



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
OCH HÄLSA**

# **SPECIALISTSJUKSKÖTERSORS UPPLEVELSE AV ATT VÅRDA KRITISKT SJUKA PATIENTER I ETT TÄLT, UNDER SARS-CoV-2 PANDEMIN**

**Fältsjukhuset IVA Kronan**

**Ann-Christine Ljungdahl**

---

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet inom intensivvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT/2020
Handledare:	Sepideh Olausson
Examinator:	Margret Lepp

	Specialistsjuksköterskors upplevelse av att vårda kritiskt sjuka patienter i ett tält, under SARS-CoV-2 pandemin: Fältsjukhuset IVA Kronan
Titel svensk:	
	Specialist nurses' experience of caring for critically ill patients in a tent, during the SARS-CoV-2 pandemic: Field hospital IVA Kronan
Titel engelsk:	
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet inom intensivvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT/2020
Handledare:	Sepideh Olausson
Examinator:	Margret Lepp
Nyckelord:	Arbetsmiljö, Covid-19, Fältsjukhus, Intensivvård, Omvårdnad Pandemi, SARS-COV-2, Specialistsjuksköterska, Upplevelser

---

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Intensivvårdssjuksköterskor arbetar i högteknologisk miljö och ansvarar för att vårda kritiskt sjuka patienter med svikt i ett eller flera organ, minimera risker samt förebygga komplikationer. Sverige saknar specialistsjuksköterskor, det råder platsbrist och en hög arbetsbelastning medför brister i arbetsmiljö, stress, sämre patientsäkerhet samt risk för skador. Intensivvårdssjuksköterskan ska arbeta personcentrerat, bevara patientens autonomi samt integritet. Hinder för att utföra omvårdnad utefter etiska normer och värden kan medföra etisk stress. Det pågår en pandemi, (SARS-CoV-2) där patienter blir svårt sjuka och behöver intensivvård. Specialistsjuksköterskor med olika spetskompetens har inkallats för att arbeta i ett provisoriskt fältsjukhus, IVA Kronan.

**Syfte:** Att beskriva specialistsjuksköterskors upplevelser av att vårda kritiskt sjuka i ett fältsjukhus, under pandemin (SARS-CoV-2).

**Metod:** En kvalitativ metod med en induktiv ansats och en tematisk analys. Ett ändamålsenligt urval bestående av tio specialistsjuksköterskor från ett sjukhus i Sverige.

**Resultat:** Resultatet presenteras i fyra huvudkategorier och tio subkategorier. De fyra huvudkategorierna som framkom var; ”En krävande arbetsmiljö”, ”Brister i barriärvården”,

”Sänkt vårdkvalité” och ”Teamarbete i kris”. Studien visar svåra omständigheter specialistsjuksköterskor arbetade i. De beskrev att vårdnivån var sänkt, evidensbaserad säker vård var svår att uppfylla och att omvårdnaden prioriterades bort på grund av tidsbrist. Specialistsjuksköterskor upplevde etisk stress och önskade samtal, debriefing. Trots alla rådande brister, rådande pandemi, kort introduktion och att personalen var inkallad från olika håll och med olika kompetenser, så lyckades personalen mobilisera kraft.

**Slutsats:** Studien visar på vikten av att rusta sjukvården inför en pandemi. Om det inte, i Sverige, finns redan befintliga lokaler att använda sig av och fältsjukhuset IVA Kronan åter tas i bruk visar studien på brister som behöver åtgärdas. Samtidigt visar den på vikten av att förbereda och träna ett team samt erbjuda personliga stödjande samtal och debriefing.

**Nyckelord:** Arbetsmiljö, Covid-19, Fältsjukhus, Intensivvård, Omvårdnad, Pandemi, SARS-CoV-2, Specialistsjuksköterska, Upplevelser

# Abstract

## Background:

Intensive care nurses work in a high-tech environment and are responsible for caring for the critically ill patients with failure of one or more organs, minimizing risks and preventing complications. Sweden lacks specialist nurses, and there is shortage of space that requires shortcomings in the work environment, stress, poorer patient safety and the risk of injuries. The intensive care nurse must take a person-centered approach and preserve the patient's autonomy and integrity. Obstacles to performing nursing according to ethical norms and values can lead to ethical stress. There is an ongoing pandemic (SARS-CoV-2) where patients become seriously ill and need intensive care. Specialist nurses with various cutting-edge skills have been called in to work in a temporary field hospital, IVA Kronan.

**Aim:** To describe specialist nurses' experiences of caring for the critically ill patients in a field hospital, during the pandemic (SARS-CoV-2).

**Method:** A qualitative method with an inductive approach. An appropriate selection consisting of ten specialist nurses from a hospital in Sweden. Interviews were analyzed with a thematic, inductive analysis.

**Results:** The result is presented in four main categories and ten subcategories. The four main categories that emerged were "A demanding work environment", "Inadequate barrier care", "Reduced level of care" and Teamwork in crisis ". The study shows difficult circumstances in which the specialist nurses worked. They described the level of care in the tent was reduced. The specialist nurses described that evidence-based safe care was difficult to fulfill and that the care was prioritized away due to lack of time. Specialist nurses experienced ethical stress and there was a desire for outreach activities for supportive conversations and debriefing. Despite all the prevailing shortcomings, the prevailing pandemic, the brief introduction, and the fact that the staff were called in from different places and with different skills, the staff managed to mobilize force.

**Conclusion:** The study shows the importance of equipping healthcare in the face of a pandemic. If, in Sweden, there are no existing premises to use and the field hospital IVA Krona is used again, the study shows shortcomings that need to be remedied. At the same time, it shows the importance of preparing and training a team and offering personal supportive conversations and debriefing.

**Key words:** Covid-19. Environment, Experiences, Field Hospital, Intensive Care, Nursing, Pandemic, SARS-CoV-2, Specialist nurse, Working

## Förord

Jag vill tacka verksamhetschefen Bertil Andersson och alla fantastiska informanter/hjältar som deltog och gjorde studien möjlig. Tack till min tålmodiga handledare, Sepideh Olausson, som stöttat och hjälpt till. Tack också till Mattias Block som lät mig använda fotot han tagit över fältsjukhuset IVA Kronan.

*Ann-Christine Ljungdahl*

## Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund.....	1
<b>Pandemi på grund av luftvägsinfektion orsakad av influensa .....</b>	<b>1</b>
<b>Luftvägsinfektioner, epidemier och pandemi förorsakat av Coronavirus under 2000-talet.....</b>	<b>1</b>
<b>Intensivvård, utformning och organisation.....</b>	<b>2</b>
<b>Intensivvårdssjuksköterskan uppdrag och ansvar .....</b>	<b>3</b>
<b>Intensivvårdsmiljön.....</b>	<b>4</b>
<b>Etiska aspekter kring intensivvårdssjuksköterskans arbete av svårt sjuka patienter ..</b>	<b>5</b>
Problemformulering .....	5
Syfte .....	6
Metod .....	6
<b>Urval .....</b>	<b>6</b>
<b>Datainsamling .....</b>	<b>7</b>
<b>Dataanalys .....</b>	<b>8</b>
<b>Forskningsetiska överväganden .....</b>	<b>9</b>
Resultat.....	10
<b>Kategori 1: En krävande arbetsmiljö .....</b>	<b>11</b>
Icke ändamålsenliga lokaler.....	11
Brister i materiella resurser.....	12
<b>Kategori 2: Brister i barriärvården .....</b>	<b>12</b>
Skyddsutrustning på gott och ont.....	12
Svårigheter att hålla barriären .....	13
<b>Kategori 3: Sänkt Vårdkvalité .....</b>	<b>14</b>
Utebliven vård.....	14
Brist på personcentrering .....	15
Etisk stress och behov av debriefing.....	16
<b>Kategori 4: Teamarbete i kris .....</b>	<b>17</b>
Att mobilisera kraft .....	17
Att använda Copingstrategier .....	17

Betydelsen av tidigare kunskap och erfarenhet .....	18
Metoddiskussion.....	19
Resultatdiskussion.....	21
Slutsats .....	25
Implikationer .....	25
Referenslista .....	27

## **Inledning**

Under våren 2020 drabbades hela världen av en pandemi som orsakats av coronaviruset, Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 (SARS-CoV-2), och som ger sjukdomen Covid-19. Detta föranledde ett stort behov av intensivvård och intensivvårdsplatser utöver det vanliga verksamhetsuppdraget. I samband med att samtliga befintliga intensivvårdsplatser belades och antalet patienter med Covid-19 smittade som krävde intensivvård ökade, togs det ett beslut att öppna ett Fältsjukhus, IVA Kronan, utanför Östra sjukhuset i Göteborg. Tältet krävde en egen organisation och bemanning. Specialistsjuksköterskor från olika destinationer kallades in, både frivilligt och genom att de beordrades. Några fick en introduktionsutbildning, andra inte. Arbetsmiljön i tältet upplevdes inte optimal, det organiserades nya lokaler och tältet stängdes. Pandemin fortlöper, en andra våg har tagit fart och det kan, i framtiden, återigen, bli aktuellt att öppna ett fältsjukhus. Med anledning av detta avser uppsatsen studera specialistsjuksköterskors upplevelse av att arbeta tältet.

## **Bakgrund**

### **Pandemi på grund av luftvägsinfektion orsakad av influensa**

När ett virus från djur kommer i kontakt med människans vanligt förekommande säsongsinfluensavirus så kan det muteras spontant och skapa en ny variant som har förmåga att smitta människor emellan (Doerr, Varwig, Allwinn, & Cinatl, 2006). När ett nytt influensavirus sprids över världen och hotar människors hälsa, klassas den som en pandemi (Pappas, Kiriaze, Giannakis, & Falagas, 2009). Epidemiska infektioner har genom människans historia, skapat en rädsla på grund av det dödliga hot som oförutsett och obemärkt kan överföras till människan (Pappas et al., 2009).

### **Luftvägsinfektioner, epidemier och pandemi förorsakat av Coronavirus under 2000-talet**

Sju varianter av coronavirus kan smitta människor och förorsaka allt från lättare luftvägsinfektioner, förkylningar till allt allvarligare luftvägsinfektioner. Tre coronavirus, med ursprung från djur, har orsakat allvarliga luftvägsinfektioner under 2000-talet; Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus (SARS-CoV), Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (Mers-CoV) och den nu pågående pandemin SARS-CoV-2 (Folkhälsomyndigheten, 2020a).

SARS-CoV bröt ut år 2002 i Kina och 8000 personer smittades varav 774 personer dog innan spridningen avstannade år 2004. MERS utbrottet startade i Mellanöstern och fram till januari



2020 har det smittat 2519 personer varav 866 avlidit. I Kina, december, 2019 detekterades återigen en influensa som drabbar luftvägarna. Nomenklaturen för viruset benämns SARS-CoV-2 och för sjukdomen den framkallar Covid-19 och sprids mer effektivt än de tidigare (Abdelrahman, Li, & Wang, 2020). Virusets spridning över världen och i mars 2020 klassades den av WHO som en pandemi (Folkhälsomyndigheten, 2020b).

WHO (2020) rapporterade, 2020-11-20, att det fanns 56 261 952 konstaterade fall i världen och totalt hade 1 349 506 har avlidit. I Sverige rapporterades 196,446 smittade varav 6,321 har dött. Pandemin och kapplöpningen om att ta fram ett vaccin pågår världen över vid tiden för denna studie, men än finns det inget färdigställt vaccin (World Health Organization, 2020).

Patienter som smittas med SARS riskerar att få Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) (Salto-Tellez, Tan, & Lim, 2005). ARDS är ett akut inflammatoriskt tillstånd vilket orsakar en extrem inflammatorisk process i lungorna som skadar alveolerna och resulterar i utbredda infiltrat. Tillsammans medför detta ett sämre gasutbyte, hypoxi och behov av intensivvård. (Donahoe, 2011). Att lägga patienten i bukläge i ett tidigt stadium kan öka syresättningen och öka överlevnaden hos patienter med ARDS (Ayzac et al., 2013). Samtidigt är det riskabelt att lägga en patient i bukläge då det finns risker såsom att trachealtub kan åka ur, tryckskador och många andra risker. Det krävs cirka fem personer för att lägga patienten i bukläge (Västra Götalandsregionen, sjukhus., & Intensivvårdsavdelning, 2019).

## **Intensivvård, utformning och organisation**

Enligt SFAI and Svensk Intensivvårdssällskapet (2015) riktlinjer för svensk intensivvård definieras intensivvård (IVA) som en avancerad vårdform där svårt sjuka patienter med svikt i ett eller flera organ övervakas och behandlas av ett specialistutbildat arbetslag som har god samarbetsförmåga och ett etiskt förhållningssätt.

Trots att intensivvård betraktas som en vårdform och som kan bedrivas oberoende av plats, är frågan av platsens utformning för att bedriva vård ständigt aktuell. Det finns riktlinjer som bland annat anger att om intensivvårdrummets yta delas av två patienter bör ytan inte understiga 20 kvadratmeter/patient. Ytan ska vara tillräcklig för att komma åt patienter oavsett plats runt sängen och ytan får inte inskränka på vården. Vidare bör det finnas möjligheter för att avskilja patienter som ligger i samma utrymme (SFAI & Svensk Intensivvårdssällskapet, 2015). Sängarna ska vara anpassade för intensivvård med möjlighet för att mäta vikt. Varje rum ska vara kopplat till en arbetsstation med möjlighet till internetuppkoppling och åtkomst till bland annat intranätet samt patientens journal etcetera. Vidare ska det finnas medicinteknisk utrustning och tillgängliga vårdrutiner. Patienterna ska ha en plan, få bästa tillgängliga vård och behandling, vilken ska utvärderas regelbundet tillsammans med läkaren samt dokumenteras (SFAI & Svensk Intensivvårdssällskapet, 2015).

Intensivvårdsavdelningen ska ligga nära kringliggande verksamhet ex röntgen, operation och anslutningskorridor till dessa ska vara lätt att ta sig fram igenom. Vid behov av andra resurser som krävs för patientens tillstånd och som inte kan utföras på enheten ska patienten omedelbart förflyttas till enhet med de resurserna. Det ska finnas utrymme för dokumentation, rondarbete och en plats att förvara och bereda läkemedel. Därutöver anges olika utrymmen så som förråd för sterilt gods, linne, toaletter samt utrymme för sophantering. Ljuset, temperaturregleringen och utsug för gaser ska vara optimalt och det ska finnas tillgång till vatten samt avlopp. Vid smittorisk ska arbetet utgå från barriärvård samt isolering vid behov Det ska finnas tillräckligt med isolerings platser (SFAI & Svensk Intensivvårdssällskapet, 2015).

Enligt Socialstyrelsen (2018) saknar Sverige specialistsjuksköterskor och bristen förutspås fortsätta samt öka. Tillfällig hyrpersonal anses inte vara en optimal lösning då det kan påverka patientsäkerheten och omvårdnad då tillfällig hyrpersonal anses få en bristande introduktion. Samtidigt råder det en platsbrist med en ökning av överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter vilket innebär bland annat brister i arbetsmiljö, stress, sämre patientsäkerhet och risk för skador inom vård. En ökad arbetsbelastning medför ökad stress vilket i sin tur kan öka möjligheter att fel begås. Dessutom medför en högre arbetsbelastning att det finns risk för att personalen blir sjuk eller slutar sin anställning. År 2019 beräknades det finnas 526 intensivvårdsplatser och bristen på intensivvårdsplatser har löpande lyfts fram i media (SFAI & Svensk Intensivvårdssällskapet, 2015).

## **Intensivvårdssjuksköterskan uppdrag och ansvar**

Riksföreningen för Anestesi och Intensivvård and Svensk Sjuksköterskeförening (2012) har tillsammans sammanställt kompetensbeskrivningen för intensivvårdssjuksköterskor. Intensivvårdssjuksköterskor arbetar i en högteknologisk miljö och ansvarar för att vårda de kritisk sjuka samt minimera risker. De ska hantera utrustningen, kunna läsa av monitorerna, löpande, utvärdera behandling och omedelbart agera vid förändringar. Samtidigt ska intensivvårdssjuksköterskan arbeta för att motverka komplikationer, spridning av sjukdomar och arbeta med riskanalyser samt göra avvikelserapportering för att säkerhetsställa patientsäkerhet.

Att vårdas inom intensivvård innebär en risk för komplikationer. Några av komplikationerna kan intensivvårdssjuksköterskan förebygga. Dessutom kan patienterna få psykiska följdproblem med mentala förändringar så som försämrade kognitiv förmåga, försämrat minne, uppmärksamhetsförmåga samt depression. Den långvariga vistelsen och immobilisering under ventilatorvård kan leda till viktnedgång, muskelförtvining, kontrakturer och ibland även till tidigarelagd död än förväntat, relaterat till ålder. Det är viktigt att följa patientens vitala parametrar så att patienten överlever men också att arbeta för att motverka både fysiska och psykiska komplikationer (Angus & Carlet, 2003). För att förbättra patientens förutsättningar för att uppnå livskvalitet efter utskrivning krävs ett aktivt arbete med mobilisering för att få

upp patienten snarast ur sängen. Detta sker genom att ge god smärtlindring och att så snart som möjligt sänka sedering samt träna ut patienten från respiratorn.

Intensivvårdssjuksköterskan arbetar således för att detektera och minska risk för delirium, tidigt mobilisera samt träna patienten och stärka muskler genom fysisk träning (Pandharipande, Banerjee, McGrane, & Ely, 2010). Patienter har vaga minnen från tiden på intensivvården och kan uppleva obehagliga mardrömmar (Adamson et al., 2004). Omvårdnad för den kritiskt sjuka innefattar också att upprätthålla patientens hygien och tvätta den sängliggande patienten (Coyer, O'Sullivan, & Cadman, 2011), identifiera risk för tryck samt avlasta tryck för att undvika tryckskador och sår (Cremasco, Wenzel, Zanei, & Whitaker, 2013). Patienter som är sövda och ligger i ventilator behöver daglig ögonvård för att minska ögonskador (Marshall, Elliott, Rolls, Schacht, & Boyle, 2008). Det är viktigt med noggrann munvård för att minska risk för ventilatorassocierad pneumoni, (VAP) (Hillier, Wilson, Chamberlain, & King, 2013). Intensivvårdssjuksköterskan har även ansvar för att patienten sköter magen regelbundet (Patanwala, Abarca, Huckleberry, & Erstad, 2006).

Intensivvårdssjuksköterskan kan upprätta en personlig dagbok som senare kan användas som underlag efter utskrivning och ha som underlag för att prata om de minnen patienter saknar eller som den upplevt (Levine, Reilly, Nedder, & Avery, 2018).

## **Intensivvårdsmiljön**

Vårdmiljön anses vara viktig då en god miljö möjliggör ett välbefinnande för både patienter och anhöriga (Olausson, 2014). Nightingale ansåg, tidigt, att en bra miljö har en läkande effekt på patienterna. Hon uppgav viktiga delar som borde ingå i en god miljö.

Vädringsmöjligheter för att få in frisk luft och att sanera dålig lukt är viktiga delar samt tillgång till rent vatten. Samtidigt ansåg Nightingale att viktiga element för en läkande miljö är adekvat belysning och värme (Selanders, 2004).

Olausson (2014) beskriver hur intensivvårdsrummet, har en inverkan på patienten, personalen och anhöriga. Flerbäddssalar genererar sämre möjlighet till avskildhet vilket medför bristande integritet för patienten. Sekretessen anses brytas och personalen överskrider etiska värderingar vilket kan resultera i att de riskerar moralisk stress. Då aktivitet hela tiden sker parallellt mellan patienterna avskalats möjligheterna för den viktiga läkande miljön och vilan.

Närstående benämns som en viktig del för patientens överlevnad och vårdandets rum med bilder på anhöriga samt fönster som leder ut, kan inge patienten ett hopp om framtid. Det saknas enkelrum i Sverige vilket anses bero på bristande ekonomiska resurser samt personalbrist. Flerbäddsrum har bristande avskildhet. De draperier som är avsedda för att skärma av används sällan och insynen kan jämföras med ett panoptiskt fängelse med möjlighet att utöva makt och kontroll. Samtidigt ger det möjlighet att övervaka och observera medan integriteten får stå tillbaka.

Patienter kan uppleva att de förlorat en del av livet utanför och känna sig isolerade. Rummets utformning är viktigt och kan medverka till att patienten har något att se fram emot och på så sätt återfår ett hopp. Detta kan ske med enkla medel genom att dekorera med personliga saker så som fotografier och ett fönster som ger möjlighet att se världen som väntar på utsidan. Relationen mellan patienten och intensivvårdssjuksköterskan har också en stor roll där det krävs att intensivvårdssjuksköterskan har en vilja att; se människan bakom patienten, skapa en relation, ge plats till patientens livsvärld och viljan att släppa in anhöriga (Olausson, 2014)

## **Etiska aspekter kring intensivvårdssjuksköterskans arbete av svårt sjuka patienter**

Mitt i all utrustning på intensivvården, befinner sig den unika patienten som vårdas. Intensivvårdssjuksköterskan ska arbeta personcentrerat, utefter det personliga omvårdnadsbehovet (Ekman et al., 2011). Patienten har rätt till autonomi samt delaktighet och inflytande kring sin vård (Sandman, 2018). Intensivvårdssjuksköterskan ska arbeta för patientens självbestämmande och värdighet samt personliga integritet (Riksföreningen för Anestesi och Intensivvård & Svensk Sjuksköterskeförening, 2012). Det kräver att intensivvårdssjuksköterskan visar respekt, ser den unika individen och har kunskap och viljan att samarbeta med människan bakom patienten och för att på så sätt kunna identifiera de personliga behoven (Ekman et al., 2011).

Patienter som vårdas på intensivvården kan sakna möjlighet att kommunicera sin autonomi och intensivvårdssjuksköterskan bär ett outtalat ansvar (Sandman, 2018). När patienten inte har förmåga att kommunicera sina behov tar intensivvårdssjuksköterskan hjälp av familj och närstående. Att informera och stötta närstående i kris är också en del av arbetet (Riksföreningen för Anestesi och Intensivvård & Svensk Sjuksköterskeförening, 2012). Närstående har behov av att kunna finnas nära patienten och att de är närvarande är även viktigt för patienten (Duran, Oman, Koziel, & Szymanski, 2007). Enlig Sandman (2018) innefattar omvårdnadsetik och att vårda innebär ett outtalat etiskt krav. Stress på grund av yttre faktorer som hindrar intensivvårdssjuksköterskan att utföra omvårdnad kan medföra psykologisk stress. Hindras intensivvårdssjuksköterskan att utföra omvårdnad utefter etiska normer och värden kan det medföra upplevd etisk stress.

## **Problemformulering**

Senare år har Coronavirus spridits från djur till människor och senast i raden är SARS-CoV-2 som spridits till hela världen och förorsakat en pandemi. Människor som drabbas insjuknar i covid-19, en influensa som kan drabba lungorna, varpå patienterna kan behöva vårdas inom

intensivvård. I Sverige var det redan före pandemin, brist på intensivvårdsplatser. För att tillgodose sjukvården med platser öppnades ett tält, fältsjukhus där de kritiskt sjuka skulle vårdas. Sverige har aldrig tidigare bedrivit intensivvård i ett fältsjukhus. Det finns inga garantier för att Sverige inte skulle komma att behöva återinföra tältet. Därför kan det vara viktigt att samla in information kring specialistsjuksköterskors upplevelse av att arbeta där.

## Syfte

Syftet med studien är att beskriva specialistsjuksköterskors upplevelser av att vårda kritiskt sjuka patienter i ett fältsjukhus, under pandemin SARS-CoV-2.

## Metod

En kvalitativ metod med en induktiv ansats användes för att beskriva studiens fenomen dvs., specialistsjuksköterskors erfarenheter av att vårda kritiskt sjuka patienter i ett tält under en pandemi. Metoden ansågs vara lämplig av flera skäl; ta fram variationerna kring det som upplevdes under arbetet i tältet och på så sätt beskriva innebörderna av fenomenet såsom det erfars av studiens deltagare, och att för att det inte fanns tidigare forskning och teorier kring studiens ämne. Data samlades in genom kvalitativa forskningsintervjuer som syftar till att dra logiska slutsatser av deras insamlade erfarenheter (Polit & Beck, 2017). Enligt Elo and Kyngäs (2008) kan den induktiva ansatsen användas vid intervjustudier då teori saknas.

## Urval

Ett ändamålsenligt urval tillämpades vid val av informanter. Detta betyder att urvalet är strategiskt planerat relaterat till informanternas kunskaper och erfarenheter kring forskningsområdet för att på så sätt få en så bra och noggrann beskrivning av det som undersöks dvs syftet (Polit & Beck, 2017). Kvale and Brinkman (2014) beskriver att det inte är antalet intervjupersoner som är av värde utan upplevda variationer i det som uttrycks kring personernas livsvärld.

Inklusionskriterier för deltagarna var att de skulle vara utbildade specialistsjuksköterskor inom intensivvård, anestesi och operation, med minst två års yrkeserfarenhet av specialistkompetens. De skulle vara yrkesverksamma och vårdat patienter med Covid-19 infektion i IVA-Kronan tältet, Östra sjukhuset, under rådande pandemi.

## Datainsamling

För att få fram specialistsjuksköterskors erfarenheter av att arbeta i tältet utformades studien som en intervjustudie. Det användes en semistrukturerad intervjuguide med följdfrågor för att samla in data och komma närmare, samt få en mer djupgående förståelse för specialistsjuksköterskors upplevelse (Polit & Beck, 2017).

Innan datainsamling kontaktades verksamhetschefen för det aktuella sjukhuset där fältsjukhuset bedrevs. Efter godkännande tillhandahölls en lista på aktuella personer som kunde kontaktas. Tio specialistsjuksköterskor som nyligen arbetat på IVA Kronan valdes ut och kunde på så sätt ge information i nära anslutning till den arbetade perioden.

Det fanns tre frågor som informanterna kunde prata fritt utefter. Däremellan ställdes följdfrågor så som. *Vad tänkte du då? Vad gjorde du då? Vad menar du med det?* Detta för att komma närmare fenomenet och för att få bekräftelse över att svaret tolkats på rätt sätt. Intervjuerna kom att likna ett samtal med en tvåvägskommunikation där forskaren kunde styra intervjun i rätt riktning men ändå lät informanterna tala fritt (Kvale & Brinkman, 2014)

Det gjordes en inledande testintervju som utföll med gott resultat och på så sätt validerades intervjufrågorna vilka bekräftades vara relevanta till syftet, varpå testintervjun inkluderades i studien. Materialet spelades in via digitala online mötestjänsten Zoom och samlades på en extern hårddisk, unikt, avsedd för ändamålet. Informanterna fick själva välja en utsatt tid och plats där intervjun skulle genomföras och de fick noggrann beskrivning om att materialet var konfidentiellt. På så sätt ökade deras möjligheter att prata fritt. Intervjuerna varade minst en halvtimme och upp till dess att informanterna kände att de pratat klart. Intervjuerna transkriberades ordagrant och pauser samt störande moment noterades.



Foto 1. Sahlgrenska University Hospital (av Mattias Block, Överläkare)

## Dataanalys

De tio intervjuerna analyserades efter tematisk induktiv analys enligt Braun and Clarke (2006).

Enligt Braun and Clarke (2006) sker den tematiska analysen genom följande steg:

1. Att närma sig och orientera sig i det som samlats in genom att upprepade gånger gå igenom insamlade data.
2. Gå igenom materialet och systematiskt koda relevant data och finna liknelser som för dem samman.
3. Samla koder under möjliga teman som i sin tur samlar in det viktiga, den underbyggda meningen.
4. Återigen gå igenom steg ett och två så att teman och underliggande koder stämmer överens och bygga en tematisk karta över de teman som framkommit.
5. En genomgång och fortsatt analys genom att se över allt material och varje tema för att finna tydliga, logiska benämningar för varje tema.
6. Göra en sista slutanalys av materialet i förhållande till forskningsfrågan  
För att slutligen skriva den vetenskapliga rapporten

Arbetsprocessen går inte stegvis utan kan vid behov gå fram och tillbaka mellan de olika stegen, är krävande och tar tid (Braun & Clarke, 2006)

Den ordagrant, transkriberade texten lästes igenom ett flertal tillfällen då författaren identifierade all meningsbärande data som svarade på syftet, frågeställningen. De som klipptes ut, kodades och grupperades i kuvert för eventuella framtida teman. Citaten, den kodade texten i kuverten, lästes och vid behov flyttades till annat kuvert. Analysen gjordes om flertal gånger. Så småningom skrevs varje kategori upp i ett Word dokument och citat som vad kodade klipptes in under varje kategori.

Det formades ett mönster av den analyserade texten och rubriker sattes upp i en ”karta”, över hur uppbyggnad av utskrivet arbete skulle komma att se ut. Därefter lades tillhörande citat under varje kategori så att subkategorier kunde formas inunder. Därefter relaterades subkategorier till varandra utifrån gemensamt meningsinnehåll och slutligen framträdde resultatets fyra kategorier och 10 subkategorier.

<p>Nr 5 <i>"I början var vi ju också rädda att bli smittade själva. Hade vi skydd som räckte för att vi inte skulle bli sjuka själva? Det tror jag folk var väldigt rädda för i början. Att ha med sig det att det var så många i Italien inom vårdyrket som hade dött, faktiskt. Att då stå i ett tält där man inte är hundra på att skyddskläderna ska räcka. När ventilationen inte är så god och att patienten hostar en rakt i ansiktet och sådär</i></p>	<p>Rädsla för att smittas</p> <p>Att sakna skyddsmedel</p> <p>Bristfällig ventilation</p>
--	---

Figur 1. Exemplifiering av analysprocess. Data som extraherats och därefter kodats i högra fältet enligt Braun and Clarke (2006).

## Forskningsetiska överväganden

Enligt lag (2003:460) om etikprövning av forskning behöver inte examensarbetet prövas i etikprövningsnämnd och det krävs inget tillstånd av etikprövningsmyndighet (Socialdepartementet, 2003). Forskningsetiska överväganden har ständigt varit närvarande och föremål för reflektion. En etisk riskanalys gjordes i samband med planering av studien för att säkerställa principerna för autonomi, göra-gott, rättvisa och icke-skada beaktades (Sandman, 2018) och en god forskningssed. Autonomiprincipen innebär att forskningspersonerna har medveten och frivilligt samtyckt att delta i forskningen. Studien anses ha ett högt etiskt värde då den lyfter fram och synliggör viktig kunskap som annars inte hade generats. Det är rimligt att anta att studien genererar kunskap om vård och behandling av kritisk sjuka patienter utanför sjukhus under exceptionella omständigheter. Detta kan vägas emot de eventuella skador som studien skulle kunna innebära för forskningspersonerna, till exempel ledsamhet.

Verksamhetschefen kontaktades via mejl samt telefon och fick information kring studien och gav sitt godkännande. Informanterna fick både skriftlig och muntlig information om bakgrund, syfte samt metod för studien, se bilaga 2. Det var frivilligt att medverka och informanterna fick veta att de när som helst kunde avbryta medverkan, utan förklaring, se bilaga 1. Enligt personuppgiftslagen (SFS 1998:204). Alla intervjuer samt data sparades på ett externt minne avsett för studien och efter att anonymiserats behandlades data konfidentiellt. Informanterna fick veta att ingen identitet skulle röjas och att allt material på externa minnet var inlåst under studiens tid och skulle raderas efter att magisteruppsatsen avslutats. De fick också information om att det skulle ske en redovisning av studien resultat i ett examensarbete vid Göteborgs Universitet.



Intervjuer har skett enligt personuppgiftslagen (SFS 1998:204), varpå intervjuer skett anonymt och både inspelade intervjuer via Zoom och textmaterial hanterats konfidentiellt, hanterats inlåst och oåtkomligt för obehöriga (Vetenskapsrådet, 2017).

## Resultat

Slutligen återstod tio specialistsjuksköterskor; intensivvårdssjuksköterskor, anestesijuksköterskor och operationssjuksköterskor som arbetat i tältet IVA Kronan under pandemin och inkluderades i studien. Det var en bra spridning över ålder 31 – 64 år, på de 10 informanter som intervjuades. Informanterna hade lång erfarenhet av att arbeta som sjuksköterska och minst två år som specialistsjuksköterska. Analysprocessen resulterade i fyra kategorier och tio subkategorier, vilka presenteras nedan.

Tabell 2: Översikt över resultatets kategorier och subkategorier

Kategori	Subkategori
En krävande arbetsmiljö	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Icke ändamålsenliga lokaler</li> <li>● Brister i materiella resurser</li> </ul>
Brister i barriärvården	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Skyddsutrustning på gott och ont</li> <li>● Svårigheter att hålla barriären</li> </ul>
Sänkt vårdkvalité	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Utebliven vård</li> <li>● Brist på personcentrering</li> <li>● Etisk stress och behov av debriefing</li> </ul>
Teamarbete i kris	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Att mobilisera kraft</li> <li>● Att använda Copingstrategier</li> <li>● Betydelsen av tidigare kunskap och erfarenhet</li> </ul>

## Kategori 1: En krävande arbetsmiljö

### Icke ändamålsenliga lokaler

Specialistsjuksköterskorna beskrev att det var svårt att bedriva ett säkert patientarbete i tältet. Största anledningen till detta tycktes vara brister i den fysiska miljön. De beskrev att omvårdnadsarbetet försvårades då den fysiska platsen var provisorisk utformad. Detta var något som starkt trädde fram i samtliga intervjuer. Exempelvis den bristfälliga arbetsytan och trångboddhet som begränsade omvårdnaden på olika sätt. På en yta där vanligtvis två patienter vårdas inne på intensivvården, vårdades det fyra patienter. Det var trångt mellan sängarna och det gjorde det svårt att ta sig fram och se övervakning utrustningen. Golvet bestod av trä, sviktade och lutade varför det blev en osäkerhet att ta sig fram- En informant beskrev att det gav upplevelsen att vara sjösjuk. Lutningen gjorde också att sängarna följde med vid lägesförändringar i sängen, vilket föranledde att personalen fick motarbeta den rörelsen. Som ersättning för avlastningsytor hängdes stolar upp med buntband i sängarna och andra föremål fästes med buntband i tältstommen. En informant beskrev hur bristen på sittplats medförde utmattning och trötthet under arbetspasset.

*”Man kunde inte sitta någonstans nästan utan fick stå upp hela nätterna. Man känner ju att knäna har tagit stryk. Att du har stått upp på ett trägolv och stått upp hela tiden. Man fixade det. ” IP8*

Fysiska miljöfaktorer tillsammans med tillgängliga materiella resurser hade avgörande påverkan på hur omvårdnadsarbetet kunde utföras och dess kvalitet. Exempelvis, var sängarna i tältet inte intensivvårdssängar, utan elektriska avdelningsängar som ansågs sakna funktioner och vara svårhanterliga. Utrymmet i sängarna var mindre och de var hårdare vilket gjorde det svårt att vända patienterna och det ansågs föreligga risk för vårdrelaterade skador såsom tryckskador. Ljuskällorna i tältet var undermåliga. Lysrören var belägna centralt och om ljuset föll på bakifrån, skapades skugga som gjorde att det inte gick att se optimalt.

*”Det var ju gamla sängar, men de var ju elektriska som tur var. Men de var ju inte så sköna för patienterna. Det var ju lättare att få trycksår i dom. Det var svårare då det inte finns lika mycket plats i dom. När dom skulle ligga i bukläge eller när de skulle vändas, eller om det var större patienter så var de ju för små. För små, för hårda och hade inte alla funktioner.” IP1*

Vidare framhölls en hög bullernivå som berodde på olika saker såsom; trångt utrymme med mycket patienter och personal samt ventilatorer som konstant gav ifrån sig ljud. Dessutom gav dieselaggregaten, som stod utanför tältet, ifrån sig ett surrande ljud. Informanterna beskrev att vid ett tillfälle regnade det in i tältet och när läckan korrigerades var det mer svårt att höra larmen. Dock var svårigheter att uppfatta samtalen inne i tältet inte endast beroende på yttre faktorer. Skyddsmasker bidrog till att man tvingades att skrika för att göra sig hörd, vilket ökade på ljudnivån. Ventilationen upplevdes inte vara optimal och det upplevdes som

om det kom in avgaser från dieselaggregaten när det blåste på utsidan och gav upphov till att personalen hade besvär med bland annat huvudvärk som associerades till avgaserna.

## **Brister i materiella resurser**

Det framkom också att det saknades materiella resurser så som förbrukningsmaterial vilka används för basal omvårdnad. Det saknades sprutor till läkemedelspumpar samt läkemedel varpå det togs till tillfälliga lösningar och man bytte strategi för sedering. När ett läkemedel tog slut prövades det att väcka patienterna ur sedering för att se om detta tolererades, medan det eftersöktes läkemedel. Läkemedels pumparna var inte förinställda på de nya ordinationerna vilket ansågs utgöra ett hot mot patientsäkerheten och patienterna fick ny koncentration av läkemedel.

*”Man använde sig av samma läkemedel men en annan styrka. Det blir ju såklart en patientsäkerhetsrisk. Sedan tog sprutorna slut och så fanns det inte uppdaterat i läkemedels pumparna. Då var det risky business faktiskt.”IP5*

Ventilatorerna var av äldre modell och en informant beskrev hur det kunde presenteras nya ventilatorer för varje arbetspass. En del av personalen hade inte arbetat med dessa tidigare medan de var kända för personal som hade varit yrkesverksamma en längre tid än de övriga. Specialistsjuksköterskorna upplevde att både den medicinska vården och den basala omvårdnaden påverkades starkt när patienterna vårdades i tältet och därmed påverkades vårdkvalitén på ett negativt sätt. En aspekt som förekom i många intervjuer var att tillgängliga ventilatorer var omoderna och saknade inställningar som kan förebygga komplikationer. Detta medförde en känsla av att inte kunna ge den vård som patienterna var i behov av.

## **Kategori 2: Brister i barriärvården**

### **Skyddsutrustning på gott och ont**

Det var mycket skyddsutrustning, mer än sedvanligt inom intensivvård. Det upplevdes besvärligt att oavbrutet behöva vara på vakt för att skilja rena ytor från de smutsiga samt att konstant vara tvingad att planera i förväg. Det upplevdes också mödosamt att ständigt vara beroende av hjälp från korridoren vilket upplevdes krävande och gjorde arbetet mer trög arbetat. Det var varmt och svettigt och utrustningen begränsade rörligheten, vilket ytterligare gjorde att man arbetade långsammare.

*” Med alla kläder så måste man ju alltid tänka många steg före, vart man tar någonstans. Var det är rent och vart det är smutsigt. Har jag allting som jag behöver? För allt fanns ju inte i själva modulen. ” IP7*

Informanterna kände att skyddskläderna var obekväma på olika sätt. Dels klämde visiret och förklarades ge huvudvärk. Skyddsklädsel påverkade synen och hörseln vilket gav en upplevelse av att bli desorienterad. Den täckande skyddsutrustningen gjorde det besvärligt att känna igen arbetskamrater. Det var omöjligt att ta av läsglasögon varför det blev tvingade att välja vart man skulle se. Det fanns en tolererande attityd till obehaget med skyddsklädseln. En informant beskrev sig oförberedd på hur det skulle kännas med skyddsutrustningen och att det gjorde att man mådde fysiskt dåligt efteråt. De långa arbetspassen med skyddsutrustningen gjorde att man blev trött och det fanns en ovisshet när man skulle bli avlöst. En anledning till färre pauser angavs vara patienternas dåliga hälsa. Dryck, matintag och toalettbesök fick planeras och utföras på bestämda tider. Man fick acceptera det för det fanns inga alternativ.

*”Så förfärligt var det. Dels med att gå med den här skyddsutrustningen som, man inte heller var beredd på hur det skulle kännas att ha på sig. Hur dåligt fysiskt man mådde efteråt. Varken kunna gå på toaletten, dricka eller torka svetten i pannan. Man fick bara köpa läget.” IP1*

## **Svårigheter att hålla barriären**

Det var svårt att arbeta utefter barriärvård i tältet. Rutiner kring barriärvård ändrades allt eftersom. Det saknades dörrar in till varje tältmodul och det rådde osäkerhet kring rutinerna för att undvika smittspridning. Det fanns inget rinnande vatten i modulerna, utan det fick planeras inför tillgång till vatten och beställas i förväg när det behövdes. Patienterna tvättades med för-fuktade tvättlappar. Tältet saknade också en skölj. Enligt en informant var det viktigaste att skydda rena ytan utanför modulen. Samtidigt beskriver en annan specialistsjuksköterska att det saknades dörrar mellan modulen och den rena korridoren. Händerna tvättades inte inne i modulerna utan ute i den rena korridoren. Patienterna ansågs vara smittade med samma sjukdom och två informanter ansågs att man inte behövde skydda patienterna från varandra då de alla hade samma smitta. Vid kontakt med kroppsvätskor bytte man handskar enligt den ena informanten. En annan specialistsjuksköterskorna beskrev att man spritade händerna före byte av skyddsklädsel. Det var också så att barriärvården var beroende på den rådande höga arbetsbelastningen.

*”Annars är det ju ganska noga med hållbarheten men nu var det ju såhär att man fick direktiv som vi kanske inte kan vara helt nitiska med. Man fick tumma på hur länge saker håller. Alltså såhär inte byta sprut (avbyter och kort paus) alltså tänka lite. Att vi kanske måste spara, inte slösa.”IP7*

Det krävdes noggrann planering för att arbeta så effektivt i skyddsutrustningen som möjligt, men enligt en informant var många ovana så det var svårt. Det ansågs vara en fungerande barriärvård så länge det var en acceptabel arbetstyngd, men blev en patient plötsligt försämrad

eller om specialistsjuksköterskorna arbetade med en ovan undersköterska så upplevdes barriärvården fallera. En annan informant beskrev att man höll barriärvård genom ett samarbete i den mån det gick men att det ansågs svårt.

När tältet öppnades fanns en rädsla att själv smittas. Det förekom funderingar kring droppsmitta och att extubera patienter i ett tält som saknade slutet system för ventilation. Det kom information från Italien om att många av personalen hade dött av covid-19. Det fanns oro att det kanske skulle komma att saknas skyddsutrustning. En specialistsjuksköterska beskrev hur det under ett arbetspass saknades förkläden och att det inte kändes bra. Det ansågs orimligt att vårda patienter genom att offra sig själv. Samtidigt beskriver en informant att det kändes mer säkert att arbeta där än på en akutmottagning då man visste vad de hade för smitta och då man hade skydd.

*”Jag hade nog en inställning att finns det ingen utrustning så att jag kan känna mig trygg då kommer inte jag gå in. Jag vill veta det. Eller vi måste ha det. Vi kan inte hålla på att tumma på det för personalen. Det är inte rimligt. Att man räddar någon annans liv och offerar sig själv.” IP5*

### **Kategori 3: Sänkt Vårdkvalité**

#### **Utebliven vård**

Under intervjuerna med specialistsjuksköterskorna har det kommit fram mycket som var bristfälligt kring omvårdnaden i tältet. Det var flera informanter som ansåg att andra faciliteter borde användas innan man valde tältet. Patienterna som var smittade med Covid-19 var fysiskt tunga, vårdkrävande och den trånga miljön otillfredsställande samt olämplig på grund av bristande materiella resurser. Det ansågs att vårdtyngden för patienterna i tältet, men även inne på intensivvårdsavdelningen, var mycket hög. Det saknades kontinuitet, vårdkvalitén i tältet var sänkt och evidensbaserad säker vård var svår att uppfylla vilket ansågs bero på miljöfaktorer, resurs faktorer samt personella faktorer. Det fanns en rädsla av att inte räcka till och att det brast i patientsäkerheten vilket ansågs bero på personalens tidsbrist, kompetens eller/och för att de saknade resurser. Flera av specialistsjuksköterskorna beskrev att det brast i omvårdnaden som prioriterades bort. Under intervjuer framkom att det fanns förvirrade patienter som var vakna vilket var svårhanterligt. Samtidigt gjorde den trånga miljön det omöjligt att mobilisera dem.

*” ...// när jag väl kom och arbetade där så såg jag ganska snart, eller redan i den förberedande utbildningen, att det inte riktigt skulle vara den vårdnivån som man kan upprätthålla på en vanlig intensivvårdsavdelning. Det var gammal utrustning, bristande övervakning. Det var inte intensivvårdssängar utan väldigt enkla och framförallt var det väldigt trångt och ingen tillgång till vatten”. IP2*

Det ansågs att det inte var lika lätt att hantera akuta situationer som inne på intensivvården då det var långt till materiella resurser. Det saknades resurser för att kunna utföra avancerade undersökningar och det ansågs också vara svårare att skicka patienten, från tältet, in till sjukhuset för CT undersökningar och dialys. För att utföra behandlingar krävdes riskfyllda transporter in till sjukhuset. En informant beskrev att personalens kompetens, ändå gjorde det patientsäkert i tältet.

*” När man på natten skulle byta till transport-respiratorn så fick patienten hjärtstopp och han dog. När jag läser i media efteråt, när de gick ut de här chefläkarna och säger att det är ingen patient som dött i tältet, då blir jag ledsen. För det håller jag inte med om. Det vet jag och det vet alla som arbetat i tältet att så var det inte. ” IP 4*

### **Brist på personcentrering**

Enligt en informant var det sagt att patienterna i tältet skulle vara djupt sederade men flertalet av intervjuerna visade att det fanns patienter som var vakna. Det ansågs brista i integritet då det saknades dörrar in till modulerna och då det inte gick att skärma av mellan patienterna. Tältet var lyhört och det hördes utifrån det som sades inne i tältet.

*”Det var ju väldigt lite integritet, man kunde inte skärma för, för det var öppet för alla. Det var högljutt och oavsett var man vårdas, alla skyddsutrustningar och allt måste varit ganska skrämmande för dom. Alla ljud som inte gick att stänga ute.” IP10*

Den höga ljudnivån från dieselaggregaten och övervakningsapparater samt skyddsutrustningen gjorde att personalen fick skrika för att göra sig hörda. Detta medförde att det var svårt att kommunicera med de vakna patienterna och det blev som en barriär som skärmade av personalen från patienterna. Samtidigt ansågs tältmiljön påverka upplevelsen för de vakna patienterna. Det fanns patienter som upplevde överklighetsupplevelser som att de var på ett flygplan, i en annan värld och i krig. Skyddsutrustningen och tältmiljön ansågs kunna förvärra den psykiska upplevelsen och kunde medföra att man tvingades söva patienter på nytt.

*”Vi hade en man som vaknade upp och blev helt skogstokig då han trodde att han var i krig när han såg oss. Så man fick ju söva honom och börja om.” IP6*

Specialistsjuksköterskorna hade ingen kontakt med närstående utan det var läkaren som skötte den kontakten. Specialistsjuksköterskor som arbetar närmast patienten ansågs besitta mer kunskaper som anhöriga var intresserade av. Att inte ha kontakt med anhöriga gav en delad upplevelse. Samtal med anhöriga ansågs vara tidskrävande varför det var skönt att slippa.

Samtidigt saknades anhöriga som ett närvarande stöd kring patienten i tältet men också efteråt så att patienterna ska kunna komma ihåg vad som faktiskt hade skett. Att sakna anhöriga medförde också till en avpersonifiering/avhumanisering av patienterna och förlust av personcentrerad vård.

## **Etisk stress och behov av debriefing**

Tältet, i sig, gav en unik upplevelse. Det ansågs vara speciellt att gå in i ett tält bland annat då det luktade plast och gummi och vajade när det blåste. Tältet gav känslan av en spartansk miljö. Det kändes som att gå in i en bubbla, överkligt och som att vara någon annanstans, i en annan värld. Det framkom att arbetet i tältet kunde skapa olika känslor såsom obehag, otillräcklighet, etisk stress, själslig smärta, och en upplevde en chockartad känsla. Det berättades också att det fanns personal som var ledsna i lunchrummet. Tiden i tältet var hektisk och för några informanter uppkom tankar om olika saker vad som inte varit så bra i omvårdnaden, först efteråt.

*” Det fanns inte tid att tänka utan det var bara att göra. De var så kritiskt sjuka så att du hann liksom inte riktigt känna efter eller tänka. Du hade inte möjlighet att ha en plan utan du bara arbetade där och då hela tiden. Det var väl först efteråt som känslorna kom ikapp över hur förfärligt det faktiskt var. Jag ser honom i ögonvrån hur han vill ha något. Jag har inte tid, för att min andra patient var så jäkla dålig. Det fanns ingen som kunde hjälpa honom. Det är väl något som inte lämnar min medvetenhet nu.” IP1*

Att arbeta i en pandemi ansågs svårt i sig och tältet gjorde det exceptionellt. Specialistsjuksköterskorna beskrev olika kring vilket stöd som fanns för personalen. En informant har uppgett ett specifikt samtalsstöd från HR som uppgavs vara i personalrummet vid olika tider men också gick att nå över telefon under vissa timmar. Det är oklart om det fanns stöd nattetid eller under helger. En annan beskrev att det inte fanns något särskilt stöd utan att personalen försökte stötta varandra. Det fanns en önskan om uppsökande verksamhet och debriefing för dem som arbetat i tältet där det skulle vara självvalt om man ville delta.

*”Man behöver ventiler sedan när man sätter sig ner för då kommer tankarna., om det inte har gått bra eller varför är det så. Det är ju många som var ledsna i lunchrummet som inte mådde så bra och tyckte det var jättejobbigt. De hade en som hade debriefing. Men man öppnade ju tältet väldigt snabbt. Det kom ju personal från alla möjliga ställen, så det är ju väldigt svårt.” IP7*

## Kategori 4: Teamarbete i kris

### Att mobilisera kraft

Kategorin, teamarbete, utmärkte sig störst bland alla kategorier. Teamet arbetade i en provisorisk, ogynnsam miljö, de upplevde att de saknade rutiner, information och riktlinjer. Det var exempelvis oklart hur många patienter som väntades anlända och oklarheter kring de olika sedering strategierna. Det fanns inga färdiga rutiner kring hur saker skulle hanteras/skötas och det upplevdes ostrukturerat. De som var nästintill helt nya på arbetsplatsen fick introducera nya samtidigt som de var överbelastade med arbete. Det fanns en önskan om att information varit mer strukturerad och tydlig. Specialistsjuksköterskorna var kreativa och hittade snabbt lösningar på egen hand och rutinerna ändrades, muntligen från pass till pass samt allt eftersom problem uppstod.

*”Första dagen så var det en annan IVA sjuksköterska som hjälpte mig att komma in i rutiner och hur man beställer läkemedel och sådant. Nästa dag var det folk som aldrig hade varit där, och då fick jag hjälpa dom. Sedan fick man hjälpa varandra. Efter en dag, tredje passet eller något sådant, så hade jag en som gick bredvid mig och skulle lära sig.” IP7*

Trots kort utbildning/introduktion och inkallad personal från olika håll, med olika kompetens så lyckades personalen mobilisera kraft. En specialistsjuksköterska upplevde att vården aldrig varit så stark och positiv tidigare och stämningen var god. Den ostabila arbetsmiljön ihop med rådande pandemi sammansvetsade arbetsgruppen och några av informanterna har beskrivit att de upplevde det som de alltid arbetat ihop. Samarbetet ansågs vara prestigelöst och det fanns en ödmjukhet samt lyhördhet för vilka som hade vilka kunskaper, man var ärlig med det man inte kunde och använde varandras kompetens. Alla arbetade mot samma mål och gjorde sitt yttersta för patienterna. Gruppen ansågs ha hög och varierande kompetens vilket gav en trygghet.

*” Jag kände att när man var där inne så blev man väldigt sammansvetsad. Man hade liksom bara varandra så då blev det väldigt tajt.”IP7*

### Att använda Copingstrategier

Informanterna beskrev olika copingstrategier de använde sig av när de arbetade i tältet. Det beskrevs en förståelse för att det var en krissituation och hur man skärmade av sig och sänkte vårdnivån. Det fanns också dem som skärmade av information utifrån och koncentrerade sig på det som upplevdes vara påverkningsbart, alltså patienterna som vårdades och de förutsättningar som fanns tillgängliga. Ett annat sätt var att tänka utanför boxen och arbeta med de förutsättningarna som fanns. En specialistsjuksköterska ansåg att även om tältets fysiska miljö innebar utmaningar så var tältet oundvikligt. Hon undvek att diskutera det



politiska beslutet bakom införandet av tältet eftersom det inte kunde påverkas och därför endast skulle ha slösat på energi som hade behövts i vården av patienterna. De negativa förutsättningarna var lättare att acceptera på grund av pandemin och att det var en krissituation. Att ha varit i tältet ansågs vara värdefullt och en viktig erfarenhet då personalen lärde sig att arbeta under dessa extrema förhållanden då de kunde utvärdera sina kunskaper inför framtida epidemier, pandemier och katastrofer. De som inte arbetat inom intensivvård under en längre tid ansåg det var positivt att få använda tidigare kompetens och aktualisera den. Tältet blev då en bekräftelse över kompetensen. Humor var också en copingstrategi.

*” ...// och väldigt mycket stunder där vi bara stod stilla och gapskrattade. Som när helikoptern kommer in och någon nämner: -Är det någon av er som sett gamla TV-serien MARS? Och alla skrattade, liksom.” IP3*

### **Betydelsen av tidigare kunskap och erfarenhet**

Hur man upplevde det var att arbeta i tältet skiljde sig åt på grund av olika saker. Att sakna information, kunskaper, rutiner, riktlinjer och mål gav ovisshet. Förberedande utbildning, tidigare kompetens och arbetslivserfarenhet kunde inverka på upplevelsen. Att ha genomfört förberedande utbildning gjorde upplevelsen mindre svår. Intervjuerna visade ingen skillnad i upplevelser beroende på ålder utan mer på erfarenheter. De som hade arbetslivserfarenheter via exempelvis utlandstjänst där standarden är lägre eller andra tidigare erfarenheter att arbeta under svårare förhållanden hade en mer accepterande attityd kring tältet.. Det var också en skillnad i om man upplevde tältet som nödvändigt eller om det inte borde använts. Att ha kunskaper inom intensivvård gjorde att man noterade bristfällig omvårdnad vilket medförde en negativ upplevelsen av att arbeta i tältet. Det var också skillnad i upplevelsen om man sökt sig frivilligt till tältet än om man varit tvingad dit. Att vara i tältet under frivillig basis kunde göra upplevelsen lättare att hantera

*”Alla vara ju på okänd mark och det märktes, även bland läkarna. Narkosläkare, och alla dom. Man kände ju sig kanske otrygg till att börja med för det var ju ingen van miljö. Det var trångt och man var beroende av teamet jättemycket. Jag tror att dem som arbetar på IVA, i vanliga fall; hade nog lite jobbigare med den degraderingen, alltså säkerhetsmässigt, vad vi hade. Man gick in i någon slags katastroffas på något sätt. Vi har inte det här. Vi kan inte göra såhär, för vi är i tältet. Det tror jag många hade jobbigt med. Så hade man hade nog fördel rent mentalt att vara en bit ifrån den senaste IVA vården.” IP8*

## Metoddiskussion

Braun and Clarke (2006) framhåller att en kvalitativ metod lämpar sig för att ta fram informanternas upplevelser, genom att jämföra och beskriva innebörder, och sedan tolka resultatet. Syftet med detta arbete var att beskriva specialistsjuksköterskors erfarenheter av att vårda kritiskt sjuka patienter under pågående pandemi, i tält. Studiens syfte anses vara besvarat.

Det har inte tidigare förekommit vård under en pandemi där specialistsjuksköterskor vårdat i ett tält och studien saknade en teori varför metoden var induktiv. Metoden var tidskrävande och gav ett stort material med många variationer kring specialistsjuksköterskornas upplevelse.

Urvalet bestod av specialistsjuksköterskor inom anestesi, IVA och operation. Detta urval baserade sig på rådande omständigheter och organisatoriska förutsättningar, då samtliga dessa grupper vårdade patienterna i tältet för att täcka behovet av personal. Det kan antas att om samtliga deltagare bestod av specialistsjuksköterskor inom intensivvård hade resultatet sett annorlunda ut. I samband med pandemin strävades det efter att ha en intensivvårdssjuksköterska i varje modul i tältet.

Verksamheten skickade ut en kontaktlista över specialistsjuksköterskorna som arbetat i tältet. Det togs beslut om att författaren skulle välja informanter från listan för att valet av informanter inte skulle påverka resultatet. Meningen var att kontakta varannan person på listan. Det visade sig var svårigheter att samla in informanter. Nästan samtliga informanter på listan ringdes upp. En del svarade inte medan andra svarade, men drog sig ur genom att inte höra av sig eller att inte svara när de återigen kontaktades. En del beskrev att de inte orkade intervjuas då de var trötta över att ha arbetat i tältet. Det fanns också dem som uttryckte en rädsla över att uttrycka sig trots förklaringar om anonymitet. Slutligen kvarstod tio specialistsjuksköterskor som arbetade i tältet IVA Kronan under pandemin. Det var en spridning över ålder 31 – 64 år. Informanterna hade lång erfarenhet av att arbeta som sjuksköterska och mer än två års arbetslivserfarenhet från intensivvård vilket anses ha berikat intervjuernas rikedom.

Enligt Kvale and Brinkman (2014) kan det genom öppna frågor leda intervjuaren in i samtalet kring teman där de olika variationerna framkommer. Samtidigt är det viktigt att vara förberedd innan intervjuer och veta vad det är man vill ha svar på och med den ledande maktrollen, styra in samtalet för att analysera djupare. Att göra intervjuer var både svårt och utmanande. I efterhand kan författaren se att bristen på erfarenhet kring metoden gjorde att förberedelsen inte var så god. När allt material hade samlats in i efterhand kunde författaren se hur samtalen kunnat styras och gett mer fokus på det som var avsikt med studien.

Okunskapen kan ses som en svaghet men samtidigt som en styrka då författare lät informanterna prata mer fritt utan att styra samtalet allt för mycket. På så sätt blev resultatet tillförlitligt men den insamlade data mycket stor och mödosam att analysera.

Enligt Kvale and Brinkman (2014) är det viktigt med en bra relation och ett samspel där forskaren bevarar den intervjuades integritet och har en förmåga att skapa en trygghet så att det går att samtala fritt för att på så sätt skapa kunskap från den levda livsvärlden. Specialistsjuksköterskorna fick veta att de kunde prata fritt och att materialet som samlades in var konfidentiellt och samlades på en hårddisk avsedd för ändamålet som skulle raderas efter att uppsatsen var klar och publicerad. De fick både muntlig och skriftlig information kring studien syfte och fick noggrann beskrivning hur data hanterades. De fick också delta frivilligt och kunde avböja medverkan när som helst utan förklaring och de fick välja tidpunkt och plats för intervju. Detta kunde medföra en säkerhet för informanterna och möjlighet att prata fritt.

En styrka i studien är att informanterna själva fick bestämma när och var intervju skulle genomföras vilket kunde bidra till en trygghet att prata fritt. En annan styrka var att det var enskilda intervjuer och inte forskningsgruppsintervju vilka kan leda till blygsamhet och rädsla att delge upplevelser och att de påverkas av varandra (Polit & Beck, 2017).

De semistrukturerade intervjuerna varade mellan 30–45 minuter till dess att informanterna kände att de pratat klart. De genomfördes i nära anslutning till den perioden informanterna arbetade i tältet. Detta för att deras minnen skulle vara färskare. Samtalen skedde via internetprogrammet Zoom. Zoom är ett verktyg där videomöten kan ske online varpå intervjuaren och informanten både kan höra och se varandra. Intervjuer via zoom medförde att en del av den ickeverbala kommunikationen inte missas. Samtidigt ger Zoom inspelning en möjlighet att spela upp intervjun upprepade gånger. Intervjuerna lyssnades igenom samma dag transkriberades ordagrant då även pauser och störande moment noterades. En svaghet är också att intervjuer via digitala verktyg skapar distans och att ickeverbala kommunikation missas.

De inspelade intervjuerna lyssnades på ett flertal tillfällen samma dag innan de transkriberades för att få en djupare förståelse. Det var en stor mängd data som skulle transkriberas och det krävde mycket arbete. Data som transkriberats lästes flertal tillfällen för att förstå helheten i det som sagts och efter utskrift klipptes citat ut som svarade på syftet. Analysen gjordes om upprepade gånger för att hitta en bra struktur och säkerställa att syftet var besvarat och för att öka tillförligheten.

Det skulle kunna tänkas att det fanns en risk för att författarens egna förkunskaper och arbeten samt tankar kring tältet och pandemin skulle kunna påverka kodning, tematisering och analys av citat. Som intervjuare var författaren medveten om sin maktroll och undvek egna tolkningar utefter sin förståelse. För att öka tillförlitligheten lät författaren två oberoende personer läsa de oidentifierbara citaten och göra om analysen. Deras resultat jämfördes med

författarens kodning och de stämde bra överens. Resultatet visade på likvärdig kodning vilket ökade tillförlitligheten. Handedaren har varit med och kontrollerat kodning samt tematisering, löpande, under analysens gång vilket säkerhetsställer resultatet.

Enligt Polit and Beck (2017) ska författaren som gör analys tänka på förförståelsen för att inte färga resultatet. Innan uppsatsen påbörjades, skrev författaren ner sin förförståelse och diskuterat den med handledaren. Detta för att medvetandegöra förförståelsen och inte låta den färga analysen och för att resultatet skulle bli mer pålitligt och trovärdigt. Det kan dock tänkas att en mer erfaren forskare hade uppnått ett mer komplext resultat och fått fram fler innebörder ur texten. Polit and Beck (2017) beskriver att med validitet menas att det som var menat att undersökas har framkommit. En styrka i studien är att resultatet bygger på narrativa berättelser kring upplevelserna i nära anslutning till tiden då specialistsjuksköterskorna vårdade de kritiskt sjuka i tältet.

Validiteten eller överförbarheten för studien kan ifrågasättas studien är kvalitativ och utförd i Sverige varför det inte kan säkerhetsställas att allt resultat är generaliserbart i andra länder med andra förutsättningar. Resultatet kan dock medföra en tankegång kring om vad som skulle kunna öka möjligheterna att förbättra vården i tältet, i Sverige om det skulle komma att användas igen.

## Resultatdiskussion

De fyra kategorierna som framkom i resultatet var ”En krävande arbetsmiljö”, ”Bristar i barriärvården”, ”Sänkt vårdkvalité” och ”Teamarbete i kris”.

Studien visar vilka svåra omständigheter specialistsjuksköterskorna arbetade i; den bristande arbetsmiljön, bristen på materiella resurser, brist på läkemedel, bristfällig barriärvård, utmattning och den obehagliga känslan att bära skyddsutrustningen som även gjorde det svårt att kommunicera. Den visade också hur det fanns brister kring kunskap kring virusets (SARS-CoV-2) förmåga att smitta och brister kring sjukdomen Covid-19, som den orsakade samt behandlingsstrategier. Brist på information och de konstanta förändringarna i arbetsrutiner kunde skapa en osäkerhet. Specialistsjuksköterskorna beskrev att evidensbaserad säker vård var svår att uppfylla och vårdkvalitén i tältet var sänkt och att omvårdnaden prioriterades bort på grund av tidsbrist. Det fanns patienter som var vakna. Det ansågs brista i personcentrering och integritet. Specialistsjuksköterskorna hade ingen kontakt med närstående, och istället föll det till läkarna att sköta den kontakten. Specialistsjuksköterskor upplevde etisk stress och det fanns en önskan om uppsökande verksamhet för stödjande samtal och debriefing. Trots alla rådande brister, rådande pandemi, kort introduktion och att personalen var inkallad från olika håll och med olika kompetenser, så lyckades personalen mobilisera kraft.

## **Att förbereda sig för en pandemi och en andra våg**

En viktig aspekt som studien tillför är vikten av förberedelse och att optimera arbetsmiljön för dem som arbetar under en pandemi. Studien visar på vilka svåra omständigheter specialistsjuksköterskorna arbetade i; den bristfälliga informationen, bristande arbetsmiljön, bristen på materiella resurser, brist på läkemedel, bristfällig barriärvård, den sänkta vårdkvalitén, utmattning och den obehagliga känslan att bära skyddsutrustningen som även gjorde det svårt att kommunicera. Den visade också hur det fanns brister kring kunskap kring virusets SARS-CoV-2 förmåga att smitta och kring sjukdomen Covid-19, som den orsakade samt behandlingsstrategier. Brist på information och de konstanta förändringarna kring rutiner i hur man skulle arbeta kunde skapa en osäkerhet.

Studien visade att det fanns oro över att själv smittas eller föra smittan vidare. Det fanns rädsla för att utrustningen kunde ta slut. Samtidigt fanns det specialistsjuksköterskor som ansåg att arbetet på intensivvården var säkrare än att arbeta på någon annan plats på sjukhuset där de inte hade samma skyddsutrustning. Specialistsjuksköterskor är människor och kan smittas av covid-19 vilket kan medföra skador, långvarig sjukdom, arbetslöshet men även en för tidig död. De kan också ha sjuka anhöriga som de inte vågar träffa. Forskning kring tidigare epidemier och pandemier av MERS och SARS-CoV visar på liknande kaotiska situationer med rädsla för att smittas (Chan et al., 2005; Kim, 2018). En annan studie förklarar vikten av att förbereda intensivvården inför en kommande pandemi (Wang & Kang, 2020). Hota, Fried, Burry, Stewart, and Christian (2010) förklarar hur svårt det är att förutspå hur många som kommer att bli sjuka och som kommer att kräva intensivvård. Plats kan förberedas redan på befintliga platser istället, så som andra sjukhus istället för att förbereda nya mitt under ett kaotiskt utbrott. Hota et al. (2010); Maves, Jamros, and Smith (2019) beskriver vikten av att förbereda plats, personal och materiella resurser

Riksrevisionens varnande rapport år 2008, förutsåg en pandemi inom snar framtid och genomgång visade på brister och vikten av förberedelse (Riksrevisionen, 2008). Socialstyrelsens rapport år 2018 visade brist på specialistsjuksköterskor samt intensivvårdsplatser (Socialstyrelsen, 2018). Trots flera års varningar om nya pandemier och vikten av att förbereda sjukvården och trots att de tidigt kom uppgifter om Covid-19 pandemins intrång stod den svenska sjukvården lamslagna utan förråd och resurser. Orsakerna kring den otillfredsställande förberedelsen är viktig att belysa och brister är viktiga att åtgärda

## **Upplevelserna kring att arbeta i tältet skilde sig åt**

Upplevelserna av att arbeta i tältet IVA Kronan skiljde sig åt på grund av olika faktorer. De som har uppdaterad kunskap inom intensivvård upplevde mer etisk stress. Det kan bero på att kunskaperna pekade starkare på den sänkta vårdkvalitén. En specialistsjuksköterska som var tvingad att arbeta i tältet uttryckte mycket etisk stress medan dem som ansåg att uppgiften var

viktig och/eller hade tidigare erfarenheter och arbetade frivilligt i tältet kring krisarbete adapterade lättare till situationen.

Specialistutbildning inom intensivvård är bred, omfattande och komplex samt innefattar många komponenter för att kunna arbeta effektivt med de kritisk sjuka. Det är många saker som ingår i utbildningen som medför att intensivvårdssjuksköterskan ska ha förmåga att se risker och skydda patienten från komplikationer. Det är därför inte konstigt att uppfattningar blev så olika. Det är inte realistiskt att tro att en kort simulatorkurs ska medföra kunskaper att arbeta med intensivvård. Det är inte heller realistiskt att låta sjuksköterskor med olika spetskompetens flyttas runt och förutses kunna utföra ett fulländat intensivvårds arbete.

Enader (2018) tar upp olika saker som kan inverka på hur en kris eller risksituation kan upplevas. Upplevelsen anses vara beroende av förvärvade erfarenheter, personlighet, och i vilket grad man känner en sympati för risken eller ej. Skillnad på upplevelsen är också beroende på om det är en frivillig eller ofrivillig exponering, grad av kontroll över situationen och om det finns möjligheter till påverkan för att minimera risken. Agerande beror på den inställning man har, om man tror på det man gör och att det fyller en nyttig funktion samt om vi uppfattar att dem runt om anser att handlingen är värdefull eller ej. Förtroende för kontrollerande verksamhet eller myndighet som har det övergripande ansvaret för att bedöma, kontroller och skydda från risken man utsätts för spelar en viktig roll för upplevelsen. Även medias rapportering har en inverkan på upplevelsen av att arbeta i en kris.

### **Teamet Copingstrategier – sjukvårdens största kapital**

Specialistsjuksköterskorna beskrev bland annat att det rådde okunskap kring ventilatorerna som var gamla och saknade viktiga inställningar som moderna ventilatorer har. Det saknades materiella resurser och läkemedel, det saknades resurser för att utföra behandlingar såsom dialys och det fanns förvirrade vakna patienter i tältet som de inte hann med och personlig omvårdnad fick stå efter då det mesta av arbetet handlade om att hålla patienterna levande.

Teamet beskrev olika copingstrategier som vidtogs under arbetet i tältet. Det beskrevs om att skärma av sig från patienterna och det som skedde i tältet. Det fanns dem som valde att fokusera på arbetet och den viktiga medmänskliga nyttan de utförde och bortsåg från risken att smittas. Andra fokuserade på hur de kunde validera sina kunskaper och på hur viktiga de nya kunskaperna som förvärvades genom arbetet var, Det visade sig också att specialistsjuksköterskorna använde sig av humor.

Tidigare utbrott av MERS visade också på copingstrategier som användes för att reducera stress hos dem som arbetade såsom positiv attityd hos kollegor, ett positivt klimat, en tro på skyddsmaterial, att de fick ett erkännande samt ekonomisk kompensation (Khalid, Khalid, Qabajah, Barnard, & Qushmaq, 2016).

## **Behovet av att ventilera, reflektera och stöd**

Specialistsjuksköterskorna har beskrivit vikten av stödjande samtal och reflektionssamtal. Det fanns önskan om uppsökande verksamhet där deltagandet kunde vara frivilligt. Tidigare studier kring att arbeta med utbrott av corona virus visar att sjuksköterskor upplever en extrem stress Chan et al. (2005); (Kim, 2018). Sandman (2018) beskriver att etisk stress innebär en konflikt då vi hindras arbeta utefter vår moral. Konflikten kan uppstå då vi inte hinner med det vi anser är rätt eller hindras på grund av att vi inte får göra det.

Det finns en stor risk att specialistsjuksköterskor som arbetade i tältet har en högre benägenhet att drabbas av posttraumatisk stress. Carmassi et al. (2020) studie visade att tidigare utbrott av coronavirus medfört risk för posttraumatisk stress (PTSD) hos vårdpersonalen. Studien visade också att sjukvårdspersonalen använde sig av liknande copingstrategier och att de kunde ha en skyddande inverkan mot posttraumatisk stress. Andra saker som kunde inverka och minska risken var en säker arbetsmiljö där organisationen kommunicerar och ger information har en inverkan. Familj och andra i närhet kan fungera stödjande. Arbetskamrater och arbetsledares stöd är viktigt samt att vara förberedd genom träning.

## **Etiska filosofier - Specialistsjuksköterskor som hjältar**

När pandemin med SARS-Cov-19 bröt ut var det mycket osäkerhet kring hur viruset kunde smitta. Trots att några av de olika specialistsjuksköterskorna, som inhämtats från olika destinationer, hade en oro kring om det skulle finnas tillräcklig med skyddsutrustning och att det fanns risk för själva smittas så arbetade specialistsjuksköterskorna frivilligt och fokuserade på att rädda de svårt sjuka patienterna som smittas av SARS-CoV-2.

Studien visar specialistsjuksköterskors förmåga att mobilisera kraft och samarbete i krisarbetet under alla de bristfälliga omständigheterna som framkom i studien och hur det starka teamet växte fram under den svåra pressen. Samarbetet i frontlinjen och i det bristfälliga tältet kan ses som heroisk insats och väcker frågan. Vad var det som gjorde att de antog arbetet frivilligt?

Tidigare studie kring sjuksköterskors arbete under MERS utbrottet visade att sjuksköterskorna kände ett stort ansvar att skydda och vårda de sjuka (Kim, 2018). Sandman (2018) beskriver de tre etiska filosofier; pliktetik, konsekvensetik samt dygd etik. Om de arbetade frivilligt och såg arbetet att vårda de kritiskt sjuka som en plikt utan att tänka på nyttan med arbetet och vilka konsekvenser det skulle medföra så arbetade de enligt pliktetik. Att arbeta i tältet enligt konsekvensetiken skulle innebära att de fokuserade på den största nyttan för flest människor. Dygdetiken förklarar handlingar utifrån personligheten, den goda människan som vill göra goda gärningar.

Att utbilda sig till specialistsjuksköterska och arbeta med svårt kritiskt sjuka innebär ett ansvarsfullt åtagande (Angus & Carlet, 2003). Specialistsjuksköterskorna förklarade hur de bortsåg från allt och fokuserade på patienten och att de hade alla samma mål. Det finns en ansvarskänsla i yrket som specialistsjuksköterska. De har en plikt genom sin yrkestitel och många av dem som intervjuades beskrev arbetet i tältet som en bekräftelse på att de kan vårda kritiskt sjuka under svåra omständigheter. Samtidigt förstår specialistsjuksköterskor vilka förödande konsekvenser det skulle innebära att vägra vårda. Specialistsjuksköterskor har valt ett yrke som innefattar en god omvårdnad. För en god omvårdnad krävs personligheten att vilja göra gott. För att handla utefter dygd etik betyder det således ett resonemang där plikt och konsekvensetiken ingår. Det troliga är att de handlade efter dygdetiken men hade både plikt och konsekvensetiken i medberäkning.

Kim (2018) studie som omfattade sjuksköterskors upplevelse att vårda patienter under MERS utbrottet i Sydkorea visade att sjuksköterskorna kände sig trötta och upplevde en extrem stress och upplevde efteråt att de inte belönats i den utsträckning de förväntat sig. De ansåg att för att sjuksköterskor ska arbeta under de förhållande i framtiden krävs en bättre belöning.

## Slutsats

Studien visar på vikten av att rusta sjukvården inför en pandemi. Om det inte, i Sverige, finns redan befintliga lokaler att använda sig av och fältsjukhuset IVA Kronan åter tas i bruk visar studien på brister som behöver åtgärdas. Samtidigt visar den på vikten av att förbereda och träna ett team samt erbjuda personliga stödjande samtal och debriefing.

## Implikationer

Resultatet bidrar till kunskaper i hur specialistsjuksköterskor upplevde omvårdnadsarbetet inne i ett fältsjukhus i Sverige under SARS-CoV-2, covid-19 pandemin. Om tältet återigen skulle bli aktuellt som tillfällig sjukhusavdelning under den pågående pandemin eller framtida pandemier, kan studien användas vid planering för förbättringsåtgärder i fältsjukhusets tältmiljö. Under studien framkom specialistsjuksköterskors tankar kring vilka förbättringsåtgärder som de ansåg finnas behov av. Nedan följer en sammanställning.

- Utbilda fler intensivvårdssjuksköterskor och få dem att stanna kvar.
- Upprätthållning av lager av läkemedel och skyddsutrustning och andra materiella resurser.
- Träna hälso-och sjukvårdspersonal som ska arbeta i ett fältsjukhus så de är nogt förberedda.
- Förbättra kommunikationen genom alla nivåer och gör informationen lättillgänglig. En idé är att ha en informationsträff före varje arbetspass.
- Stötta personalen och erbjud löpande debriefing samtal även efteråt



- Studien kan användas som förberedande information till hälso-sjukvårdspersonal för som då kommer att kallas in för arbete, om vilka situationer som de kan ställas inför, och eventuellt minska stressen och göra arbetet mer ”flytande”.
- Samla ihop specialistsjuksköterskors erfarenhet och rutiner som skapades och dokumentera hur de fick arbetet att fungera i tältet.
- Sätt ihop ett team för krisarbete vid nästkommande liknande situation.

## Referenslista

- Abdelrahman, Z., Li, M., & Wang, X. (2020). Comparative Review of SARS-CoV-2, SARS-CoV, MERS-CoV, and Influenza A Respiratory Viruses. *Frontiers in Immunology*, 11. doi:10.3389/fimmu.2020.552909
- Adamson, H., Murgo, M., Boyle, M., Kerr, S., Crawford, M., & Elliott, D. (2004). Memories of intensive care and experiences of survivors of a critical illness: an interview study. *Intensive & critical care nursing*, 20(5), 257-263. doi:10.1016/j.iccn.2004.06.005
- Angus, D. C., & Carlet, J. (2003). Surviving Intensive Care: a report from the 2002 Brussels Roundtable. *Intensive Care Medicine*, 29(3), 368-377. doi:10.1007/s00134-002-1624-8
- Ayzac, L., Girard, R., Leray, V., Bourdin, G., Bayle, F., Gannier, M., . . . Reignier, J. (2013). Prone positioning in severe acute respiratory distress syndrome.(Clinical report). *The New England Journal of Medicine*, 368(23), 2159. doi:10.1056/NEJMoa1214103
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Carmassi, C., Foghi, C., Dell'Oste, V., Cordone, A., Bertelloni, C. A., Bui, E., & Dell'Osso, L. (2020). PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: What can we expect after the COVID-19 pandemic. *Psychiatry research*, 292. doi:10.1016/j.psychres.2020.113312
- Chan, S. C. S., Leung, M. G., Tiwari, F. Y. A., Salili, S. K. F., Leung, C. N. S., Wong, S. F. D., . . . Lam, H. T. (2005). The Impact of Work-related Risk on Nurses During the SARS Outbreak in Hong Kong. *Family & Community Health*, 28(3), 274-287. doi:10.1097/00003727-200507000-00008
- Coyer, F. M., O'Sullivan, J., & Cadman, N. (2011). The provision of patient personal hygiene in the intensive care unit: A descriptive exploratory study of bed-bathing practice. *Australian critical care*, 24(3), 198-209. doi:10.1016/j.aucc.2010.08.001
- Cremasco, M. F., Wenzel, F., Zanei, S. S., & Whitaker, I. Y. (2013). Pressure ulcers in the intensive care unit: the relationship between nursing workload, illness severity and pressure ulcer risk. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15-16), 2183-2191. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04216.x
- Doerr, H., Varwig, D., Allwinn, R., & Cinatl, J. (2006). Will the next human influenza pandemic be caused by the virus of the avian flu A/H5N1? Arguments pro and counter. *Medical Microbiology and Immunology*, 195(2), 45-47. doi:10.1007/s00430-005-0008-4
- Donahoe, M. (2011). Acute respiratory distress syndrome: A clinical review. *Pulmonary Circulation*, 1(2), 192-211. doi:10.4103/2045-8932.83454
- Duran, C., Oman, K., Koziel, V., & Szymanski, D. (2007). ATTITUDES TOWARD AND BELIEFS ABOUT FAMILY PRESENCE: A SURVEY OF HEALTHCARE PROVIDERS, PATIENTS' FAMILIES, AND PATIENTS. *American Journal of Critical Care*, 16(3), 270-280.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., . . . Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-Centered Care — Ready for Prime Time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-251. doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

- Enader, A. (2018). Människors förhållningssätt till risker, olyckor och kriser. Retrieved from <https://www.msb.se/RibData/Filer/pdf/28762.pdf>
- Folkhälsomyndigheten. (2020a, Uppdaterat: 2020-09-25). Coronavirus. Retrieved from <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/om-sjukdomen-och-smittspridning/om-viruset-och-sjukdomen/>
- Folkhälsomyndigheten. (2020b). Spridningen av Covid19 är en pandemi. Retrieved from <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/mars/spridningen-av-covid-19-ar-en-pandemi/>
- Hillier, B., Wilson, C., Chamberlain, D., & King, L. (2013). Preventing Ventilator-Associated Pneumonia Through Oral Care, Product Selection, and Application Method: A Literature Review. *AACN Advanced Critical Care*, 24(1), 38-58. doi:10.1097/NCI.0b013e31827df8ad
- Hota, S., Fried, E., Burry, L., Stewart, T. E., & Christian, M. D. (2010). Preparing your intensive care unit for the second wave of H1N1 and future surges. *Critical Care Medicine*, 38(4 Suppl), e110-e119. doi:10.1097/CCM.0b013e3181c66940
- Khalid, I., Khalid, T. J., Qabajah, M. R., Barnard, A. G., & Qushmaq, I. A. (2016). Healthcare Workers Emotions, Perceived Stressors and Coping Strategies During a MERS-CoV Outbreak. *Clinical medicine & research*, 14(1), 7. doi:10.3121/cmr.2016.1303
- Kim, Y. (2018). Nurses' experiences of care for patients with Middle East respiratory syndrome-coronavirus in South Korea. *American Journal Of Infection Control*, 46(7), 781-787. doi:10.1016/j.ajic.2018.01.012
- Kvale, S., & Brinkman, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (Vol. 3): Sudentlitteratur AB.
- Levine, S. A., Reilly, K. M., Nedder, M. M., & Avery, K. R. (2018). The Patient's Perspective of the Intensive Care Unit Diary in the Cardiac Intensive Care Unit. *Critical care nurse*, 38(4), 28. doi:10.4037/ccn2018970
- Marshall, A. P., Elliott, R., Rolls, K., Schacht, S., & Boyle, M. (2008). Eyecare in the critically ill: clinical practice guideline. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 21(2), 97. doi:10.1016/j.aucc.2007.10.002
- Maves, R. C., Jamros, C. M., & Smith, A. G. (2019). Intensive Care Unit Preparedness During Pandemics and Other Biological Threats. *Critical care clinics*, 35(4), 609-618. doi:10.1016/j.ccc.2019.06.001
- Olausson, S. (2014). *Intensivvårdsrummets betydelse för vprdande och välbefinnande - patienters, närståendes och vårdpersonalens erfarenheter*. Växjö: Elanders Sverige AB.
- Pandharipande, P., Banerjee, A., McGrane, S., & Ely, E. W. (2010). Liberation and animation for ventilated ICU patients: the ABCDE bundle for the back-end of critical care. *Critical care (London, England)*, 14(3), 157. doi:10.1186/cc8999
- Pappas, G., Kiriakos, I. J., Giannakis, P., & Falagas, M. E. (2009). Psychosocial consequences of infectious diseases. *Clinical microbiology and infection*, 15(8), 743-747. doi:10.1111/j.1469-0691.2009.02947.x
- Patanwala, A. E., Abarca, J., Huckleberry, Y., & Erstad, B. L. (2006). Pharmacologic management of constipation in the critically ill patient. *Pharmacotherapy*, 26(7), 896. doi:10.1592/phco.26.7.896
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (Tenth edition ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

- Riksföreningen för Anestesi och Intensivvård, & Svensk Sjuksköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård*. Retrieved from [https://aniva.se/wp-content/uploads/2014/12/kompetensbeskrivning\\_intensivvard.pdf](https://aniva.se/wp-content/uploads/2014/12/kompetensbeskrivning_intensivvard.pdf)
- Riksrevisionen. (2008). Pandemier – hantering av hot mot människors hälsa. Retrieved from [https://www.riksrevisionen.se/download/18.78ae827d1605526e94b2e2b1/1518435492417/RiR\\_2008\\_01.pdf](https://www.riksrevisionen.se/download/18.78ae827d1605526e94b2e2b1/1518435492417/RiR_2008_01.pdf)
- Salto-Tellez, M., Tan, E., & Lim, B. (2005). ARDS in SARS: cytokine mediators and treatment implications. *Cytokine (Philadelphia, Pa.)*, 29(2), 92-94. doi:10.1016/j.cyto.2004.09.002
- Sandman, L. (2018). *Etikboken : etik för vårdande yrken* (Andra upplagan ed.): Lund : Studentlitteratur.
- Selanders, L. C. (2004). Nightingales omvårdnadsteori In L. Rooke (Ed.), *Anteckningar om Omvårdnadsteorier IV* (pp. 27-36). Växjö: Studentlitteratur Lund. .
- SFAI, & Svensk Intensivvårdssällskapet. (2015). *Riktlinjer för svensk intensivvård*. Retrieved from [https://sfai.se/wp-content/uploads/2015/02/Riktlinjer-Svensk-Intensivv%C3%A5rd\\_-rev-2015.pdf](https://sfai.se/wp-content/uploads/2015/02/Riktlinjer-Svensk-Intensivv%C3%A5rd_-rev-2015.pdf)
- SFS (1998:204, 2018). Personuppgiftslag (1998:204). Retrieved from [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204\\_sfs-1998-204](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204)
- Socialdepartementet. (2003). Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor. Retrieved from [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460)
- Socialstyrelsen. (2018). Kompetensförsörjning och patientsäkerhet: Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten. Retrieved from <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-2-15.pdf>
- Vetenskapsrådet. (2017). God forskningssed. Retrieved from <https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2017-08-29-god-forskningssed.html>
- Västra Götalandsregionen, sjukhus., S. Ä., & Intensivvårdsavdelning. (2019). Bukläge med speciella kuddar på IVA. Retrieved from <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/22089/Bukl%C3%A4ge%20med%20speciella%20kuddar%20p%C3%A5%20IVA.pdf?a=false&guest=true>
- Wang, B., & Kang, Y. (2020). Novel coronavirus infection during the 2019–2020 epidemic: preparing intensive care units—the experience in Sichuan Province, China. *Intensive Care Medicine*, 46(2), 357-360. doi:10.1007/s00134-020-05954-2
- WHO. (2020, 2020-10-19). WHO Coronavirus disease (COVID-19): Dashboard. Retrieved from <https://covid19.who.int/>
- World Health Organization. (2020). The push for a COVID-19 vaccine. Retrieved from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/covid-19-vaccines>

# Bilaga 1 Forskningspersoninformation



## Inbjudan att delta i en forskningsstudie

### *Vårdpersonalens erfarenheter av att vårda kritiskt sjuka patienter på fältsjukhuset IVA-Kronan”*

#### **Bakgrund och syfte**

Svenska Intensivvårdsregistret, SIR, framhåller att intensivvård är en vårdnivå som kan bedrivas oberoende av plats. Samtidigt som forskning visar också att vårdmiljö är en viktig faktor för att bedriva intensivvård framgångsrikt och för att förebygga eventuella komplikationer. Vidare finns det europeiska standard för hur en intensivvårdsavdelning ska vara utformad för att erbjuda vård till kritisk sjuka patienter. Dessa riktlinjer ligger också till grund till utformning av svenska intensivvårdsavdelningar. Mot ovanstående bakgrund och den pågående pandemin väcks det frågan om hur det är att bedriva intensivvård som vårdnivå utanför sjukhusets väggar och i ett tält. Med denna studie avser vi därför undersöka Vårdpersonalens erfarenheter av att vårda kritiska sjuka patienter i tält med fokus på omvårdnad.

#### **Undersökningens utförande**

Du är inbjuden att delta i denna studie eftersom du har erfarenhet av att vårda patienter som har blivit drabbad av Covid-19 i tält samt erfarenheter av att ta hand om patienter i en inomhusmiljö. Deltagandet i studien innebär en intervju om dina erfarenheter av att bedriva omvårdnad. Hur lång intervjuerna blir avgör du, likaså hur länge intervjun pågår. Räkna dock med 30–40 minuter. Intervjuerna kan också genomföras via telefon eller via länk.

Intervjuerna kommer att spelas in digitalt, skrivs ut oidentifierat för att därefter analyseras med hjälp av en beskrivande och tolkande metod vanligt förekommande inom vårdforskning. Endast personer med anknytning till forskningsprojektet kommer att ha tillgång till data. Materialet kommer att förvaras i ett låst skåp under tiden

arbetet pågår. De uppgifter som du lämnar kommer inte att förknippas med dig som person och dina svar kommer att behandlas konfidentiellt. Detta arbete kommer att genomföras under nära handledning av Sepideh Olausson lektor och forskare vid Göteborgs Universitet med lång erfarenhet av vårdmiljö, forskning och intensivvård.

## **Deltagande**

Ditt deltagande i projektet är helt frivilligt och du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan att ange varför.

## **Risker**

Riskerna för dig att delta i studien anses ringa, dock kan känslor av ledsamhet väckas. Vid behov erbjuder vi uppföljande samtal. Vid frågor om deltagandet eller andra frågor som rör forskningsprojektet kontakta huvudansvariga forskare som finns angivet längre ner i dokumentet.

## **Behandling av personuppgifter**

Uppgifterna kommer att vara skyddade och kommer att aidentifieras när resultatet är sammansatt. Forskningen följer EU:s dataskyddsförordning för behandling av personuppgifter, och kommer att hålla på i cirka 10 veckor. Kontaktinformation finns angivet längre ner. Forskningshuvudman för projektet är: Göteborgs Universitet.

Tveka inte att höra av dig till oss om du har några frågor

## **Vi som ansvarar för studien:**

Ann-Christine Ljungdahl  
Leg. sjuksköterska under specialistutbildning  
[annchljungdahl@gmail.com](mailto:annchljungdahl@gmail.com)  
Tfn: 0734-020509

Sepideh Olausson, PhD, CCRNE  
Handledare och forskare  
[Sepideh.olausson@gu.se](mailto:Sepideh.olausson@gu.se)  
Tfn: 0709-108204  
Inst. för vårdvetenskap & hälsa  
Arvid Wallengrens Backe 20,  
Box 457, 405 30 Gothenburg

# Bilaga 2 Samtyckeformulär verksamhetschefen



## SAHLGRENSKA AKADEMIN

### Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Besöksadress: Arvid Wallgrens Backe 1

### EXAMENSARBETEN

Postadress: Box 457, 405 30 Göteborg

Berörda verksamhetschefer

### INFORMATION OM

Våren 2020

### **Förfrågan om samtycke om att genomföra intervjustudien;**

*Vårdpersonalens erfarenheter av att vårda kritiskt sjuka patienter på fältsjukhuset IVA-Kronan.*

Vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborg universitet, pågår ett examensarbete på avancerad nivå inom ramen för akademisk yrkesexamen till specialistsjuksköterska inom intensivvård. Examensarbetet ska pågå fram till juni 2020, omfattar 15 högskolepoäng och ingår i en magisterexamen.

### **Bakgrund och syfte**

Svenska intensivvårdsregistret, SIR, framhåller att intensivvård är en vårdnivå som kan bedrivas oberoende av plats. Samtidigt som forskning visar också att vårdmiljö är en viktig faktor för att bedriva intensivvård framgångsrikt och för att förebygga eventuella komplikationer. Vidare finns det europeiska standard för hur en intensivvårdsavdelning ska vara utformad för att erbjuda vård till kritiskt sjuka patienter. Dessa riktlinjer ligger också till grund för utformning av svenska intensivvårdsavdelningar.

Det pågår en pandemi där ett stort antal människor smittats av covid-19 och kräver intensivvårdsbehandling. Med anledning av detta har intensivvården fått utökat intensivvårdsplatser genom att öppna ett fältsjukhus, IVA Kronan. Mot ovanstående bakgrund och den pågående pandemin blir det viktigt att undersöka hur det är att bedriva intensivvård i ett fältsjukhus. Detta för att få kunskap för eventuella framtida pandemier

Med denna empiriska studie avser vi undersöka intensivvårdssjuksköterskors och intensivvårdsläkares erfarenheter av att vårda kritisk sjuka patienter i ett tält.

### **Genomförande**

Data kommer att samlas in via forskningsintervjuer, vilka kommer att genomföras på ett sådant sätt som inte stör verksamheten, utanför arbetstid och över internet via en länk till ZOOM eller genom telefon om det så önskas. Deltagarna kommer att få semistrukturerade frågor om upplevelser kring omvårdnaden, varefter de kan prata fritt under de 30–40 minuter som samtalet varar. Inklusionskriterier består av specialistutbildning inom intensivvård och erfarenhet av att vårda kritisk sjuka patienter i tält. Vi avser att intervjua totalt 15 personer. Intervjuerna kommer att spelas in digitalt och skrivs ut avidentifierat för att därefter analyseras med hjälp av en beskrivande samt tolkande metod vanligt förekommande inom vårdforskning. Materialet kommer att förvaras i ett låst skåp under tiden arbetet pågår och det är endast personer med anknytning till forskningsprojektet som kommer att ha tillgång till data.

Deltagandet är helt frivilligt och de som deltar kan närsomhelst avbryta utan att delge anledning. Om det skulle uppstå känslor av ledsamhet som behöver följas upp, erbjuds uppföljande samtal. De som intervjuas får både skriftlig och muntlig information kring studien samt kontaktuppgifter till huvudansvariga forskare.

Resultatet kommer att presenteras inom ramen för examensarbete på avancerad nivå samt i form av vetenskapliga publikationer.

### **Behandling av personuppgifter**

Uppgifterna kommer att vara skyddade och kommer att avidentifieras när resultatet är sammansatt. Endast personer med anknytning till forskning kommer att ha tillgång till materialet. Forskningshuvudman för projektet är: Göteborgs Universitet.

För att den empiriska studien ska genomföras krävs ett godkännande av dig som verksamhetschef. Vi tillfrågar härmed dig om samtycke om att få intervjua intensivvårdssjuksköterskor och intensivvårdsläkare som har erfarenhet av att arbeta i fältsjukhuset IVA Kronan, på Östra sjukhuset i Göteborg.

Tveka inte att höra av dig om du har några frågor

### **Vi som ansvarar för studien**

Ann-Christine Ljungdahl  
Legitimerad sjuksköterska under utbildning  
E-post: [annchljungdahl@gmail.com](mailto:annchljungdahl@gmail.com)  
Tfn: 0734-020509

Sepideh Olausson, PhD, CCRN  
Handledare och forskare  
E-post: [sepideh.olausson@gu.se](mailto:sepideh.olausson@gu.se)  
Tfn: 0709-108204  
Institutionen för vårdvetenskap & hälsa  
Arvid Wallengrens Backe 20  
Box 457, 405 30 Gothenburg



Härmed samtycker jag i egenskap av verksamhetschef att intervjustudien ” *Vårdpersonalens erfarenheter av att vårda kritiskt sjuka patienter på fältsjukhuset IVA-Kronan*” får genomföras inom ramen för vad ovan beskrivits.

Verksamhetschef

Ort och Datum

-----  
Bertil Andersson

Göteborg

## Bilaga 3 Intervjumall

Forskningsfrågor som vägleder arbetet består av:

- Kan du berätta för mig hur det var att vårda kritiskt sjuka patienter med barriärvård i tältet?
- Vill du beskriva för mig hur upplevde vårdmiljön i tältet?
- Hur upplevde du att kontakten med närstående fungerade?

Följdfrågor

Hur kände du då?

Vad tänkte du då?

Vad gjorde ni då?

Vad tänker du om det?

Hur menar du?

Kan du förklara det mer ingående?