



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

DEN GEMENSAMMA FIENDEN

Intensivvårdssjuksköterskors upplevelser under coronapandemin

Författare

Emelie Axelsson

Louise Danielsson



Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet inom intensivvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT 2020
Handledare:	Mona Ringdal
Examinator:	Margret Lepp

Titel svensk:	Den gemensamma fienden – Intensivvårdssjuksköterskors upplevelser under coronapandemin
Titel engelsk:	The common enemy – Intensive care nurses experiences during the coronapandemic
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet inom intensivvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT 2020
Handledare:	Mona Ringdal
Examinator:	Margret Lepp
Nyckelord:	Intensivvårdssjuksköterska, Upplevelser, Yrkesutövande, Omvårdnad, Intensivvård, Covid-19, Pandemi

Bakgrund: Intensivvården är centralt under en krissituation orsakad av en pandemi. Kompetensen hos intensivvårdssjuksköterskan är vital för att kunna utföra övervakning, behandling och uppföljning av intensivvårdspatienter. Genom resiliens kan hälso- och sjukvården anpassa sig utefter oförutsägbara händelser. Resiliens kan även visas hos individen genom en anpassningsförmåga. Intensivvårdsplatserna i Sverige har minskat under de senaste 15 åren. År 2020 orsakade ett nytt coronavirus (SARS-CoV-2) en pandemi. SARS-CoV-2 orsakar sjukdomen Covid-19 som påverkar luftvägarna och de som är i behov av intensivvård kräver oftast invasiv ventilation. Covid-19 smittar främst via droppsmitta och under aerosolbildande moment är risken för smitta hög vilket kräver att intensivvårdssjuksköterskan arbetar i skyddsutrustning.

Syfte: Att belysa intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av sitt dagliga arbete under en pandemi orsakat av Covid-19

Metod: En kvalitativ metod med en induktiv ansats och en tematisk dataanalys.

Resultat: Resultatet presenteras i fyra huvudteman och 14 subteman. Dessa huvudteman var ”En annan typ av vård”, ”Det dagliga arbetet liknar krigssjukvård”, ”Arbetsmiljön liknar en krigszon” och ”Vi är starkare än någonsin”. 62 intensivvårdssjuksköterskor deltog i studien.

Slutsats: Intensivvårdssjuksköterskans dagliga arbete påverkas av det ökade behovet i samband med bristen på resurser. Att omvårdnadsåtgärder brister eller uteblir påverkar patienten och samhället negativt. Tidsbrist leder till stress och etiska dilemman som kan bidra till utmattningssyndrom och psykisk ohälsa. Genom att öka resurserna och förbättra beredskapen kan intensivvårdssjuksköterskors arbetsmiljö förbättras. Fler studier behövs som skildrar intensivvårdssjuksköterskors upplevelser under krissituationer. Intensivvårdssjuksköterskor har visat en resiliens till en mycket krävande situation och det finns en önskan att denna studie kan användas för att få en inblick i ”verkligheten”.

Nyckelord: Intensivvårdssjuksköterska, Upplevelser, Yrkesutövande, Omvårdnad, Intensivvård, Covid-19, Pandemi

Background: Intensive care is central to a crisis caused by a pandemic. The competence of the intensive care nurse is vital to be able to perform monitoring, treatment and follow-up of intensive care patients. Through resilience, health care can adapt to unpredictable events. Resilience is also found in individual nurses through adaptability. The number of intensive care units in Sweden has declined over the past 15 years. In 2020, a new coronavirus (SARS-CoV-2) caused a pandemic. SARS-CoV-2 causes the disease Covid-19 that affects the respiratory system, and those in need of intensive care usually require invasive ventilation. Covid-19 infects primarily by droplets, and during aerosol-forming situations, the risk of contamination is high, which requires the intensive care staff to work in personal protective equipment.

Purpose: Intensive care nurses' experiences of their daily work during a pandemic caused by Covid-19

Method: A qualitative method with an inductive approach and a thematic data analysis.

Result: The result is categorized into four main themes and 14 sub-themes. The main themes used are: "Another type of care", "The daily work is similar to war healthcare", "The work environment is similar to a war zone", and "We are stronger than ever". Sixty-two intensive care nurses participated in the study.

Conclusion: The intensive care nurse's daily work is affected by the high demand with a lack of resources. The fact that nursing measures fail, have a negative impact on the patient and society. Lack of time leads to stress and ethical dilemmas that can contribute to fatigue syndrome and mental illness. By increasing resources and preparedness, the work environment of intensive care nurses can improve. More studies are needed to illustrate intensive care nurses' experiences during crises. Intensive care nurses have shown resilience to a very demanding situation, and we wish that this study can provide insight into the reality of ICU nurses.

Key words: Intensive Care Nurse, Experiences, Profession, Nursing, Intensive Care, Covid-19, Pandemic

Förord

Vi vill tacka de som tagit sig tid till att delta i vår studie. Vi vill även tacka vår handledare för den hjälp vi fått under denna tid. Vi hoppas denna studie ska vara till nytta för alla berörda. Till er alla som arbetar inom hälso- och sjukvården under denna tid; utan er hade detta inte gått och ni gör ett fantastiskt arbete.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Intensivvård.....	1
Intensivvårdssjuksköterskan som profession	1
Etiska dilemman inom intensivvården	2
Intensivvårdens arbetsmiljö	3
Resiliens.....	3
Beredskapen inför en krissituation	4
SARS-CoV-2 pandemin	4
Intensivvårdens patientnära arbete under coronapandemin	5
Intensivvården under coronapandemin	5
Problemformulering	7
Syfte	7
Frågeställningar	7
Metod	7
Urval.....	8
Frågeformulär.....	8
Datainsamling	8
Dataanalys	10
Forskningsetiska överväganden	10
Resultat	12
Tema 1: En annorlunda intensivvård	13
Den svårt sjuka patienten	13
Avsaknaden av anhöriga	14
Intensivvård måste bevitnas för att förstås	14
Livets slutskede	15
Tema 2: Det dagliga arbetet liknar "krigssjukvård"	16
Ett helt annat arbete	16
Utmaningar inom den avancerade omvårdnaden	16
Att vara ytterst ansvarig med nya kollegor	18
Som soldater i krig	18

Tema 3: Arbetsmiljön liknar en "krigszon"	19
En tyngre arbetsbörda	19
Arbetet med skyddsutrustning	20
Tillgången av material	20
Ledarskapets betydelse	21
Tema 4: Vi är starkare än någonsin	22
Den ovärderliga kollegialiteten	22
Anpassning till en oförutsägbar situation	22
Metoddiskussion	23
Resultatdiskussion	24
Sammanfattning	24
Diskussion	24
Slutsats	27
Implikationer	27
Referenslista	28
Bilaga 1: Forskningspersonsinformation	32
Bilaga 2: Frågeformulär	33

Inledning

I början av år 2020 utlyste WHO en pandemi. Det nya coronaviruset hade spridit sig över alla världsdelar och en global kris blev ett faktum. Den tionde mars år 2020 bedömdes samhällsspridningen av det nya coronaviruset som mycket hög i Sverige. De flesta smittade hade respiratoriska symtom och en del krävde intensivvård [1]. För hälso- och sjukvårdens akuta verksamhet är intensivvård en avgörande del eftersom de allra sjukaste patienterna vårdas där [2]. Trots detta har intensivvårdsplatserna minskat kraftigt under de senaste 15 åren [3]. Under en krissituation är intensivvården en central del av hälso- och sjukvården och enligt kompetensbeskrivning ska intensivvårdssjuksköterskor ha kunskaper som krävs vid en sådan situation [4]. Det tillhör intensivvårdssjuksköterskans kompetens att prioritera och ta handlingskraftiga beslut under stressade situationer. Detta utgör en vital resurs till hälso- och sjukvårdens beredskapsförmåga och ”resiliens” [5]. Utvecklingen av intensivvården i Sverige kommer i framtiden att speglas av tillgången till intensivvårdssjuksköterskor [4]. Trots detta föreligger det en brist på intensivvårdssjuksköterskor i 18 av Sveriges 21 regioner [5]. Förhoppningen med denna studie är att skildra intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av en krissituation orsakat av en pandemi. Detta för att skildra brister och belysa förbättringsområden som kan gynna intensivvårdssjuksköterskans arbetsituation under en pandemi.

Bakgrund

Intensivvård

Intensivvård innebär kontinuerlig övervakning och behandling av patienter vid hotande eller inträffad svikt av de vitala funktionerna. Detta under förutsättning att patienten har möjlighet till ett meningsfullt liv efter vårdtiden [2].

År 2018 fanns det totalt 574 intensivvårdsplatser i Sverige med ventilatorvård varav 40 av dessa var militära. År 1993 fanns 4300 intensivvårdsplatser varav 900 militära och 2100 i buffert [3]. Vid jämförelse med övriga delar i Europa är Sverige ett av de länder med lägst antal intensivvårdsplatser per invånare. I november 2019 låg Sveriges befolkning på 10 323 857 invånare, som innebär 5,1 intensivvårdsplatser per 100 000 invånare [6]. Den patientkategorin som behandlas på intensivvårdsavdelningar är komplexa och kräver en hög kompetensnivå av personalen [2]. Den främsta anledningen till att en intensivvårdspatient avlider är fram för allt på grund av att beslut har tagits om avslut av behandling [7].

Intensivvårdssjuksköterskan som profession

Intensivvård som specialistutbildning för sjuksköterskor har utvecklats under de senaste 30 åren och definieras enligt World Federation of Critical Care Nurses [8] som omvårdnad på specialistnivå som innebär vård av patienter med manifest eller potentiellt hot mot de vitala organfunktionerna. Sedan år 2001 är specialistsjuksköterska inom intensivvård en skyddad yrkestitel som innebär tre års universitetsstudier till grundutbildad sjuksköterska med erhållen

yrkeslegitimation, samt ytterligare ett års universitetsstudier med fördjupning inom intensivvård och avlagd magisterexamen.

På grund av den ständiga utvecklingen inom medicin, teknik och omvårdnad krävs det att intensivvårdssjuksköterskan är uppdaterad kring aktuell forskning inom sitt område. Sedan 2007 finns det en kompetensbeskrivning för sjuksköterskor som är specifikt inriktad inom intensivvård vilket beskriver intensivvårdssjuksköterskans yrkeskompetens. Den grundar sig i att observera, följa upp och utvärdera både medicinska- och omvårdnadsrelaterade behov hos kritiskt sjuka patienter med svikt i ett eller flera organ. Intensivvårdssjuksköterskan skall arbeta proaktivt samt ha handlingsberedskap inför oväntade och akuta händelser [4]. Intensivvårdssjuksköterskans kompetensområde innebär även beslutsfattande om behandlingsstrategier som gäller en högt avancerad vård [7].

Enligt World Federation of Critical Care Nurses [8] är ett av intensivvårdssjuksköterskans mål med intensivvården att etablera en professionell relation med patienterna och deras anhöriga för att möjliggöra en patientsäker och personcentrerad vård utifrån ett holistiskt och etiskt förhållningssätt. Då intensivvården är en central del av katastrof- och krissituationer åligger det inom intensivvårdssjuksköterskans ansvar och kompetensområde att besitta de kunskaper som kan vara aktuella vid ett sådant läge och agera samt leda utifrån den katastrofplan [4] som enligt SOSFS [9] ska finnas i varje region.

Intensivvårdssjuksköterskan har oftast ansvar över en till två intensivvårdspatienter. Internationellt rekommenderas det att minst 75% av sjuksköterskorna som arbetar på en intensivvårdsavdelning har en specialistutbildning inom intensivvård [10]. I Sverige är det 65 av totalt 83 intensivvårdsavdelningar som har full bemanning av specialistsjuksköterskor inom intensivvård. Således är det 19 intensivvårdsavdelningar som inte har en full bemanning av specialistsjuksköterskor [6].

Etiska dilemman inom intensivvården

Enligt hälso- och sjukvårdslagen skall sjukvårdens resurser prioriteras enligt följande etiska principer; människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen. Människovärdesprincipen värderas högst och innebär att alla människor har rätt att få vård på lika villkor. Detta följs av behovs- och solidaritetsprincipen som innebär att den individ med störst behov av hälso- och sjukvård ska prioriteras och ges företräde framför dem som inte är i lika stort behov av vård. Utifrån kostnadseffektivitetsprincipen görs en bedömning kring huruvida en behandling är ekonomiskt försvarbart i förhållande till den nytta som den utgör [11].

Intensivvårdspatienter är oftast sederade och oförmögna att föra sin egen talan. Detta ställer krav på att intensivvårdssjuksköterskan har medvetenhet och kunskap kring etiska förhållningssätt samt patientens autonomi, självrespekt och behov. Vid förändring eller avslutande av behandling krävs en god kommunikation med anhöriga. På grund av den avancerade vård som intensivvården erbjuder, tillsammans med ett begränsat utbud av resurser kan etiska dilemman uppstå när intensivvården behöver prioritera mellan olika

patientkategorier. Om dessa situationer inte hanteras adekvat kan det utgöra etiska svårigheter hos intensivvårdssjuksköterskan [7].

Intensivvårdens arbetsmiljö

En vårdplats på en intensivvårdsavdelning ska vara minst 20 kvadratmeter och möjliggöra för en kontinuerlig, visuell övervakning av vårdplatsen. Miljön karaktäriseras fram för allt av sin avancerade och högteknologiska utrustning, vilket ställer krav på att intensivvårdssjuksköterskan ska ha kunskap om dessa [10]. Intensivvårdens arbetsmiljö påverkas även av yttre faktorer som bemanningsgraden, beläggningsgraden, organisationens etiska klimat och den intraprofessionella kommunikationen [12]. Intensivvårdsmiljön kan upplevas som etiskt påfrestande eftersom patienterna har ett akut förlopp [13].

Intensivvårdsmiljön har en hög ljudnivå som främst är orsakad av personal, övervakningsutrustning och larm [14]. En arbetsmiljö med konstant hög ljudnivå påverkar intensivvårdssjuksköterskans hälsa, patientsäkerheten och kvalitén på vården. Det är fram för allt organisationer som är ansvariga för en hälsosam och säker arbetsmiljö [15].

Resiliens

Resiliens är ett begrepp som har sitt ursprung i engelskans ”resilience” där en direkt översättning blir ”motståndskraft” och används bland annat för att beskriva av hur väl en organisation kan hantera oväntade och plötsliga händelser. En bristande resiliens förekommer vid ett maximalt utnyttjande av resurser. Detta gör att endast små störningar kan leda till att tillgängligheten och produktiviteten försämras vilket utgör stora konsekvenser för hälso- och sjukvården [5]. Resiliens har även kommit att användas på individnivå vid beskrivningen av hur väl intensivvårdssjuksköterskor hanterar oväntade och plötsliga situationer med ett gott resultat [16].

Det finns flera faktorer som kan ha en påverkan på balansen mellan behovet och kapaciteten. Risk- och sårbarhetsanalyser har visat att antalet tillgängliga intensivvårdspplatser har en påverkan på hur sjukvården behöver kompromissa med kvaliteten för att klara av en extraordinär händelse när ett ökat antal personer behöver vård. Problematiken med att bedöma hälso- och sjukvårdens kapacitet vid en allvarlig händelse, är att det inträffat för få händelser av denna typ och därmed finns ett svagt underlag för evidensbaserade slutsatser [5].

Antalet specialistsjuksköterskor inom intensivvård har minskat från 5,68 per 1 000 invånare (år 2002) till 4,88 per 1 000 invånare (år 2015). Det är bland annat på grund av bristen på sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor som antalet vårdplatser inom slutenvården i Sverige har sjunkit under de senaste åren. Intensivvårdssjuksköterskans kompetens att prioritera samt att ta snabba och handlingskraftiga beslut under stressade situationer utgör en vital resurs till hälso- och sjukvårdens beredskapsförmåga och resiliens. En otillräcklig bemanning har således en stor påverkan på hur hälso- och sjukvården kan komma att hantera oväntade situationer relaterat till resiliens. Ett hälso- och sjukvårdssystem med god resiliens kan bättre upprätthålla en säker, produktiv och tillgänglig vård samt lättare prioritera vård vid varierande omständigheter [5].

Beredskapen inför en krissituation

Under pandemin av svininfluensan år 2009 tydliggjordes behovet av en adekvat beredskap inför kommande pandemiutbrott [10]. Enligt Khorrman-Manesh, Hedelin [17] har en överbelastad sjukvård otillräcklig beredskap för en katastrof- och krissituation. För att öka beredskapen inför en pandemi har flera områden belysts som essentiella. Tillgång till ventilatorer och intensivvårdspersonal som kan hantera dessa samt sjukvårdsmaterial och vårdplatser [10, 17, 18]. För att klara av det ökade trycket på intensivvården har det visat sig att varje enskild region bör kunna utöka sin sjukvårdskapacitet med 200% samt öka kapaciteten på intensivvården med 25-33% [19].

Beredskapen inför en kris- eller katastrofsituation är främst konstruerad utefter en plötsligt påkommen händelse. Under en pandemi är behovet av sjukvården stort med långa vårdtider. Detta innebär att beredskapen ska kunna upprätthållas under en längre tid, eftersom förloppet är utdraget och ihållande [19]. Det är av vikt att Sveriges regioner har en beredskapsplan med resurser för att klara av ett högt tryck på hälso- och sjukvården. Detta eftersom antalet patienter i behov av vård förväntas att öka och att sjukfrånvaron av hälso- och sjukvårdspersonalen stiger [20]. Risken för störningar på distributionskedjan av sjukvårdsmateriel och läkemedel ökar under en krissituation orsakat av en pandemi. Detta bidrar till en brist av skyddsutrustning för sjukvårdspersonal och livsavgörande behandling till svårt sjuka patienter. Eftersom internationella lager riskerar att vara begränsat vid kris- och katastrofsituationer, är det viktigt att ett nationellt lager finns av sjukvårdsmateriel och skyddsutrustning [18].

I dagsläget bedöms det att Sveriges och regionernas lager av sjukvårdsmateriel och skyddsutrustning är otillräckliga under händelse av en kris- eller katastrofsituation, exempelvis under pandemi [18].

SARS-CoV-2 pandemin

En pandemi innebär en global smittspridning av ett nytt oidentifierat virus som har en kraftig påverkan på samhället och världens befolkning [20]. Mängder av virus cirkulerar bland människor och är i de allra flesta fall harmlösa, så som rinovirus vilket resulterar i en sedvanlig förkylning [21]. Dock förekommer det virus som kan ha en större påverkan på mänskligheten och i vissa fall orsakar en pandemi.

Under modern tid har två olika typer av virus orsakat en pandemi. År 2009 skapade svininfluensan en global smittspridning som var ett influensa-A virus [22]. I slutet av december år 2019 upptäcktes ett nytt oidentifierat coronavirus hos en patient i Wuhan, Kina som fick benämningen SARS-CoV-2. Av gruppen coronavirus har virusformerna SARS-CoV och MERS-CoV resulterat i kraftiga smittspridningar år 2002 respektive 2012 i Kina och mellanöstern. Dessa sjukdomar hade en större dödlighet än det nuvarande SARS-CoV-2 men var inte lika smittsamma [23]. Den 11 mars år 2020 deklarerade WHO uppkomsten av en ny pandemi, till följd av den globala spridningen av SARS-CoV-2 [24, 25].

Intensivvårdens patientnära arbete under coronapandemin

SARS-CoV-2 orsakar i sin tur sjukdomen Covid-19 [24]. Under slutet av februari 2020 hade de flesta, 81%, milda symtom och var inte i behov av sjukvård. En del får dock svåra symtom och kan då behöva intensivvård [1]. Störst risk att utveckla en svår sjukdomsbild finns hos individer med redan diagnostiserade sjukdomar, som exempelvis hypertoni, diabetes eller KOL. Svårt sjuka patienter med Covid-19 kan utveckla bland annat lunginflammation, hypoxi, sepsis eller akut respiratoriskt syndrom (ARDS) [26].

ARDS är ett tillstånd som kan uppkomma vid allvarliga virusinfektioner i luftvägarna [27] som utgör ett hypoxiskt tillstånd på grund av shuntning mellan ventilation och perfusion i lungvävnaden. Patienter med ARDS orsakat av Covid-19 har i vissa fall haft en hypoxi initialt utan tydliga symtom på detta, alltså en "silent hypoxemia". Detta tillsammans med bortfall av symtom på organ dysfunktion betyder att användandet av mätskalor för att identifiera kritiskt sjuka patienter, så som Sequential organ failure assesment (SOFA)-score eller National Early Warning Score (NEWS) 2, kan vara missvisande [28].

Vid ARDS krävs ofta intubation med invasiv ventilation [29] tillsammans med bukläge [28]. Det rekommenderas att bukläge används under ett tidigt skede samt att det bör pågå mellan 12 till 16 timmar för god effekt [27, 30, 31]. Vändning av en patient till bukläge är riskfyllt, tidskrävande och kräver mycket personal. Riskerna är bland annat trycksår, obstruktion och dislokation av endotrakealtub, trakeostomi och andra infarter. Därför bör vändningen planeras noga genom att utföra omvårdnadsåtgärder, säkerställa infarter och annan utrustning innan vändning till bukläge genomförs [32].

I början av april år 2020 beräknades det att ungefär 10% av de smittade i Kina och 9% av de smittade i Italien var sjukvårdspersonal. Covid-19 smittas genom direkt och indirekt droppsmitta [33], och det finns i dagsläget ingen evidens ifall Covid-19 smittar genom andra sätt.

För att skydda sig mot Covid-19 rekommenderas det att vid patientnära arbete använda långarmat förkläde, handskar, visir och andningsmask eller andningsskydd med ventil. Sjukvårdspersonal bör använda andningsskydd med ventil vid specifika aerosolbildande moment eftersom det innebär en större risk för smitta. Dessa moment innefattar endotracheal intubation, öppen sugning i luftvägar, administrering av inhalationer i nebulisator, extubering, lägesändring till bukläge, NIV, tracheostomivård, HLR, manuell ventilation och bronkoskopi [33, 34].

Genom isolering och kohortvård kan smittspridning förebyggas. Isolering innebär att patienten vårdas i enskilt rum med en stängd dörr, samt konsekvent tillämpning av basala hygienrutiner. Med kohortvård menas att flera patienter med konstaterad Covid-19 kan vårdas i samma rum [35].

Intensivvården under coronapandemin

Den 15 april, år 2020 vårdades det totalt 535 patienter på intensivvårdsavdelningar runt om i Sverige. Av dessa fanns 220 inom region Stockholm [36]. Detta innebär en enorm påfrestning

på Sveriges, och fram för allt region Stockholms, intensivvårdskapacitet. För att möta det växande behovet av intensivvård gav regeringen uppdrag till socialstyrelsen att samordna och koordinera samtliga intensivvårdsplatser i Sverige [37]. Detta resulterade till att vanliga vårdplatser och fältsjukhus gjordes om till intensivvårdsplatser. Den 20 Maj 2020 hade Sverige totalt 950 disponibla intensivvårdsplatser [38].

I mars år 2020 tog socialstyrelsen fram riktlinjer kring nationella principer för prioritering inom intensivvård under extraordinära förhållanden, på grund av den påverkan Covid-19 hade på Sveriges intensivvård. Dessa riktlinjer hänvisar bland annat till hälso- och sjukvårdslagets etiska principer för prioriteringar inom hälso- och sjukvård och har i syfte att ge stöd till beslutstagande gällande initiering, prioritering eller avslutande av intensivvård relaterat till Covid-19 [39].

Hälso- och sjukvårdspersonal är i dagsläget essentiella för att minska omfattningen av den skada som pandemin kan orsaka och är i centrum för den stundande situationen i landet. Enligt socialstyrelsens nationella prioriteringar inom intensivvården under extraordinära förhållanden baseras prioriteringarna på de tre etiska principerna som finns i Sveriges hälso- och sjukvårdslag. Detta innebär att när det krävs ska prioriteringen ske i följande ordning; *”hälsotillståndets svårighetsgrad, åtgärdens patientnytta och resursanvändningens rimlighet i förhållande till patientnyttans storlek”* [39]. Etiska konsekvenser och dilemman tydliggörs alltmer för vårdpersonalen när prioriteringar om intensivvårdsplatser görs mellan olika patienter [39].

Under pandemiutbrottet av Covid-19 har hälso- och sjukvårdens kapacitet exponerats, fram för allt i media, vilket pekar på att det föreligger ett stort behov av att förbättra beredskapen inför krissituationer [18]. Utvecklingen av intensivvården i Sverige kommer i framtiden att speglas av tillgången till intensivvårdssjuksköterskor som det i dagsläget är en stor brist på [4].

Problemformulering

Intensivvården syftar till att identifiera, behandla samt bedöma patienter med potentiell eller manifest svikt i de vitala organen. Detta ställer höga kompetenskrav på all personal som arbetar på en intensivvårdsavdelning. Vid vård av kritiskt sjuka patienter med livshotande tillstånd kan etiska dilemman uppkomma. Som tidigare nämnts fanns det, år 2018, totalt 574 intensivvårdsplatser (varav 40 av dessa var militära) i Sverige med cirka tio miljoner invånare. År 1993 hade Sverige 4300 intensivvårdsplatser varav 900 militära och 2100 i buffert. Vid en kris- eller katastrofsituation förväntas det att bli svårt för Sverige att möta behovet med befintliga resurser inom hälso- och sjukvården. Detta på grund av att det saknas beredskapslager och intensivvårdsresurser år 2020. SARS-CoV-2 är ett coronavirus som orsakar Covid-19 vilket i huvudsak ger milda luftvägssymtom men som i värsta fall orsakar en svår lungsvikt. På grund av den utbredda samhällssmittan i Sverige befinner sig hälso- och sjukvården i dagsläget under en krissituation. Antalet patienter i behov av intensivvård är stort vilket kräver en ökning av Sveriges intensivvårdsplatser. Socialstyrelsen har tagit fram riktlinjer kring prioriteringar i intensivvården relaterat till SARS-CoV-2 för att ge stöttning kring vem som ska erbjudas intensivvård. Intensivvårdssjuksköterskans yrkesprofession grundar sig i en professionsetik och regleras av lagar, förordningar, rutiner, riktlinjer och kompetensbeskrivningar. Det är tidigare känt att fler kritiskt sjuka patienter och förändringar kring arbetsmiljön är faktorer som kan bidra till etiska dilemman. Dock finns det få studier om hur specialistsjuksköterskor inom intensivvård upplever sitt dagliga arbete under en krissituation som orsakas av en pandemi.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka och beskriva hur specialistsjuksköterskor inom intensivvård upplever sitt dagliga arbete under en pandemi orsakat av Covid-19.

Frågeställningar

1. Hur upplever intensivvårdssjuksköterskan sitt yrkesutövande under en krissituation orsakat av coronapandemin?
2. Hur upplever intensivvårdssjuksköterskan etiken under en krissituation orsakat av coronapandemin?
3. Hur upplever intensivvårdssjuksköterskan arbetsmiljön under en krissituation orsakat av coronapandemin?

Metod

En kvalitativ metod med en induktiv ansats användes vid utformandet av denna studie. Vid tolkning av datan användes en tematisk analys enligt Braun och Clarke [40] med ett semantiskt förhållningssätt. När text används för att skapa verkligheten kan ett semantiskt förhållningssätt användas med fördel. Resultatet kodades och delades in i teman respektive subteman.

Urval

Ett frågeformulär bestående av tre större öppna frågor och en sluten fråga skickades ut via en länk i facebookgrupper innehållandes intensivvårdssjuksköterskor från hela Sverige. Deltagarna inbjöds att besvara frågeformuläret och fick välja ifall de önskade att besvara eller inte. Deltagarna inte var i tjänst vid besvarandet av enkäten och därför krävdes det inget tillstånd från avdelningschefer. Studien var inte heller sammankopplad med en specifik arbetsplats. För att få tillgång till facebookgrupperna tillfrågades administratörer eller relevanta medlemmar om tillstånd att dela frågeformuläret. En del medlemmar i facebookgrupperna valde att spontant dela vidare intervjuformuläret till andra facebookgrupper eller på sina privata sidor som kunde innehålla ytterligare personer intresserade av att delta i studien (se tabell 2).

Således har urvalet gjorts utifrån flera olika sätt. Ett strategiskt urval gjordes av facebookgrupper, ett bekvämlighetsurval gjordes eftersom deltagarna själva fick svara på studien utan någon kontakt med författarna samt genom ett snöbollsurval då en del medlemmar i facebookgrupperna delade vidare intervjuformuläret till potentiella deltagare [41].

Inklusionskriterier var att deltagarna skulle ha en specialistsjuksköterskeexamen inom intensivvård, samt att de skulle vara yrkesverksamma i Sverige under den pågående coronapandemin.

Exklusionskriterier gjordes för de intensivvårdssjuksköterskor som inte vårdar patienter med Covid-19 infektion under den pågående coronapandemin.

Frågeformulär

Frågeformuläret skapades gemensamt av författarna genom att använda sig av Google formulär. Formuläret bestod av totalt 7 frågor varav fyra av dessa bidrog till resultatet. Inledningsvis i frågeformuläret (Se Bilaga 2) presenterades en forskningspersonsinformation och därefter gavs ett samtycke av deltagarna för att komma vidare till nästkommande frågor. För att möjliggöra en inblick av demografin i datan så tillfrågades deltagarna i vilken av Sveriges tre landsdelar de arbetade, samt om yrkeslivserfarenhet. Huvudfrågorna bestod av tre öppna intervjufrågor och en sluten fråga. I de tre öppna intervjufrågorna fick deltagarna möjlighet att formulera sina upplevelser och reflektioner kring det dagliga arbetet. I den sista frågan fick deltagarna uttrycka en känsla med ett ord, som kunde beskriva den dagliga situationen på arbetsplatsen. Detta var för att synliggöra den generella känslan kring intensivvårdssjuksköterskans dagliga arbete och ses som ett komplement till de tidigare frågorna.

Datinsamling

Frågeformuläret skickades ut till olika grupper på Facebook (Se Tabell 1) som innehöll grundutbildade sjuksköterskor, specialistutbildade sjuksköterskor eller övrig vårdpersonal. De medlemmar som ingick inom Inklusionskriterier kunde vid intresse delta i studien genom att

själva gå in på formuläret via en länk för att svara på frågorna. Initialt lades formuläret upp i 12 facebookgrupper och en facebook sida. I tabell 1 redovisas författarnas medlemskap i grupperna, vilket datum frågeformuläret publicerades och vilka egenskaper grupperna hade.

När medlemskap inte fanns sedan tidigare tillfrågades nyckelpersoner ifall medlemskap kunde ges till någon av författarna. Om inte detta var möjligt tillfrågades nyckelpersoner ifall de kunde publicera intervjuformuläret. Facebookgrupperna kunde vara slutna, privata, eller öppna. Slutna facebookgrupper syns inte för allmänheten, privata facebookgrupper är synbara och det finns en möjlighet att ansöka om medlemskap. Slutligen kan öppna facebookgrupper hittas av alla och det som skrivs i öppna grupper är synligt för allmänheten oavsett om medlemskap finns eller inte. Ett godkännande från administratörer eller medlemmar gavs innan intervjuformuläret publicerades i samtliga facebookgrupper.

Tabell 1. Facebookgrupper.

Facebookgrupper	Egenskaper	Datum	Medlemskap
1	Sluten	9/4	Nej
2	Privat	9/4	Ja, sedan tidigare
3	Sluten	9/4	Ja, efter förfrågan
4	Privat	9/4	Ja, sedan tidigare
5	Sluten	9/4	Ja, sedan tidigare
6	Sluten	9/4	Nej
7	Sluten	9/4	Nej
8	Öppen	9/4	Ja, sedan tidigare
9	Sluten	11/4	Nej
10	Sluten	15/4	Ja, efter förfrågan
11	Öppen	20/4	Ja, sedan tidigare
12	Öppen	21/4	Facebooksida
13	Sluten	21/4	Nej

Formuläret delades spontant vidare av enskilda medlemmar i facebookgrupperna genom att antingen kopiera inlägget manuellt för att sedan klistra in det i ett nytt inlägg i annan grupp eller automatiskt genom att dela det via facebook delningsfunktion. Det är därför svårt att veta exakt hur många grupper intervjuformuläret delades till. Totalt publicerades och delades intervjuformuläret minst 39 gånger på facebook. Facebookgrupperna innehöll mellan 30-30 000 medlemmar.

Tabell 2. Delningar

Primära publiceringar	Manuella delningar	Automatiska delningar	Totalt
13	1	24	39

Datansamlingen skedde i icke-realtid, vilket kallas för asynkron datansamling [41], mellan 9 april till 26 april år 2020. Svaren på formuläret var anonymt och kunde inte kopplas till någon enskild person eller läsas av någon annan än författarna.

Dataanalys

Den slutliga datan som analyserades innehöll 62 svar som i sin tur omfattade 23 A4 sidor med textstorlek 12. För att identifiera och analysera ett mönster i dataunderlaget användes en tematisk analys [40]. Den tematiska analysen kan likna den kvalitativa innehållsanalysen eftersom den har en liknande struktur under processen vid databearbetningen. Dock tillåter den tematiska analysmetoden att olika komponenter i resultatet kan likna varandra utan att behöva ingå under samma tema. Detta ger författaren en större frihet att tolka sin data [40].

Initialt lästes svaren på intervjuformuläret vid upprepade tillfällen som gav författarna en bekantskap med dataunderlaget. Detta utfördes enskilt för att skapa sig en egen uppfattning och tolkning utan att påverkas av varandra. Den tematiska analysen karaktäriseras av likhetsprinciper och kontrastprinciper. Likhetsprinciper används initialt för att se vilka delar i dataunderlaget som liknar varandra och har en möjlighet att ingå under samma teman.

Därefter används kontrastprincipen för att identifiera skillnader mellan olika teman [41]. Intressanta aspekter i dataunderlaget skapade gemensamt olika koder som, genom likhetsprinciper, samlades under olika teman. Dessa teman ställs i relation till det initiala dataunderlaget och koderna för att bekräfta att tematiseringen passade. Detta resulterade till framställandet av en temakarta över analysen. Genom att analysera innehållet i varje tema kunde nyanser och mening urskiljas och som i sin tur bidrog till att namnge olika teman.

Slutligen bearbetas innehållet i sin helhet, från grunden till teman, vilket resulterar i ett slutgiltigt resultat [40]. Genom skillnader i datan under respektive teman skapades subteman. En kvantitativ analys genom en ordräkning gjordes i NVivo12 av den slutgiltiga frågan i intervjuformuläret och ses som ett tillägg av dataunderlaget. Förekomsten av orden visas i form av en grafisk bild. Det största ordet användes av flest deltagare och vice versa. Att kvantifiera en kvalitativ data kan enligt Polit och Beck [41] ses som en komplettering till resultatet.

Forskningsetiska överväganden

Generellt behöver studier som utförs inom högskoleutbildning på grund- och avancerad nivå inte genomgå en etisk prövning av etikprövningsnämnden [42]. Detta såvida inte känsliga personuppgifter så som ras, religion eller politiska åsikter skall sparas [43]. Forskningsetiska överväganden skall ändå göras för att skydda de personer som medverkar [41, 43] vilket genomfördes regelbundet under föreliggande studie. För att kunna samla in, analysera samt lagra data krävs ett samtycke av deltagarna i forskningsstudien. Detta inskaffades i föreliggande studie via en forskningspersonsinformation, se bilaga 1, där deltagare fick information om studien som möjliggör till ett frivilligt deltagande [44]. Diskussion fördes kring ifall studien kunde bidra till en ökad belastning på deltagarnas redan pressade situation.

Det bedömdes dock att studiens nytta övervägde denna aspekt och att deltagandet var frivilligt samt att det kunde äga rum vid lämplig tidpunkt för deltagaren.

Beslut togs att inte skriva ut frågor direkt i facebookgrupperna eftersom detta inte kunde säkerställa anonymiteten hos deltagarna. För att bibehålla den totala anonymiteten tillfrågades deltagarna endast om antalet yrkesverksamma år som intensivvårdssjuksköterska samt geografisk tillhörighet. Enligt Skärsäter och Ali [45] är forskning som bygger på datainsamling via internet etiskt försvarbart så länge deltagarnas identitet skyddas. Eftersom denna studie utfördes på gruppnivå kan ingen information som ligger till grund för resultatet kopplas vidare till en specifik person.

Resultat

Totalt inkom 62 svar från deltagare där majoriteten var yrkesverksam i Götaland och hade en yrkeserfarenhet som översteg 10 år.

Deltagarnas yrkeslivserfarenhet och geografiska tillhörighet presenteras i tabell 3.

Tabell 3. Bakgrundsdata av intensivvårdssjuksköterskor

Yrkesverksam del i Sverige	Antal (n=62)	Procent
Götaland	36	58%
Svealand	22	35,5%
Norrland	4	6,5%
Yrkeserfarenhet		
<1 år	9	14,6%
1-5 år	10	16,1%
5-10 år	11	17,7%
>10 år	32	51,6%

Majoriteten av deltagarna beskrev en känsla av otillräcklighet relaterat till den nuvarande situationen. Andra vanligt förekommande känslor var surrealism, stolthet och oro, se figur 1.



Figur 1. Känslor relaterade till nuvarande arbetssituation hos intensivvårdssjuksköterskor

Dataunderlaget tematiserades och analyserades med en textnära analys. Utifrån frågeställningar gällande yrkesutövande, arbetsmiljö och etik uppkom fyra huvudteman som utmynnade i 14 subteman, se tabell 4.

Tabell 4, tema och subtema.

Tema	Subtema
1 En annorlunda intensivvård	Den svårt sjuka patienten
	Avsaknaden av anhöriga
	Intensivvård måste bevittnas för att förstås
	Livets slutskede
2 Det dagliga arbetet liknar ”krigssjukvård”	Ett helt annat arbete
	Utmaningar inom den avancerade omvårdnaden
	Att vara ytterst ansvarig med nya kollegor
	Som soldater i krig
3 Arbetsmiljön liknar en ”krigszon”	En tyngre arbetsbörda
	Arbetet med skyddsutrustning
	Tillgången av material
	Ledarskapets betydelse
4 Vi är starkare än någonsin	Den ovärderliga kollegialiteten
	Anpassning till en oförutsägbar situation

Tema 1: En annorlunda intensivvård

Den svårt sjuka patienten

Patienterna med Covid-19 uppvisade en klinisk bild som inte kändes igen vid jämförelse med andra svårt respiratoriskt sjuka patienter enligt analysen av svaren. De upplevdes mer sköra och kunde snabbt försämrans i blodtryck och andning vilket krävde andra behandlingsstrategier. Patienterna var i de flesta fall intuberade och stabila första dagarna med ventilatorvård för att senare försämrans succesivt dag för dag. De flesta var svårventilerade och låg i bukläge vilket krävde personalresurser. Patienterna krävde högre doser av sederingsläkemedel för att tolerera ventilatorvården. Många hade ångest och delirium vilket försämrade möjligheterna för kommunikering. En del behövde avancerad cirkulatorisk övervakning och dialys vilket krävde intensivvårdssjuksköterskans specialistkompetens. Intensivvårdssjuksköterskor kände att det var oklart hur vården skulle bedrivas på bästa sätt.

Det var få patienter som blev bättre trots långa vårdtider och ingenting verkade hjälpa trots massiva åtgärder. Bristen på kunskap och vetenskapliga underlag kring Covid-19 bidrog till en osäkerhet bland personalen och sjukdomens skoningslösa förlopp gav en frustration. Intensivvårdssjuksköterskorna upplevde dock att anestesiläkarna höll sig uppdaterad kring forskningen och ändrade riktlinjer efter nya rön vilket upplevdes betryggande.

Omvårdnadsåtgärder kunde bli bortprioriterade på grund av patienternas cirkulatoriska och respiratoriska instabilitet. I vissa fall gick det inte att utföra mobiliseringar och vändningar eftersom det kunde innebära en risk för patienternas liv. Intensivvårdssjuksköterskor beskrev att de hela tiden behövde ligga steget före och att de lärde sig vad som var viktigt att vara observanta på. Intensivvårdssjuksköterskor upplevde att det aldrig har varit så många svårt sjuka patienter samtidigt och att se unga patienter så kritiskt sjuka gav en känsla av sorg.

Avsaknaden av anhöriga

Ett besöksförbud fanns på de flesta intensivvårdsavdelningar och anhöriga hade ingen möjlighet att närvara under livets slutskede. Andra intensivvårdsavdelningar tillät dock besök av anhöriga under livets slutskede. Kontakten med anhöriga skedde minst en gång per dag och sköttes oftast av läkare eftersom intensivvårdssjuksköterskorna var låsta till patientsalarna. Det förekom dock att intensivvårdssjuksköterskorna hade viss kontakt med anhöriga. På några arbetsplatser startades anhörigteam som hanterade anhörigkontakten och kunde innefatta psykiatrisjuksköterskor, kuratorer och psykiatriläkare. Intensivvårdssjuksköterskor upplevde detta som en stor avlastning och ett fantastiskt stöd till anhöriga.

Intensivvårdssjuksköterskor upplevde att anhöriga hade ett större behov av information på grund av det bristande kunskapsläget om Covid-19. Eftersom anhöriga inte hade möjlighet att besöka sina närstående upplevdes de som mer traumatiserade och oroliga nu än tidigare. Anhöriga hade svårt att förstå hur sjuka patienterna var och att det inte fanns något botemedel.

Att inte kunna bemöta anhöriga tillräckligt kändes svårt för intensivvårdssjuksköterskorna. Det var svårt att veta vilken information som framkom under anhörigsamtal med läkare och hur anhöriga hade reagerat på informationen. I vissa fall använde läkarna ett för avancerat språk vilket gjorde det svårt för anhöriga att förstå informationen och anhöriga ringde då till intensivvårdssjuksköterskan med ytterligare frågor. Intensivvårdssjuksköterskor kände att tid saknades för att bemöta anhörigas frågor på ett adekvat sätt vilket bidrog till stress eftersom de kände sig tvungna att prioritera mellan patient och anhöriga.

Intensivvård måste bevitnas för att förstås

Telefonkontakten kändes inte tillräcklig för att bemöta anhörigas sorg och oro vilket enligt de flesta deltagarna upplevdes som att inte kunna utöva sin profession fullständigt. När tid saknades för telefonsamtal kunde anhöriga upplevas som mer oroliga då de lämnades ensamma med obesvarade frågor. Anhöriga upplevdes ändå som tacksamma. Det fanns en förståelse kring anhörigas känslor och intensivvårdssjuksköterskorna kände att det var jobbigt att inte kunna erbjuda anhöriga kontakt med sin närstående.

Det upplevdes att många anhöriga blev chockade vid dödsfall eftersom de inte hade förstått hur allvarligt sjuka deras närstående varit, vilket upplevdes tungt för intensivvårdssjuksköterskan. Det var svårare för anhöriga då läkarna hade svårt att uttala sig prognostiskt. Därför försökte intensivvårdssjuksköterskorna ge en så rättvis och beskrivande bild som möjligt under telefonsamtalen. Videosamtal upplevdes bättre än telefonsamtal eftersom det möjliggjorde till en rättvis bild av patienten för anhöriga. Det kändes värdefullt och blev känslösamt när patienten och anhöriga kunde se varandra.

Intensivvårdssjuksköterskor beskrev att intensivvård måste bevittnas för att kunna förstås.

Den bristande anhörigvården orsakade etisk stress hos intensivvårdssjuksköterskan och situationen beskrevs som överklig och kall. Då anhöriga inte kunde vara delaktiga i vården skapades en frustration hos intensivvårdssjuksköterskor. Det upplevdes viktigare nu än någonsin med anhörigvård. Det kändes hemskt att patienterna inte fick vara nära sina anhöriga och de hoppades att patienterna inte skulle märka detta.

En del beskrev att de inte längre hann skriva dagböcker för patienterna vilket kändes ledsamt. Andra prioriterade dagböcker eftersom det upplevs som viktigare nu än någonsin.

Livets slutskede

Beslut om att avsluta livsuppehållande behandling upplevdes begripliga eftersom beslutet fattades när vården inte längre var fördelaktig för patienterna. Dock framgår det att en del upplevde att vården blev förlängd och när patienterna blev sjukare trots fortsatt behandling kände intensivvårdssjuksköterskorna att anhöriga blev vilseledda genom falsk förhoppning. Andra beskrev att beslut om att avbryta livsuppehållande behandling berodde på platsbrist inom intensivvården. Dödsfall upplevdes svårare eftersom fler yngre avled och det kändes ovärdigt att kroppen lades i en licksäck på grund av smittan.

Det kändes sorgligt när anhöriga inte fick möjlighet till att närvara under livets slutskede och att patienten endast hade vårdpersonal omkring sig kändes fruktansvärt.

Intensivvårdssjuksköterskor upplevde det psykiskt påfrestande men det fanns en förståelse över att restriktionerna var nödvändiga. När videosamtal användes vid livets slutskede beskrev intensivvårdssjuksköterskor att det gick bättre än förväntat.

På en del intensivvårdsavdelningar fanns möjligheten till avskedsrum specifikt för coronasmittade patienter och det kändes värdefullt att kunna erbjuda anhöriga en plats att ta farväl. I andra fall kunde avsked tas på patientsalar med över 10 vårdplatser. Anhöriga fick sitta själva eftersom intensivvårdssjuksköterskan behövde prioritera de andra patienterna. De kände att etiken brast eftersom de trånga patientsalarna bidrog till en integritetskränkning. Det var svårt att upprätthålla sekretessen när det inte fanns möjlighet att skärma av mellan patienterna. Intensivvårdssjuksköterskor upplevde då att det kanske var lika bra att anhöriga inte fick besöka sina närstående.

Ibland kunde patienter ringa sina anhöriga innan intubation för att ta farväl vilket kändes mycket sorgligt. I vissa fall fick intensivvårdssjuksköterskor beskriva dödsfallet för anhöriga via telefon samtidigt som patienten var på väg att avlida vilket kändes psykiskt påfrestande.

Trots detta upplevde intensivvårdssjuksköterskor att stödet de erbjöd anhöriga var avgörande och gjorde stor skillnad.

Tema 2: Det dagliga arbetet liknar "krigssjukvård"

Ett helt annat arbete

Eftersom fler patienter krävde en mer avancerad vård blev yrkesutförandet ett helt annat arbete. Intensivvårdssjuksköterskor beskrev att de vårdade 4-5 intensivvårdspatienter. Det ökade antal patienter per intensivvårdssjuksköterska bidrog till en tidsbrist som tillsammans med ovan personal resulterade till att omvårdnaden fick sämre kvalitet. De viktigaste åtgärderna fick prioriteras framför omvårdnaden vilket innebar att medicinska åtgärder sattes före omvårdnadsåtgärder. All energi gick åt till att få patienterna att överleva arbetspasset. Erfarna intensivvårdssjuksköterskor upplevde att omvårdnaden kunde jämföras med den som fanns på 70-80 talet.

Det upplevdes att få arbetsuppgifter hanns med vilket gav en otillfredsställelse. Det var svårt att ha samma helhetsbild av patienterna med deras bakgrund och sjukdomshistorik vilket bidrog till att rapporteringen blev bristfällig vid skiftbyte. I vissa fall sederades patienterna djupare eftersom det inte fanns nog med personal som kunde övervaka dem. Mycket energi lades enbart på att hålla isär patienterna för att inte riskera förväxling och det fanns en oro över att misstag redan hade begåtts. Svårigheter beskrevs kring att komma ihåg patienters namn.

Intensivvårdssjuksköterskor upplevde att vården var opersonlig och att det var svårt att utföra en personcentrerad vård. På grund av tidsbrist, frånvaro av anhöriga och svårigheter att kommunicera kunde patienterna upplevas som överkliga. Kommunikation med patienterna kunde även glömmas bort. Intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att patienterna avpersonifierades, vilket fungerade som en försvarsmekanism för att mentalt klara av så många sjuka och döda människor. När patienter tillfrisknade och extuberades kunde det upplevas som att alla känslorna kom samtidigt vilket gjorde att det brast för intensivvårdssjuksköterskan, hela situationen upplevdes för mycket för att ta in. Det fanns ett stort medlidande för patienterna som endast såg människor i skyddsutrustning och att det inte fanns tid att bemöta patienternas ångest. Det kändes ledsamt att patienterna aldrig fick hudkontakt då all personal hade handskar på sig.

Utmaningar inom den avancerade omvårdnaden

Vården påverkades eftersom det saknades resurser för att möta behovet. Vården blev därför mer beroende av intensivvårdssjuksköterskans enskilda bedömning. För att minska arbetsbelastningen ansåg chefer att kraven på vårdkvaliteten skulle sänkas, vilket upplevdes svårt då läkarna fortsatte att ordinera omfattande intensivvård. Intensivvårdssjuksköterskan upplevde även det stressande att inte kunna ge den specialistvård som de var utbildade för. De kände att de inte kunde stå för den vård som bedrevs och att det saknades rätt förutsättningar.

Det var svårt att hinna identifiera problemområden, behandla och utvärdera effekterna kring omvårdnad, läkemedelsjusteringar och ventilatorsinställningar. Intensivvårdssjuksköterskor beskrev att de inte hade full koll vilket kändes stressande. Det var svårt att veta hur prioriteringar skulle utföras när en patient hade avancerad cirkulatorisk övervakning, dialys, bukläge och ventilatorvård samtidigt. De önskade tydligare riktlinjer om prioriteringar.

Läkemedelshantering tog mycket tid då patienterna krävde höga doser av olika läkemedel. Det var ständigt ett behov av läkemedelsadministrering och läkemedelspumparna larmade hela tiden. Intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att de hela tiden låg steget efter och att ljudet från läkemedelspumparna gav en högljudd arbetsmiljö vilket gjorde dem stressade. Det var svårt att hålla koll på alla patienternas olika läkemedelsdoseringar och hur dessa skulle justeras för den enskilde patientens bästa. När det förelåg en brist på de sedvanliga läkemedlen användes andra preparat som intensivvårdssjuksköterskorna inte var vana att hantera. Detta kunde i vissa fall bidra till att patienterna var för dåligt sederade vilket upplevdes skrämmande. Rutiner frångicks eftersom det ansågs inte längre vara möjligt att ha samma bytesintervaller av läkemedel och aggregat. Läkemedelssprutor saknade ID-märkning och vid hanteringen förekom det att olika personer skötte läkemedelsberedningen och läkemedelsadministreringen vilket beskrevs som en patientsäkerhetsrisk. I vissa fall utfördes läkemedelsberedningen inne på patientsalen vilket upplevdes trångt och ohygieniskt medan i andra fall skedde iordningställandet av läkemedel utanför patientsalen vilket var tidskrävande.

Vid blodprovstagning, blodgrupperingar eller bastester var det en person som tog blodprovet och en annan ID-märkte provröret utanför patientsalen, vilket upplevdes att riskera patientsäkerheten. Det ökade antal transporter av intensivvårdspatienter upplevdes också som en patientsäkerhetsrisk.

Intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att basal omvårdnad, vändningar, mobilisering och sjukgymnastik inte utfördes i lika hög grad som tidigare. Bukläge blev bortprioriterat på grund av personal- och tidsbrist. Patienter som tillfrisknat från Covid-19 hade ett stort rehabiliteringsbehov som inte hanns med. På grund av svårigheterna att utföra vändningar upplevde intensivvårdssjuksköterskor att det fanns en risk för trycksår. Hos en del patienter hade trycksår redan uppkommit, då till följd av bristen av intensivvårdssängar. Intensivvårdssjuksköterskor reflekterade över vilka konsekvenser den bristande omvårdnaden kommer att leda till.

En del intensivvårdssjuksköterskor arbetade i delar av Sverige där det fanns fåtal patienter med Covid-19 och fortfarande lediga intensivvårdspplatser. Detta gjorde att intensivvårdssjuksköterskor inte hade upplevt några etiska dilemman eller prioriteringar än. Det förbereddes inför den kommande vågen. Dock fanns en oro över beredskapen och ifall det var möjligt att klara av det stora vårdbehovet som väntade. Det fanns en medvetenhet om hur arbetssituationen såg ut hos kollegor i värre drabbade områden och det kändes som att vissa kollegor inte förstod vad som väntade dem.

Att vara ytterst ansvarig med nya kollegor

Intensivvården fick hjälp av andra yrkesprofessioner för att klara av situationen vilket intensivvårdssjuksköterskor var tacksamma för. Det upplevdes dock svårt att handleda och skola in ny personal samtidigt som de ansvarade för fler kritiskt sjuka patienter än vanligt. Samtliga intensivvårdssjuksköterskor kände ett stort ansvar över den ledarrollen de behövde ta samtidigt som arbetsbördan var tung. Det upplevdes att den nya personalens kompetens inte var tillräcklig vilket kunde leda till att patientsäkerheten brast. Det förekom att intensivvårdssjuksköterskor hade behövt stoppa ny personal från att utföra åtgärder eftersom det skulle innebära en fara för patientens liv. Det förekom en ovisshet kring vilken kunskap den nya personalen hade vilket gjorde det svårt för intensivvårdssjuksköterskan att veta vilka arbetsuppgifter som kunde delegeras. Rutiner ändrades utefter personalens kompetens och vid handledning av ny personal kändes det svårt att informera kring gällande rutiner och riktlinjer eftersom intensivvårdssjuksköterskorna själva inte var fullt insatta i dessa. I vissa fall hade den nya personalen blivit ofrivilligt förflyttade till intensivvårdsavdelningarna och det kunde kännas jobbigt att handleda personal som egentligen inte ville vara där. En kontinuitet saknades under inskolningar och det var önskvärt att få skola in samma person för att förbättra temaarbetet.

Genom att låta andra sjuksköterskor ta hand om läkemedelshanteringen kunde arbetsbelastningen för intensivvårdssjuksköterskan minskas. Även farmaceuter avlastade genom att iordningställa läkemedel vilket upplevdes vara till stor hjälp. När andra yrkesgrupper skötte den basala omvårdnaden kunde intensivvårdssjuksköterskan avlastas vilket upplevdes positivt. Intensivvårdssjuksköterskor kunde dock känna att enbart fokusera på livsviktig behandling kändes otillräckligt och de önskade vara mer delaktiga i omvårdnaden. De administrativa arbetsuppgifterna sköttes av andra och det upplevdes bra att få lägga fokus på patienten.

Intensivvårdssjuksköterskorna kände att alla gjorde så gott de kunde och trots att den nya personalen saknade kunskap om intensivvård upplevde intensivvårdssjuksköterskan att de inte skulle kunna klara sig utan dem.

Som soldater i krig

Det dagliga arbetet jämfördes med att vara soldater i krig. Intensivvårdssjuksköterskor kände en oro över att inte orka med den stora arbetsbördan, flera långa arbetspass och liten möjlighet till rast. Det kunde förekomma osämja mellan kollegor och korta toner användes vilket antogs bero på den höga stressen. Intensivvårdssjuksköterskor beskrev hur de märkte att kollegor runtomkring var ledsna. De kände en maktlöshet och den etiska samt moraliska stressen ökade varje dag. De var mycket tröttare än vanligt och tänkte ofta på jobbet hemma vilket gjorde att de svårt att slappna av. De drömde ofta om jobbet och drömmarna handlade framför allt om prioriteringar och att inte kunna ge adekvat vård. Känslan av otillräcklighet kunde göra att intensivvårdssjuksköterskan grät på jobbet och hemma. De hade ett behov av både närhet och avskildhet för att kunna bearbeta dagens händelser. De längtade efter att arbetet skulle återgå till det normala då det fanns nog med tid för att ge patienterna adekvat

omvårdnad. Krisstöd erbjöds i de flesta fallen av kuratorer eller psykologer för att bistå personalen med reflektion och stöd. En del kände att tiden och orken inte räckte till för att kunna ta del av dessa resurser. Det fanns även en rädsla över att släppa fram känslorna och intensivvårdssjuksköterskorna visste inte hur denna situation ska kunna bearbetas på bästa sätt. När krisstödet tog initiativ till reflektion upplevdes det positivt.

Tema 3: Arbetsmiljön liknar en "krigszon"

En tyngre arbetsbörda

Intensivvårdssjuksköterskor fick arbeta långa arbetspass vilket upplevdes påverka hälsan negativt för dem och kollegorna. Vissa hade en mycket högre veckoarbetstid än tidigare vilket kändes acceptabelt eftersom det handlade om en begränsad tid. Det förekom schemaförändringar, extrapass, passbyten, inbeordningar och indragna semestrar. Vissa upplevde att arbetsgivaren inte tog hänsyn till familjelivet eftersom de förväntades stå upp när som helst. På grund av krisavtal var en del tvungna att vara tillgängliga dygnet runt. I andra fall behövde de inte arbeta mer än vad de orkade och det var frivilligt att ta extrapass. Vissa upplevde situationen under kontroll trots en ansträngd arbetsbörda.

Arbetsmiljön upplevdes rörig och stressig då det var mycket personal, hög ljudnivå och ljuset var på dygnet runt. De provisoriska patientsalarna innehöll inte adekvat utrustning och upplevdes inte optimalt utformade för att vårda svårt sjuka intensivvårdspatienter. Trots stora patientsalar blev det ändå trångt och svårt att möjliggöra lugn och avskildhet. En del upplevde att avsaknaden av anhöriga på avdelningen kunde bidra till en lugnare arbetsmiljö.

Vårdtyngden var hög och arbetsuppgifterna var mer omständliga. Det ökade patientantalet motsvarade inte antalet tillgängliga intensivvårdssjuksköterskor och detta var en stor faktor till den stress och otillräcklighet som kändes i det dagliga arbetet. Arbetsmiljön upplevdes ansträngd redan innan coronapandemin men skulle nu klara av ett större vårdbehov med samma resurser som tidigare. Förutsättningarna beskrevs därför som katastrofala och det upplevdes att personalen stretchades till max. En del beskrev att de inte satt ner på hela passet, vilket berodde på att det inte fanns någon plats för personalen att sitta på. Den höga arbetsbördan gjorde det svårt att ha de etiska aspekterna i åtanke.

Antalet vårdpersonal inne på patientsalen begränsades i syfte av att spara på skyddsutrustning. Detta gjorde att vårdpersonalen fick spendera många timmar i rad inne på patientsalen utan möjlighet till korta pauser för att äta eller gå på toaletten. Detta upplevdes som fysiskt jobbigt, varmt och ansträngande. På grund av att färre antal personer fick vistas på patientrummen begränsade det möjligheten för kollegor att svara på frågor och ge konsultationer. Kommunikationen mellan kollegorna kunde därför ske genom fönsterglasat in till patienten. Det förekom då att personal hört fel av ansvarig läkare och därmed utfört fel åtgärd.

Seniora intensivvårdssjuksköterskor kunde uppleva det som krävande att vara ett stöd och svara på kollegornas frågor eftersom de blev störda i den egna tankeprocessen. Juniora intensivvårdssjuksköterskor kände att de var tvungna att gå från ny till erfaren under en kort tid. Att prioritera var svårt och de önskade mer stöttning.

Eftersom rutiner uppdaterades ofta var det mycket att läsa in sig på, vilket kändes svårt att hinna med och kunde beskrivas som ett kaos förklätt till ordning. I vissa fall uppdaterades rutiner varje dag och det förekom en ovisshet ifall arbetsuppgifter utfördes enligt aktuella rutiner. Dock upplevde vissa att rutiner fungerade bra eftersom det hade arbetats fram under en längre tid, innan pandemin uppkommit, och att de som arbetat med att ta fram rutinerna hade gjort ett bra jobb.

Arbetet med skyddsutrustning

Att arbeta i skyddsutrustningen beskrevs som varmt, svettigt, tungt och jobbigt. Det var svårt att andas med munskydden och visiren reflekterade ljus vilket gjorde det svårt att se. Munskydd kunde ge upphov till skador hos personalen i form av skavsår i ansiktet och en del valde därför att inhandla egna skyddsmasker. På grund av att skyddsutrustningen var så pass energikrävande blev intensivvårdssjuksköterskorna fysiskt och psykiskt utmattade. En del kunde känna en panikkänsla relaterat till skyddsutrustningen. Skyddsutrustningen beskrevs som svårarbetat när det krävdes snabba insatser vid akuta situationer. Det förekom en rädsla då det skulle ta längre tid för kollegor ingripa vid livshotande situationer. Skyddsutrustningen gjorde det svårt att kommunicera då kroppsspråk och miner inte syntes. Det var även svårt att höra och bli hörd vilket upplevdes som riskfyllt, framförallt vid akuta situationer.

En del kände sig trygga med den skyddsutrustning som fanns och upplevde den bra. Andra kände sig otrygga eftersom det fanns en rädsla kring att skyddsmaterialet skulle ta slut. Fokus låg på att inte själva bli smittade och en del beskrev det som att arbeta med sitt liv som insats. På grund av oron att bli smittad förekom överanvändning av skyddsutrustning vilket bidrog till en ökad stress för att materialet skulle ta slut. Detta bidrog till diskussioner vilket kunde resultera till en irritation kollegor emellan. En del kände att rutiner inte alltid var överensstämmande med verkligheten eftersom det innehöll annorlunda riktlinjer jämfört med WHO eller andra regioner. Munskydd användes i vissa fall under en längre tid än vad som rekommenderades. Detta utgjorde en osäkerhet och oro eftersom det upplevdes att arbetsgivarna förändrade rutiner och riktlinjer kring skyddsutrustningen utefter tillgång eller brist. När detta togs upp med hygienieteamet och chefer upplevde en del sig dåligt bemötta. Det kändes inte som att hygienieteamet hade förståelse kring hur vården bedrevs. I andra fall upplevdes det att cheferna och kollegorna gjorde allt de kunde för att garantera personalens säkerhet.

Tillgången av material

Brist eller hot om brist på material förelåg hos de flesta vilket kändes oroligt och frustrerande. Material som kunde saknas var läkemedel, skyddsutrustning, sprutor, sugkatetrar, slutna sugsystem, medicinska filter och slangar. Det fanns även brist på medicinskteknisk utrustning så som ventilatorer och läkemedelspumpar. Detta löstes genom att använda gammal utrustning eller låna från operation. Intensivvårdssjuksköterskor var inte vana att hantera dessa och beskrevs som en patientsäkerhetsrisk. Bristen på material krävde större planering innan vårdåtgärder utfördes och det upplevdes svårare att arbeta aseptiskt. Det lånades

material från andra avdelningar på sjukhuset och en del material återanvändes vilket kunde kännas hållbart i vissa fall.

På en del avdelningar fanns det tillräckligt med material och säkerhetsutrustning. Det upplevdes då att arbetsgivaren hade tagit ansvar över försörjningen. Hanteringen och användningen av skyddsutrustning samt att personalgruppen var överens om vilken skyddsutrustning som skulle användas när kändes tryggt.

Ledarskapets betydelse

Chefer kunde beskrivas som ett ovärderligt stöd när de var lyhörda och hjälpte till att upprätthålla en god stämning. Det kändes bra att få daglig positiv feedback från cheferna. I vissa fall hade chefer bidragit genom att köpa in daglig frukost och vätskeersättning för personalen. Stöd och gåvor från avdelningar och allmänheten var också mycket uppskattat. En del upplevde att cheferna arbetade många timmar och gjorde sitt bästa för personalen.

Andra intensivvårdssjuksköterskor kände en oförståelse från cheferna gällande användning av skyddsutrustning. Det fanns då en önskan att cheferna själva skulle delta i det dagliga arbetet för att få förståelse om vad det innebar. Det förekom även att intensivvårdssjuksköterskor upplevde att cheferna inte gav adekvat stöd till personalen och att ledarskapet var obefintligt. När cheferna var påtagligt stressade syntes de inte till eller så gick dem i konflikt med personalen. Detta medförde att intensivvårdssjuksköterskor kände att cheferna hade en oförståelse av personalens oro, den tunga arbetsmiljön och patientsäkerhetsrisker. En del kände att det bristande stödet från cheferna blev droppen och planerade att lämna slutenvården efter att pandemin var över.

Flera intensivvårdssjuksköterskor saknade stöd och närvaro från sjukhusets ledning och det var önskvärt med en förbättrad kommunikation. Det beskrevs att samarbetet mellan olika sjukhus inte tidigare fungerat och det upplevdes bli tydligare nu. Att bygga upp beredskap i form av fältsjukhus kändes orealistiskt och ovärdigt att vårda svårt sjuka intensivvårdspatienter i dessa.

Det beskrevs att en krissituation fanns inom intensivvården redan innan pandemin men att det inte togs på allvar. På grund av redan befintliga brister inom hälso- och sjukvården kände en del att detta var en faktor till den höga arbetsbördan under pandemin.

Intensivvårdssjuksköterskor önskar en utredning kring bristerna inom intensivvården för att motverka liknande situationer i framtiden. Det framkom även önskan om ett statligt övertagande av riktlinjer och rutiner avseende skyddsmaterial för att försäkra sig om att alla regioner arbetar på samma sätt.

Dagliga informationsmöten upplevdes som bra, men tidskrävande. Informationen ändrades i vissa fall varje dag och en del kände en total avsaknad av information från arbetsgivaren. Ibland framkom uppgifter från media innan arbetsgivaren hann informera.

Tema 4: Vi är starkare än någonsin

Den ovärderliga kollegialiteten

Positiva upplevelser i relation till det dagliga arbetet kunde ses vid ett gott teamarbete. Det upplevdes som ett strukturerat omhändertagande av patienterna på grund av ett gott teamarbete mellan alla professioner. Genom att varje individ fick ansvarsområden kunde ett teamarbete uppnås. Med god hjälp från kollegor och andra yrkesgrupper riktades det dagliga arbetet mot ett gemensamt mål. Det upplevdes att de tillsammans hittades innovativa och påhittiga sätt att klara av arbetssituationer. Vid framgång kunde detta kännas mycket stärkande, individuellt och för teamet. En god kollegialitet har beskrivits upprepade gånger då alla har velat bidra. Detta kunde även innefatta ett emotionellt stöd mellan kollegor. Genom kontinuerliga samtal mellan kollegor kring den etiska stressen som upplevdes kunde intensivvårdssjuksköterskor känna att de inte var ensamma med sina känslor. Detta manifesterades framför allt när intensivvårdssjuksköterskor kunde uppleva ett försämrat stöd från ledning och chefer. Då blev kollegorna anledningen till att orka ta sig till arbetet. Genom att dela humor, uppmuntrande ord, skratt och gråt mellan kollegorna kunde nedåtgående spiraler av negativa tankar brytas. Att få utrymme för reflektioner, diskussioner och känslor på avdelningen var värdefullt. Det kunde resultera till att den inre etiska stressen minskade något. Trots en ansträngd arbetsmiljö och enorma påfrestning kunde arbetsgruppen upplevas som förbättrad jämfört med tidigare. Det kändes som att de gemensamt var starkare än någonsin eftersom de alla upplevde situationen tillsammans och en stark ”Vi-känsla” framkom.

Anpassning till en oförutsägbar situation

Intensivvårdssjuksköterskor upplevde att de var trygga i sin yrkesroll och med den kunskap de hade. De kände också att de fick en ny insikt kring hur få som kan utföra deras yrke och att deras profession är högt värderad. De mer erfarna intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att kollegorna värdesatte deras kompetens mer. Yrkesprofessionen och kompetensen som intensivvårdssjuksköterskor besitter kom till stor användning vid vård av coronapatienter. Intensivvårdssjuksköterskor beskriver det som stärkande att kunna lita på sin kunskap och handla adekvat med teamet vid akuta situationer.

Trots att det fanns en känsla av otillräcklighet, så visade en del intensivvårdssjuksköterskor olika tecken på förmågor att anpassa sig. Intensivvårdssjuksköterskor kände sig stolta över sitt yrke och att få göra en skillnad för hela Sveriges befolkning. En uppfinnesriktighet och en förmåga att se möjligheter genom att släppa kontrollbehovet beskrevs. Det upplevdes även i vissa fall som positivt att få ett utökat ansvar och att det var roligt att få nya kollegor att dela med sig av sin kunskap. Att få utnyttja sina kunskaper till det yttersta kändes som en utmaning och det var spännande. Intensivvårdssjuksköterskor kände sig tillfredsställda över att få använda sin kompetens till att prioritera och planera. Detta utmynnade i lärdomar och att få växa i sin yrkesroll. Genom att beskriva situationen som en utmaning och patienterna som högsta prioritet skildrades ett mod hos intensivvårdssjuksköterskorna. Det fanns ingen

tillåtelse till att känna rädsla eftersom de var medvetna över hur vital intensivvårdssjuksköterskans roll var för att klara av denna extraordinära situation. Detta kunde manifesteras som att vara en soldat i ledet där arbetsuppgifter skulle utföras. Det stod klart att vanliga regler inte längre gällde under denna rådande situation.

Metoddiskussion

Användning av internet som datainsamlingsmetod är relativt nytt och utforskat. Denna datainsamlingsform möjliggör högt deltagarantal med en sociodemografisk mångfald vilket ökar överförbarheten till studien. Genom att använda ett frågeformulär som skickades ut till 12 facebookgrupper och en facebookside hittades deltagare till studien. Grupperna och sidan hade mellan 30-30 000 medlemmar. I studien deltog 62 intensivvårdssjuksköterskor med olika erfarenheter från samtliga av Sveriges tre landsdelar. Det höga antalet deltagare och urvalets bredd ökar därför överförbarheten för resultatet [45]. Dock kan det argumenteras mot resultatets överförbarhet vid jämförelse av antalet deltagare i förhållande till hur många medlemmar det fanns i samtliga facebookgrupper och facebookside. Det fanns ändå ett stort dataunderlag som täckte 23 stycken A4-sidor med typsnittsstorlek 12. Omfattningen på svaren skilde sig åt mellan varandra. Således kan en del upplevelser skildras mer ingående än andras. Genom att använda den tematiska analysen av Braun och Clarke [40] kan olika upplevelser kännas igen hos samtliga deltagare och därför stärka resultatets trovärdighet. Eftersom datainsamlingen genomfördes mitt under pandemin kan det bidra till en ”sann” bild över upplevelserna i realtid vilket kan stärka trovärdigheten.

För att möjliggöra en tolkning av datan så krävdes författarnas förförståelse. Författarna var legitimerade sjuksköterskor med två respektive 10 års erfarenhet. Det fanns därför en förförståelse inom den kliniska omvårdnaden på grundnivå och en lägre förförståelse inom den kliniska omvårdnaden på avancerad nivå inom intensivvård. Initialt tolkades datan enskilt för att sedan tolkas och koder på egen hand. När koder och meningar skiljde sig mellan författarna diskuterades detta tills en gemensam uppfattning nåddes. Genom att först göra en enskild tolkning minskas risken för att författarna påverkas av varandra och kan bidra till ett trovärdigt resultat.

Eftersom författarna har en låg förförståelse av att arbeta inom intensivvård påverkades dataanalysen mindre av tidigare erfarenheter vilket stärker pålitligheten [46]. Efter att kodning genomförts under analysprocessen exkluderades de koder som var otillräckligt beskrivna eftersom det kunde riskera att tolkningar inte överensstämde med deltagarnas upplevelser. Detta kan ha bidragit till att en viss betydelsefull data har missats eftersom deltagarna inte kunde utveckla sina svar efteråt. Detta påverkar resultatets pålitlighet. Således kan nyanser och mening i den skrivna texten missats [45]. Dock kan asynkron datainsamling bidra till att deltagarna kan reflektera och tänka kring sitt svar innan det skickas in [41, 45] vilket ökar trovärdigheten. Deltagarna besvarade frågorna under sin fritid och var därför inte direkt påverkade av arbetsuppgifter eller arbetsmiljön vilket också ökar trovärdigheten. Det valdes dock att inte redovisa citat vilket kan påverka trovärdigheten negativt.

Då det inom vissa regioner endast fanns en intensivvårdsavdelning valde författarna att tillfråga i vilken av Sveriges tre landsdelar deltagarna arbetade. Detta för att säkerställa en total anonymitet. Säkerställande av anonymitet kan bidra till ett mer uppriktiga svar [45]. Det valdes att inte ställa frågorna direkt i facebookgrupperna eftersom detta kunde riskera att deltagarnas svar påverkades. I resultatet beskrivs en bristande patientsäkerhet vid flera tillfällen och det kan reflekteras kring ifall detta hade framkommit vid andra kvalitativa datainsamlingsmetoder med en lägre anonymitet, så som fokusgrupps- eller enskilda intervjuer. Det kan antas att deltagarna inte skulle våga berätta om tabubelagda ämnen, så som att själv begå misstag, inför författarna vid exempelvis en intervju [45].

Resultatdiskussion

Sammanfattning

I samband med spridningen av Covid-19 i början av år 2020 ökade antalet intensivvårdspatienter i Sverige och intensivvårdssjuksköterskor ansvarade därför över flera patienter än vanligt. Ny personal rekryterades till intensivvårdsavdelningarna vilket krävde handledning och en tacksamhet fanns hos ordinarie personal trots att arbetsbelastningen ökade. Patienternas kliniska sjukdomsbild var olik den hos vanligt lungsjuka intensivvårdspatienter. Generellt krävdes en ökad sedering för att tolerera ventilatorvården och eftersom läkemedelsåtgången ökade tog vissa preparat slut. Utbytespreparat användes istället och intensivvårdssjuksköterskor upplevde att det riskerade patientsäkerheten. Tidsbrist gjorde att omvårdnadsåtgärder åsidosattes för att prioritera livsviktig behandling vilket bidrog till en känsla av otillräcklighet hos intensivvårdssjuksköterskor. Anhöriga tilläts sällan besöka sina närstående. Kommunikationen med anhöriga skedde därför enbart via telefon eller genom videosamtal. Att arbeta med skyddsutrustning upplevdes fysiskt och psykiskt påfrestande. För att spara på skyddsmaterial begränsades antalet personal inne på patientsalen. Kommunikationssvårigheter uppstod med personalen utanför patientsalen vilket kunde leda till missförstånd. Rutiner kring skyddsutrustningen upplevdes inte stämma överens med nationella eller internationella riktlinjer. Intensivvårdssängarna räckte inte till och patienter fick trycksår av att ligga på vanliga sjukhussängar. En starkare gemenskap utvecklades i personalgruppen och det kändes värdefullt när chefer visade uppskattning. Intensivvårdssjuksköterskorna visade på en anpassningsbarhet när de löste svåra situationer på innovativa sätt och en förmåga att se möjligheter när kompetensen kom till användning.

Diskussion

I resultatet framkom en bild av en annorlunda intensivvård. Detta kunde innebära att en personcentrerad vård uteblev på grund av avsaknaden av anhöriga, tidsbrist och avsaknad av resurser. Enligt tidigare forskning är anhöriga en viktig stödresurs för att intensivvårdssjuksköterskan ska kunna utföra en personcentrerad vård och avsaknaden av dessa bidrar till en opersonlig vård [47]. Enligt Manuell, Co [19] kan krissituationer påverka den personcentrerade vården negativt. Detta eftersom ett ökat antal patienter är i behov av

intensivvård och vården bedrivs därför på en gruppnivå. Den opersonliga vården bidrog till att intensivvårdssjuksköterskorna avidentifierade patienterna vilket kunde fungera som en skyddsmekanism mot en psykisk påfrestande situation. Det kan reflekteras kring huruvida intensivvårdssjuksköterskors framtida förhållningssätt gentemot patienterna kan bli påverkade av denna erhållna skyddsmekanism och vilket ansvar arbetsgivaren har för att möjliggöra en personcentrerad vård.

Intensivvårdssjuksköterskor upplevde en sorg över att flera yngre patienter avled trots omfattande vårdåtgärder. Dessa upplevelser har visat sig öka risken för psykisk ohälsa hos intensivvårdssjuksköterskor [48].

Då deltagarna inte hann med alla sina arbetsuppgifter, prioriterades livsuppehållande åtgärder. Detta gjordes med hjälp av behovs- och solidaritetsprinciper enligt hälso- och sjukvårdslagen [11]. Detta visas när livsviktiga insatser prioriteras över de insatser som inte har en akut påverkan på patienternas liv. I praktiken innebar det att rehabiliterings- och omvårdnadsåtgärder uteblev för att kunna utföra livsviktiga åtgärder. Det är sedan tidigare känt att omvårdnadsåtgärder i form av mobilisering motverkar bland annat muskelnedbrytning och uppkomsten av blodproppar [49]. Det framkom att friskare patienter blev bortprioriterade eftersom det inte fanns tid för mobilisering. Det är därför rimligt att anta att det kommer att finnas ett omfattande rehabiliteringsbehov vilket utmanar hälso- och sjukvårdens kapacitet efter pandemin. Troligtvis påverkas även livskvaliteten hos patienterna till följd av detta.

Det är känt sedan tidigare att intensivvårdssjuksköterskor har en förhöjd risk att drabbas av psykisk ohälsa relaterat till arbetsmiljöfaktorer [48, 50]. Tecken på psykisk ohälsa förekom när deltagarna hade svårt att lämna tankar om etiska dilemman på arbetsplatsen. Enligt Mealer, Jones [48] har symptom på arbetsrelaterad psykisk ohälsa visat sig främst genom depression och utbrändhet. Det är sannolikt att intensivvårdssjuksköterskor kommer påverkas av den tunga arbetsbördan och att antalet med utmattningssyndrom ökar efter pandemin.

Det är fördelaktigt ifall arbetsplatsen erbjuder reflektion, debriefing och etiska diskussioner [7]. Arbetsplatserna hade erbjudit krisstöd men intensivvårdssjuksköterskor upplevde att det varken fanns tid eller ork till detta. När det fanns en kurator till hands som tog initiativ till samtalsstöd så genomfördes reflektionerna, vilket upplevdes mycket positivt. Det borde beaktas att reflektioner är viktiga men att det uteblev när initiativtagandet låg på intensivvårdssjuksköterskan. Således bör krisstöd vara mer tillgängligt för att kunna utnyttjas.

Arbetspass med mer än 40 timmar per vecka och ett ökat antal patienter påverkar patientsäkerheten negativt [13]. Eftersom antalet intensivvårdspatienter och vårdtyngen inte anpassades efter antalet intensivvårdssjuksköterskor beskrev deltagarna att patientsäkerheten hotades. Enligt tidigare studier är de främsta faktorerna till att erfarna kollegor lämnar arbetsplatsen psykisk ohälsa och bristande arbetsmiljö [16]. Socialstyrelsen [5] har beskrivit att ett redan ansträngt läge inom hälso- och sjukvården riskerar patientsäkerheten och att det är svårt att behålla befintlig personal samt rekrytera nya kollegor. Det kan reflekteras kring hur den nuvarande arbetssituationen kommer att ha en påverkan huruvida

intensivvårdssjuksköterskor väljer att stanna kvar på sina nuvarande arbetsplatser och vad det innebär för kompetensförsörjningen i framtiden.

Enligt Manuell, Co [19] var brist på tillgängliga ventilatorer och personal med kompetens för att hantera dessa de främsta anledningarna till att hälso- och sjukvårdens beredskap inte klarade av ett ökat behov av intensivvård under svininfluensan. För att klara av ett ökat behov bör det säkerställas att läkemedel, sjukvårdsmateriel, medicinskteknisk utrustning och utbildad personal finns till hands [17]. Statens offentliga utredning om hälso- och sjukvårdens beredskap har även visat att hälso- och sjukvården saknade de resurser som krävdes för att kunna hantera den rådande situationen under svininfluensan och att det ledde till att riktlinjer samt smittskyddsåtgärder inte följdes adekvat [18]. Sveriges hälso- och sjukvård bör dra lärdom från coronapandemin hur beredskap kan byggas upp avseende sjukvårdsmateriel, utrustning och kompetensförsörjning.

Under svininfluensan beskrev intensivvårdssjuksköterskor att höga krav ställdes på oerfarna intensivvårdssjuksköterskor när de förväntas att utföra samma arbetsuppgifter som de erfarna kollegorna vilket kunde påverka patientsäkerheten negativt [51]. På grund av att det saknades erfarna intensivvårdssjuksköterskor vårdade personal med otillräcklig kompetens komplexa intensivvårdspatienter själva och det fanns en önskan över mer stöttning. Sveriges intensivvårdsavdelningar är i ett stort behov av erfarna kollegor och för att uppfylla detta krävs det en attraktiv arbetsplats som intensivvårdssjuksköterskor vill stanna kvar på.

Genom innovation och uppfinnesrikesdom har intensivvårdssjuksköterskor, trots en ansträngd situation, lyckats bibehålla vården till en godtagbar nivå. Utifrån en ökad resiliens kan hanteringen av oväntade och plötsligt förekommande händelser förbättras inom hälso- och sjukvården [5]. Resiliens är således en lika organisatorisk som individuell förmåga. Eftersom det har visats att intensivvårdssjuksköterskor med en resiliens har en minskad risk för utmattningssyndrom är det viktigt att få möjlighet till att utveckla dessa förmågor [16].

Deltagarna påvisar resiliens när positiva aspekter kan framställas i en negativ situation genom att se möjligheter för kompetensutveckling. Det fanns ett synsätt genom att göra det bästa av situationen utefter förutsättningarna vilket gav deltagarna en anpassningsförmåga. Resiliens innebär förmågan att bemästra motgångar och bli starkare från upplevelser [52] vilket har synt hos deltagarna.

Slutsats

Intensivvårdssjuksköterskors dagliga arbete påverkas av det ökade behovet av intensivvård tillsammans med bristen på resurser. Ett ökat antal intensivvårdspatienter med stort vårdbehov tillsammans med behovet att handleda ny personal bidrar till att det uppkommer en tidsbrist. Tidsbristen innebär att en del arbetsuppgifter inte hinns med. Detta gör att omvårdnadsåtgärder brister eller uteblir vilket påverkar patienten och samhället negativt. Adekvat omvårdnad är centralt, inte bara för patientens livskvalitet, utan även ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. För intensivvårdssjuksköterskorna leder tidsbristen till stress och etiska dilemman som i slutändan kan bidra till utmattningssyndrom och psykisk ohälsa. Andra faktorer som påverkar arbetsmiljön negativt är trånga patientsalar, oförståeliga rutiner och utebliven kommunikation inom organisationen. Genom att öka resurserna och förbättra beredskapen kan intensivvårdssjuksköterskors arbetsmiljö bli mer attraktiv vilket kan locka till sig fler kollegor. Det finns en önskan att denna studie kan användas för att få en inblick i ”verkligheten” eftersom studien genomfördes i realtid under Covid-19. Vi vill trycka på att intensivvårdssjuksköterskor har visat på en resiliens till en mycket krävande situation och att de är en stor del till varför sjukvården fortfarande fungerar under en krissituation orsakat av en pandemi. Förhoppningen är att denna studie kan leda till ytterligare forskning kring patientsäkerhetsbrister, beredskap, samt patienternas och anhörigas upplevelser under coronapandemi.

Implikationer

- Mer utbildning för att öka intensivvårdssjuksköterskornas resiliens. Detta för att förbereda intensivvårdssjuksköterskor inför de påfrestande situationer som kan förekomma under en pandemi.
- För att säkerställa tillgängligheten och möjligheten till reflektioner är det av fördel att initiativ tas av krisstöd eller arbetsgivare.
- Eftersom hälso- och sjukvården är en fundamental del i samhället finns det i dagsläget små marginaler att förhålla sig inom, för att bibehålla utbudet i förhållande till behovet av vård. Då krissituationer kräver mer resurser än i vanliga fall är det fördelaktigt att hälso- och sjukvården har en reservkapacitet som kan omfördelas för att öka marginaler vid svåra förhållanden så som en pandemi.

Referenslista

1. Wu Z, McGoogan J. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020.
2. SFAI. *Riktlinjer för Svensk Intensivvård* Malmö: Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård; 2015 [Available from: https://sfai.se/wp-content/uploads/2015/02/Riktlinjer-Svensk-Intensivv%C3%A5rd_-rev-2015.pdf].
3. SFAI. SFAI-tidningen. Officiellt organ för Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård Volym 26, nummer 2-2019 Malmö: Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård; 2019 [Available from: <https://sfai.se/wp-content/uploads/2019/07/2019-Vol.-25-Nr-2.pdf>].
4. RfAnIVA & Svensk Sjuksköterskeförening. *Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård*: Riksföreningen för Anestesi och Intensivvård & Svensk Sjuksköterskeförening; 2012 [Available from: <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/anestesi.och.intensivvard.kompbeskr.pdf>].
5. Socialstyrelsen. Kapacitet och resiliens i den dagliga verksamheten Stockholm: Socialstyrelsen; 2018 [Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-12-1.pdf>].
6. SIR. *Årsrapport 2019* Karlstad: Svenska Intensivvårdsregistret; 2020 [Available from: https://www.icuregsw.se/globalassets/arsrapporter/arsrapport_2019_final.pdf].
7. Coombs M, Grech C. *Ethical issues in critical care*. In: Aitken LM, Marshall A, Chaboyer W, Australian College of Critical Care N, editors. *ACCCN's critical care nursing*. 3 ed. ed: Chatswood, NSW : Elsevier Australia; 2015.
8. World Federation of Critical Care Nurses. *Constitution of the World Federation of Critical Care Nurses*. Australia: World Federation Of Critical Care Nurses; 2016.
9. SOSFS. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013:22.
10. Harris D, Williams G. *Systems and resources*. In: Aitken LM, Marshall A, Chaboyer W, Australian College of Critical Care N, editors. *ACCCN's critical care nursing*. 3 ed. ed: Chatswood, NSW : Elsevier Australia; 2015.
11. SFS. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet; 2017:30.
12. McAndrew NS, Leske J, Schroeter K. Moral distress in critical care nursing: The state of the science. *Nursing Ethics*. 2018;25(5):552-70.
13. Azoulay E, Timsit J-F, Sprung CL, Soares M, Rusinová K, Lafabrie A, et al. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the conflictus study. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2009;180(9):853.
14. Simons KS, Verweij E, Lemmens PMC, Jelfs S, Park M, Spronk PE, et al. Noise in the intensive care unit and its influence on sleep quality: a multicenter observational study in Dutch intensive care units.(Report). *Critical Care*. 2018;22(1).

15. Ulrich BT, Kear TM. The Health and Safety of Nephrology Nurses and the Environments in Which They Work: Important for Nurses, Patients, and Organizations. *Nephrology Nursing Journal*. 2018;45(2):117.
16. Jackson D, Firtko A, Edenborough M. Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. Oxford, UK2007. p. 1-9.
17. Khorram-Manesh A, Hedelin A, Örténwall P. Hospital-related incidents causes and its impact on disaster preparedness and prehospital organisations. *Scandinavian Journal Of Trauma, Resuscitation And Emergency Medicine*. 2009;17(1).
18. SOU. Delbetänkande av Utredningen om Hälso- och sjukvårdens beredskap. Stockholm: Statens offentliga utredningar; 2020:23.
19. Manuell M-E, Co MDT, Ellison RT. Pandemic Influenza: Implications for Preparation and Delivery of Critical Care Services. *Journal of Intensive Care Medicine*. 2011;26(6):347-67.
20. Folkhälsomyndigheten. *Pandemiberedskap. Hur vi förbereder oss - ett kunskapsunderlag*.: Folkhälsomyndigheten; 2019 [Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/p/pandemiberedskap-hur-vi-forbereder-oss-ett-kunskapsunderlag/>].
21. Ericson E. Klinisk mikrobiologi : infektioner, immunologi, vårdhygien. 4., [omarb. och uppdaterade] uppl. ed. Ericson T, Robertsson J, editors. Stockholm: Stockholm : Liber; 2009.
22. Dawood FS, Luliano D, A., Reed C, Meltzer M, Shay DK. Estimated global mortality associated with the first 12 months of 2009 pandemic influenza A H1N1 virus circulation: a modelling study. *The Lancet*. 2012;12(9):687-95.
23. Rabi F, Al Zoubi M, Kasasbeh G, Salameh D, Al-Nasser A. SARS-CoV-2 and Coronavirus Disease 2019: What We Know So Far. *Pathogens*. 2020;9(3):231.
24. Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS, Groot RJd, Drosten C, Gulyaeva AA. Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: The species and its viruses – a statement of the Coronavirus Study Group. *bioRxiv*. 2020;2020.02.07.937862.
25. WHO. WHO china joint mission on covid-19. Geneve: World Health Organisation; 2020.
26. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet (London, England)*. 2020;395(10229):1054.
27. Arabi YM, Fowler R, Hayden FG. Critical care management of adults with community-acquired severe respiratory viral infection. *Intensive Care Med*. 2020;46.
28. Xie J, Tong Z, Guan X, Du B, Qiu H, Slutsky AS. Critical care crisis and some recommendations during the COVID-19 epidemic in China. *Intensive Care Medicine*. 2020.
29. Rhodes A, Evans L, Alhazzani W, Levy M, Antonelli M, Ferrer R, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Medicine*. 2017;43(3):304-77.
30. WHO. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected - Interim guidance Geneve: World Health Organisation; 2020.

31. Wetzig S, Blackwood B, Currey J. *Respiratory alterations and management*. In: Aitken LM, Marshall A, Chaboyer W, Australian College of Critical Care N, editors. *ACCCN's critical care nursing*. 3 ed. ed: Chatswood, NSW : Elsevier Australia; 2015.
32. Rose L, Butcher R. *Ventilation and oxygenation management*. In: Aitken LM, Marshall A, Chaboyer W, Australian College of Critical Care N, editors. *ACCCN's critical care nursing*. 3 ed. ed: Chatswood, NSW : Elsevier Australia; 2015.
33. ECDC. *Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings - Third update*. 31 March 2020. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2020.
34. WHO. *Advice on the use of masks in the community, during home care, and in health care settings in the context of COVID-19*. Geneva: World Health Organisation; 2020.
35. SIR. *Isolering på sjukhus* Karlstad: Svenska Intensivvårdsregistret; 2020 [Available from: <https://www.icuregswe.org/om-sir/nyheter/isolering-pa-sjukhus/?fbclid=IwAR3hl1RymtNdyecJQdQrLfGcnkRK4ghmpsAaLHRdqmaMU4P2bUaelE5ztw>].
36. SIR. *COVID-19 i svensk intensivvård* Karlstad: Svenska intensivvårdsregistret; 2020 [Available from: <https://www.icuregswe.org/data--resultat/covid-19-i-svensk-intensivvard/>].
37. Regeringsbeslut. Uppdrag att inrätta en samordningsfunktion för intensivvårdsplatser Stockholm: Regeringen; S2020/01849/FS [Available from: <https://www.regeringen.se/494f34/contentassets/417f8d8b14494aab8338f88c2db8c9c8/uppdra-att-inratta-en-samordningsfunktion-for-intensivvardsplatser.pdf>].
38. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens roll och arbete med anledning av covid-19 Stockholm: Socialstyrelsen; 2020 [Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/coronavirus-covid-19/socialstyrelsens-roll-och-uppdrag/>].
39. Socialstyrelsen. Nationella principer för prioritering inom intensivvård under extraordinära förhållanden Stockholm: Socialstyrelsen; 2020 [cited 2020 3/4]. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/nationella-prioriteringar-intensivarden.pdf>.
40. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77-101.
41. Polit DF, Beck CT. *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. Eighth edition ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2008.
42. SFS. Lag om etikprövning av forskning som avser människor Stockholm: Utbildningsdepartementet; 2003:460 [Available from: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460].
43. Kjellström S. *Forskningsetik*. In: Henricson M, editor. *Vetenskaplig teori och metod : från idé till examination inom omvårdnad*. Andra upplagan ed: Lund : Studentlitteratur; 2017.
44. Etikprövningsmyndigheten. *Om vår och etikprövningens historia* Uppsala: Etikprövningsmyndigheten; 2019 [Available from: <https://etikprovningensmyndigheten.se/etikprovningens-historia/>].

45. Skärsäter I, Ali L. Att använda internet vid datainsamling. In: Henricson M, editor. Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad: Studentlitteratur; 2015.
46. Cathrina Landström, Priebe G. Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar. In: Henricson M, editor. Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad: Studentlitteratur; 2015.
47. Åsa E, Siv S. Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16(9):1651-9.
48. Mealer M, Jones J, Newman J, McFann KK, Rothbaum B, Moss M. The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: Results of a national survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2012;49(3):292-9.
49. Cameron S, Ball I, Cepinskas G, Choong K, Doherty TJ, Ellis CG, et al. Early mobilization in the critical care unit: A review of adult and pediatric literature. *Journal of Critical Care*. 2015;30(4):664-72.
50. Rippstein-Leuenberger K, Mauthner O, Sexton J, Schwendimann R. A qualitative analysis of the Three Good Things intervention in healthcare workers. *BMJ Open*. 2017;7(5).
51. Honey M, Wendy YQW. New Zealand nurses perceptions of caring for patients with influenza A (H1N1).(Report). *Nursing in Critical Care*. 2013;18(2):63.
52. Thomas LJ, Asselin M. Promoting resilience among nursing students in clinical education. *Nurse Education in Practice*. 2018;28:231-4.

Bilaga 1: Forskningspersonsinformation



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA
SAHLGRENSKA AKADEMIN

INFORMATION TILL INTENSIVVÅRDSSJUKSKÖTERS KOR SOM VÅRDAR COVID-19 PATIENTER

Förfrågan om deltagande

Vi vill fråga dig om du vill delta i vår studie. I det här dokumentet kommer du att få information om studien och om vad det innebär att delta.

Bakgrund och syfte

Antalet patienter i behov av intensivvård är idag stort på grund av covid-19. Detta sätter Sveriges intensivvårdsavdelningar på bristningsgränsen. Ett ökat behov av intensivvård innebär att intensivvårdssjuksköterskor ansvarar för fler svårt sjuka patienter än i normala fall. Rutiner och riktlinjer kring handhavandet av skyddsutrustning förändras dagligen och brist på sjukvårdsmateriel är i dagsläget ett faktum. Flertalet kritiskt sjuka patienter, etiska dilemman och förändringar kring arbetsmiljön är faktorer som potentiellt kan utgöra stress hos hälso- och sjukvårdspersonal. Syftet med studien är att undersöka hur intensivvårdssjuksköterskor upplever sitt dagliga arbete i relation till yrkesprofessionen, etiken och arbetsmiljön under covid-19 pandemin.

Genomförande

Du kommer att få ta del av ett formulär med frågor kring etik, arbetsmiljö och yrkesprofession. Tanken är att du ska ha möjlighet att skriva ner dina reflektioner och upplevelser av ditt arbete så som det ser ut idag. Sista datum för deltagande

Hantering av data och sekretess

Vi har utformat vår studie så att du ska kunna känna dig säker på att ditt deltagande inte medför några följder eller risker för dig. När studien är klar, godkänd och publicerad kommer datan som ligger till grund för resultatet att raderas. Svaren kommer att enbart kunna läsas av oss och vi kommer inte att kunna se vem som svarat vad. Datan analyseras på gruppnivå, inga citat används i resultatet. Du är således helt anonym.

Deltagandet är helt frivilligt

Du kan närsomhelst under genomförandet välja att avbryta ditt deltagande och dina svar sparas inte förens du väljer att skicka in formuläret.

Ansvariga för studien

- **Emelie Axelsson** Leg. Sjuksköterska under specialistutbildning inom intensivvård
Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Sahlgrenska akademien, GÖTEBORGS UNIVERSITET.
Mail Gusaxeemn@student.gu.se
- **Louise Danielsson** Leg. Sjuksköterska under specialistutbildning inom intensivvård
Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Sahlgrenska akademien, GÖTEBORGS UNIVERSITET.
Mail Gusdanloa@student.gu.se

Huvudansvarig

- **Mona Ringdal**, Docent, PhD, Intensivvårdssjuksköterska
Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Sahlgrenska akademien, GÖTEBORGS UNIVERSITET.
Universitetslektor med kombinationsanställning som sjuksköterska, anestesikliniken Kungälv's sjukhus.

Bilaga 2: Frågeformulär

Intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att arbeta under coronapandemin

Var god se nedan för information kring studien.

***Obligatorisk**



INSTITUTIONEN FÖR VÄRDVETENSKAP OCH HÄLSA
SAHLGRENSKA AKADEMIN

INFORMATION TILL INTENSIVVÅRDSSJUKSKÖTERSKOR SOM VÅRDAR COVID-19 PATIENTER

Förfrågan om deltagande

Vi vill fråga dig om du vill delta i vår studie. I det här dokumentet kommer du att få information om studien och om vad det innebär att delta.

Bakgrund och syfte

Antalet patienter i behov av intensivvård är idag stort på grund av covid-19. Detta sätter Sveriges intensivvårdsavdelningar på bristningsgränsen. Ett ökat behov av intensivvård innebär att intensivvårdssjuksköterskor ansvarar för fler svårt sjuka patienter än i normala fall. Rutiner och riktlinjer kring handhavandet av skyddsutrustning förändras dagligen och brist på sjukvårdsmateriel är i dagsläget ett faktum. Flertalet kritiskt sjuka patienter, etiska dilemman och förändringar kring arbetsmiljön är faktorer som potentiellt kan utgöra stress hos hälso- och sjukvårdspersonal. Syftet med studien är att undersöka hur intensivvårdssjuksköterskor upplever sitt dagliga arbete i relation till yrkesprofessionen, etiken och arbetsmiljön under covid-19 pandemin.

Genomförande

Du kommer att få ta del av ett formulär med frågor kring etik, arbetsmiljö och yrkesprofession. Tanken är att du ska ha möjlighet att skriva ner dina reflektioner och upplevelser av ditt arbete så som det ser ut idag. Sista datum för deltagande

Hantering av data och sekretess

Vi har utformat vår studie så att du ska kunna känna dig säker på att ditt deltagande inte medför några följder eller risker för dig. När studien är klar, godkänd och publicerad kommer datan som ligger till grund för resultatet att raderas. Svaren kommer att enbart kunna läsas av oss och vi kommer inte att kunna se vem som svarat vad. Datan analyseras på gruppnivå, inga citat används i resultatet. Du är således helt anonym.

Deltagandet är helt frivilligt

Du kan när som helst under genomförandet välja att avbryta ditt deltagande och dina svar sparas inte förens du väljer att skicka in formuläret.

Ansvariga för studien

- **Emelie Axelsson** Leg. Sjuksköterska under specialutbildning inom intensivvård
Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Sahlgrenska akademien, GÖTEBORGS UNIVERSITET.
Mail Gusaxecemn@student.gu.se
- **Louise Danielsson** Leg. Sjuksköterska under specialutbildning inom intensivvård
Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Sahlgrenska akademien, GÖTEBORGS UNIVERSITET.
Mail Gusdanloa@student.gu.se

Huvudansvarig

- **Mona Ringdal**, Docent, PhD, Intensivvårdssjuksköterska
Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Sahlgrenska akademien, GÖTEBORGS UNIVERSITET.
Universitetslektor med kombinationsanställning som sjuksköterska, anestesikliniken Kungälv's sjukhus.

1. Förstår du innebörden och godkänner ditt deltagande till studien? *

Markera endast en oval.

Ja

Nej

Introduktionsfrågor

2. Hur länge har du varit yrkesverksam som specialistsjuksköterska inom intensivvård? *

Markera endast en oval.

- <1 år
 1-5 år
 5-10 år
 >10 år

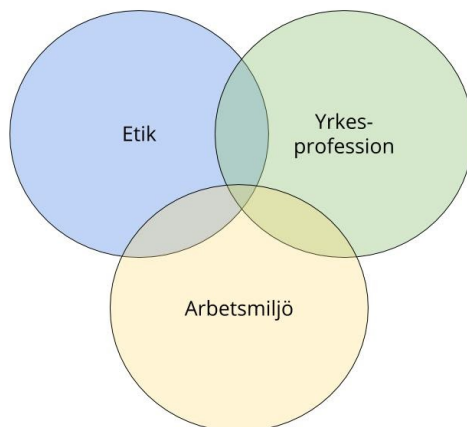
3. I vilken del av Sverige är du yrkesverksam idag? *

Markera endast en oval.

- Norrland (Gästrikland, Hälsingland, Härjedalen, Jämtland, Medelpad, Ångermanland, Västerbotten, Norrbotten och Lappland)
 Svealand (Dalarna, Närke, Södermanland, Uppland, Värmland och Västmanland)
 Götaland (Skåne, Blekinge, Halland, Småland, Öland, Gotland, Östergötland, Västergötland, Dalsland och Bohuslän)

Huvudfrågor

Nedan presenteras tre öppna frågor där tanken är att du som deltagare ska beskriva och reflektera hur ditt dagliga arbete ser ut idag under den rådande covid 19 pandemin och hur det har förändrats jämfört med innan. Dessa frågor är kopplade till tre områden; etiken, yrkesprofessionen och arbetsmiljön.



4. Beskriv och reflektera hur du upplever din yrkesprofession, i relation till pandemiutbrottet. Exempelvis möjligheten att utföra basal omvårdnad, handhavande av läkemedel, behandlingsstrategier eller din egen upplevda kompetens. *

5. Beskriv och reflektera hur du upplever den etiska aspekten av ditt dagliga arbete, i relation till pandemiutbrottet. Exempelvis möjligheten till bemötandet av anhöriga, avslut av livsuppehållande behandling, prioriteringar, etiska dilemman samt etisk stress. *

6. Beskriv och reflektera hur din arbetsmiljö påverkas av pandemiutbrottet. Exempelvis stöd från din arbetsgivare eller dina kollegor, riktlinjer och rutiner, materialförsörjning eller säkerhet. *

7. Slutligen beskriv med ETT ORD en KÄNSLA som uppstår när du utför ditt dagliga arbete i relation till pandemiutbrottet. *

Det här innehållet har varken skapats eller godkänts av Google.

Google Formulär