



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA**

RSI - NÄR DET INTE GÅR SOM PLANERAT

En kvalitativ intervjustudie

Christian Reimers & Henrik Svensson

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	OM5320
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT2023
Handledare:	Anne Flodén
Examinator:	Hanna Gyllensten

Titel svensk:	RSI – När det inte går som planerat
Titel engelsk:	RSI – When things don't go as planned
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesi
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT2023
Handledare:	Anne Flodén
Examinator:	Hanna Gyllensten
Nyckelord:	RSI, Rapid Sequence Induction, anestesi, intervjustudie, anestesijuksköterska, kvalitativ metod

Sammanfattning

Bakgrund: Aspiration är den vanligaste dödsorsaken vid anestesi. Rapid sequence induction (RSI) är en strategi vid sövning av en patient för att minska risken för aspiration. Strategin beskrevs första gången år 1970. Den har sedan dess utvecklats och numera finns det många sätt att utföra en RSI på. Anestesisjuksköterskan ska kunna säkra en patients luftväg och detta även om patienten har en högre aspirationsrisk. Således är RSI ett arbetsmoment anesthesijuksköterskor bör vara väl förtrogna med.

Syfte: Syftet med studien var att undersöka anesthesijuksköterskans erfarenheter och upplevelser av att delta vid en RSI som gått utanför den planerade strategin.

Metod: En kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer av sex anesthesijuksköterskor på två olika sjukhus har genomförts. Data från intervjuerna har analyserats genom en manifest innehållsanalys, med latent inslag, enligt Graneheim och Lundmans strukturerade modell.

Resultat: Efter analysen identifierades tre kategorier, *Anesthesijuksköterskans professionella roll*, *Anesthesijuksköterskans känslomässiga upplevelser* och *Anesthesijuksköterskan i teamarbetet*. Informanterna belyser tydligt vikten av planerande och förberedande inför en RSI. När det väl går utanför den planerade strategin ska det helst finnas en beredskap för det. Informanterna beskriver även vikten av gott teamarbete. Känslor varierar beroende på informantens yrkeserfarenhet, där stress ej framkommer hos de som beskriver sig själva som mycket erfarna.

Slutsats: Om en vårdskada inte uppstår upplevs RSI som gått utanför planerad strategi som överlag positivt. Genom att implementera god planering, gedigna förberedelser och gott teamarbete är förutsättningarna goda för att bedriva säker vård. Denna studie tillsammans med tidigare forskning tyder på att anesthesijuksköterskor upplever kritiska moment på liknande sätt. Ytterligare forskning behövs dock för att stödja denna teori.

Nyckelord: RSI, Rapid Sequence Induction, anestesi, intervjustudie, anesthesijuksköterska, kvalitativ metod.

Abstract

Background: Aspiration is the most common cause of death during anesthesia. Rapid sequence induction (RSI) is a strategy during induction of general anesthesia to reduce the risk of aspiration. The strategy was first described year 1970. It has since then evolved and nowadays there are many ways to perform an RSI. The registered nurse anesthetist (RNA) must be able to secure a patient's airway and this even if the patient has a higher risk of aspiration. Thus, RSI is a technique the RNA should be very familiar with.

Aim: The aim of this study was to investigate the RNAs experiences of participating in an RSI that went beyond the planned strategy.

Method: A qualitative method with semi-structured interviews of six RNAs at two different hospitals has been carried out. The data from the interviews have been analyzed through a manifest content analysis, with latent elements, according to Graneheim and Lundman's structured model.

Results: After the analysis three categories were identified, *The RNAs professional role*, *The RNAs emotional experiences* and *The RNA in the teamwork*. The informants highlight the importance of planning and preparation before an RSI. When it goes beyond the planned strategy, there should ideally be a plan for it. The informants also describe the importance of good teamwork. Feelings vary depending on the professional experience of the informant, where stress does not appear in those who describe themselves as very experienced.

Conclusion: If a care injury does not occur, RSI that went beyond the planned strategy is overall perceived as a positive experience. By implementing good planning, solid preparations and good teamwork, the conditions are good for conducting safe care. This study together with previous research suggests that RNAs experience critical moments in a similar way. Additional research is needed to support this theory.

Key words: RSI, Rapid Sequence Induction, anesthesia, interview study, registered nurse anesthetist, RNA, qualitative method.

Förord

Ett stort tack till de vårdenhetschefer som trots semesterkaos och bemanningsbrist lade tid på att hjälpa oss att hitta informanter. Vi vill även tacka de enskilda anestesijuksköterskor som tog sig tid till att bli intervjuade och dela med sig av sina upplevelser och erfarenheter. Ett ännu större tack vill vi rikta till vår handledare Anne Flodén som lagt både dagar, kvällar och nätter på att läsa igenom och ge konstruktiv kritik till vårt arbete. Utan din tillgänglighet och ditt engagemang hade denna studie inte varit möjlig att genomföra. Sist men inte minst vill vi även tacka våra familjer som haft stor förståelse och utövat tålamod under våra eskapader.

Christian & Henrik
Kungälv 2023-05-16

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Anestesisjuksköterskans arbete och ansvar	1
Rapid sequence induction [RSI]	1
Luftvägshantering RSI	2
Läkemedel RSI.....	3
Muskelrelaxantia	3
Hypnotikum.....	3
Analgetika	4
Teoretisk referensram - Kärnkompetenser	4
Säker vård	4
Samverkan i team.....	5
Crisis resource management [CRM]	5
Evidensbaserad vård	5
Problemformulering	6
Syfte	6
Metod	6
Design.....	6
Urval	7
Datainsamling	7
Dataanalys	8
Etiska överväganden.....	9
Resultat.....	10
Anestesisjuksköterskans professionella roll	10
Anestesisjuksköterskans känslomässiga upplevelser	11
Anestesisjuksköterskan i teamarbetet.....	12
Diskussion	13
Metoddiskussion.....	13
Resultatdiskussion	15
Slutsatser och implikationer för praxis och vidare forskning	17
Referenslista	18
Bilaga 1 – Forskningspersonsinformation.....	22
Bilaga 2 – Intervjuguider.....	24

Inledning

Aspiration är den vanligaste dödsorsaken vid anestesi (Cook m.fl., 2011). Vissa tillstånd medför högre aspirationsrisk och ställer därmed ett högre krav på en sövning som tar detta i beaktande (Klucka m.fl., 2020). En av anestesijuksköterskans arbetsuppgifter är att bedöma, etablera och kontrollera en säker luftväg hos en patient (Svensk sjuksköterskeförening, 2020). RSI är en strategi för att minimera risken för aspiration vid sövning (Stept & Safar, 1970). Författarna till denna studie har uppfattat RSI som en komplex situation vilket ställer stora krav på anestesijuksköterskan och hela teamarbetet för att en patient ska kunna sövas på ett säkert sätt.

Bakgrund

Anestesisjuksköterskans arbete och ansvar

Anestesisjuksköterskans huvudområde är anestesisjukvård. Detta sker främst i operationsmiljö, men kan även innefatta bland annat akutmottagningar, prehospital vård och vård vid katastrofhändelser (Svensk sjuksköterskeförening, 2020). Enligt kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterska inom anestesisjukvård (Svensk sjuksköterskeförening, 2020) ska anestesijuksköterskan, utifrån ordination eller tillsammans med anesthesiolog, kunna planera och genomföra generell anestesi på patienter vid både planerade och akuta ingrepp. Anestesisjuksköterskan ska kunna bedöma, säkra och kontrollera en patients luftväg. Anestesisjuksköterskan ska även bland annat kunna övervaka och bedöma en patients ventilation, cirkulation, temperatur och anestesidjup. Vid akuta situationer ska anestesijuksköterskan kunna prioritera och fatta snabba beslut för att förhindra att komplikationer uppstår (Svensk sjuksköterskeförening, 2020).

Anestesisjuksköterskan är ofta verksam i en miljö fylld av högteknologisk utrustning (Bjørnin Norén, 2013). Detta kräver kunskap i hur denna teknik ska användas och dess fördelar, men kräver också kunskap om dess begränsningar. Högteknologisk utrustning kan vara till stor hjälp, men kan även skapa stora problem om den går sönder eller används på fel sätt. Det åligger anestesijuksköterskan att hantera och kontrollera medicinteknisk utrustning för att en säker vård ska kunna upprätthållas (Svensk sjuksköterskeförening, 2020).

Arbetet som anestesijuksköterska innebär ofta ett samarbete med andra yrkeskategorier, till exempel anestesiläkare, kirurger, operationssjuksköterskor och undersköterskor (Gran Bruun, 2013).

Rapid sequence induction [RSI]

RSI är en strategi som kan användas vid generell anestesi med aspirationsrisk för att på kort tid säkra luftvägen och samtidigt minska risken för att maginnehåll stiger från magsäcken och sedan ned i lungorna, så kallad aspiration (Espe & Hovind, 2013). RSI kan vara aktuellt när patienten ej är fastande, har aktiva kräkningar, gastroesofageal reflux, hiatusbräck, subileus, ileus eller graviditet (Klucka m.fl., 2020).

Strategin beskrevs år 1970 av Stept och Safar (1970) och innebär i korthet att patienten preoxygeneras, en förutbestämd dos tiopental administreras, krikoidtryck appliceras, en förutbestämd dos suxametonium (Celocurin®) ges varpå patienten har en kort period av

andningsuppehåll utan att ventileras. En endotrakealtub förs på plats och kuffas, krikoidtryck avslutas när endotrakealtubens korrekta läge är bekräftat och luftvägen är säkrad.

Denna strategi har sedan 1970 utvecklats och modifierats mycket, men grunden i att snabbt säkra luftvägen och undvika aspiration kvarstår. Nästan alla moment i grundutförandet kan varieras och konsensus kring hur en RSI skall utföras idag saknas. Exempelvis kan alla läkemedel varieras, krikoidtryckets användande är omdiskuterat och användandet av v-sond varierar. Vissa av dessa val beror på patientens tillstånd. Då det finns många olika varianter för hur en RSI går till, kan den planerade strategin variera kraftigt. Därför är det viktigt att teamet tillsammans går igenom sin planerade strategi innan sövningen påbörjas (Avery m.fl., 2021).

Valet av utrustning och läkemedel, samt utövarens enskilda erfarenhet och skicklighet kan vara avgörande i resultatet på utförd RSI. Det beskrivs dock att RSI inte utförs av en person med assistenter utan istället tillsammans som team. För att RSI av hög kvalitet ska kunna utföras krävs ett effektivt och välutvecklat teamarbete (Avery m.fl., 2021).

RSI kan stå för Rapid sequence induction eller Rapid sequence intubation. Det finns även RSII som står för rapid sequence induction and intubation (El-Orbany & Connolly, 2010). I denna studie kommer arbetsmomentet förkortas till RSI.

Luftvägshantering RSI

Inför en intubation, oavsett om det är en RSI eller inte, är det viktigt att preoxygenera. En mask som sitter tätt är nödvändig för att inte tillföra nytt kväve. Preoxygenering skall göras med 100% syrgas då det medför att patienten kan tolerera en längre apnétid inför och under intubationen (Benumof, 1999). Enligt Dominic Bell (2004) kan det vara av värde att mäta etO₂ för att säkerställa att preoxygeneringen är fullgod. Dominic Bell (2004) skriver även att ett etO₂ på 90 kPa eller högre räknas som fullgott. Preoxygeneringen bör dessutom ske med höjd huvudända då även detta ökar hur lång apnétid patienten tolererar utan desaturation (Lane m.fl., 2005).

I samband med RSI kan en ventrikelsond sättas för att tömma magen på innehåll (Espe & Hovind, 2013). Användandet av ventrikelsond kan dock öka risken för postoperativa komplikationer relaterade till lungorna (McAlister m.fl, 2005). Enligt Klucka m.fl. (2020) anser många anestesiologer att rutinmässig användning av ventrikelsond vid RSI är onödig.

I originalutförandet av Stept och Safar (1970) användes krikoidtryck. Detta är en teknik där ringbrosket trycks tillbaka mot esofagus för att förhindra aspiration av maginnehåll (Sellick, 1961). Maltby och Beriault (2002) hävdar dock att krikoidtryck inte minskar risken för aspiration. Även Kalinowski och Kirsch (2004) menar att rutinmässigt användande av krikoidtryck bör omvärderas då evidens för det saknas, i vissa fall kan det till och med försvåra intubation och ventilation. I en studie av Klucka m.fl. (2020) beskrivs det hur mindre än hälften av anesthesiologerna i dagsläget använder det. Enligt Noguchi m.fl. (2003) är användning av ledare inte nödvändigt vid intubation, deras studie visar dock att användning av en bougieledare gav bättre resultat än en styv ledare samtidigt som krikoidtryck appliceras.

För att optimera intubationen kan videolaryngoskopi användas i stället för direktlaryngoskopi, detta då videolaryngoskopi medförde ökad sannolikhet för lyckad intubation enligt en studie av Mosier m.fl (2012).

Läkemedel RSI

Som tidigare nämnt har metoden utvecklats sedan den först dokumenterades 1970. Hur en RSI skall genomföras är enligt El-Orbany och Connolly (2010) omdiskuterat. De flesta är överens om att ett hypnotikum alltid skall användas såvida patienten inte är medvetslös. I modern svensk sjukvård används en kombination av muskelrelaxantia, hypnotikum och analgetika (Næss & Strand, 2013). Hypnotikan används för att patienten ska vara medvetslös, analgetikan för att patienten inte ska ha ont och muskelrelaxantian för att ge muskelslapphet och optimera intubationsförhållandena (Næss & Strand, 2013). Koerber m.fl. (2009) fann skillnader i huruvida anestesipersonal väntade med att ge muskelrelaxantia tills patienten garanterat var medvetslös eller ifall man gav det direkt efter induktionsdosen. Lyon m.fl. (2015) finner evidens för att RSI kan genomföras på akuta, instabila patienter med hjälp av andra kombinationer av läkemedel, i aktuell studie rokuronium (Esmeron®), ketamin och fentanyl.

Muskelrelaxantia

Suxametonium är ett snabbt och kortverkande depolariserande muskelrelaxantia. Detta innebär att patienten kommer fascikulera i samband med att relaxation uppnås (Durant & Katz, 1982). Effekt uppnås efter cirka 30–60 sekunder (FASS, 2022). Suxametonium är den muskelrelaxantia som är att föredra (Tran m.fl., 2015). Enligt Durant och Katz (1982) är anlag för malign hypertermi en kontraindikation då läkemedlet kan utlösa detta. Suxametonium frisätter kalium som kan leda till hyperkalemi. Således är även hyperkalemi och tillstånd som leder till detta, exempelvis stora brännskador, kontraindikationer för användning.

Rokuronium är den snabbast verkande icke-depolariserande muskelrelaxantian. Relaxation uppnås med läkemedlet efter i snitt 45 sekunder. Den är att föredra när kontraindikationer för användning av suxametonium föreligger. Rokuronium har inga kända komplikationer (Sakles m.fl., 1999).

I originalutförandet användes suxametonium som muskelrelaxantia (Stept & Safar, 1970). I en studie av Tran m.fl. (2015) jämfördes suxametonium med rokuronium vid RSI, slutsatsen blev att suxametonium ger bättre intubationsförhållanden på kortare tid och således är att föredra såvida kontraindikationer inte föreligger. I en studie av Klucka m.fl. (2020) tillfrågades anestesiläkare tillhörande European Society of Anaesthesiology vilken muskelrelaxantia de föredrar att använda vid RSI. Suxametonium var då det mest använda preparatet tätt åtföljt av rokuronium.

Hypnotikum

Propofol är ett av de läkemedel som kan användas vid induktion av anestesi. Vid snabb induktion verkar det inom cirka 30 sekunder (Knudsen, 2022). Snabb induktion medför dock apné som biverkan. Användning av propofol är även förenad med blodtrycksfall orsakat av vasodilatation (Sandin, 2005).

Tiopental är det äldsta av de hypnotikum som används idag. Det ackumuleras vid upprepade doser samt infusion och ger därför ett långsammare uppvaknande än vid användning av propofol (Sandin, 2005). Läkemedlet är andnings- och cirkulationsdeprimerande (Knudsen, 2022).

Ketamin är ett intravenöst narkosmedel som ger dissociativ anestesi. Till skillnad från propofol och tiopental är det sympatikusstimulerande och därmed lämpligt till

hemodynamiskt instabila patienter. Effekt inträder inom en minut efter given injektion. En nackdel med anestesi av ketamin är att patienten kan få obehagliga drömmar (Knudsen, 2022).

Avery m.fl. (2021) skriver att propofol används vid RSI i högre grad än tiopental i operationssammanhang. I en studie av Klucka m.fl. (2020) föredrar nästan 91% av anestesiologer att använda propofol som hypnotikum hos vuxna, hemodynamiskt stabila patienter. Hos hemodynamiskt instabila patienter föredrogs ketamin.

Analgetika

Fentanyl är i en studie av Morris och Cook (2001) den mest använda opioiden vid RSI. Det är en potent opioid som farmakodynamiskt liknar morfin men är cirka 100 gånger starkare (Knudsen, 2022). Anslagstiden är 3–5 minuter (Scott m.fl., 1985).

Alfentanil (Rapifen®) är en potent opioid som har snabbare anslagstid än fentanyl med effekt inom 1–2 minuter (Scott m.fl., 1985). Enligt Morris och Cook (2001) är alfentanil bättre lämpad för RSI än fentanyl. Även Martineau m.fl. (1990) anser att alfentanil är väl lämpad för RSI.

Enligt El-Orbany och Connolly (2010) råder konsensus kring att opioider skall användas då det förbättrar intubationsförhållanden och ger en mer hemodynamiskt stabil patient. Detta är möjligt idag till skillnad från 1970 då snabbverkande opioider saknades.

Teoretisk referensram - Kärnkompetenser

Kärnkompetenserna beskrevs i USA av Knebel och Greiner (2003) och tydliggjordes senare av Cronenwett m.fl. (2007) för att kunna beskriva vad som krävs för att vara en kompetent och respekterad sjuksköterska. Kärnkompetenserna syftar till att guida högskolor vid utformning av sina utbildningar och kursplaner, men även till att guida den enskilda sjuksköterskan i hur hen ska bedriva sin yrkesutövning (Cronenwett m.fl., 2007). I Sverige är kompetensbeskrivningarna för både grund- och specialistutbildad sjuksköterska grundad i och utgår ifrån dessa kärnkompetenser (Svensk sjuksköterskeförening, 2020). Kärnkompetenserna för specialistutbildad sjuksköterska är: Personcentrerad vård, Samverkan i team, Evidensbaserad vård, Förbättringskunskap och kvalitetsutveckling, Säker vård och Informatik (Svensk sjuksköterskeförening, 2020). Som teoretisk referensram utgår denna studie ifrån kärnkompetenserna: *Säker vård*, *Samverkan i team* och *Evidensbaserad vård* då detta av författarna ansågs vara de mest relevanta till RSI som arbetsmoment.

Säker vård

Säker vård är en av anestesisjuksköterskans sex kärnkompetenser (Svensk sjuksköterskeförening, 2020). Vad säker vård innebär förtydligas bland annat i Patientsäkerhetslagen och enligt denna är det att likställa med ”skydd mot vårdskada” (SFS 2010:659). Den beskriver vidare att en vårdskada är lidande, skada och dödsfall som inte hade skett vid ett korrekt omhändertagande från sjukvården. Även Källberg & Göras (2021) lyfter detta ämne och anser att varje medarbetare som möter patienter har ett ansvar för att vården som bedrivs skall vara patientsäker. Enligt ICNs etiska kod skall sjuksköterskor främja en säker vård och ett etiskt handlande (Svensk sjuksköterskeförening, 2021). Detta bland annat genom att göra sin röst hörd när risker uppmärksammas samt att genom effektivt teamarbete motverka vårdskador (Källberg & Göras, 2021). Några faktorer som underlättar för

medarbetare att arbeta patientsäkert är tydliga rutiner för såväl förutsedda som oförutsedda situationer, samt en god säkerhetskultur (Källberg & Göras, 2021).

Enligt en rapport från Socialstyrelsen (2019) utgör anestesirelaterade skador cirka 1% av de skador och vårdskador som leder till dödsfall inom sjukvården. Aspiration är den vanligaste dödsorsaken vid anestesi (Cook m.fl., 2011). Detta kan jämföras med temporära skador och vårdskador inom sjukvården, då anestesirelaterade skador endast står för 0,69% (Socialstyrelsen, 2019).

Läkemedelshantering är en av de arbetsuppgifter som till största del utförs av sjuksköterskor. Detta kräver en noggrannhet då läkemedelshantering består av flera delar, bland annat ordination, iordningsställande och administration där fel kan uppstå i varje del av processen vilket kan få konsekvenser för patienten (Källberg & Göras, 2021). Läkemedelsrelaterade skador utgör 9% av skador och vårdskador som leder till dödsfall (Socialstyrelsen, 2019). Då stora mängder av potenta läkemedel används vid en RSI krävs en aktsamhet i hela hanteringens kedja (Næss & Strand, 2013).

Samverkan i team

Svensk hälso- och sjukvård bygger idag till stor del på ett fungerande teamarbete. Ordet team kan definieras som: ”en mindre grupp människor med olika kompetenser vilka har ett gemensamt mål och är effektiva i sin målsträvan genom att de samarbetar väl” (Carlström m.fl., 2021, s.141). Syftet med ett teamarbete är att uppnå synergi, det vill säga att genom ett samspel mellan teamets medlemmar uppnå ett mål där summan av arbetet är högre än vad varje persons enskilda arbete resulterat i (Carlström m.fl., 2021). Avery m.fl. (2021) beskriver att RSI ofta utförs på patienter som är mycket sjuka och instabila. Marginalerna kan vara små och kräver därför att alla faktorer inom RSI uppmärksammas och planeras, samt att teamet arbetar tillsammans för att söva patienten på ett säkert sätt.

Crisis resource management [CRM]

Som tidigare beskrivet kan ett bra teamarbete skapa goda resultat. Studier har dock visat att en av dom vanligaste orsakerna till fel som kunnat undvikas är dåligt teamarbete (Brindley & Reynolds, 2011; Aron & Headrick, 2002). För att förebygga detta finns ett koncept kallat Crew Resource Management, som har sitt ursprung i flygindustrin (Gaba, 2010). Detta koncept implementerades i anestesisjukvård under namnet Crisis resource management och har efter det haft stort genomslag i stora delar av hälso- och sjukvården. Anestesisjukvård och pilotyrket har flera likheter, och båda kan beskrivas som ”timmar av utträkning och korta stunder av terror” (Gaba, 2010).

CRM flyttar fokus från en enskild person till hela teamet, och syftar till att alla personers kompetens och alla tillgängliga resurser ska användas optimalt (Rall & Dieckmann, 2005). Detta bygger bland annat på god kommunikation och ett öppet klimat, där alla i teamet kan få sin röst hörd. Trots sitt namn syftar CRM till att användas för att undvika att en kris uppkommer. Skulle teamet dock hamna i en kris, ger den verktyg för att upptäcka fel och hjälper till att minimera negativa konsekvenser (Rall & Dieckmann, 2005).

Evidensbaserad vård

Evidensbaserad vård har under de senaste decennierna blivit en stor del av hälso- och sjukvården. Detta grundar sig i en medvetenhet om att kvalitén på hälso- och sjukvård kan variera stort både nationellt och internationellt. För att vård ska bedrivas med god kvalitét

krävs det att bästa tillgängliga kunskap vägs samman med patientens unika egenskaper och preferenser. Bästa tillgängliga kunskap ska vila på både vetenskap och beprövad erfarenhet (Svensk sjuksköterskeförening, 2011).

Enligt kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterska inom anestesijukvård (Svensk sjuksköterskeförening, 2020) ska anestesijuksköterskan vara delaktig i att ta fram ny kunskap inom sitt område, men även analysera och kritiskt granska nuvarande kunskap. Anestesijuksköterskan ska kunna både delta och leda utvecklings- och forskningsarbete inom sin profession och bidra till att riktlinjer utvecklas evidensbaserat.

Problemformulering

RSI är ett standardförfarande för att söva en patient med aspirationsrisk. Strategin beskrevs för första gången i en artikel för mer än 50 år sedan, och har sen dess utvecklats och modifierats många gånger. Gemensamt för alla RSIer är att de utgår från en planerad strategi som teamet planerat på förhand, där flera moment ska utföras i följd. Momenten kan variera beroende på vad som är planerat i förväg, men att snabbt säkra patientens luftväg och undvika aspiration är alltid målet. Kärnkompetenserna är viktiga då de lyfter flera aspekter som kan påverka en RSI. Med god samverkan i team och genom att arbeta evidensbaserat borde chanserna till att bedriva säker vård öka. Anestesijuksköterskan har i förberedelserna och planeringen en essentiell roll. RSI utförs ofta på sjuka och instabila patienter där sövningen i sig är ett riskmoment. Aspirationsrisken adderar ytterligare komplexitet. På grund av denna komplexitet går det inte alltid enligt planerad strategi vilket anestesijuksköterskan måste kunna hantera. Med detta, och att aspiration är den vanligaste dödsorsaken vid anestesi, i åtanke, kan RSI anses vara ett av de mest kritiska arbetsmoment en anestesijuksköterska kan utföra. Vad anestesijuksköterskan har för upplevelser och erfarenheter av att delta vid en RSI som ej följer den planerade strategin är ringa utforskat och kan därför anses vara av stort intresse att studera.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka anestesijuksköterskans erfarenheter och upplevelser av att delta vid en Rapid sequence induction (RSI) som gått utanför den planerade strategin.

Metod

Design

En kvalitativ metod med induktiv ansats användes. Intervjuer valdes för att svara an på studiens syfte. Induktion innebär att data samlas in, utan föreliggande teori, för att därefter analyseras efter samband som leder till bildandet av principer och teorier (Olsson & Sörensen, 2011). Det innebär vidare att data samlas in så förutsättningslöst som är möjligt och slutsatser kan dras från upplevda erfarenheter. Motsatsen kallas deduktion, där en redan förutbestämd teori ligger till grund för studien och prövas i resultatet (Polit & Beck, 2021). Då detta fenomen ej forskats på i större utsträckning kan detta anses vara grundforskning. Därav föll valet på induktiv ansats för att så förutsättningslöst som möjligt kunna förstå fenomenet.

Urval

Informanterna i denna studie är sex anestesijuksköterskor från två länssjukhus i Västsverige. Bägge länssjukhusen bedriver både planerad och akut allmänkirurgi och ortopedi. Två av informanterna rekryterades från ett sjukhus och resterande fyra från ett annat. Tillstånd av verksamhetschefer har inhämtats som delegerat vidare frågan till vårdenhetschefer. Vårdenhetscheferna har i sin tur godkänt studien och sedan rekryterat informanter utifrån inklusionskriterierna på sin respektive operationsavdelning. Respektive vårdenhetschef har sedan förmedlat kontakt till informanterna i studien. Detta innebär att så kallat bekvämlighetsurval har tillämpats. Bekvämlighetsurval innebär att informanter som finns lättillgängliga, men uppfyller inklusions- och exklusionskriterierna rekryterats (Polit & Beck, 2021).

Inklusionskriterier för att delta i studien var att informanten skulle arbeta som anestesijuksköterska, ha deltagit under en RSI som gått utanför den planerade strategin, och att hen givit sitt samtycke till att delta. Utöver inklusionskriterierna har inga exklusionskriterier definierats.

De verksamheter som kontaktades valdes ut då författarnas ansåg sannolikheten som stor att RSI utförs på dessa avdelningar, och skulle således öka chansen att få informanter till att delta i studien. Ingen demografisk data samlades in då nyttan inte ansågs övervinna risken utifrån ett etiskt perspektiv. Författarnas uppfattning var att insamlad demografisk data inte skulle tillföra något av värde till resultatet.

Datainsamling

En semistrukturerad intervju användes för att svara på studiens syfte. En semistrukturerad intervju innebär att den som intervjuar utgår från en intervjuguide med bestämda områden eller frågor som ställs till varje informant. Frågorna är öppna och ger möjlighet för informanten att beskriva fenomenet med egna ord. Intervjuaren ser till att informanten fritt kan prata om fenomenet, men kan ställa följdfrågor för att få den information som behövs för att svara på syftet. Frågor som endast besvaras med ett eller två ord, så som ja eller nej frågor undviks (Polit & Beck, 2021).

Totalt genomfördes sex intervjuer. Efter de första två justerades intervjuguiden då det framkom under intervjuerna att de två inledande frågorna kunde missuppfattas. Justeringar gjordes i samråd med handledare för att förtydliga begreppet "planerad strategi" och därmed ge möjlighet till informanten att bättre svara an på syftet. Bägge intervjuguiderna kan läsas i sin helhet i *bilaga 2*. Intervjuerna som genomfördes på informantens respektive arbetsplats tog mellan 10–15 minuter och båda författarna närvarande i rummet. Den ena författaren ledde intervjun och ställde frågor medan den andre satt bredvid och observerade. Författarna utförde hälften av intervjuerna vardera.

Intervjuerna spelades in med diktafon tillhandahållen av universitetet. Varje intervju transkriberades ordagrant, utan extraljud så som harklingar eller hostningar. Enligt Polit och Beck (2021) är misstag vid transkribering mycket vanlig, vilket kan ändra resultatet. Transkriberingen delas upp mellan författarna men för att minimera riskerna för fel lyssnas varje intervju igenom av båda författarna och jämförs med den transkriberade texten. Den

författaren som inte ledde intervjun ansvarade för transkriberingen av denna. Detta ledde till att bägge författarna var väl insatta i materialet redan innan innehållsanalysen påbörjades.

Dataanalys

Dataanalysen genomfördes med hjälp av Graneheim och Lundmans (2004) modell för kvalitativ innehållsanalys. Graneheim och Lundmans (2004) metod för innehållsanalys är en välbeprövad metod inom vårdvetenskaplig forskning och har refererats till av mer än 10 000 vetenskapliga artiklar (Scopus, 2023). Genom att använda en beprövad och tydlig metod för hur analysen gått till kan studiens trovärdighet stärkas (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2021). Denna metod valdes för att den är tydligt beskriven och lätt att använda för oerfarna inom forskning.

Modellen bygger på att varje intervju läses igenom i sin helhet. Därefter plockas meningsenheter ut ur texten. Meningsenheter är meningar, delar av text eller stycken som hör ihop och kan svara på syftet. Varje meningsenhet kortas sedan ner, utan att något innehåll förloras, så kallad kondensering. Efter det får varje kondenserade meningsenhet en kod. Det innebär att de får en etikett och kan möjliggöra att datan ses på ett annat sätt. När alla meningsenheter fått en kod börjar arbetet med att skapa kategorier. Kategorier är koder som hänger ihop och har liknande innebörd. Varje meningsenhet och kod ska passa i en av kategorierna, men samtidigt vara unik för den kategorin och inte passa in i två eller flera kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna läste enskilt igenom det transkriberade materialet och plockade ut meningsenheter. Därefter jämfördes meningsenheterna mellan författarna och gemensamt beslutades vilka som svarade an på syftet och skulle inkluderas i studien. Resterande del av analysen, kondensering, kodning och kategoribildning genomfördes tillsammans.

Analysen har genomförts manifest, med latent inslag. Manifest innehållsanalys innebär att det som är direkt tydligt i texten plockas ut och ingen djupare tolkning av texten utförs, vilket är fallet vid latent analys. Graneheim och Lundman (2004) beskriver att kondensering och kodning kan genomföras manifest, men vid kategorisering förekommer latent inslag. Oavsett om analysen genomförs manifest eller latent kommer egna tolkningar från författarna vara omöjligt att undgå.

Figur 1. Exempel på innehållsanalysen.

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Kategori
Men det kan bli en återigen att man måste ha en bra plan som narkosköterska, man får inte bara tänka att just nu gör jag det här momentet och det måste alltid gå bra, utan man har alltid en B- C-plan.	Måste ha bra plan som narkosköterska, måste alltid ha en B- C-plan.	Narkosköterskans planering	Anestesisjuksköterskans professionella roll

Man känner ju en stress, man vet ju inte liksom ba shit, det är det man känner.	Man känner en stress.	Stress	Anestesisjuksköterskans känslomässiga upplevelser
Det är ju viktigt också med tydlig kommunikation med delvis övriga på salen men framför allt narkosläkare narkosköterska.	Viktigt med tydlig kommunikation	Kommunikation	Anestesisjuksköterskan i teamarbetet

Etiska överväganden

Då studien berör anestesisjuksköterskors upplevelser av en potentiellt stressfylld situation kan minnen under intervjun stiga till ytan och leda till stress och obehag. RSI som arbetsmoment är dock något som anestesisjuksköterskor är utbildade i och något som de förväntas kunna utföra. Det kan inte förväntas vara värre att intervjuas om jobbiga situationer än att behöva uppleva dem. En anestesisjuksköterska som varit med om en situation denne finner svår att prata om kommer sannolikt inte heller anmäla sitt intresse att delta. Att tala om sina upplevelser och erfarenheter i en trygg miljö kan dessutom innebära en lättnad för den enskilde informanten. Vad informanterna säger kommer heller inte att kunna härledas till någon enskild forskningsperson. Syftet med studien var dessutom att undersöka upplevelserna och erfarenheterna och inte att leta fel eller hur situationerna kunde göras annorlunda.

Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) 2 § benämner arbete på avancerad nivå inom högskoleutbildning som undantag till vad som definieras som forskning. Således behöver inte heller dessa arbeten godkänd ansökan ifrån etikprövningsmyndigheten. Ändock krävdes ett godkännande ifrån institutionens egen etikgrupp. En ansökan utifrån förutbestämd mall lämnades in där studien beskrevs med bland annat syfte, tilltänkt metod och hur data skall lagras. Forskningspersonsinformation samt intervjuguide bifogades också.

Skriftlig forskningspersonsinformation ges ut till informanterna i samband med att de samtycker till deltagandet. Där tydliggörs bland annat att all data som samlas in hanteras enligt EU:s dataskyddsförordning *General Data Protection Regulation* (GDPR). I enlighet med Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) 16–17 § är forskningspersonsinformationen anpassad till deltagarna och ger information om studien, planen och metoden. Att samtycke inhämtas är även det i enlighet med nämnda lag.

Helsingforsdeklarationen (World medical association, 2013) betonar att nyttan måste övervinna riskerna för deltagarna om en studie skall kunna genomföras. Vidare betonas även att riskerna skall minimeras. Enligt Vetenskapsrådet (2017) skall forskningspersoner även skyddas från skada och kränkning. Riskerna med deltagandet är beskrivet i kort i texten ovan och nyttan är större då denna studie kan bidra till en ökad förståelse för de upplevelser anestesisjuksköterskan kan ha i sitt dagliga arbete. Genom att låta informanterna intervjuas på

arbetstid omfattas de av sin chefs personalansvar och således har åtgärder genomförts utav studenterna för att minimera riskerna för deltagarna.

Resultat

Resultatet svarar an på vad anestesijuksköterskor har för erfarenheter och upplevelser av att delta vid en RSI som gått utanför planerad strategi. Efter analysen identifierades tre kategorier. *Anestesisjuksköterskans professionella roll*, *Anestesisjuksköterskans känslomässiga upplevelser* och *Anestesisjuksköterskan i teamarbetet*. Citat från intervjuerna visas för att förtydliga kategorin.

Figur 2. Kategorier

<i>Anestesisjuksköterskans professionella roll</i> handlar om anestesijuksköterskornas planering och beredskap i RSI sammanhang. Det innefattar även lärdomar som utvecklats dem i rollen som anestesijuksköterskor och som de tar med sig ifrån situationer som inte gått som planerat.
<i>Anestesisjuksköterskans känslomässiga upplevelser</i> innefattar hur anestesijuksköterskor känt under och efter en RSI som gått utanför planerad strategi.
<i>Anestesisjuksköterskan i teamarbetet</i> belyser anestesijuksköterskans del i teamarbetet och hur denne upplever fungerande och mindre fungerande teamarbete.

Anestesisjuksköterskans professionella roll

Att vara noga förberedd framkom från intervjuerna vara av högsta vikt. Det är viktigt vid alla sövningar men det betonas vara extra viktigt vid RSI att anestesijuksköterskan kontrollerar sin utrustning och sitt material. Genom att veta var utrustning och material finns och att den fungerar kan anestesijuksköterskan vara mer förberedd när en oväntad situation uppstår.

“Vi hade ju video på sal och vi hade, ja vi hade aktiv sug till och med på sonden. Vi tog verkligen höjd för att det här kan bli en kräkning, eller regurgitation.” (Informant 4)

Flera informanter säger att om ett moment inte går som planerat ska det finnas en plan för det. Att ligga steget före för att undvika problem och för att lättare lösa problem beskrivs vara viktigt. Desto bredare den planerade strategin är, desto mindre faller utanför den. Det finns inte bara ett sätt att utföra en RSI på, genom att ha framförhållning och försöka förutse oväntade situationer kan risken för komplikationer minskas.

“... man måste ha en bra plan som narkosköterska, man får inte bara tänka att just nu gör jag det här momentet och det måste alltid gå bra, utan man har alltid en B- C-plan.” (Informant 6)

När förberedelser av en eller annan anledning inte gjorts har det kunnat leda till problem som eventuellt kunnat undvikas helt. En informant beskriver att hen inte lyckats sätta en v-sond och därmed fått en regurgitation vid induktionen. Informantens uppfattning är att om en sond

kommit på plats hade maginnehåll kunnat tömmas och därmed minskat eller eventuellt helt undvikta detta. Då sond inte satts genomfördes ändå andra förberedelser då en regurgitation eventuellt skulle kunna förekomma. Med denna planering och dessa förberedelser kunde regurgitationen ändå hanteras och aspiration kunde undvikas.

En annan informant berättar om en situation där hen uppger sig ha gjort alla tänkbara förberedelser men att det trots detta inte gått som planerat. Den tilltänkta planen blev då ändrad under tiden som induktionen pågick.

“...men där ser man verkligen hur fastän man gör alla, alla steg som ska vara och vi preoxygenerade länge, men han var stor och överviktig och vi hade ju liksom lagt upp honom på oxfordkudde och optimerat läge och fixat och donat och ändå så gick det inte.” (Informant 3)

Informanterna uppger att de tar med sig lärdomar ifrån situationer de varit på. En situation ledde till att verksamheten utvecklade sina rutiner och lade till en extra sug när det var RSI. Flera informanter beskriver att om en situation gått utanför den planerade strategin, blir detta en lärdom och något de tar med sig vidare i yrkeslivet.

“Det är ju nånting som jag definitivt har med mig inför nästa gång jag söver en ileuspatient, att det inte bara är luftvägen som vi måste säkra, vi måste också ha en plan för ja, cirkulationen om den skall svikta.” (Informant 1)

Anestesisjuksköterskans känslomässiga upplevelser

Känslorna som beskrivs uppkomma i samband med en RSI som går utanför den planerade strategin är stress, obehag, chock men även trygghet. Känslan av stress beskrivs när en oväntad händelse uppkommer. Dock beskriver samtliga informanter att de har fullt fokus på att lösa situationen och att känslorna är mer påtagliga efteråt.

Obehag kändes av informanterna då en RSI gått utanför den planerade strategin. Trots god beredskap uppgavs obehag i samband med regurgitation i synnerhet innan luftvägen är säkrad. En informant beskrev chockkänsla. Känslan av chock inföll först efter att induktionen var genomförd.

“Efteråt var jag ju lite såhär, lite chockad och tänkte shit det här kunde verkligen ha slutat illa.” (Informant 1)

Ett samband kunde hittas mellan att informanterna uppgav sig vara mycket erfarna och att inte känna stress i pressade situationer. De som uppgav sig som mycket erfarna beskrev att vid en oväntad situation kände de inte stress utan eventuella känslor uppkom enbart efteråt. Det betonades att det inte finns något att vinna i att stressa upp sig. Att ta ett problem i taget och lita på sig själv löser situationen. Genom sin erfarenhet kunde dessa informanter trots allvarliga och pressade situationer känna en trygghet.

“Nä jag ska inte säga att det blir stressigt för man agerar ju och man har verkligen fullt upp då och man har så otroligt fullt fokus.” (Informant 5)

Trots utmaningar och oväntade händelser beskriver samtliga informanter att de inte ältar dessa scenarion för sig själva. Informanterna upplever samtliga RSIer som gått utanför den planerade strategin som en bra upplevelse, så länge utfallet för patienten varit positivt.

“Mitt i alltihopa en bra upplevelse, det var inget trauma för mig, det var inget att man kände usch...” (Informant 4)

Hos informanterna fanns det dock en tveksamhet om denna positiva känsla skulle funnits även om det inte gått vägen för patienten.

“...så fick vi ner tuben relativt snabbt och då kändes det ju bra när det gick bra. Om det inte hade gått bra däremot då vet jag inte hur det hade känts.”
(Informant 5)

Anestesisjuksköterskan i teamarbetet

Teamarbete beskrivs av samtliga informanter som en mycket viktig del i sitt arbete men betonas som extra viktigt under en RSI. Kommunikation sker mellan hela teamet på operationssal men mycket av kommunikationen sker mellan anestesisjuksköterska och anestesilog. Kommunikationen mellan anestesisjuksköterska och anestesilog upplever informanterna vara en stor faktor till en lyckad RSI.

“...men det viktigaste av allt är att man har kommunikation med den narkosläkaren. Så att man har samförstånd.” (Informant 5)

En informant beskriver hur ett team hen varit en del av utövat god kommunikation genom att inte bli vassa mot varandra trots en pressad situation. En god kommunikation och bra bemötande ger en positiv inverkan på arbetsklimatet som i sin tur kan ge ett bättre utfall i utförd RSI.

“...han blir aldrig vass eller så, han är så trygg i sig själv, och det gör ju väldigt mycket och det påverkar ju hela gruppen när man jobbar. Hur man är i den situationen.” (Informant 4)

I en annan situation föreslog en informant att en v-sond skulle sättas på en patient med ileus, något som var praxis att utföra vid RSI på denna patientkategori. Anestesiologen tyckte inte att detta behövdes och trots att informant låg på om detta bestämde anestesiloggen som medicinskt ansvarig att åtgärden inte skulle utföras. En komplikation som åtgärden kunnat motverka skedde och en vårdskada inträffade.

“...och dom här patienterna sätter vi alltid v-sond på. Men det tyckte inte den här narkosläkaren att det behövdes. [...] Nä och det var han så bestämd på sin sak att det skulle inte göras. Och det här var ju en patientrisk i sig.”
(Informant 2)

Som kontrast berättar en annan informant om ett fall när hen ville sätta en v-sond på en patient och anestesiologyen gav medhåll. Flera liter maginnehåll kunde då tömmas innan induktionen och både informanten och anestesiologyen i fråga kände att en potentiell kris undveks med detta moment.

“...men den (v-sonden) kom på plats och vi drar ut nästan 3 liter ur henne och vi tittade på varandra för vi trodde inte det skulle vara så mycket och det bara fortsatte och fortsatte och fortsatte och vi tittade på varandra fyfan vilken jävla tur att vi sonda annars hade vi stått där och det hade verkligen inte blivit bra.”
(Informant 3)

Informanterna beskriver samtliga hur gott teamarbete utövats genom att alla i teamet vetat sina roller. Genom att innan en RSI tydliggjort rollfördelningen och bestämt vem som gör vad kan missförstånd undvikas. Flera informanter uttrycker vikten av att använda checklista innan RSI-start, där bland annat rollfördelningen tydliggörs. Det betonas att den med mest erfarenhet skall ta luftvägen som i RSI-sammanhang beskrivs vara det mest kritiska momentet.

“Vi hade ju checkat in innan, du gör det och du gör det. Så alla visste vad de skulle göra.” (Informant 4)

En informant berättar om att det vid akuta situationer kan bli mycket personal på sal. Hen poängterar att det då är extra viktigt att tydliggöra vilka det är som sköter sövningen, det vill säga vem som är ansvarig anestesiologysköterska och vem som är ansvarig anestesiology.

“...jätteviktigt att man innan stämmer av, det är du och jag som jobbar tillsammans, det är du som ger mig ordinationerna, det är jätteviktigt, för att det inte ska bli nå missförstånd, vem som gör vad [...] det blir en osäkerhet i sövningen om man inte gjort upp det innan.” (Informant 6)

Diskussion

Metoddiskussion

För att bäst kunna förstå anestesiologysköterskornas upplevelser och erfarenheter valdes kvalitativ metod. Kvalitativ metod är bäst lämpad när man vill få fram erfarenheter och upplevelser från ett specifikt fenomen, genom till exempel intervjuer (Polit & Beck, 2021). En kvantitativ metod hade inte kunnat ge nyanserade erfarenheter eller upplevelser. Valet att använda kvalitativ metod i denna studie var därmed självklart.

Viss förförståelse om fenomenet hade författarna genom sin utbildning till anestesiologysköterskor. Delvis genom verksamhetsförlagd utbildning, delvis genom föreläsningar om ämnet och kanske framförallt via inläsning inför studien. Detta till trots fanns ingen underliggande teori om hur fenomenet borde upplevas. Induktiv ansats var således det som författarna till studien ansåg passade bäst. En deduktiv ansats hade varit ett alternativ. En hypotes kring hur anestesiologysköterskor upplevde RSI som gått utanför planerade strategi hade kunnat formuleras. Intervjuerna hade då fokuserat på att bekräfta eller

dementera denna hypotes. Då forskningen kring området hur anestesijuksköterskan upplever RSI som gått utanför den planerade strategin är begränsad ansåg författarna av denna studie att en hypotes baserad på evidens var svår att formulera. Upplevelserna och erfarenheterna som då framkommit i intervjuerna hade varit mer begränsade. Således kvarstår uppfattningen om att en induktiv ansats gav mer substans till studien. En bredare och djupare förståelse för hur fenomenet som helhet upplevs kunde därför presenteras i studien.

Intervjuerna var semi-strukturerade för att kunna svara an på syftet. Genom att ha semistrukturerade intervjuer ges inte utrymme för informanten att sväva i väg men samtidigt får informanten chans till att verkligen beskriva fenomenet såsom hen upplevt det (Danielsson, 2017; Polit & Beck, 2021). Hade datainsamlingen genomförts med enkäter hade troligtvis en större och bredare population kunnat undersökas. Enkäter kan inte svara lika djupgående och målande så som intervjuer (Polit & Beck, 2021). Enkäter lämnar heller ej möjlighet för författarna att ställa följdfrågor och be om förtydliganden.

Båda författarna närvarade vid intervjuerna. Två författare var placerade på ena sidan av bordet och en informant på andra sidan. Det fanns då en risk att informanten kunde känna sig i underläge. Den som inte höll i intervjun primärt försökte sätta sig på sidan, snarare än tätt bredvid intervjuaren. Svårigheterna till att få till intervjuer bidrog också till att författarna aldrig upplevde att de befann sig i en maktposition. Författarna upplevde sig dessutom som oerfarna gentemot anestesijuksköterskorna som intervjuades.

En av informanterna var en före detta kollega till en av författarna. Detta hanterades genom att den andra författaren intervjuade denna informant och den första satt passivt bredvid. Denna tidigare relation kunde skapa en situation där informanten inte ville berätta om en känslig situation, som en RSI som går utanför planerad strategi mycket väl skulle kunna vara. Författarna upplevde inte att någon informant tyckte att det var känsligt att diskutera ämnet.

Intervjuerna som utfördes blev kortare än tänkt. De två första intervjuerna blev båda precis 10 minuter. Författarna upplevde här dessutom att de inte helt svarade an på syftet. Detta ledde till en diskussion mellan handledare och författare, vilket i sin tur gjorde att justeringar av intervjuguiden genomfördes. Författarnas definition av planerad strategi presenterades för informanten och ordningsföljd av vissa frågor ändrades. Bägge versionerna finns att läsa i *bilaga 2*. Därefter upplevdes intervjuerna bättre disponerade och fler meningsenheter kunde plockas ur i analysfasen. Där blev det också tydligt att de två första intervjuerna faktiskt svarade an på syftet om än dock inte lika tydligt som efterföljande intervjuer. Därav inkluderades samtliga sex intervjuer i resultatet.

Att få tillgång till informanter har varit en stor utmaning. Två olika verksamhetschefer på samma universitetssjukhus kontaktades men svaren dröjde. När svaren slutligen kom och frågan bollades vidare till vårdenhetschefer gav de inget godkännande på grund utav hårt pressad verksamhet. Det geografiska upptagningsområdet fick då bli utökad och ytterligare en verksamhet blev tillfrågad. Även denna verksamhet var pressad och mängden informanter blev begränsad. Totalt sett blev antalet informanter i det undre skiktet men dock inom planerad mängd. Antalet informanter i kombination med att intervjuerna var kortare än tilltänkt förklarar att resultatet inte blev fullt lika omfattande som önskat.

På grund av de hårt pressade verksamheterna och svårigheten att få till intervjuer ansågs det av författarna nödvändigt att använda bekvämlighetsurval för att kunna slutföra studien. Bekvämlighetsurval anses som en svagare typ av urval då de informanter som görs tillgängliga inte kan anses motsvara en större population och risken för bias är mycket stor. Polit och Beck (2021) beskriver att bekvämlighetsurval trots sina brister är en av de mest använda urvalstyperna inom vårdvetenskaplig forskning. Trots detta finns det i studien en bredd hos informanterna gällande både yrkeserfarenhet, ålder och kön. En variation hos informanterna stärker trovärdigheten hos en studie (Polit & Beck, 2021).

Som tidigare nämnt i studien är Graneheim och Lundmans metod för innehållsanalys väl beprövad. Den beskriver steg för steg hur analysen ska genomföras men lämnar visst utrymme för egen tolkning i metoden (Graneheim & Lundman, 2004). Genom att tydligt beskriva analysmetoden kan en studies bekräftelsebarhet stärkas (Mårtensson & Fridlund, 2017). Graneheim och Lundman (2004) beskriver hur citatanvändning i resultatet kan ge ökad överförbarhet till ett studie då det ger insyn i rådatan. Genom att väva ihop citat med löptext ger det ett förtydligande till resultatet och stärker innebörden. Genom att presentera meningsenheter, kondensering, koder och kategorier kan en studies trovärdighet stärkas (Graneheim & Lundman, 2004). Detta presenteras i *figur 1* i metoden. Genom att transparent redovisa vilken utrustning som använts och vad författarna har gjort tillsammans och var för sig kan pålitligheten i en studie öka (Mårtensson & Fridlund, 2017). I metoden belyses samtliga av dessa delar.

Intervjuerna analyserades manifest med latenta inslag. Enligt Graneheim och Lundman (2004) innebär både manifest och latent innehållsanalys att egna tolkningar genomförs, men vid latent innehållsanalys görs det djupare tolkningar. Då författarna till studien anser sig själva vara nybörjare inom området föll valet att genomföra analysen manifest. Graneheim och Lundman (2004) poängterar att manifest innehållsanalys är lämplig för studenter inom vårdvetenskaplig forskning. Som tidigare poängterat finns latenta inslag i kategoriseringen. Arbetet med att ta ut meningsenheter ur de transkriberade intervjuerna har skett var för sig och sedan gemensamt jämförts. Genom att bägge författarna var för sig bildat en egen uppfattning om vilka meningsenheter som kunde urskiljas från det transkriberade materialet och sedan gemensamt tagit fram vilka som skall inkluderas har inte en enskild författares åsikt färgat resultatet. Polit och Beck (2021) beskriver att om analysarbetet genomförs av fler än en person kan detta stärka kvalitén på studien.

Resultatdiskussion

RSI beskrivs av flera som ett kritiskt arbetsmoment inom anestesijukvård (Avery m.fl., 2021; Okubo m.fl., 2017). Informanterna i denna studie beskrev tydligt hur förberedelser inför en RSI är essentiellt. Det framkom att oavsett om alla förberedelser är gjorda, är det ingen garanti för att det kommer gå som planerat. På grund av detta betonas det som viktigt, att alltid ha en b-plan, en c-plan och så vidare. God planering leder till att anestesijuksköterskan är bättre rustad för oväntade situationer. När dessa uppkommer går det enklare att hantera dem. Genom att vara förberedd och på ett bra sätt kunna hantera oväntade situationer kan risken för vårdskador minskas. Rönnberg m.fl (2019) undersöker svenska anestesijuksköterskors upplevelser av extubation som även det beskrivs som ett kritiskt, riskfyllt moment. Även här betonas det på planering och förberedelser såsom att veta vad ens utrustning finns. Zambouri (2007) poängterar vikten av förberedelser vid anestesi och hur det ger mindre risk för vårdskador. Säker vård innebär att förhindra vårdskador samt lindande.

Säker vård är en av kärnkompetenserna för specialistsjuksköterskor och skall därmed bedrivas av anestesijuksköterskor.

En vårdskada beskrevs i resultatet där informanten berättade hur hen tyckt att detta hade kunnat undvikas. I det fallet har informanten identifierat att patienten inte haft en v-sond och befann sig i ett tillstånd där hen borde haft det vid sövning. Läkaren bedömde det inte som nödvändigt och sövningen fortsatte. Regurgitation och aspiration inträffade under sövningen vilket hade kunnat undvikas om v-sonden satts liksom informanten innan påpekade. Jensen m.fl (2010) förklarar hur v-sond alltid ska sättas på patienter med bland annat ileus. Dock tyder annan forskning på att rutinmässig användning av v-sond på patienter kan tyckas onödig (Klucka, 2020). Det som kan konstateras är att anestesijuksköterskan och anesthesiologen i det aktuella fallet ej var överens något som eventuellt kunna motverkas om ett bättre teamarbete utövats där allas röster blir hörda. Även Rönnberg m.fl. (2019) beskriver att anestesijuksköterskan kan uppleva sig behöva försvara sin ståndpunkt mot anesthesiologen. Kolbe m.fl (2012) påvisar att "speak-up" från anestesijuksköterskor ger bättre teamprestationer vid anestesi.

Som medicinskt ansvarig åligger det i slutändan anesthesiologen att besluta om v-sond skall användas eller ej, men enligt konceptet CRM beskrivs bland annat vikten av att alla tillgängliga resurser används för att ett gott teamarbete ska utövas. Det beskrivs också att gott ledarskap och följarskap ska utföras, samt att planering och att försöka förutse eventuella risker är viktigt (Rall & Dieckmann, 2005). Avery m.fl (2021) poängterar i sin studie att om en RSI utförs av en grupp som ett team, snarare än en grupp individuella personer, ökar chanserna till en lyckad RSI. I resultatet från aktuell studie beskrev en informant en situation där anestesiläkaren höll med anestesijuksköterskan om att en v-sond var en god idé. I detta fall utövades god kommunikation och det togs tillvara på alla resurser. Alla i teamet var i efterhand överens om att en potentiell kris undvikits genom denna manöver. Således kan slutsatsen dras att samverkan i team, där CRM spelar stor roll, är en oerhört viktig del av RSI-utförandet.

För att ett gott teamarbete ska kunna bedrivas krävs det att en tydlig rollfördelning är uttalad innan RSI:n påbörjas. Genom att alla i teamet vet sin roll och vad dom ska göra kan missförstånd undvikas. Enligt Jones m.fl (2018) kan missförstånd i teamet vara anledningen till att fel som kunnat undvikas inträffar, i upp till 80% av fallen. Genom att undvika missförstånd och bedriva gott teamarbete kan fel förebyggas och således i förlängningen även vårdskador. Slutsatsen kan dras att god samverkan i team minskar vårdskador och genom att minska antalet vårdskador bedrivs en säkrare vård.

Den tredje kärnkompetensen som ligger i denna studies teoretiska grund är evidensbaserad vård. Med detta innebär det att anestesijuksköterskan skall kunna bidra till utveckling av hur anestesijukvård skall bedrivas. En RSI som går utanför den planerade strategin som beskrivs av en informant i resultatet handlar om hur det ej fanns tillräckliga förutsättningar att vid en regurgitation suga upp detta. På informantens initiativ utvecklades därefter verksamhetens rutiner till att alltid ha en extra sug i beredskap vid RSI. Här har informanten, i egenskap av att vara anestesijuksköterska, deltagit i professionsutveckling och med detta bidragit till en säkrare vård för framtiden.

De informanter som uttryckte sig som mycket erfarna hade svårt att beskriva sina känslor i ord. Det framkom till slut att de kände trygghet i pressade situationer, för att de hade en plan för den. En annan informant som bara arbetat som anestesijuksköterska ett par år beskrev att hen blev chockad när en oväntad situation inträffade. Ytterligare en informant beskriver en känsla av obehag i samband med en RSI gått utanför den planerade strategin. Det kan således antas att genom sin erfarenhet inom yrket finner anestesijuksköterskor som arbetat länge en trygghet. Detta stämmer väl överens med den befintliga teorin *Från novis till expert* av Patricia Benner (1993). Benner (1993) beskriver att genom lång erfarenhet inom yrket utvecklas förmågan att anpassa sig till situationen, även när den situationen förändras. Den erfarna sjuksköterskan har redan en plan för den förändringen, och kan därför känna sig trygg i sin roll.

Slutsatser och implikationer för praxis och vidare forskning

Anestesijuksköterskans erfarenheter och upplevelser av RSI som går utanför den planerade strategin varierar beroende på vilket sätt en RSI gått utanför den planerade strategin. Överlag upplevs det som positivt sålänge som en vårdskada inte inträffar. Detta är ny kunskap inom området då det ej tidigare är beforskat i någon större utsträckning.

En bra grund till en lyckad RSI består bland annat av att anestesijuksköterskan har tre viktiga delar i beaktande: noggranna förberedelser, gediget planerande och utövande av ett gott teamarbete. Resultatet visar även på att denna grund kan ge anestesijuksköterskan en trygghet under ett kritiskt moment. Genom att vara medveten om dessa tre viktiga delar som anestesijuksköterska och alltid implementera dessa i klinisk praxis kan det skapa goda förutsättningar för att bedriva säker vård, även när en RSI går utanför den planerade strategin.

Resultatet kan till viss del jämföras med resultat från liknande forskningsarbeten. Kan det vara så att anestesijuksköterskor erfar och upplever kritiska arbetsmoment på liknande sätt oavsett om det rör sig om RSI eller inte? I nuläget pekar evidens åt detta håll. Det finns dock begränsningar i denna studie gällande urval och antal informanter. Om forskning på en större och mer varierad population bedrivs kan det eventuellt skapa ett bredare och mer omfattande resultat. Att även studera ett annat kritiskt arbetsmoment på liknande vis skulle kunna stärka teorin om att anestesijuksköterskans kritiska arbetsmoment upplevs på liknande sätt.

Referenslista

- Aron, D. C., & Headrick, L. A. (2002). Educating physicians prepared to improve care and safety is no accident: it requires a systematic approach. *Quality & safety in health care*, 11(2), 168–173. <https://doi.org/10.1136/qhc.11.2.168>
- Avery, P., Morton, S., Raitt, J., Lossius, H., & Lockey, D. (2021). Rapid sequence induction: Where did the consensus go? *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 29(1), 64. <https://doi.org/10.1186/s13049-021-00883-5>
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert - mästerskap och talang I omvårdnadsarbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Benumof, J. L. (1999). Preoxygenation: best method for both efficacy and efficiency. *Anesthesiology*. 1999;91(3):603–615. <https://doi.org/10.1097/00000542-199909000-00006>
- Bjørnlin Norén, C. (2013). Teknik och omvårdnad. I I.L. Hovind (Red.), *Anestesiologisk omvårdnad* (s. 55–62, Andra upplagan). Lund: Studentlitteratur.
- Brindley, P. G., & Reynolds, S. F. (2011). Improving verbal communication in critical care medicine. *Journal of Critical Care*, 26(2), 155–159. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2011.03.004>
- Carlström, E., Kvarnström, S., & Sandberg, S. H. (2021) Samverkan i team. I A. Edberg., A. Ehrenberg., H. Wijk., & J. Öhlén (red.) *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (s. 139–174, Andra upplagan). Lund: Studentlitteratur.
- Cook, T., Woodall, N. & Frerk, C. (2011). Major complications of airway management in the UK: Results of the Fourth National Audit Project of the Royal College of Anaesthetists and the Difficult Airway Society. Part 1: Anaesthesia. *British journal of anaesthesia: BJA*, 106(5), 617–631. <https://doi.org/10.1093/bja/aer058>
- Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., Sullivan, D. T., Warren, J. (2007). Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55(3), 122–131. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2007.02.006>
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.143–154, Andra upplagan). Lund: Studentlitteratur.
- Dominic Bell, M. (2004). Routine pre-oxygenation – a new minimum standard of care? *Anaesthesia*. 59(10), 943-945 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2004.03971.x>
- Durant, N., & Katz, R. (1982). SUXAMETHONIUM. *British Journal of Anaesthesia: BJA*. 54(2), 195-208. <https://doi.org/10.1093/bja/54.2.195>
- El-Orbany, M. & Connolly, L. A. (2010). Rapid Sequence Induction and Intubation. *Anesthesia & Analgesia*, 110(5), 1318–1325. <https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e3181d5ae47>.
- Espe, K. & Hovind, I.L. (2013). Säkra fria luftvägar. I I.L. Hovind (Red.), *Anestesiologisk omvårdnad* (s. 225–247, Andra upplagan). Lund: Studentlitteratur.
- FASS Vårdpersonal. (2022). *Celocurin*. <https://www.fass.se/LIF/product?npId=19571217000018&userType=0> [2023-04-13]
- Gaba, D. (2010). Crisis resource management and teamwork training in anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia:BJA*, 105(1), 3–6. <https://doi.org/10.1093/bja/aeq124>
- Gran Bruun, A. M. (2013). Anestesisjuksköterskans kompetens. I I.L. Hovind (Red.), *Anestesiologisk omvårdnad* (s. 17–32, Andra upplagan). Lund: Studentlitteratur.

- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Jensen, A., Callesen, T., Hagemo, J., Hreinsson, K., Lund, V., & Nordmark, J. (2010). Scandinavian clinical practice guidelines on general anaesthesia for emergency situations. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 54(8), 922–950. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2010.02277.x>
- Jones, C. P. L., Fawker-Corbett, J., Groom, P., Morton, B., Lister, C., & Mercer, S. J. (2018). Human factors in preventing complications in anaesthesia: a systematic review. *Anaesthesia*, 73(1), 12–24. <https://doi.org/10.1111/anae.14136>
- Kalinowski, C., & Kirsch, J. (2004). Strategies for prophylaxis and treatment for aspiration. *Best Practice & Research. Clinical Anaesthesiology*, 18(4), 719–737. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2004.05.008>
- Klucka, J., Kosinova, M., Zacharowski, K., De Hert, S., Kratochvil, M., Toukalkova, M., Stoudek, R., Zelinkova, H., & Stourac, P. (2020). Rapid sequence induction: An international survey. *European journal of anaesthesiology*, 37(6), 435–442. <https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000001194>
- Knebel, E., & Greiner, A. (2003). *Health Professions Education* (Quality chasm series). Washington, D.C: National Academies Press.
- Knudsen, K. (2022, 16 juni). *Generell anestesi - Läkemedel och narkosmedel*. Narkosguiden. <https://narkosguiden.se/kapitel/generell-anestesi-lakemedel/>
- Koerber, J., Roberts, G., Whitaker, R., & Thorpe, C. M. (2009). Variation in rapid sequence induction techniques: Current practice in Wales. *Anaesthesia*, 64(1), 54–59. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2008.05681.x>
- Kolbe, M., Burtscher, M. J., Wacker, J., Grande, B., Nohynkova, R., Manser, T., Spahn, D. R., & Grote, G. (2012). Speaking Up Is Related to Better Team Performance in Simulated Anesthesia Inductions. *Anesthesia & Analgesia*, 115(5), 1099–1108. <https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e318269cd32>
- Källberg, A-S., & Göras, C. (2021). Säker vård. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå: Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s. 413–493). Lund: Studentlitteratur.
- Lane, S., Saunders, D., Schofield, A., Padmanabhan, R., Hildreth, A., & Laws, D. (2005). A prospective, randomised controlled trial comparing the efficacy of pre-oxygenation in the 20 degrees head-up vs supine position. *Anaesthesia*, 60(11), 1064–1067. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2005.04374.x>
- Lyon, R., Perkins, Z., Chatterjee, D., Lockey, D., & Russell, M. (2015). Significant modification of traditional rapid sequence induction improves safety and effectiveness of pre-hospital trauma anaesthesia. *Critical Care (London, England)*, 19(1), 134. <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0872-2>
- Maltby, J., & Beriault, M. (2002). Science, pseudoscience and Sellick. *Canadian Journal of Anesthesia*, 49(5), 443–447. <https://doi.org/10.1007/BF03017917>
- Martineau, R., Tousignant, C., Miller, D., & Hull, K. (1990). Alfentanil controls the haemodynamic response during rapid-sequence induction of anaesthesia. *Canadian Journal of Anesthesia*, 37(7), 755–761. <https://doi.org/10.1007/BF03006534>
- McAlister, F., Bertsch, K., Man, J., Bradley, J., & Jacka, M. (2005). Incidence of and Risk Factors for Pulmonary Complications after Nonthoracic Surgery. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 171(5), 514–517. <https://doi.org/10.1164/rccm.200408-1069OC>

- Morris, J., & Cook, T. (2001). Rapid sequence induction: A national survey of practice. *Anaesthesia*, 56(11), 1090–1115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2001.01962.x>
- Mosier, J., Stolz, U., Chiu, S. & Sakles, J. (2012). Difficult Airway Management in the Emergency Department: GlideScope Videolaryngoscopy Compared to Direct Laryngoscopy. *The Journal of Emergency Medicine*, 42(6), 629–634. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2011.06.007>
- Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 142–438, Andra upplagan). Lund: Studentlitteratur.
- Noguchi, T., Koga, K., Shiga, Y., & Shigematsu, A. (2003). The gum elastic bougie eases tracheal intubation while applying cricoid pressure compared to a stylet. *Canadian Journal of Anesthesia*, 50(7), 712–717. <https://doi.org/10.1007/BF03018715>
- Næss, T. & Strand, T. (2013). Farmakologi - förståelse och kliniskt utövande. I I.L. Hovind (Red.), *Anestesiologisk omvårdnad* (s. 149–194, Andra upplagan). Lund: Studentlitteratur.
- Okubo, M., Gibo, K., Hagiwara, Y., Nakayama, Y., & Hasegawa, K. (2017). The effectiveness of rapid sequence intubation (RSI) versus non-RSI in emergency department: An analysis of multicenter prospective observational study. *International Journal of Emergency Medicine*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s12245-017-0129-8>
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv* (Tredje upplagan). Liber.
- Polit, D., & Beck, C. (2021). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh ed.).
- Rall, M., & Dieckmann, P. (2005). Safety culture and crisis resource management in airway management: General principles to enhance patient safety in critical airway situations. *Best Practice & Research. Clinical Anaesthesiology*, 19(4), 539–557. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2005.07.005>
- Rönnberg, 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/10.1016/j.jopan.2018.11.007>
- Sakles, J., Laurin, E., Rantapaa, A., & Panacek, E. (1999). Rocuronium for rapid sequence intubation of emergency department patients. *The Journal of Emergency Medicine*, 17(4), 611–616. [https://doi.org/10.1016/S0736-4679\(99\)00046-3](https://doi.org/10.1016/S0736-4679(99)00046-3)
- Sandin, R. (2005). I Halldin, M. & Lindahl, S. (red.), *Anestesi* (s. 274–290, Andra upplagan). Stockholm: Liber.
- Scopus. (11 april 2023). <https://www-scopus-com.ezproxy.ub.gu.se/results/citedbyresults.uri?sort=plf-f&cite=2-s2.0-1242331407&src=s&imp=t&sid=1c02f9ea3db7e48df44a7709d6611c69&sot=cite&dt=a&sl=0&origin=inward&editSaveSearch=&txGid=ecaa65f34f2fa8f12de980d3bb9bdb36>
- Scott, J., Ponganis, K. & Stanski, D. (1985). EEG Quantitation of Narcotic Effect: The Comparative Pharmacodynamics of Fentanyl and Alfentanil. *Anesthesiology*, 62(3), 234–241. <https://doi.org/10.1097/00000542-198503000-00005>
- Sellick B. (1961). Cricoid pressure to control regurgitation of stomach contents during induction of anaesthesia. *Lancet* 2(7199), 404–406.

- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659
- Socialstyrelsen. (2019). *Allvarliga skador och vårdskador: Fördjupad analys av skador och vårdskador i somatisk vård av vuxna vid akutsjukhus* (Artikelnummer 2019-4-3).
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-4-3.pdf>
- Stept, W. J., & Safar, P. (1970). Rapid induction-intubation for prevention of gastric-content aspiration. *Anesthesia and analgesia*, 49(4), 633–636.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2011). *Svensk sjuksköterskeförening om... Evidensbaserad vård och omvårdnad*.
<https://swenurse.se/download/18.21c1e38d175977459261527b/1605099405072/Evidensbaserad%20vård%20och%20omvårdnad.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2020). *KOMPETENSBESKRIVNING AVANCERAD NIVÅ Specialistsjuksköterska med inriktning mot anestesijukvård*.
<https://www.swenurse.se/download/18.b986b9d1768421a1b57604a/1610609299643/Kompetensbeskrivning%20Anestesisjuksköterska.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2021). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*.
<https://swenurse.se/download/18.7104a0bd1817fce0092f0132/1656659417909/A4%20ICN%20Etiska%20kod%20enkelsidor.pdf>
- Tran, D., Newton, E., Mount, V., Lee, J., Wells, G., Perry, J., & Perry, J. (2015). Rocuronium versus succinylcholine for rapid sequence induction intubation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(10), 2788.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD002788.pub3>
- Vetenskapsrådet (2017). *God forskningssed*. <https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2017-08-29-god-forskningssed.html>
- World medical association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Zambouri A. (2007). Preoperative evaluation and preparation for anesthesia and surgery. *Hippokratia*, 11(1), 13–21.

Bilaga 1 – Forskningspersonsinformation

Information till forskningspersoner

Vi är två specialistsjuksköterskestudenter inom anesthesisjukvård som ska skriva en magisteruppsats. Vi söker dig som specialistsjuksköterska inom anesthesisjukvård med erfarenhet av Rapid sequence induction (RSI) där det gått utanför den planerade strategin, då vi ämnar undersöka upplevelsen av detta fenomen.

Vad är det för ett projekt och varför vill ni att jag ska delta?

Syftet med vårt projekt är att undersöka och beskriva anesthesisjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av RSI som gått utanför den planerade strategin. För att svara på vår frågeställning planerar vi att intervjua anesthesisjuksköterskor med erfarenhet av detta. Vi tillfrågar därför dig ifall du kan tänka dig intervjuas av oss, om dina upplevelser och erfarenheter.

Hur går projektet till?

Om du deltar kommer du att intervjuas, vilket beräknas ta cirka 30 minuter. Intervjun kommer att ske antingen fysiskt, via telefon eller via videolänk beroende på ditt önskemål. Intervjun kommer att ljudinspelas med diktafon tillhandahållen av universitetet och transkriberas. Vi kommer att intervjua 6-8 deltagare totalt. En semi-strukturerad intervjuform kommer att tillämpas där du får möjlighet att bidra med dina erfarenheter.

Möjliga följder och risker med att delta i projektet

En möjlig risk kan vara att påminnas om obehagliga känslor från tidigare upplevelser. Att samtala om detta i en trygg miljö under anonyma förhållanden kan dock medföra en lättnad. Om du upplever behov av stöd i samband med ditt deltagande kan du kontakta din närmsta chef.

Vad händer med mina uppgifter?

Forskningshuvudman för projektet är Göteborgs Universitet. Med forskningshuvudman menas den organisation som är ansvarig för projektet.

Intervjun kommer att spelas in på utrustning tillhandahållen av Göteborgs Universitet, transkriberas och kodas. Kodnyckel kommer att sparas endast i pappersformat separerade från intervjuerna. Datan kommer endast finnas på lösenordsskyddad dator och på lösenordsskyddad molntjänst. Datan presenteras därefter på gruppnivå så ingen information kan härledas till en enskild deltagare. När arbetet är godkänt kommer samtlig data, förutom det publicerade examensarbetet, att raderas från samtliga ställen.

Data och personuppgifter i examensarbetet hanteras i enlighet med EU:s dataskyddsförordning, General Data Protection Regulation (GDPR) och Europaparlamentets

och rådets förordning (EU) 2016/679. Göteborgs Universitet har ett dataskyddsbud som kan nås via epost: dataskydd@gu.se eller via telefon: 031-786 00 00

Hur får jag information om resultatet av projektet?

Den färdiga uppsatsen kommer att finnas tillgänglig på GUPEA. Önskar du kan vi skicka den inspelade eller transkriberade intervjun till dig. Om du vill kan vi även erbjuda dig en kopia på den färdiga uppsatsen.

Försäkring och ersättning

Då intervjun sker under din arbetstid är du försäkrad av arbetsgivaren.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta någon av dem ansvariga för projektet.

Ansvariga för projektet

Ansvarig för projektet är:

Christian Reimers	Henrik Svensson	Handledare: Anne Flodén
Leg. Sjuksköterska	Leg. Sjuksköterska	Leg.sjuksköterska, filosofie doktor. Universitetslektor, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs Universitet
gusreimech@student.gu.se	gussveheai@student.gu.se	anne.floden@gu.se
0730 39 6532	0708 65 1994	

Bilaga 2 – Intervjuguider

Intervjuguide Version 1

När jag säger RSI vad tänker och känner du då?

Kan du berätta om ett tillfälle när du var med om en RSI som gick bra?

Kan du beskriva hur du kände vid det tillfället?

Kan du berätta om ett tillfälle när du var med om en RSI som inte gick som planerat?

Kan du beskriva hur du kände vid det tillfället?

Är det någonting som du fortfarande tänker på?

Är det någonting kring RSI som du vill framföra till andra anestesijuksköterskor och blivande sådana?

Eventuellt kommer vi som intervjuar att ställa följdfrågor såsom “Kan du utveckla” eller “Kan du berätta mer om X” om det är svar vi önskar fördjupa oss i.

Intervjuguide Version 2

Planerad strategi: Med planerad strategi under RSI menar vi att Patienten preoxygeneras, narkosläkemedel ges, kort stund av apné utan ventilation sker, patienten laryngoskoperas och intuberas. Ingen aspiration sker.

Överensstämmer detta med din uppfattning om RSI?

Kan du berätta om ett tillfälle när du var med om en RSI som inte gick enligt plan?

Kan du beskriva hur du kände vid det tillfället?

Är det någonting som du fortfarande tänker på?

Kan du berätta om en RSI som gick bra?

Är det någonting kring RSI som du vill framföra till andra anestesijuksköterskor och blivande sådana?