomentalt avstånd som mäts från hakspets till bröstbenets övre kant när patienten ombeds att extendera nacken maximalt bakåt. Ett avstånd mindre än 12,5 cm indikerar risk för svår luftväg (SFAI, 2018). Mallampatis klassificering av luftvägar är en undersökning då patienten, sittandes i neutral ställning, ombeds gapa maximalt och samtidigt sträcka ut tungan. Utifrån hur mycket som ses av gom och svalgvägg får patienten en gradering, där 1 är bäst insyn och 4 nästan ingen insyn alls. Mallampati grad 3-4 kan innebära svår intubation (Espe & Hovind, 2013; Nellgård, 2016). Modifierad Mallampati-klassificering är en revidering av tidigare klassificering som inkluderar grad 0 i skalan och innebär mycket god insyn. Grad 0 anses vara en lätt luftväg (SFAI, 2018). Emik et al. (2021) såg ett samband mellan hög mallampati och risk för svår intubation hos patienter med övervikt. Dock är Mallampati som enda bedömningsinstrument inte tillräckligt tillförlitligt för att identifiera svårigheter med luftvägshandlingen, därför kombineras Mallampati med andra undersökningar och tester (Nellgård, 2016).

Tyreomentalt avstånd är ett sätt att bedöma förväntad insyn vid laryngoskopi. Avståndet mellan hakspets och toppen av sköldbrösket mäts när huvudet böjs bakåt maximalt (Espe & Hovind, 2013; Nellgård, 2016). Avstånd mindre än 5-6 centimeter (Espe & Hovind, 2013) respektive 6-7 centimeter (SFAI, 2018) sägs korrelera med dålig insyn vid laryngoskopi. Desto kortare tyreomentalt avstånd, desto större är risken att intubationen blir svår (SFAI, 2018; Nellgård, 2016). Nackomkrets över 45 centimeter indikerar risk för svår luftvägshantering (SFAI, 2018). Emik et al. (2021) menar att hög nackomkrets är en indikator för risk för svår intubation. Genom att dividera nackomkrets med tyreomentalt avstånd kan risk för svår intubation förutspås, ett värde över 5 indikerar förhöjd risk (Siljeblad et al., 2017). Tyreomental höjd mäts från hakspets till toppen av sköldbrösket i neutral ställning, avstånd mindre än 5 centimeter indikerar risk för svår luftväg (SFAI, 2018). Siljeblad et al. (2017) har visat att tyreomental höjd samt nackomkrets dividerat med tyreomentalt avstånd har ett högre prediktivt värde för att identifiera en svår luftväg, jämfört med Mallampatis modifierade klassifikation respektive tyreomentalt avstånd.

Patientens gapförmåga undersöks för att bedöma möjligheten att laryngoskopera och sätta ner larynxmask, ett litet avstånd anses vara under 3 cm (Espe & Hovind, 2013) respektive 4 centimeter (SFAI, 2018). Khans test (Upper lip bite test) undersöker patientens förmåga att sublusera underkäken framåt, vilket är en förutsägande faktor för intubationsmöjligheten. Patienten ombeds att med underkåkens tänder bita i överläppen. Utifrån om patienten klarar det helt, delvis eller inte alls, utfaller testet med klass 1-3 (Nellgård, 2016; Khan et al., 2003). Roth et al. (2018) har visat att Khans test hade högst sensitivitet för att förutspå svårigheter att genomföra laryngoskopi, jämfört med tidigare nämnda tester. Enligt ovan nämnda bedömningsmetoder och studier råder det ingen entydighet om vilka tester som anses mest tillförlitliga och som bör användas i praktiken. Anestesisjuksköterskors erfarenheter av preoperativ luftvägsbedömning är därför av intresse.

2.4 TYST KUNSKAP

Molander (1996) beskriver tyst kunskap som en kunskap som inte finns formulerad rent språkligt utan existerar i verksamheten genom praktiska handlingar. Tyst kunskap är ett ordlöst handlande, en levande kunskap som överförs i själva handlingen. Molander beskriver det som "att visa genom att göra" och att den intränade kunskapen blir en del av kroppen. Gustavsson (2002) lyfter att kroppen ses som en central del av människans kunskapsförmåga och förklarar det som att kunskapen sitter i kroppen. Dahlberg (2014) menar att tyst kunskap "sitter i ryggmärgen" och fungerar som en utgångspunkt för handlande. Anestesisjuksköterskor utövar sitt yrke genom praktiskt handlande. I en preoperativ luftvägsbedömning innehar anestesisjuksköterskan praktisk kunskap som kan vara svår att förklara och sätta ord på. Det blir då svårt för andra att anamma den beprövade erfarenheten (Mathisen, 2013).

Benner (1993) skriver att en förutsättning för att utveckla en teori är att observera och dokumentera sjuksköterskans arbete. Hon skiljer på teoretisk kunskap och praktisk kunskap genom att teoretisk kunskap svarar på "veta att" och praktisk kunskap svarar på "veta hur". En teori kan tydliggöra ett fenomen i ett "veta att"-perspektiv genom att studera orsaker mellan olika händelser. Gustavsson (2002) betraktar begreppet "veta hur" som en sorts färdighetskunskap som innebär färdighet att kunna utföra olika saker. En annan dimension av kunskap är förtrogenhetskunskapen, den förklaras som en kunskap vilken förvärvats genom en längre tid inom ett yrke eller genom invanda arbetsuppgifter. För att bemästra en praktik krävs både kunskap om vad som ska utföras och varför. Dahlberg (2014) menar att tyst kunskap ofta leder till ett spontant agerande, där handlingar utförs utan medveten reflektion. Genom reflektion över sina handlingar kan den tysta kunskapen lyftas fram och delas med andra och förblir således inte längre tyst (Gustavsson, 2002). I den preoperativa luftvägsbedömningen kan tyst kunskap döljas om inte anestesijuksköterskor reflekterar och bekläder den beprövade erfarenheten i ord. Verbalisering av den tysta kunskapen är en viktig aspekt för att utveckla omvårdnadsarbetet (Benner, 1993; Dahlberg, 2014; Gustavsson 2002; Molander 1996). Genom att studera sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter kan både teori och praktik utvecklas (Benner, 1993). I den här uppsatsen utgår en problematiserande hållning kring ämnet tyst kunskap, där det ses både som en tillgång då den innefattar beprövad erfarenhet men även som ett hinder om den ej verbaliseras och förblir tyst. Att få fatt i och artikulera den tysta kunskapen är centralt för att kunna använda anestesijuksköterskors kunskap i preoperativ luftvägsbedömning.

3 PROBLEMFORMULERING

Vid generell anestesi behöver patienten hjälp att andas. Det ligger i anestesijuksköterskans kompetensområde och ansvar att tillgodose patientens ventilation. En del i patientsäkerheten är att identifiera den förväntade svåra luftvägen. Detta skapar möjlighet till förberedelser och åtgärder för att utforma luftvägshandlingen på ett säkert sätt. Det krävs en sammanlagd bedömning och att anestesijuksköterskan har kännedom om riskfaktorer som relateras till svår luftväg. Dessutom finns flera olika undersökningsmetoder där det saknas samstämmighet kring vad som är mest tillförlitligt att använda för att upptäcka svåra luftvägar. Det medför svårigheter för anestesijuksköterskan att utforma sin preoperativa luftvägsbedömning utifrån teoretisk vetenskap. Preoperativ luftvägsbedömning sker i ett möte med patienten, ett möte som ofta är tidsbegränsat. Det innebär att anestesijuksköterskan måste anpassa och begränsa antalet undersökningar. Preoperativ luftvägsbedömning är ett komplext fenomen som till stor del grundar sig i anestesijuksköterskans praktiska handlingar. Tyst kunskap återfinns i praktisk handling och kan endast delas med andra om den verbaliseras. Det saknas studier om anestesijuksköterskors erfarenheter av preoperativ luftvägsbedömning, genom att beskriva erfarenheter kan den beprövade erfarenheten inom ämnet synliggöras och komma till nytta för anestesijuksköterskor.

4 SYFTE

Syftet var att beskriva anestesijuksköterskors erfarenheter av preoperativ luftvägsbedömning.

5 METOD

Studiens resultat bygger på den epistemologiska utgångspunkten att kunskap kommer från människor och deras erfarenheter. För att besvara studiens syfte valdes en kvalitativ metod med induktiv ansats. Kvalitativ metod är ett sätt att närma sig människors erfarenheter och upplevelser, forskningen syftar till att utforska företeelsernas innebörd och mening (Dahlberg, 2014). I denna studie är fenomenet "preoperativ luftvägsbedömning". Med induktiv menas att det valda fenomenet ska studeras så förutsättningslöst som möjligt och återges på ett korrekt sätt (Priebe & Landström, 2017).

Utgångspunkten för studien vilar i fenomenologin och livsvärldsperspektivet. Datamaterial har analyserats med en beskrivande innebördsanalys enligt Dahlberg et al. (2008). Fenomenologi fokuserar på att utforska människors levda erfarenheter (Friberg & Öhlén, 2017). Centralt inom detta synsätt är att "gå tillbaka till sakerna själva", med det menas att fokus ligger i att ta reda på hur fenomen upplevs och erfars, av den som erfar (Bengtsson, 2005). Fenomen beskrivs som "det som visar sig" och bygger på ett ömsesidigt förhållande mellan det som erfars (objektet) och den som erfar (subjektet). Inom fenomenologin är livsvärlden central, med livsvärld menas den verklighet i vilken vi lever och förhåller oss. Människan ses som oskiljaktig sin livsvärld och delar den med andra (Bengtsson, 2005). Dahlberg (2014) menar att öppenhet och följsamhet inför det fenomen som studeras är grundläggande för att kunna förstå upplevelsen av individers livsvärld. En sådan förhållning ska prägla hela arbetes gång, från planering och genomförande till färdigt resultat. Genom medveten nyfikenhet och viljan att förstå, och att förstå på ett nytt sätt, visas öppenhet inför individens livsvärld. En "tyglande" hållning genomsyrar livsvärldsperspektivet. Det handlar om att inte dra för snabba slutsatser av det som studeras eller att föregå resultatet, och kräver att forskaren håller tillbaka sin förförståelse. Dahlberg (2014) menar att det här förhållningssättet skiljer sig från det vardagliga synsättet att "allt är som det ser ut vara". I ett vetenskapligt sammanhang är just detta tillvägagångssätt viktigt, att stanna upp och problematisera kring det som framkommer i form av erfarenheter och reflektera över innebörden av dem.

5.1 FÖRFÖRSTÅELSE OCH "TYGLANDE" HÅLLNING

Med förförståelse menas att vi förstår och vet en hel del inom ett ämne innan vi påbörjar en studie. Förförståelsen grundar sig inte bara i sådant vi lär oss inom ämnet genom teoretisk och praktisk träning, utan även i det vi som människor har tillägnat oss genom livet, det vill säga genom utomakademisk erfarenhet. Reflexivitet är ett begrepp som ofta används tillsammans med förförståelsen. Det innebär bland annat att forskaren reflekterar kring betydelsen av sin förförståelse och hur den hanteras för att minska påverkan på studiens resultat (Priebe & Landström, 2017). Dahlberg (2014) belyser att en "tyglande" hållning är av stor vikt i ett vetenskapligt sammanhang, att forskaren inte drar för snabba slutsatser av det som studeras och håller tillbaka sin förförståelse. En "tyglande" hållning antogs genom problematisering och kontinuerlig reflektion kring

resultatet. Upprepade gånger ställdes frågan "vad är innebörden av det här?". Analysen tilläts ta tid med syftet att inte påskynda processen. Under hela processen reflekterade författarna och hade en genomgående medvetenhet kring förförståelsens påverkan. Målet var att "tygla" förförståelsen för att ge fenomenet en möjlighet att visa sig så som det verkligen är.

Författarna har båda arbetat som sjuksköterskor inom akutkirurgisk vårdverksamhet i fem års tid, genom det har praktisk erfarenhet av pre- och postoperativ omvårdnad inhämtats. Under den pågående utbildningen till anestesijuksköterskor har teoretisk kunskap och praktisk träning i preoperativ luftvägsbedömning tillägnats. I förberedelserna för den här uppsatsen studerades studier och forskning inom ämnet, vilket resulterade i risken att påverkas i datainsamlings- och analysprocessen. För att försöka undvika det användes öppna frågor och informanterna uppmanades att beskriva sina erfarenheter med egna ord. Därtill visades en genuin nyfikenhet inför ämnet. Öppenhet, nyfikenhet och följsamhet inför det fenomen som studeras är enligt Dahlberg (2014) avgörande för att nå fram till individernas livsvärld. Författarna var medvetna om att anestesijuksköterskans arbete innebär korta patientmöten och således har lite tid på sig för att genomföra den preoperativa luftvägsbedömningen och därför påbörjar luftvägsbedömning i direkt anslutning till patientmötet. Författarna har haft verksamhetsförlagd utbildning på de enheter som inkluderades i studien och visste därför att arbetssättet skiljer sig mellan enheterna.

5.2 URVAL

Bekvämlighetsurval användes då studien genomfördes under en kort tidsram. Jakobsson (2011) beskriver att bekvämlighetsurval är ett sätt för forskaren att välja ut deltagare som är lättillgängliga och tackar ja till studien i samma skede som datainsamlingen sker. Informanterna inkluderades från ett sjukhus i sydvästra Sverige som bedriver operativ verksamhet på två orter. För att säkerställa att informanterna hade praktisk erfarenhet av luftvägsbedömning inkluderades anestesijuksköterskor som arbetat mer än ett år. Totalt intervjuades nio anestesijuksköterskor. Informanterna arbetade på två olika arbetsplatser. Samtliga var kvinnor. Deras ålder sträckte sig mellan 29 år och 64 år (medelålder 48 år). Arbetlivserfarenheten som anestesijuksköterska varierade från 2 år till 39 år (medel 16 år).

5.3 DATAINSAMLING

Intervju är en lämplig datainsamlingsmetod när syftet är att förstå ett fenomen utifrån ett livsvärldsperspektiv. Intervjun möjliggör att samtalet kan riktas mot det som ska studeras. (Dahlberg et al., 2008). Öppen forskningsintervju enligt Dahlberg et al. (2008) användes för att samla in data i denna studie. Öppna intervjuer ger stora möjligheter till nya insikter och sätt att se på fenomenet och ses som en dialog mellan forskaren och informanten. För att få reda på något nytt om individers levda erfarenhet och livsvärld ska frågornas utformas på ett sätt som öppnar upp för en beskrivning av den. Intervju inleds med en öppen,

lättförståelig fråga i syfte att leda in tankarna på fenomenet. Genom följdfrågor ombeds informanten att fördjupa sina beskrivningar för att ytterligare närma sig fenomenet (Dahlberg et al., 2008).

Initialt skickades ett informationsmejl till berörd verksamhetschef för att inhämta samtycke till att intervjuerna fick genomföras (bilaga 1). När samtycke inhämtats kontaktades respektive enhetschef via mail för att informera om studien samt vilka informanter som eftersöktes (bilaga 2). Enhetscheferna vidarebefordrade ett informationsbrev till alla anestesijuksköterskor på enheterna (bilaga 3). Tre informanter svarade via mail att de ville delta i studien, av dessa blev en sjuk och kunde därför inte medverka. Vid ett besök på en av operationsavdelningarna identifierades ytterligare tre anestesijuksköterskor som ville medverka i en intervju. Enhetschefen för den andra operationsavdelningen kontaktades via telefon, hen informerade anestesijuksköterskor på enheten kring studien och detta resulterade i att fyra informanter ville delta. Författarna saknar kännedom om hur många anestesijuksköterskor utöver dessa som tillfrågades av enhetschefen. Ytterligare en anestesijuksköterska anmälde sitt intresse men inkluderades inte på grund av att det vid det tillfället fanns tillräckligt med datamaterial och begränsad möjlighet att hinna analysera mer data.

Innan intervjuerna påbörjades övade författarna på att intervjua varandra. Det skapade möjlighet att bli inlästa på frågorna, öva intervjuteknik samt testa inspelningsutrustningen. En träningsintervju hölls med en kurskamrat för att se om frågorna svarade mot syftet och var lättförståeliga. Denna intervju sågs som en träning och spelades aldrig in samt inkluderades inte i studiens resultat. En provintervju genomfördes med den första informanten. Provintervjun föll ut väl och inkluderades i studiens resultat. Intervjuguiden innefattade huvudfrågan "Kan du berätta hur du utför en preoperativ luftvägsbedömning?". Utifrån informantens berättelse fortsatte författaren att ställa följdfrågor så som "Varför gör du det?", "Kan du berätta mer?", "Vad säger det dig?", "Hur har du lärt dig det?". En öppen och "tyglade" hållning eftersträvades under intervjuerna för att undvika egna värderingar och tolkningar i berättandet. Fokus låg i att informanterna skulle berätta utifrån erfarenheter och att minimera påverkan av författarnas förförståelse.

Vid samtliga intervjuer deltog båda författarna, när en författare intervjuade satt den andra med och antecknade och lyssnade på samtalet. Intervjuerna fördelades så jämt det gick vilket resulterade i fyra respektive fem intervjuer var. Eftersom författarna haft praktik på arbetsplatserna där informanterna arbetar hade författarna träffat de flesta av informanterna tidigare. Författarna diskuterade hur detta kunde påverka intervjuerna och resultatet. Det gjorde att den författare som kände informanten minst genomförde intervjun, i syfte att förförståelsen skulle ha så liten inverkan som möjligt.

Samtliga intervjuer spelades in digitalt. Innan inspelningen påbörjades tillfrågades informanten om de godkände inspelning. Informanterna fick välja plats för intervjun och erbjöds att använda videosamtaltjänster för att möjliggöra fler intervjuer. Samtliga informanter intervjuades på sin arbetsplats.

Ett ostört rumt användes under alla intervjuer. Intervjuerna transkriberades ordagrant. Den första transkriberingen utfördes av båda författarna i syftet att skapa ett gemensamt skrivsätt som senare skulle bli lätt för båda författarna att läsa och förstå. Kvale och Brinkmann (2014) menar att det annars kan uppstå svårigheter att förstå och jämföra material som är skrivna av olika författare. Resterande intervjuer transkriberades samma eller efterföljande dag av den författaren som utfört intervjun. Det är fördelaktigt att transkribera materialet själv eftersom det ger en upprepning av intervjun (Danielson, 2017). Under transkriberingen av inspelat intervjumaterial har författarna skrivit ner ord för ord, men även inkluderat icke verbala ord som exempelvis tystnad, skratt och ordlösa ljud. De transkriberade texterna som författaren inte själv transkriberat har lästs igenom, samtidigt som författaren lyssnat på den inspelade intervjun.

5.4 DATAANALYS

För att förstå hur fenomenet "preoperativ luftvägsbedömning" erfars av anestesisyjuksköterskor antogs Dahlbergs et al. (2008) beskrivande innebördsanalys. En beskrivande innebördsanalys söker efter innebörden i berättandet, det grundar sig i att söka svaret på fenomenet i både det som sägs och i det uttalade. Analysprocessens genomförande innefattar att det insamlade materialet omvandlas från helhet till delar, vilket i sin tur skapar en ny helhet. Dahlberg et al. (2008) skriver att det är av stor vikt att ha en "tyglade" hållning, vara medveten, öppen och reflekterande under analysprocessen. Ett öppet förhållningssätt är betydelsefullt och innebär att vara äkta nyfiken och ha viljan att förstå fenomenet på dess egna villkor.

I det första steget i analysen lyssnades alla inspelade intervjuer igenom och transkriptionerna lästes flera gånger tills dess att en god kännedom om innehållets helhet erhöles. Dahlberg et al. (2008) menar att anskaffandet av helheten hjälper författaren att "tygla" förståelsen och hålla den i schack. Ju mer involverad och bekant författaren blir med det insamlade materialet, desto mindre betydande blir den egna förståelsen av fenomenet. Informanternas transkriberade material kodades, för att lättare hitta tillbaka till det ursprungliga materialet under det fortsatta analysarbetet. När helheten kändes välbekant delades materialet in i flera delar där textavsnitt som svarade på fenomenet flyttades till en tabell. Varje textavsnitt blev en meningsenhet och en reflektion av dess innebörd skrevs ned. Dahlberg et al. (2008) menar att varje beskrivande innebörd ska ifrågasättas och begrundas, därför bearbetades innebörderna i meningsenheterna flera gånger. För att behålla den "tyglade" hållningen undveks att fastställa otydliga innebörder för snabbt i analysprocessen.

Meningsenheter vars innebörder tillhörde varandra sammanställdes i kluster. Dahlberg et al. (2008) menar att hopsättning av kluster är en viktig del i analysen för att strukturera innebörderna och hitta ett mönster som förklarar och beskriver det fenomen som studeras. I det sista steget bearbetades materialet och de sammanställda klustren kopplades ihop till färre kluster. Analysen stannade i tre innebördsteman. Dahlberg et al. (2008) menar att en

beskrivande innebördsanalys syftar till att hitta essensen av fenomenet men att analysen ibland stannar i innebördsteman.

5.5 ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Forskningsetik syftar till att värna integritet, självbestämmande och rättigheter för alla människor som berörs, etiken ska beaktas under hela arbetets gång (Kjellström, 2017). Studien har inte granskats via Etikprövningsmyndigheten eftersom det inte är ett krav vid uppsatser på magisternivå (SFS: 2003:460). Författarna har däremot följt Vetenskapsrådets fyra huvudkrav på forskningsetik vilka innefattar informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). Informationskravet uppfylls genom att berörda personer får ta del av information om studien. Informanterna fick både skriftlig information om studien via informationsbrevet samt muntlig information och möjlighet att ställa frågor. För att uppnå samtyckeskravet inhämtades både skriftligt och muntligt samtycke från informanterna innan intervjuerna påbörjades. Informanterna informerades om att medverkan var frivillig och att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan att behöva uppge en förklaring. Kjellström (2017) menar att informerat samtycke kräver att deltagaren får information om studien, förstår den information som lämnas samt att det är ett frivilligt val att delta.

Konfidentialiteten värnades genom att material och uppgifter som kan kopplas till personer behövs konfidentiellt för alla utom författarna. Enligt 9 § i SFS 1998:204 får personuppgifter som används för vetenskapligt ändamål endast sparas under den tid som arbetet pågår. Insamlat material behandlades konfidentiellt och förvarades i båda författarnas mobiltelefoner samt datorer med lösenordsskydd. När examensarbetet är godkänt kommer materialet att raderas. Informanternas namn oidentifierades genom att varje informant fick en kod kopplad till sig. Namn på arbetsplats och enskilda personer transkriberades bort. Det är av stor vikt att inte kunna koppla ihop data med person för att upprätthålla konfidentialitet för studiedeltagarna (Kjellström, 2017). Enligt Vetenskapsrådet (2017) ligger ansvaret hos författaren att citat skrivs korrekt och ordagrant för att tillgodose tillförlitlighet i studien. Citaten i studien bygger därför på ordagrann transkribering för att möjliggöra en korrekt beskrivning av fenomenet. Studien följde nyttjandekravet genom att det insamlade materialet endast användes till studien och inte i något annat syfte. Kjellström (2017) framhåller att det är betydelsefullt att informanterna får ta del av studiens resultat. Deltagarna erbjöds därför att ta del av det färdiga resultatet.

6 RESULTAT

Syftet var att beskriva anestesisjuksköterskors erfarenheter av preoperativ luftvägsbedömning. Resultatet presenteras i tre innebördsteman: *Helhetsbedömning - från delar till helhet, Känsla av säkerhet skapar trygghet* samt *Lärande genom erfarenheter*.

6.1 HELHETSBEDÖMNING – FRÅN DELAR TILL HELHET

Preoperativ luftvägsbedömning erfars som en helhetsbedömning av patienten, där delarna bakgrund, klinisk blick och klinisk undersökning bedöms som en helhet. Luftvägsbedömningen syftar till att bedöma möjligheten till ventilation respektive intubation. Det mest väsentliga att bedöma är om patienten kan ventileras. "Jag menar, det viktigaste, punkt A: kan jag ventilera patienten?" (intervju nr 4). I helhetsbedömningen ingår det att sätta sig in i patientens bakgrund och journal, att visuellt bedöma patienten med sin kliniska blick samt att kliniskt undersöka patienten med hjälp av olika metoder. Det beskrivs som en invand rutin där alla delar i bedömningen är viktiga, och att det är delarna som ger helhetsbilden. "...det är helhetsintrycket, det är alla smådelarna här. Jag kan inte peka ut nånting som är ..." (intervju nr 1). Delarna tar olika stor plats och är olika betydelsefulla utifrån sammanhanget. Anestesisjuksköterskan är i sin bedömning följsam och anpassar luftvägsbedömningen utifrån patienten och situationen.

Att sätta sig in i patientens bakgrund innebär att ta reda på patientens anamnes och erfarenhet av tidigare anestasier. Information söks i både patientens journal och tidigare anestesijournaler. Även anesthesiologens bedömning tas i beaktande och fungerar som en vägledning för anestesisjuksköterskans luftvägsbedömning. I journalen eftersöks sjukdomar och tillstånd som relateras till svårigheter vid luftvägshantering. Dessutom kan tidigare anestesijournaler innehålla information om hur patientens luftväg faktiskt har sett ut tidigare och om luftvägshanteringen varit svår. "Ja, att man går in och tittar på, hur har det varit innan? Det är en av de absolut viktigaste informationerna som du kan skaffa dig när du ska söva en patient, det är att titta... titta där" (intervju nr 1).

Anestesisjuksköterskor erfar att den kliniska blicken är den viktigaste beståndsdel för att uppnå en helhetsbedömning av patienten. Den kliniska blicken är en del av den preoperativa luftvägsbedömningen som sker utom patientens vetskap och utan att patienten ombeds prestera något. Bedömningen utifrån den kliniska blicken börjar redan vid första anblick när patienten ses på avstånd och beskrivs ske både medvetet och omedvetet. Anestesisjuksköterskor framhåller hur den kliniska blicken utvecklas till ett eget sinne och blir en del av varandet, som en egenskap som inte kan tas ifrån anestesisjuksköterskan. Den tas även till uttryck utanför det egna arbetet genom att med den kliniska blicken bedöma människors luftvägar ute i samhället. Det beskrivs att bedömningen ibland sker omedvetet utan att reflektera över det. "Du man är så sjuklig så man

tittar på alla. Även dom man möter ute på stan” (intervju nr 6). Medvetet söks faktorer i patientens anatomi och rörelsemönster som kan vara betydande för luftvägshantering. Anestesisjuksköterskor framhåller att tankar väcks när de bedömer patientens naturliga rörelsemönster i samband med att patienten går in till operationssalen. Erfarenheten är att den kliniska blicken ger en överblick, en känsla för hur luftvägshantering kommer att gå.

Kanske inte att jag tänker att ”nu gör jag en luftvägsbedömning” men man ser ju om nån ser speciell ut, så kan man ju få en liten blänkare redan då typ om, ja men sån där flyende haka eller om den är väldigt stor patient eller skägg, då suckar man lite (intervju nr 5).

Det framgår att klinisk undersökning ses som en tredje del i att uppnå helhetsbilden av en preoperativ luftvägsbedömning. Klinisk undersökning innebär att patienten ombeds prestera eller visa något för anestesisjuksköterskan. Där ingår även att frågor ställs till patienten för att få en tydligare bild av det som inte kan ses eller mätas. Undersökningsmetoder som anestesisjuksköterskor utför skiljer sig åt, det som vanligen undersöks är gapförmåga, nackrörlighet och Mallampati. Gapförmågan ger viktig information kring insyn och utrymme när luftvägen ska säkras. Nackrörlighet undersöks för att kunna hålla fri luftväg och intubera patienten. Rörligheten kan inte graderas, det finns inte skala att förhålla sig till. Anestesisjuksköterskor beskriver att de tränar upp förmågan att se vad som är god nackrörlighet. ”Det finns ingen gradering på det. Ju längre desto bättre kan man säga. Nej jag vet inte, en känsla, en känsla” (intervju nr 4). En erfarenhet framhåller att Mallampati har en tve tydlig tillförlitlighet, en bra Mallampati resulterar ofta i en lätthanterlig luftväg men en hög Mallampati utfaller i både svår och lätt luftväg. Anestesisjuksköterskor bedömer Mallampati i både sittande och liggande ställning.

Valet av anestesi metod och patientens tillstånd bidrar till att anestesisjuksköterskor lägger till eller utesluter delar av den kliniska undersökningen. Det beskrivs utföras under olika stadier i det perioperativa vårdandet av patienten. Om en patient ska vara vaken är erfarenheten att den kliniska undersökningen utförs i det skede som anestesi metoden konverteras till generell anestesi. Kliniska undersökningar utförs med hjälp av kropp och sinne. Avstånd mäts inte alltid enligt skolboken utan bedöms med blicken och med hjälp av händerna. Anestesisjuksköterskor har utvecklat ett tillvägagångssätt att undersöka flera faktorer samtidigt, vilket upplevs avdramatisera undersökningarna och bidrar till att minska patientens oro. Ett exempel på undersökningar som sammanfogas är Mallampati och nackrörlighet, då patienten ombeds gapa när huvudet är maximalt bakåtböjt. Detta utförande motiveras med att det är så insynen i munhåla och svalg kommer att vara när patienten sövs.

Den preoperativa luftvägsbedömningen syftar till att uppnå en helhetsbild av patienten. Helheten blir till genom ett samspel av de olika delarna. Patientens bakgrund skapar en utgångspunkt för hur anestesisjuksköterskan utformar såväl den kliniska blicken som den kliniska undersökningen. I de fall det inte

finns någon tidigare journal att läsa, blir den kliniska blicken och undersökningar mer betydelsefulla. Några erfarenheter visar att ökad ålder och särskilda diagnoser gör att anestesijuksköterskor utför en fördjupad undersökning genom att välja fler undersökningsmetoder än hos friska och unga patienter. När kliniska undersökningar inte går att genomföra, exempelvis hos mindre barn eller patienter som inte kan följa instruktioner, förlitar sig anestesijuksköterskan på tidigare journalanteckningar och det som bedöms med den kliniska blicken.

Ja, sen är det ju luftvägsbedömning på en patient som är helt dement, det går ju inte riktigt heller, där får du förlita dig bara på vad du ser. Det är... det kan ställa till mycket mer oro och bekymmer om du ska försöka tvinga en gammal, dement människa att gapa och räkka ut tungan och skjuta fram underkäken och så, då får man släppa det... man kan liksom inte hålla på med sånt i all oändlighet, utan då får du ta det som det är och lita på vad du ser (intervju nr 1).

Den kliniska blicken anses vara en utgångspunkt för valet av undersökningar som används och frågor som ställs. Det beskrivs att alla delar har en viktig betydelse för att uppnå helhetsbilden och att de sker i samspel med varandra. En helhetsbedömning kan däremot aldrig bli fullständig utan den kliniska blicken. Anestesijuksköterskor erfar att faktorer som ses med den kliniska blicken kan korrelera med andra betydelsefulla faktorer. Exempel på sådana tecken är skägg som kan dölja en kort haka samt att stelhet i nacken kan korrelera med en stel käke. Om ett överbett visualiseras undersöks patienten vidare genom att patienten ombeds skjuta fram underkäken. Det ger i sin tur svar på käkens rörlighet i förhållande till överbett. När en kort haka visualiseras ses behovet av att undersöka tyreomentalt avstånd. "Men är hakan kort så vill jag gärna se hur många fingrar jag får mellan hakspets, det här tyreomentala avståndet" (intervju nr 1). Tyreomentalt avstånd är ett exempel som ofta mäts med ögonmått och i de fall osäkerhet uppstår undersöks avståndet vidare genom att mäta med fingrarna. I de fall den kliniska blicken är tillräcklig för en fullgod bedömning, utesluts vissa frågor och undersökningar. Det motiveras med att de inte tillför något i bedömningen och syftar till att minska patientens oro och värna om patientens integritet. Det blir då ännu viktigare att anestesijuksköterskan litar på sin kliniska blick.

6.2 KÄNSLA AV SÄKERHET SKAPAR TRYGGHET

Preoperativ luftvägsbedömning erfars ge en känsla av säkerhet som skapar trygghet. Anestesijuksköterskor anser att det ligger i deras ansvar och profession att utföra preoperativ luftvägsbedömning. Det härleds till att bedömningen skapar möjlighet att förebygga risker och problem relaterat till anestesi. Det leder till en beredskap som innebär att tänka igenom scenarion som kan uppstå och hur de ska lösas på lämpligast vis. Förberedelse ger trygghet för både anestesijuksköterska och patient och bidrar på så vis till ökad patientsäkerhet. Vetskapen om att ha uppfyllt det som åligger en och att ha kunnat förebygga alla risker som går, framstår som en avgörande aspekt för att

den preoperativa luftvägsbedömningen utförs. I situationer då det inte går som planerat känns det tryggt att ha utfört en luftvägsbedömning. Anestesisjuksköterskor erfar att preoperativ luftvägsbedömning inte är helt tillförlitlig. Det beskrivs som en känsla av acceptans att det är så, "Sen vet jag ju med mig, det är ju inte hundra procent pålitligt..." (intervju nr 1). Och därför finns alltid en beredskap för att det kan bli svårt, oavsett luftvägsbedömningens resultat. Betydelsen av att utföra preoperativ luftvägsbedömning understryks trots detta, då de flesta svåra luftvägar kan identifieras härigenom.

Anestesisjuksköterskor framhåller att de har en invand, trygg rutin för preoperativ luftvägsbedömning, att följa sin rutin och använda de undersökningsmetoder som känns välbekanta ses som det säkraste sättet att bedöma luftvägarna. Vid tillfällen då det inte går att utföra den preoperativa luftvägsbedömningen på det sätt anestesisjuksköterskan är van vid, exempelvis hos patienter med demenssjukdom, ökar handlingsberedskapen för att hantera svårigheter förknippat med luftvägen. För att upprätthålla patientsäkerheten utförs preoperativ luftvägsbedömning på alla patienter som ska sövas. I undantagsfall får luftvägsbedömningen en mindre betydande roll och funktion för säkerheten. I akuta situationer tillför inte bedömningen något för vare sig säkerhet eller trygghet utan det är fara för liv och patienten måste sövas oavsett vad den visar. Då får eventuella luftvägsproblem hanteras under tiden.

Akuta situationer, då finns det ingen tid till det, eller det, det kanske finns tid till det. Men det är ungefär såhär "varför ska jag?" det är ungefär som om det kommer in ett akut snitt och man ska säga "sov, sov direkt"... vissa gånger man får strunta i rutiner. När man inte hinner (intervju nr 2).

När både anesthesiolog och anestesisjuksköterska bedömer patienten ökar upplevelsen av trygghet vilket grundar sig i en förvissning om att ingenting förbises och på så vis äventyrar patientsäkerheten. Kollegors bedömningar ses som vägledande men vikten av att ta sig tid att göra sin egen bedömning framhålls som mest betydelsefull. Det relateras till att den som ska söva är ansvarig för att göra sin egen bedömning, men även att det är en säkerhet för en själv att förbereda sig på hur luftvägshanteringen kan komma att bli och därigenom vara kritisk till om den egna förmågan är tillräcklig för att klara av situationen. "Men jag känner i alla fall att jag har ansvaret för mina patienter ...det jag gör. Och om jag behöver hjälp, så får jag be om hjälp" (intervju nr 8). Det innebär även att anestesisjuksköterskan upplever rätten att be sina kollegor vänta i de fall den preoperativa luftvägsbedömningen inte är utförd ännu.

Anestesisjuksköterskor erfar både trygghet och otrygghet i själva utförandet av preoperativ luftvägsbedömning. Känslan av trygghet bottenar i erfarenhet och att vara säker i sin förmåga att bedöma luftvägarna. Upplevelsen av otrygghet bygger tvärt emot på en osäkerhet på sin egen förmåga att bedöma luftvägarna. Osäkerheten beskrivs som en avsaknad av erfarenhet. Det innebär att erfarenhet leder till att anestesisjuksköterskor kan uppleva känsla av säkerhet som skapar trygghet.

6.3 LÄRANDE GENOM ERFARENHETER

Preoperativ luftvägsbedömning innebär ett lärande genom erfarenheter. Att lära sig preoperativ luftvägsbedömning beskrivs som en process som grundar sig i teoretisk kunskap och utvecklas genom praktisk träning. Anestesisjuksköterskor framhåller att de hade teoretisk grundkunskap i preoperativ luftvägsbedömning i början av karriären, men att det saknades förståelse och erfarenhet av faktorers betydelser i praktiken vilket försvårade luftvägsbedömningen. Det fanns därmed kunskap i hur luftvägsbedömning utförs och vilka faktorer som bör undersökas, men förståelsen mellan vad som observerades i bedömningen och luftvägshanteringens utfall kunde från början inte kopplas ihop.

... sen visste man ju vad det var man skulle kolla efter för jag tyckte man lärde sig det här med flyende haka och... och sådär innan men kanske inte att man kunde koppla det på samma sätt om det verkligen var så, då, men ja (intervju nr 5).

Anestesisjuksköterskor framhåller att den preoperativa luftvägsbedömningen utfördes på ett uppgiftsfokuserat sätt i början av karriären, som en checklista som skulle bockas av i en särskild ordning för att inte glömma något. Genom erfarenhet utvecklades en förståelse för preoperativ luftvägsbedömning vilket resulterade i en helhetssyn och ett mer följsamt tillvägagångssätt. Det har medfört att luftvägsbedömningen sker på ett naturligt sätt, inflätat i samtalet med patienten.

... förut gjorde jag det nog väldigt mycket mer sådär stegvis. Alltså att jag hade, jag hade en rutin i mitt huvud att punkt ett till tio, det här ska jag gå igenom och för att komma ihåg det så punktade jag alltid upp det liksom. Samma ordning, till en början. Nu sker det mer, spontant tänkte jag säga... nej men alltså under hela... det sker lite, vad säger man? Ja, lite mer spontant (intervju nr 3).

Anestesisjuksköterskor lär sig preoperativ luftvägsbedömning genom att bygga en erfarenhetsbank utifrån många olika patientfall. För att utveckla erfarenhet i luftvägsbedömning är det viktigt att både vara den som bedömer luftvägen och den som utför luftvägshantering. När bedömningen stämmer överens med utfallet stärks anestesisjuksköterskan i sin bedömning och en erfarenhet skapas. Det samma gäller även de gånger då anestesisjuksköterskan missbedömer luftvägen. Att bedöma fel, eller att missa något i sin bedömning, beskrivs som retligt och upplevs som ett misslyckande. Det leder till en reflektion kring den enskilda händelsen, antingen inom sig själv eller tillsammans med kollegor. Det mynnar ut i en erfarenhet att vara mer noggrann i framtiden samt ökar förståelsen för anatomiska förhållanden och dess betydelse i luftvägsbedömningen. Med erfarenheten utvecklas den kliniska blicken till ett sorts rutinseende som innebär att anestesisjuksköterskan direkt får en känsla för att det kan bli luftvägsrelaterade problem. På så vis har erfarenheten bidragit till att de utformat en anpassad bedömning för varje patient.

Nej sen är väl lite sådär man, ofta man har ju lärt sig under årens gång så ser man ju nästan direkt på patienten att det här kommer bli problem, eller man har ju, man har ju byggt på ett lager omedvetet också. Och det är ju det som är det, det är ju baserat på erfarenheten man har. Man har ju haft några problempatienter, och då vet man ungefär hur dom ser ut och så (intervju nr 8).

Preoperativ luftvägsbedömning grundas i både teoretisk och praktisk kunskap. Den teoretiska kunskapen tillägnas främst genom specialistutbildningen till anestesijuksköterska. Utöver det framträder en erfarenhet att kliniska undersökningsmetoder införts i ett senare skede av yrkeslivet genom inläsning av studier. Den praktiska kunskapen inhämtas i praktisk yrkesutövning, främst genom handledning kollegor emellan men även genom att handleda studenter. Lärandet genom handledning beskrivs som att lära av sina kollegors beprövade erfarenhet. Det framstår som viktigt att dra lärdom från kollegor genom hela yrkeskarriären, inte enbart som nyutbildad anestesijuksköterska. Anestesijuksköterskor beskriver att det råder en outtalad tradition för luftvägsbedömning på operationsavdelningar, den erfars som en utgångspunkt för hur luftvägsbedömning ska utföras. Det medför att anestesijuksköterskor snarare tenderar att använda sig av de bedömningsmetoder som tillämpas av kollegor än de som tillägnats i teoretisk utbildning.

Jag vet inte, jag tror att, därför att ingen gjorde det när man började. Skulle jag tro det faktiskt. Hade alla andra gjort det så tror jag det hade varit nåt... Jag vet inte om det skulle ge mer eller inte faktiskt men, nej det skulle jag säga är... upplärningen. Traditionen (intervju nr 5).

Traditionen gör även att anestesijuksköterskor beskriver att de har ett liknande tillvägagångssätt i utförandet av preoperativ luftvägsbedömning under hela sin yrkesverksamhet.

6.4 RESULTATSAMMANFATTNING

Resultatet presenterades i tre innebördsteman: *Helhetsbedömning - från delar till helhet*, *Känsla av säkerhet skapar trygghet* samt *Ett lärande genom erfarenheter*. I *helhetsbedömning - från delar till helhet* framkom det att delarna bakgrund, klinisk blick och klinisk undersökning ger en sammantagen bild av patienten. Den preoperativa luftvägsbedömningen utgår ifrån helhetsbilden, där delarna är i samspel med varandra och tar olika plats utifrån patient och situation. I *säkerhet skapar trygghet* betonades den preoperativa luftvägsbedömningens betydelse för patientsäkerheten. Den ger anestesijuksköterskan möjligheten till förberedelse och beredskap vilket ökar känslan av trygghet. I *lärande genom erfarenheter* framkom att preoperativ luftvägsbedömning grundas i ett erfarenhetsbaserat lärande som kombineras med teoretisk kunskap och handledning. Med erfarenhet utvecklas bedömningen från att vara uppgiftsfokuserad, till en invand och naturlig del av arbetet. Den kliniska blickens betydelse genomsyrade hela resultatet. Den beskrivs som en del av helheten och anestesijuksköterskans varande. Genom den kliniska blicken skapas en känsla av säkerhet och trygghet vilket grundar

sig i ett lärande genom erfarenheter. Det leder till att förmågan att utföra preoperativ luftvägsbedömning utvecklas och det blir lättare för anestesijuksköterskan att i framtiden uppnå en helhetsbedömning.

7 DISKUSSION

7.1 METODDISKUSSION

En kvalitativ metod antogs för att beskriva fenomenet “preoperativ luftvägsbedömning”. Fokus låg i att förstå livsvärlden utifrån erfarenheter, därför ansågs kvalitativ metod som lämpligast då den syftar till att förstå innebörd och mening av ett fenomen. Till skillnad från kvantitativ metod som studerar händelser som strukturmässigt går att mäta (Dahlberg, 2014). Induktiv ansats antogs i denna studie, det innebär att forskaren förhåller sig och studerar fenomenet så förutsättningslös som möjligt för att sedan återge det på ett korrekt vis. En deduktiv utgångspunkt ligger i teorier, resonemang och hypoteser kring det fenomen som ska studeras, därför tror författarna att en deduktiv ansats inte hade gett ett pålitligt resultat då det hade varit svårt att förhålla sig öppen till det som framkom. För att svara mot syftet ansågs därför induktiv förhållningssätt som mer lämpligt, då forskaren ska förhålla sig objektivt till fenomenet (Priebe & Landström, 2017).

Ett bekvämlighetsurval antogs till studien för att på kort tid få in tillräckligt med data. Jakobsson (2011) skriver att bekvämlighetsurval kan begränsa överförbarheten och göra resultatet mindre representativt för den grupp som fenomenet avspeglar. Studien har trots detta lyckats få en variation i urval gällande ålder och arbetslivserfarenhet. En stor variation i urval är viktigare än antal informanter (Dahlberg et al. 2008) och enligt Henricson (2017) blir studien mer överförbar och trovärdig om variationen är stor i urvalet. I studien saknas variation i kön då endast kvinnor deltog i studien. Författarna diskuterade om detta påverkat resultatets överförbarhet men inte kommit fram till någon slutsats. Däremot anses alla livsvärldar vara viktiga att belysa oavsett kön och författarna tror ändå att resultatet är överförbart till manliga kollegor. En annan aspekt var att endast de som hade arbetat mer än ett år inkluderades i studien. Detta ses som en begränsning till överförbarheten och i efterhand hade det varit av intresse att även inkludera nyutbildade anestesistjuksköterskor i studien. De två arbetsplatser som inkluderades i studien tillhörde samma sjukhus men med uppdrag som skiljer sig åt. Det ena bedriver endast dagkirurgisk verksamhet och det andra har även akutverksamhet dygnet runt. Författarna anser att det stärker överförbarheten när informanterna kommer från olika verksamheter. Antalet informanter ses som tillräckligt då Dahlberg (2014) skriver att urvalen bör vara mindre i antal vid en innebördsanalys. I en innebördsanalys räcker det med få informanter för att kunna se mönster av innebörder, därför anser författarna att nio informanter är tillräckligt för att stärka studiens trovärdighet. En informant inkluderades inte i studien på grund av att datainsamlingen vid det tillfället var tillräcklig samt att tiden var begränsad för att hinna göra en rättvisande analys.

Fyra av de nio informanter som deltog i studien identifierades genom enhetschefens förfrågan, detta kan ha gjort att de kände sig tvungna att ställa upp i studien vilket kan ifrågasätta studiens trovärdighet. Författarna har inte uppfattat det på det viset, men varit noggranna med att betona deltagandets

frivillighet och inhämtat samtycke av informanterna. Intervjuer användes som datainsamlingsmetod. Dahlberg (2014) skriver att fördelen med intervjuer är att fokus kan riktas mot det fenomen som studeras. Tänkbara datainsamlingsmetoder som övervägdes inför studiens påbörjan var observationer och gruppintervjuer. Observationer hade gett författarna möjligheten att observera informanten i sin naturliga arbetsmiljö men resultatet hade blivit begränsat till författarnas uppfattningar. Informanten hade inte fått möjligheten att uttrycka sig kring forskningsfenomenet, författarna tror därför att en observationsstudie i relation till syftet inte hade gett ett lika trovärdigt resultat. Fördelen med gruppintervjuer är att det hade öppnat för diskussion kring forskningsfrågan inom gruppen. Det ansågs däremot som en risk att data som svarar på fenomenet inte hade blivit lika detaljerad och djup om informanter inte vågar eller vill uttrycka sig i grupp (Dahlberg, 2014). I denna studie var syftet att beskriva erfarenheter, vilket gjorde att intervju ansågs som lämpligast metod för datainsamling, detta anses stärka trovärdigheten. I efterhand ses att en litteraturöversikt hade varit svår att använda då området är relativt outforskat.

Informationskravet efterlevdes genom att informanterna fick skriftlig information om studien via mejl vilket enligt Polit och Beck (2021) kan påverka resultatet negativt genom att informanten tänker ut svar innan intervjun genomförs. Polit och Beck (2021) menar att svaren blir mer uppriktiga och ärliga om informanten inte har kännedom om frågorna i förväg, därför fick de inte ta del av frågeguiden innan intervjun påbörjades. För att det ska kunna komma fram något nytt i en intervju menar Dahlberg (2014) att det är viktigt att intervjuaren skapar en lugn och avspänd situation där informanten känner sig trygg att delge sina erfarenheter. Polit och Beck (2021) skriver att en kvalitativ studie kan medföra att informanten har svårt att delge känslig information som ses som svagheter. Därför förtydligade författarna för varje informant att allt datamaterial behandlades konfidentiellt. Konfidentialiteten värnades även genom att i resultatet inte inkludera citat som kunde kopplas till personer eller situationer.

Intervjuerna genomfördes i ett ostört rum för att skapa en trygg intervjumiljö. Genom att öva på frågorna innan intervjuerna påbörjades utvecklades intervjutekniken och den fortsatte sedan att utvecklas efter varje intervju. Detta bidrog möjligheten att känna sig mer bekväm i rollen som intervjuare vilket ansågs värdefullt för att skapa en trygg intervjusituation. Författarna anser att en trygg intervjusituation skapar möjlighet för intervjuaren att rikta fokus mot fenomenet vilket gör det möjligt för informanten att återge djupt beskrivande svar som i sin tur stärker studiens trovärdighet och pålitlighet. Intervjuerna inleddes med att förtydliga att det var informantens erfarenheter som eftersöktes och att syftet inte var att ta reda på vad som ansågs rätt eller fel i sammanhanget. Informanternas svar grundade sig i erfarenheter av fenomenet och underbyggdes med argument och exempel. Författarna anser att det gav innebördsrik data med djup och ärlighet i svaren vilket stärker studiens trovärdighet. Mårtensson och Fridlund (2017) anser att studiens trovärdighet stärks när läsaren på ett tydligt sätt kan avgöra om resultatet har en rimlighet och giltighet. Författarna har därför valt att införa

citat i resultatet för att förtydliga för läsaren att resultatet bygger på insamlade data om fenomenet och på så vis stärks trovärdigheten.

Författarna reflekterade tillsammans efter varje intervju för att säkerställa att den riktades mot fenomenet. Under intervjuerna var observatören placerad vid sidan av för att inte störa samspelet med informanten. Vid en av de första intervjuerna upplevdes det att informanten vände sig mycket till observatören vilket påverkade samspelet negativt. Intervjuaren upplevde att det kändes svårt att få informanten att berätta djupare i intervjun. Den aktuella intervjun analyserades och jämfördes med övriga intervjuer, författarna anser att datamaterialet har ett djup som är i likhet med övriga intervjuer, därför inkluderades den i resultatet. För att undvika att det skulle inträffa igen valdes en ännu mer avsides placering för observatören under resterande intervjuer.

Fenomenet "preoperativ luftvägsbedömning" sågs från en fenomenologisk utgångspunkt och analyserades med en beskrivande innebördsanalys enligt Dahlberg et al. (2008). Författarna har varit transparenta och grundligt beskrivit analysprocessen vilket enligt Mårtensson och Fridlund (2017) ökar studiens bekräftelsebarhet. Eftersom intresset låg i att söka efter svar i det outtalade och att mer djupgående förstå fenomenet passar det enligt Dahlberg (2014) bättre med en innebördsanalys jämfört med en innehållsanalys som fokuserar mer på orden i berättandet. Författarna anser att innebördsrika data uppnåtts med vald analysform vilket stärker trovärdighet, och att förståelsen för informanternas livsvärld inte hade blivit lika djupt beskriven genom Dahlbergs (2014) innehållsanalys. Dahlberg (2014) menar att en tolkande innebördsanalys är mer djupgående och tidskrävande då resultatet diskuteras mot teorier eller tidigare forskning. Eftersom intresset låg i att förstå anestesisyjuksköterskors levda erfarenhet av preoperativ luftvägsbedömning önskades en analysmetod som inte skildrade svaret från tidigare teorier.

Analysprocessen tog längre tid än förväntat, på grund av den korta tidsramen för uppsatsen mynnade resultatet inte ut i en essens. Det kan anses vara en svaghet i studien. Dahlberg et al. (2008) antyder däremot att det inte alltid går att analysera fram en essens. Det förklaras ske när författarna saknar förmågan att se en tydlig struktur i arbetet eller när datainsamlingen är begränsad och inte har en djupgående beskrivning av fenomenet. Författarna anser att datainsamlingen var beskrivande och tillräcklig vilket gör det möjligt att en essens hade uppnåtts vid utökad tid och erfarenhet. Dahlberg et al. (2008) skriver däremot att trots avsaknad av essens kan arbetet ändå avslutas med innebördsteman, vilket fortfarande gör studien innebördorienterad. Författarna anser att detta resonemang stärker trovärdigheten.

En beskrivande innebördsanalys kräver en "tyglande" hållning, med öppenhet och följsamhet för individers livsvärld (Dahlberg et al. 2008). Författarna strävade därför under hela processen efter att visa intresse, vara nyfiken och inneha viljan att se något nytt. Dahlberg (2014) menar att öppenhet aldrig kan uppnås fullständigt, det förklaras att förförståelsen ligger till grund för detta påstående och kan stå i vägen för forskarens öppenhet inför det som ska studeras. Innan studien påbörjades skrevs förförståelsen ned. Författarna anser

att detta stärker pålitligheten då Polit och Beck (2021) menar att studiens pålitlighet stärks när förförståelsen förtydligas. Den "tyglade" hållningen blev särskilt viktig då förförståelsen förändrades. Varje intervju påverkade förförståelsen och nyfikenhet inför informanternas erfarenheter beaktades för att bibehålla öppenheten. Författarna har arbetat aktivt med att förhålla sig öppna till materialet och reflektion av förförståelsen har genomsyrat hela processen. Författarna anser att detta förhållningssätt stärker pålitligheten då Priebe och Landström (2017) beskriver att reflektion kring förförståelsen kan minska påverkan på studiens resultat. "Tyglade" hållning handlar enligt Dahlberg (2014) om att inte dra för snabba slutsatser av det som studeras och samtidigt hålla tillbaka förförståelsen. Denna hållning har antagits genom problematisering och kontinuerlig reflektion samt genom att gå tillbaka till grundkällan vid osäkerhet och låta innebörder växa fram. Mårtensson och Fridlund (2017) menar att bekräftelsebarheten stärkts om forskaren är neutral och återger datainsamlingen på ett korrekt sätt. Utifrån detta resonemang anser författarna att bekräftelsebarheten stärks.

7.2 RESULTATDISKUSSION

7.2.1 En anpassad helhetsbedömning

Preoperativ luftvägsbedömning beskrivs som en helhetsbedömning av delarna; patientens bakgrund, klinisk blick och klinisk undersökning. Detta tillvägagångssätt påminner om SFAI:s (2018) lathund för luftvägsbedömning som utgår från akronymen ASK. Där anamnes kan likställas med att ta reda på patientens bakgrund, sunt förnuft kopplas till de faktorer som söks med den kliniska blicken och klinisk undersökning jämförs med den kliniska undersökning anestesijuksköterskan utför. Det tyder på att anestesijuksköterskor arbetar i likhet med de rekommendationer om luftvägsbedömning som finns.

Resultatet visar att det viktigaste att bedöma i den preoperativa luftvägsbedömningen är möjligheten att ventilera patienten. Det motiveras med att det finns tid till eftertanke och åtgärder när patientens ventilation tillgodoses. Bedömning av möjligheten till intubation ingår också i luftvägsbedömningen men den underordnas möjligheten till ventilation. SFAI (2018) och Espe och Hovind (2013) menar att olika anatomiska faktorer och omständigheter relateras till försvårad ventilation respektive intubation och att det är viktigt att kunna skilja dessa åt.

I resultatet framhålls att det i luftvägsbedömningen ingår att sätta sig in i patientens bakgrund. Det görs genom att läsa patientens journal och tidigare anestesijournal. Larson et al. (2019) stödjer detta och menar att anestesijuksköterskor lyfter vikten av att läsa på om patienten samt att läsa i journalen om det varit problem vid tidigare anestesier. Sundqvist et al. (2018) menar att inläsning av patientens bakgrund gör det möjligt för anestesijuksköterskan att dela information med övrig operationspersonal vilket i sin tur öppnar upp för diskussion i arbetsteamet. Samarbete och

kommunikation inom teamet är en del av anestesijuksköterskans kompetensområde som bidrar till en säker vård (SSF, 2020). Sundqvist et al. (2018) beskriver även att information inhämtas i samtalet med patienten. Detta stämmer överens med resultatet som visar att anestesijuksköterskor ställer frågor till patienten för att identifiera risker relaterat till luftvägen.

Resultatet visar att anestesijuksköterskor erfar att alla delar i bedömningen är viktiga för helhetsbilden av patienten, men framhåller samtidigt att den kliniska blicken ses som det mest avgörande redskapet i preoperativ luftvägsbedömning. En erfarenhet som genomsyrar resultatet är att den kliniska blicken upplevs bli en del av anestesijuksköterskans varande. Molander (1996) och Gustavsson (2002) beskriver att intränad kunskap sätter sig och blir en del av kroppen. Sundqvist och Carlsson (2014) menar att anestesijuksköterskor aktivt letar efter riskfaktorer hos patienten. Anestesijuksköterskor i denna studie beskriver hur den kliniska blicken används både medvetet och omedvetet. Den medvetna delen handlar om att rikta uppmärksamheten mot specifika faktorer, reflektera och förstå vad som ses. Det omedvetna användandet tar sig uttryck genom att luftvägar bedöms utan att anestesijuksköterskan reflekterar över det. Den kliniska blicken beskrivs skapa känslor som kan vara svåra att bekläda i ord. Öhlén et al. (2021) framhåller att sjuksköterskor utvecklar förmåga att se både patientens uttalade och outtalade behov. Denna förmåga kan liknas med den kliniska blick som beskrivs i resultatet. Där luftvägsbedömning beskrivs grunda sig i den kliniska blicken och påbörjas i samma ögonblick som anestesijuksköterskan möter patienten. Patienten observeras avseende rörelsemönster och anatomiska faktorer. Öhlén et al. (2021) menar att tidspress hindrar och försvårar sjuksköterskors möjlighet att se på patienten utifrån en helhetssyn. Detta skulle kunna vara en bidragande förklaring till varför anestesijuksköterskor påbörjar preoperativ luftvägsbedömning direkt i patientmötet. Den kliniska blicken som ett utvecklat sinne, skulle också kunna förklara att luftvägsbedömningen påbörjas omgående i patientmötet.

Denna studie och Larson et al. (2019) uttrycker samstämmighet angående de kliniska undersökningar anestesijuksköterskor vanligen använder för luftvägsbedömning, dessa är Mallampati, gapförmåga och nackrörlighet. Dabija et al. (2019) menar att standardiserade undersökningsmetoder är en viktig del i att identifiera svåra luftvägar. I studien framkom att undersökningarna utförs på olika sätt, exempelvis undersöks Mallampati i både liggande och sittande ställning samt samtidigt som patienten böjer nacken maximalt bakåt. Mallampati ska undersökas när patienten sitter upp och har huvudet i neutral ställning (Espe & Hovind, 2013; Nellgård, 2016). Resultatet visar att Mallampati används på ett anpassat sätt för att erfarenheten är att insynen i munhåla och svalg blir mer rättvisande när undersökningen utförs så. Detta är ett exempel på hur beprövad erfarenhet är en del av anesthesiologisk omvårdnad. Willman et al. (2016) menar att evidensbaserad vård tar utgångspunkt i både vetenskap och beprövad erfarenhet.

I resultatet framhålls att den preoperativa luftvägsbedömningen anpassas utifrån patient och situation. Det framkommer att det till stor del görs i syfte att minska patientens oro och värna om integriteten genom att inte undersöka mer

än nödvändigt och att utesluta frågor som inte behövs. Sundqvist et al. (2018) skildrar anesthesisjuksköterskors syn på att värna patientintegriteten. Det beskrivs som en viktig aspekt att behandla patienten med värdighet och respekt, oavsett om patienten är vaken eller sövd. Anesthesisjuksköterskors handlande grundar sig i viljan att göra det som är bäst för patienten (Sundqvist et al., 2018). Det kan härledas till göra gott-principen vilken går ut på att handla utifrån patientens intressen för att på bästa sätt uppfylla patientens behov (Arlebrink, 2006). Lindwall och von Post (2008) menar att perioperativa sjuksköterskor innehar en vilja att göra gott för patienten.

7.2.2 Anesthesisjuksköterskans ansvar för patientsäkerheten

Resultatet framhåller att preoperativ luftvägsbedömning leder till säkerhet som skapar trygghet för anesthesisjuksköterskan. Enligt kompetensbeskrivningen för anesthesisjuksköterska (SSF, 2020) och patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) ligger det i anesthesisjuksköterskans ansvar att arbeta för patientsäker vård. Det beskrivs vara en del av professionen som ökar patientsäkerheten. Det stärks av Sundqvist och Carlsson (2014) och Sundqvist et al. (2018) som beskriver att anesthesisjuksköterskor arbetar för att skapa patientsäkerhet i den perioperativa vården. Resultatet visar att preoperativ luftvägsbedömning inte är helt tillförlitlig, det är i samstämmighet med det SFAI (2018) framhåller om att det inte finns något test som med säkerhet kan förutspå en svår luftväg. I resultatet framkommer det dock att anesthesisjuksköterskor utför preoperativ luftvägsbedömning på alla patienter, det motiveras med att de flesta svåra luftvägar identifieras genom en luftvägsbedömning. SFAI (2018) betonar att alla patienter som ska sövas ska genomgå en preoperativ luftvägsbedömning. Det kan härledas till Henderson (1997) definition av grundprinciper för omvårdnad, där ett av dem är att sjuksköterskan ska kunna hjälpa patienten att andas på ett tillfredsställande sätt genom att iakttä, bedöma och sätta in åtgärder för att uppnå patientens upplevelse av hälsa och tillfrisknande.

SFAI (2018) beskriver att anesthesiologen ska utföra preoperativ luftvägsbedömning medan SSF (2020) framhåller att anesthesisjuksköterskan ska kunna bedöma luftvägarna. Resultatet beskriver att trots delat ansvar ligger den preoperativa luftvägsbedömningen i anesthesisjuksköterskans arbetsuppgift vid de tillfällen hen ska söva patienten. Öhlén et al. (2021) menar att det saknas gränser i vilka uppgifter som ligger i sjuksköterskans ansvar och att sjuksköterskor anser att de ofta hamnar i situationer där de är ensamma med patienten och behöver ta egna beslut. Det leder till att flera uppgifter faller på sjuksköterskans ansvar. Denna känsla av ansvar som beskrivs av resultatet och Öhlén et al. (2021) studie kan styrkas med anesthesisjuksköterskans kompetensområde som innefattar att självständigt kunna planera och genomföra generell anestesi (SSF, 2020). Däremot anses att trygghet skapas genom både sin egen och anesthesiologens bedömning. Dabija et al. (2019) styrker detta då studien påvisar att anesthesisjuksköterskor tycker att anesthesiologens bedömning är en viktig del i att identifiera en svår luftväg. Aagaard et al. (2017) beskriver det nära samarbetet som anesthesiologen och anesthesisjuksköterskan har i det delade ansvaret för patienten.

Anestesisjuksköterskor i deras studie bidrar däremot med sin egen bedömning och ifrågasätter samt reflekterar över anesthesiologens bedömning innan anestesi påbörjas.

Tidigare forskning belyser att anestesisjuksköterskor arbetar för att ligga ett steg före och ha en uttänkt handlingsplan (Sundqvist & Carlsson, 2014; Dabija et al., 2019). Dabija et al. (2019) menar att en noggrann preoperativ bedömning skapar förutsättningar för en säker hantering av en förväntad svår luftväg. I resultatet beskrivs preoperativ luftvägsbedömning skapa förutsättningar för både förberedelse och beredskap för att förebygga och hantera möjliga risker. Göras et al. (2020) menar att operationspersonal främjar patientsäkerheten genom att ha handlingsberedskap för både förväntade och oförväntade händelser, dessutom finns uttänkta tillvägagångssätt för att hantera olika situationer som kan uppkomma. Detta beskrivs även i resultatet där anestesisjuksköterskor beskriver att de tänker igenom olika scenarion som kan uppkomma och hur de ska lösas på bästa sätt.

Anestesisjuksköterskors förhållningssätt till patientsäkerhet lyfts av Sundqvist et al. (2018) som menar att anestesisjuksköterskor alltid utför säkerhetskontroll av sin utrustning även om en kollega redan gjort det. Det kan relateras till resultatet som lyfter vikten av göra sin egen luftvägsbedömning även om det är utfört av någon annan. Det ger en föraning om hur luftvägshanteringen kan bli och en reflektion kring om den egna förmågan räcker för att hantera luftvägen, vilket ibland leder till att hjälp tillkallas. Henderson (1997) beskriver att förmåga till självkännedom är en egenskap för att sjuksköterskan ska kunna utföra sitt arbete på ett bra sätt, insikt i både sina brister och förtjänster är en förutsättning för att kunna visa förståelse och respekt för andra. Även Widarsson et al. (2020) belyser att självkännedom om styrkor och svagheter är en viktig del i sjuksköterskans professionella utveckling. Larson et al. (2019) beskriver att anestesisjuksköterskor ber om hjälp av kollegor och ansvarig anesthesiolog vid minsta misstanke om att luftvägshanteringen kan bli svår. Genom att tillse att personal med god kompetens finns på plats kan patientsäkerheten värnas.

Yalçın Akgül och Aksoy (2021) menar att stress på operationssalen påverkar patientsäkerheten negativt. I resultatet av denna studie beskrivs att anestesisjuksköterskor anser att patientsäkerheten säkras genom preoperativ luftvägsbedömning och att det har en så betydande roll att de ber sina kollegor avvakta tills den är genomförd. Det kopplas till Sundqvist och Carlsson (2014) som lyfter att anestesisjuksköterskor har en moralisk stress som grundar sig i att stå upp för patienten och göra det som anses moraliskt rätt trots att det ofta råder en tidspress att starta operationen. Lindwall och von Post (2008) beskriver att perioperativa sjuksköterskor känner ansvar att värna om patienten. Ansvaret tar sig till uttryck i konkreta handlingar som syftar till att skydda patienten. Det kan även härledas till Henderson (1997) som framhåller att när patienten inte längre kan skydda sig själv från hot från omgivningen ska sjuksköterskan hjälpa patienten att uppnå säkerhet.

7.2.3 Att förena teori med praktisk erfarenhet bidrar till lärande

Resultatet visar att den preoperativa luftvägsbedömningen utvecklas, från att ske på ett uppgiftsfokuserat sätt till att bli en invand rutin och en naturlig del i samtalet med patienten. Det förklaras som en rörelse där anestesijuksköterskorna går från teoretisk kunskap till att även förstå det praktiska handlandet. Det kan kopplas till Benners (1993) teori som ser teoretisk kunskap som ett "veta att"-perspektiv och praktisk kunskap som ett "veta hur"-perspektiv. Enligt Öhlén et al. (2021) använder sjuksköterskor checklistor för att kunna prioritera sitt arbete. Det framgår däremot att checklistans användande anpassas efter situationen och att den utesluts helt när sjuksköterskans erfarenhet utvecklas (Öhlén et al, 2021).

Studiens resultat visar att anestesijuksköterskor har en teoretisk kunskap i preoperativ luftvägsbedömning i början av sin karriär. Den teoretiska kunskapen ger en insikt i vad som behöver undersökas och hur det ska ske men utan praktisk erfarenhet saknas fullständig förståelse för varför vissa faktorer kopplas ihop med en svår luftväg. Studiens resultat visar att anestesijuksköterskor erfar att den kliniska blicken inte är utvecklad när de är nyutbildade. Det kan styrkas av Öhlén et al. (2021) där det framkommer att studenter från början har svårt att greppa och förstå helhetsperspektivet i omvårdnaden. Widarsson et al. (2020) antyder även i sin studie att utvecklandet av en klinisk blick är svår och tidskrävande eftersom det kräver att alla sinnen används. Gustavsson (2002) poängterar att en förutsättning för att behärska ett praktiskt handlande är att utövaren har kunskap i både "vad" som ska utföras och "varför". I resultatet framkommer det att teoretisk kunskap svarar på frågan "vad" och praktisk erfarenhet besvarar "varför", när de kombineras tillsammans utvecklas kunskapen och en ökad förståelse för faktorers betydelse i luftvägsbedömningen uppnås.

Resultatet i studien framhåller att preoperativ luftvägsbedömning erfars som ett lärande genom erfarenheter. Rönnberg et al. (2019) menar att anestesijuksköterskor handlande bygger på erfarenheter från tidigare patientfall. Van Pelt (2019) menar att anestesijuksköterskor drabbas av ångest och skuld känslor när de hamnar i situationer som leder till allvarliga komplikationer. Det kan härledas till resultatet där det framgår att missbedömningar i en preoperativ luftvägsbedömning medför att anestesijuksköterskor kommer ihåg händelsen och att det i sin tur leder till erfarenhet. Resultatet visar även att korrekta bedömningar utvecklar erfarenheter. Studiens resultat beskriver att en erfarenhetsbank bildas när anestesijuksköterskan både är den som utför en preoperativ luftvägsbedömning och den som hanterar luftvägen. Detta kan härledas till Widarsson et al. (2020) som beskriver att lärandet av den kliniska blicken utvecklas när sjuksköterskan utför sina egna bedömningar och omsätter den information som inhämtas där. Gustavsson (2002) beskriver detta som situationsbunden kunskap. En sådan kunskap inhämtas när praktisk handling ställs i relation till en situation.

I resultatet framgår det att tyst kunskap finns i anestesijuksköterskors praktiska handlande och i den kliniska blicken. Dahlberg (2014) beskriver tyst kunskap som ett praktiskt kunnande som utgör grunden för sjuksköterskans handlingar. Mathisen (2013) skriver att praktisk kunskap kan vara svår att sätta ord på vilket i sin tur försvårar för andra att ta del av den. Resultatet återspeglar att anestesijuksköterskor innehar mycket kunskap i preoperativ luftvägsbedömning. Genom att verbalisera och reflektera över denna kunskap anses den inte längre som tyst utan kan delas med andra (Molander 1996; Gustavsson 2002).

Resultatet visar att lärande sker genom både att handleda andra och att få handledning själv. Widarsson et al (2020) skriver att en arbetsmiljö som främjar lärande skapar ökad trygghet hos sjuksköterskor och en förutsättning för att stärka lärandet är att kollegor reflekterar och stödjer varandra. En koppling till resultatet och Widarsson et al. (2020) studie kan vara Molanders (1996) beskrivning som menar att "visa genom att göra" är ett lärande som ger möjlighet för den tysta kunskapen att överföras mellan varandra. Jans et al. (2021) styrker detta och beskriver att anestesijuksköterskor upplever att handledning av studenter ger möjlighet att forma studenten i dess utveckling men även till ett eget lärande. Handledningens betydelse, så som det beskrivs av Jans et al. (2021) styrker studiens resultat som visar att arbetsplatsens tradition påverkar anestesijuksköterskors preoperativa luftvägsbedömning. I resultatet beskrivs att de oftare använder sig av bedömningsmetoder som tillämpas av kollegor och väljer bort andra metoder som tillägnats i den teoretiska utbildningen. Även om resultatet visar att den teoretiska kunskapen ses om en utgångspunkt i preoperativ luftvägsbedömning, framgår det samtidigt att traditionen på arbetet och den beprövade erfarenheten väger tyngre. Det råder en samstämmighet med Widarsson et al. (2020) som menar att nyutbildade sjuksköterskor påverkas av och tar efter erfarna kollegor även om det är i konflikt med det som tillägnats genom teoretisk utbildning. Resultatets beskrivning av traditionen visar sig genom att anestesijuksköterskor tar efter varandra i den preoperativa luftvägsbedömningen. Traditionen i preoperativ luftvägsbedömning kan således vara en produkt av tyst kunskap, en praktisk kunskap som sitter "i väggarna". Tracy (2017) visar att anestesijuksköterskestudenter har lättare för att lära sig och anpassa sig i yrkesrollen om handledaren är engagerad. Reflektion är därför av stor vikt och Gustavsson (2002) menar att det kan leda till att den tysta kunskapen synliggörs och resultera i att den praktiska färdigheten utvecklas.

7.3 KONKLUSION

Preoperativ luftvägsbedömning erfars som en helhetsbedömning som bygger på patientens bakgrund, bedömning med hjälp av den kliniska blicken och kliniska undersökningar. Delarna i en helhetsbedömning bedöms i samspel med varandra och påverkas av både patienten och situationen som anestesijuksköterskan står inför. Den kliniska blicken utvecklas till ett sinne som inte kan tas ifrån anestesijuksköterskan. Helhetsperspektivet i den

preoperativa luftvägsbedömningen går inte att uppnå utan den kliniska blicken. Luftvägsbedömningen ger en känsla för luftvägshanteringen kommer att bli. Det leder till förberedelse och beredskap vilket ökar säkerheten och skapar känsla av trygghet för anestesijuksköterskan. Däremot anser anestesijuksköterskor att bedömningen inte är helt tillförlitlig och att det alltid finns en beredskap för oförväntad svår luftväg. Varje möte med en patient skapar erfarenhet vilket bidrar till ett lärande och möjliggör att den preoperativa luftvägsbedömningen utvecklas. Resultatet visar att tyst kunskap finns i anestesijuksköterskors erfarenheter av preoperativ luftvägsbedömning och en stor del av den återfinns i den kliniska blicken. Att behärska konsten preoperativ luftvägsbedömning handlar om att lära sig se och utveckla den kliniska blicken genom reflektion av erfarenheter.

7.4 KLINISKA IMPLIKATIONER OCH FÖRSLAG TILL UTVECKLING AV ÄMNET

Resultatet beskriver hur fenomenet "preoperativ luftvägsbedömning" erfars av anestesijuksköterskor. Studien kan leda till en ökad kunskap, medvetenhet och förståelse kring fenomenet hos både yrkesverksamma och studenter och öppna för diskussion i arbetsgrupper. Resultatet visar att tyst kunskap finns i preoperativ luftvägsbedömning, särskilt i anestesijuksköterskans kliniska blick. I resultatet sätts det ord på denna kunskap vilket gör det möjligt för andra att ta del av den. Det kan leda till att mer kunskap tas till vara och kommer till nytta i verksamheten. Resultatet kan öka förståelsen för att se vinsten av att den kliniska blicken reflekteras, särskilt i handledning av nya medarbetare eller studenter. Eftersom studien inkluderat anestesijuksköterskor med mer än ett års erfarenhet vore det intressant att även studera fenomenet utifrån nyutbildades perspektiv. Det finns forskning som beskriver allmänsjuksköterskors kliniska blick men det saknas studier om anestesijuksköterskors erfarenhet, särskilt inom fenomenet "preoperativ luftvägsbedömning". Det är därför av intresse att fler studier genomförs inom området.

Resultatet visar att handledning och tradition påverkar hur anestesijuksköterskor utformar preoperativ luftvägsbedömning. Detta kan vara användbart och öka förståelsen för hur handledning av kollegor och studenter kan påverka utvecklingen av preoperativ luftvägsbedömning. Det kan leda till att handledare reflekterar över sitt eget sätt att både utföra luftvägsbedömning och att lära ut till andra. Studiens resultat skapar tankar kring om även andra delar av anestesijuksköterskans arbete påverkas av handledning, vidare forskning i ämnet kan vara av intresse för att optimera handledningen av nya medarbetare och studenter.

8 REFERENSER

Aagaard, K., Sørensen, E. E., Rasmussen, B. S. & Laursen, B. S. (2017). Identifying Nurse Anesthetists' Professional Identity. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 32(6), 619–630. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.jopan.2016.08.006>

Anestesi. (2021). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 23 september, 2021, från <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/anestesi>

Apfelbaum, J. L., Hagberg, C. A., Caplan, R. A., Blitt, C. D., Connis, R. T., Nickinovich, D. G., Benumof, J. L., Berry, F. A., Bode, R. H., Cheney, F. W., Guidry, O. F. & Ovassapian, A. (2013). Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology*, 118(2), 251–270. <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e31827773b2>

Arlebrink, J. (2006). *Grundläggande vårdetik - teori och praktik*. Studentlitteratur.

Bengtsson, J. (2005). En livsvärldsansats för pedagogisk forskning. I J. Bengtsson (Red.), *Med livsvärlden som grund* (s.9-49). Studentlitteratur.

Benner, P. (1993). *Från novis till expert - mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Studentlitteratur.

Dabija, M., Fedog, F., Engström, Å. & Gustafsson, S. (2019). Difficult Airways: Key Factors for Successful Management. *Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 34(1), 151–159. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.03.008>

Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström, M. (2008). *Reflective lifeworld research*. Studentlitteratur.

Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa och vårdande*. Natur & Kultur.

Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s.143-154). Studentlitteratur.

Emik, E., Gümüs-Özcan, F., Demirkan, S. & Selcan, A. (2021). Evaluation of the correlation between preoperative airway assessment tests, anthropometric measurements, and endotracheal intubation difficulty in obesity class III patients undergoing bariatric surgery. *Medicine*, 100(36), e27188. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1097/MD.0000000000027188>

Espe, K. & Hovind, I. L. (2013). Säkra fria luftvägar. I I. L. Hovind (Red.), *Anestesiologisk omvårdnad* (s.225-247). Studentlitteratur.

Friberg, F. & Öhlén, J. (2017). Fenomenologi och hermeneutik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s.301-323). Studentlitteratur.

Gustavsson, B. (2002). *Vad är kunskap?* Skolverket.

- Göras, C., Nilsson, U., Ekstedt, M., Unbeck, M. & Ehrenberg, A. (2020). Managing complexity in the operating room: a group interview study. *BMC health services research*, 20(1), 440. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05192-8>
- Henderson, V. (1997). *Basic Principles of Nursing Care*. International Council of Nurses.
- Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s.411-420). Studentlitteratur.
- Jakobsson, U. (2011). *Forskningens termer & begrepp – en ordbok*. Studentlitteratur.
- Jans, J., Falk-Brynhildsen, K. & Salzman-Erikson, M. (2021). Nurse anesthetists' reflections and strategies when supervising master's students. *Nurse Education in Practice*, 54, 1-8. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.nepr.2021.103120>
- Khan, Z. H., Kashfi, A. & Ebrahimkhani, E. (2003). A comparison of the upper lip bite test (a simple new technique) with modified Mallampati classification in predicting difficulty in endotracheal intubation: a prospective blinded study. *Anesthesia and analgesia*, 96(2), . <https://doi.org/10.1097/00000539-200302000-00053>
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s.143-154). Studentlitteratur.
- Krupic, F., Svantesson, E., Seffo, N., Westin, O. & Hamrin Senorski, E. (2020). Use of the World Health Organization Checklist—Swedish Health Care Professionals' Experience: A Mixed-Method Study. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 35(3), 288–293. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.jopan.2019.10.002>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3:e uppl.). Studentlitteratur.
- Larson, F., Nyström, I., Gustafsson, S. & Engström, Å. (2019). Key Factors for Successful General Anesthesia of Obese Adult Patients. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 34(5), 956-964. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.01.009>
- Lindwall, L. & von Post, I. (2008). *Perioperativ vård - att förena teori och praktik* (2:a uppl.). Studentlitteratur.
- Mathisen, L. (2013). Professionsutveckling. I I. L. Hovind (Red.), *Anestesiologisk omvårdnad* (s.67-85). Studentlitteratur.
- Molander, B. (1996). *Kunskap i handling* (2:a uppl.). Daidalos.
- Mårtensson, J. & Frilund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s.421-438). Studentlitteratur.
- Naess, T. & Strand, T. (2013). Val av anestesimetod. I I. L. Hovind (Red.), *Anestesiologisk omvårdnad* (s.195-198). Studentlitteratur.

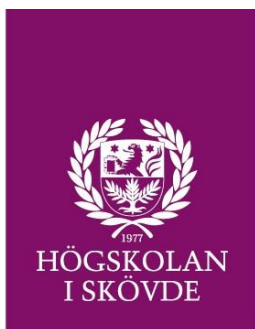
- Nellgård, P. (2016). Luftvägshantering. I Lindahl, S. Winsö. O. & Åkeson, J (Red.), *Anestesi* (s. 359-384). Författarna och Liber.
- Nortvedt, P. (2013). Etiska utmaningar. I I. L. Hovind (Red.), *Anesthesiologisk omvårdnad* (s.44-54). Studentlitteratur.
- Polit, D. & Beck, C. T. (2021). *Nursing research – Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Priebe, G. & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s.25-42). Studentlitteratur.
- Roth, D., Pace, N. L., Lee, A., Hovhannisyanyan, K., Warenits, A. M., Arrich, J. & Herkner, H. (2018). Airway physical examination tests for detection of difficult airway management in apparently normal adult patients. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008874.pub2>
- Rönnerberg, L. & Nilsson, U. (2015). Swedish Nurse Anesthetists' Experiences of the WHO Surgical Safety Checklist. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 30(6), 468–475. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.jopan.2014.01.011>
- Rönnerberg, L., Nilsson, U., Hellzén, O. & Melin-Johansson, C. (2019). The Art Is to Extubate, Not to Intubate—Swedish Registered Nurse Anesthetists' Experiences of the Process of Extubation After General Anesthesia. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 34(4), 789–800. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.jopan.2018.11.007>
- SFS 1998:204. *Personuppgiftslag*. Justitiedepartementet. Hämtad 21 september, 2021, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Utbildningsdepartementet. Hämtad 27 september, 2021, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Socialdepartementet. Hämtad 23 september, 2021, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659
- Siljeblad M., Snygg J., Löfgren B. & Nellgård P. (2017). A comparison of predictive factors for identifying difficult airway (laryngoscopy & intubation) patients. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 61, 1036–1037.
- Sundqvist, A-S. & Carlsson, A. A. (2014). Holding the patient's life in my hands: Swedish registered nurse anaesthetists' perspective of advocacy. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), 281–288. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/scs.12057>

- Sundqvist, A-S., Nilsson, U., Holmefur, M. & Anderzén, C. A. (2018). Promoting person-centred care in the perioperative setting through patient advocacy: An observational study. *Journal of Clinical Nursing* 27(11–12), 2403–2415. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/jocn.14181>
- Svensk förening för anestesi och intensivvård. [SFAI]. (2018). *SFAI rekommendationer svår luftväg 2018*. Hämtad 22 oktober 2021 från: <https://sfai.se/wp-content/uploads/2015/02/Riktlinje-Luftva%CC%88gshantering-och-handla%CC%88gning-sva%CC%8Ar-luftva%CC%88g-181127.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. [SSF]. (2020). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialisering inom anestesijukvård*. Hämtad 22 september 2021, från: <https://www.swenurse.se/download/18.b986b9d1768421a1b57604a/1610609299643/Kompetensbeskrivning%20Anestesijusk%3%B6terska.pdf>
- Tracy, A. (2017). Perceptions of Certified Registered Nurse Anesthetists on Factors Affecting Their Transition From Student. *AANA Journal*, 85(6), 438–444.
- Valeberg, B. T. (2013). Patienter i generell anestesi. I I. L. Hovind (Red.), *Anestesiologisk omvårdnad* (s.339-344). Studentlitteratur.
- van Pelt, M. (2019). Preliminary Psychometric Evaluation of the Nurse Anesthesia and the Aftermath of Perioperative Catastrophes Survey and the Ways of Coping Questionnaire. *AANA Journal*, 87(6), 441–449.
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Vetenskapsrådet.
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningsed*. Vetenskapsrådet.
- Widarsson, M., Asp, M., Letterstål, A. & Källestedt, M-L. S. (2020). Newly Graduated Swedish Nurses' Inadequacy in Developing Professional Competence. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 51(2), 65–74. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.3928/00220124-20200115-05>
- Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R. & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad* (4:e uppl.). Studentlitteratur.
- World Health Organization. [WHO]. (2009). *WHO Guidelines for Safe Surgery 2009*. Hämtad 29 september, 2021, från: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf
- Yalçın Akgül, G. & Aksoy, N. (2021). The Relationship Between Organizational Stress Levels and Patient Safety Attitudes in Operating Room Staff. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 36(5), 499–506. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.11.002>
- Öhlén, J., Bramstång, A., Gurné, F. L., Pihlgren, A., Thonander, M. & Kirkevold, M. (2021). Complexities in Studying and Practicing Nursing--A Theoretical Elaboration

Based on Reflections by Nurses and Nursing Students. *Advances in Nursing Science*, 44(4), 368–383. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1097/ANS.0000000000000379>

Öhrn, A. (2013). Säker vård. I A-K. Edberg., A. Ehrenberg., F. Friberg., L Wallin., H. Wijk. & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s.181-216). Studentlitteratur.

BREV TILL VERKSAMHETSCHEF



Till verksamhetschef för operationsavdelningarna.

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien: Anestesisjuksköterskors erfarenheter av preoperativ luftvägsbedömning.

Studien syftar till att undersöka anestesisjuksköterskors erfarenheter av att utföra preoperativ luftvägsbedömning. Anestesiologen ordinerar anestesiometod och det är vanligen anestesisjuksköterskan som utför anestesen, därför måste anestesisjuksköterskan självständigt kunna utföra en preoperativ luftvägsbedömning för att bilda sig en uppfattning inför varje enskild patient. Det finns många studier som har undersökt tillförlitligheten hos olika metoder för luftvägsbedömning men få studier har studerat hur anestesisjuksköterskan erfar den preoperativa luftvägsbedömningen.

Studien har en kvalitativ ansats och vänder sig till anestesisjuksköterskor som är verksamma inom operationsavdelningarna på Skaraborgs sjukhus Skövde, Falköping och Lidköping med minst ett års yrkeserfarenhet. Till studien söks minst åtta deltagare. Deltagande i studien innebär att delta i en intervju som beräknas ta ca 30-45 minuter. Intervjun kommer att genomföras i era lokaler, via videosamtal alternativt en plats som deltagaren väljer. Insamlade data kommer att analyseras med kvalitativ innehållsanalys.

När du givit ditt godkännande till att studien får genomföras kommer vi att ta kontakt med enhetscheferna på operationsavdelningarna via mail. Med mailet skickas ett informationsbrev som enhetscheferna vidarebefordrar till potentiella studiedeltagare. De som är intresserade av att delta i studien uppmanas att ta kontakt via mail, och därefter avtala tid och plats för intervjun. I samband med att intervjun genomförs får deltagaren muntlig information och lämnar in en skriftlig samtyckesblankett.

Deltagande i studien är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att uppge varför. Intervjun kommer att spelas in. Informationen som anestesisjuksköterskorna lämnar kommer att behandlas konfidentiellt, dvs. att inte någon obehörig får tillgång till den. Allt material kommer att avidentifieras, så att enskilda individer inte kan urskiljas. Resultatet kommer att presenteras på gruppnivå, vilket innebär att uppgifter om enskilda personer inte kommer att redovisas för sig. Om du är intresserad kan vi delge dig resultatet.

Vänligen besvara denna förfrågan om att anestesijuksköterskor i din verksamhet tillfrågas om deltagande genom att skicka ett meddelande där du informerar om studien medges eller inte via e-post till någon av de undertecknande studenterna.

Studien ingår som examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning anestesisjukvård.

Om du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänliga hälsningar

Anestesisjuksköterskestudent	Anestesisjuksköterskestudent	Handledare
Anni Nordström	Johanna Stenström	Mia Berglund
Högskolan i Skövde	Högskolan i Skövde	Högskolan i Skövde
Tfn: xxx-xxxxxxx	Tfn: xxx-xxxxxxx	Tfn: xxx-xxxxxxx

BREV TILL ENHETSCHEF



Till enhetscheferna för operationsavdelningarna.

Förfrågan om hjälp att hitta deltagare som kan ingå i studien: Anestesisjuksköterskors erfarenheter av preoperativ luftvägsbedömning.

Genomförandet av studien är godkänd av verksamhetschefen.

Studien syftar till att undersöka anestesisjuksköterskors erfarenheter av att utföra preoperativ luftvägsbedömning. Anestesiologen ordinerar anestesiometod men det är vanligen anestesisjuksköterskan som utför anestesin, därför måste anestesisjuksköterskan självständigt kunna utföra en preoperativ luftvägsbedömning för att bilda sig en uppfattning inför varje enskild patient. Det finns många studier som har undersökt tillförlitligheten hos olika metoder för luftvägsbedömning men få studier har studerat hur anestesisjuksköterskan erfar den preoperativa luftvägsbedömningen.

Studien har en kvalitativ ansats och vänder sig till anestesisjuksköterskor som är verksamma inom operationsavdelningarna på Skaraborgs sjukhus Skövde, Falköping och Lidköping med minst 1 års yrkeserfarenhet. Till studien söks minst åtta deltagare. Deltagande i studien innebär att delta i en intervju som beräknas ta ca 30-45 minuter. Intervjun kommer att genomföras i era lokaler, via videosamtal alternativt en plats som deltagaren väljer. Insamlade data kommer att analyseras med kvalitativ innehållsanalys.

Vi önskar din hjälp med att få kontakt och skicka ut informationsbrev till anestesisjuksköterskor som arbetat minst ett år och har erfarenhet av preoperativ luftvägsbedömning. De som är intresserade av att delta i studien uppmanas att ta kontakt via mail, och därefter avtala tid och plats för intervjun. I samband med att intervjun genomförs får deltagaren muntlig information och lämnar in en skriftlig samtyckesblankett.

Deltagande i studien är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att uppge varför. Intervjun kommer att spelas in. Informationen som anestesisjuksköterskorna lämnar kommer att behandlas konfidentiellt, dvs. att inte någon obehörig får tillgång till den. Allt material kommer att avidentifieras, så att enskilda individer inte kan urskiljas. Resultatet kommer att presenteras på gruppnivå, vilket innebär att uppgifter om enskilda personer inte kommer att redovisas för sig. Om du är intresserad kan vi delge dig resultatet.

Studien ingår som examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning anestesisjukvård.

Om du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänliga hälsningar

Anestesisjuksköterskestudent	Anestesisjuksköterskestudent	Handledare
Anni Nordström	Johanna Stenström	Mia Berglund
Högskolan i Skövde	Högskolan i Skövde	Högskolan i Skövde
Tfn: xxx-xxxxxxx	Tfn: xxx-xxxxxxx	Tfn: xxx-xxxxxxx

BREV TILL DELTAGARE



ANESTESISJUKSKÖTERSORS ERFARENHETER AV PREOPERATIV LUFTVÄGSBEDÖMNING

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie. Vi har fått ditt namn från din enhetschef. Din verksamhetschef har givit sitt godkännande till att du tillfrågas om deltagande i studien.

Studien syftar till att undersöka anestesisyjuksköterskors erfarenheter av att utföra preoperativ luftvägsbedömning. Det är anesthesiologen som ordinerar anestesimetod och vanligen anestesisyjuksköterskan som utför anestesin, därför måste anestesisyjuksköterskan självständigt kunna utföra en preoperativ luftvägsbedömning för att bilda sig en uppfattning inför varje enskild patient. Det finns många studier som har undersökt tillförlitligheten hos olika metoder för luftvägsbedömning men få studier har studerat hur anestesisyjuksköterskans erfar den preoperativa luftvägsbedömningen.

Vi skulle vilja göra en intervju med dig som har arbetat mer än 1 år som anestesisyjuksköterska. Intervjun kommer att beröra dina erfarenheter av preoperativ luftvägsbedömning. Den beräknas ta ca 30-45 minuter och genomförs av båda författarna. Intervjun kan genomföras på din arbetsplats, via videosamtal alternativt kan du föreslå plats. Med din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun.

Deltagandet är frivilligt och du kan avbryta när som helst utan att du behöver ange varför. Den information du lämnar och inspelningen av intervjun kommer att behandlas konfidentiellt, dvs. så att ingen obehörig får tillgång till den. Allt material kommer att avidentifieras, så att enskilda individer inte kan urskiljas. Resultat kommer att presenteras på gruppnivå, vilket innebär att uppgifter om enskilda personers inte kommer att redovisas för sig. Om du är intresserad kan vi delge dig resultatet av studien.

Om du vill delta ber vi dig att skicka ett meddelande via e-post till någon av de undertecknande studenterna. Då återkommer vi till dig via e-post så vi kan bestämma tidpunkt för intervjun. Med detta brev följer en samtyckesblankett för skriftligt samtycke som du lämnar vid intervjutillfället.

Studien ingår som ett examensarbete i anestesisyjuksköterskeprogrammet.

Om du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänliga hälsningar

Anestesisjuksköterskestudent	Anestesisjuksköterskestudent	Handledare
Anni Nordström	Johanna Stenström	Mia Berglund
Högskolan i Skövde	Högskolan i Skövde	Högskolan i Skövde
Tfn: xxx-xxxxxxx	Tfn: xxx-xxxxxxx	Tfn: xxx-xxxxxxx

SAMTYCKESBLANKETT

Jag har tagit del av information om "Anestesisjukskörsors erfarenheter av preoperativ luftvägsbedömning"

Jag har även tagit del av information om att deltagande är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att behöva ange varför.

Härmed ger jag mitt samtycke till att delta i studien.

Underskrift studiedeltagare

Ort, datum

Underskrift