



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA**

ANESTESISJUKSKÖTERSORS UPPLEVELSER AV KOMPETENS OCH OMVÅRDNAD VID VÅRD AV INTENSIVVÅRDSKRÄVANDE COVID-19 PATIENTER

-En webbaserad enkätstudie

**Maribelle Eskengren
Josefin Karlström**

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning anestesi
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT2021
Handledare:	Pether Jildenstål
Examinator:	Margareta Warren Stomberg

Förord

Vi vill rikta ett stort tack till alla deltagare som bidragit med sina upplevelser i denna studie, utan er hade det ej varit möjligt att kunna genomföra studien.

Tack till alla verksamhetschefer och avdelningschefer för att vi fick genomföra vår studie på er avdelning, samt för all hjälp med information och rekrytering av deltagare.

Vi skickar även ett extra stort tack till vår handledare Pether Jildenstål, tack för allt stöd, hjälp och många goda råd under studiens gång.

Göteborg, Mars 2021

Maribelle Eskengren

Josefin Karlström

Titel svensk:	Anestesisjuksköterskors upplevelser av kompetens och omvårdnad vid vård av intensivvårdskrävande covid-19 patienter - en webbaserad enkätstudie
Titel engelsk:	The nurse anesthetist experience of competence and nursing in caring of the covid-19 patient in need of critical care. - a web survey
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesi
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT/2021
Handledare:	Pether Jildenstål
Examinator:	Margareta Warren Stomberg
Nyckelord:	Kvantitativ, Enkätstudie, Anestesisjuksköterska, Intensivvård, Covid-19, Upplevelser

Sammanfattning

Bakgrund: SARS-CoV-2 (Covid-19) är ett virus som har orsakat en pandemi över hela världen. Pandemin har medfört en ökad belastning på Sveriges hälso-och sjukvård. Flertalet operationer har fått ställas in för att kunna flytta operationspersonal till covid-iva avdelningar, där anestesisjuksköterskor fått arbeta som ansvarig sjuksköterska för intensivvårdskrävande covid-19 patienter.

Anestesisjuksköterskors utbildning skiljer sig åt från intensivvårdssjuksköterskans utbildning. Därför anses det vara av stor vikt att kartlägga anestesisjuksköterskors upplevelser av kompetens och omvårdnad vid vård av intensivvårdskrävande covid-19 patienter.

Syfte: Att kartlägga anestesisjuksköterskors upplevelser av kompetens och omvårdnad vid vård av intensivvårdskrävande covid-19 patienter.

Metod: En kvantitativ metod med en webbaserad enkätstudie. Enkäten delades upp i två delar med frågor kring upplevd kompetens och omvårdnadsansvar. Webbenkäten skickades ut i Västra Götalandsregionen till anestesisjuksköterskor som varit verksamma på covid-iva.

Resultat: Resultatet visar att anestesisjuksköterskor upplever bristande kunskaper om vätske- och nutritionsbalans, dialys och i vissa delar av omvårdnaden kring den intensivvårdskrävande covid-19 patienten. Anestesisjuksköterskorna har upplevt oro och ångest över att inte kunna utföra arbetet på ett helt patientsäkert sätt. Delar som upplevts hanterbara är monitorering över ventilation, cirkulation och sederingsdjup.

Slutsats: För att kunna upprätthålla ett patientsäkert arbetssätt i en ny miljö krävs det att inlånad personal har en längre utbildning och bättre bredvidgång. För att anestesipersonal ska kunna känna sig trygga och må bra på sin arbetsplats behöver de tillräckliga kunskaper kring intensivvårdsmiljön och omvårdnad vid covid-19, annars finns det stor risk att personal blir utbrända.

Nyckelord: Kvantitativ, Enkätstudie, Anestesisjuksköterska, Intensivvård, Covid-19, Upplevelser

Abstract

Background: SARS-CoV-2 (Covid-19) is a virus that has caused a worldwide pandemic. The pandemic has led to an increased burden on Sweden's healthcare. The increased workload has contributed to an increased need for hospital's patient capacity and specifically intensive care units in Sweden. Many surgeries have had to be canceled in order to provide surgical staff to covid-intensive care units, where anesthesia nurses have had to work as the charge nurse of covid-19 patients requiring critical care. The education of anesthesia nurses differs from the education of the critical care nurse. Therefore, it is considered of great importance to illustrate the anesthesia nurses' perceived competence and nursing in the care of covid-19 patients requiring critical care. Previous research about this subject is limited.

Aim: To illustrate anesthesia nurses experienced competence and nursing in care of the critical care requiring covid-19 patients.

Method: A quantitative method was used with a web survey that consisted of two parts with questioning addressing competence and nursing responsibility, was sent to nurse anesthetists in Västra Götalandsregionen in Sweden.

Result: The results show that anesthesia nurses experience a lack of knowledge about fluid and nutrition support. The dialysis treatment and in some part of the nursing care, when working in the intensive care unit with the covid-19 patient. The anesthesia nurses have experienced at some point during their time on covid-icu worry and anxiety about not being able to perform the work in a totally patient-safe way. Parts that have been experienced as less difficult are monitoring of ventilation, circulation, and sedimentation depth.

Conclusion: In order to maintain a patient-safe workplace in a new working environment, it is required that converted staff gets the necessary expertise and training education. In order for anesthesia staff to feel safe and comfortable in their workplace, they need to feel that they have sufficient knowledge of the intensive care environment and the care of a covid-19 infected patient, otherwise there is a great risk for emotional and physical exhaustion among the working staff.

Keywords: Quantitative, Survey, Anesthesia nurse, Critical care, Covid-19, Experience

Innehåll

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Pandemi.....	1
Pandemier i historien.....	2
Epidemiologi SARS CoV	2
Epidemiologi SARS-CoV-2.....	3
Svenska smittskyddslagen SFS 2004:168	4
Covid-19-iva patienten	4
Intensivvårdsrummet.....	5
Anestesisjuksköterskans kompetensbeskrivning.....	5
Intensivvårdssjuksköterskans kompetensbeskrivning	6
Resiliens - förmågan att stå emot och klara av en förändring.....	6
Säker vård	8
Säker vård under en pandemi	8
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE.....	9
METOD	9
Urval	9
Utformning av enkät	10
Datainsamling	10
Dataanalys	11
Etiska överväganden	11
Förförståelse.....	12
RESULTAT	13
SVAR OM KOMPETENS.....	15

SVAR OM OMVÅRDNAD.....	17
METODDISKUSSION	19
Val av metod	19
Utformning av enkät	19
Urval	20
Bortfall	20
Validitet och Reliabilitet	20
RESULTATDISKUSSION	21
Kompetens.....	21
Omvårdnad	23
SLUTSATSER.....	26
KLINISKA IMPLIKATIONER.....	26
REFERENSLISTA.....	27

Bilaga 1

Bilaga 2

Bilaga 3

Bilaga 4

Inledning

SARS-CoV-2, även kallat covid-19 är ett virus som orsakat en pandemi världen över. Virusets framfart har medfört en enorm ökad belastning på den akuta hälso-och sjukvården internationellt och nationellt. Den ökade belastningen har inneburit att stora krav ställts på att snabbt öka antalet vårdplatser på vårdavdelningar och intensivvårdsavdelningar för patienter med allvarliga covid-19 symptom. Platsantalen har därmed ökat med flera hundra procent. Detta har resulterat i att vårdpersonal blivit tvungna att byta arbetsplats tillfälligt. Flertalet operationer har tvingats ställas in för att kunna förflytta anestesijuksköterskor till att arbeta på intensivvårdsavdelningar. Sverige är ett av de få länder som under pandemin valt att förflytta anestesipersonal till intensivvårdsavdelningar. De flesta sjukhus i Sverige beslöt tidigt under pandemins början att utbilda anestesijuksköterskor under några dagar med inriktning mot intensivvård för att kunna förflytta dessa till covid-iva.

Anestesijuksköterskans arbete inom intensivvård av covid-19 patienter har sett olika ut avseende exempelvis omvårdnad och ansvar. Anestesijuksköterskors specialistutbildning är inte formellt anpassad för arbetet på en intensivvårdsavdelning och kan därmed innebära en risk för patientsäkerheten. Dock är anestesijuksköterskan van vid att göra olika arbetsuppgifter utanför operation och anestesi vilket medför en tränad och formell kompetens. Däremot är situationen med att vårda covid-19 patienter på en intensivvårdsavdelning helt nytt. Det saknas aktuell kunskap kring anestesijuksköterskors egna upplevelser kring kompetens och omvårdnad kopplat till covid-19 vården av en patient. Det är sålunda motiverande att kartlägga anestesijuksköterskors upplevelser av kompetens och omvårdnad vid vård av intensivvårdskrävande covid-19 patienter.

Bakgrund

Pandemi

En pandemi är en epidemi, oftast orsakad av en infektiös sjukdom, som spridits till diverse geografiska områden och som smittat många människor (Folkhälsomyndigheten, 2020b). När man talar om pandemi handlar det oftast om en ny sjukdom som de flesta inte har någon immunitet mot. Den blir därmed samhällsfarlig då immunförsvaret inte exponerats mot det tidigare. Spridningen brukar ske i snabb fart och innan samhället hinner vidta åtgärder (Chen et al., 2020).

Det finns många likheter mellan säsongsinfluensan och pandemisk influensa, såsom allmänna snuva, hosta och muskelsvaghet. Nyttillkomna pandemier påverkar äldre i större utsträckning men även yngre människor drabbas. Utöver allmänna förkylningssymptom utgör pandemier fler fall utav pneumonier än vad den årliga influensan förorsakar. Pandemier sprids även under olika säsonger, till skillnad från säsongsinfluensan som är mest aktuell under vintermånaderna (World health organization, 2010). En allvarlig pandemi som sprids snabbt utgör ett stort hot mot samhället. Utan uppmärksamhet och

samhälleliga åtgärder kan morbiditet och mortalitet öka snabbt i och med minskad kännedom kring sjukdomen och att sjukvårdens kapacitet överbelastas (a.a.).

Pandemier i historien

Det finns ett antal pandemier i historien som påverkat världen och orsakat höga morbiditet och mortalitetssiffror. Några exempel är bland annat smittkoppor, polio och H1N1 (influensa A) pandemierna. Smittkoppor (Varilola virus) tros ha funnits i ca 3000 år, men fick fäste i Europa omkring åren 400–600 och spreds långsamt till en början. Under 1700-talet började smittan spridas snabbt och barnen var de som drabbades värst. Variola viruset anses vara det virus som drabbat människan hårdast; 3 av 10 som insjuknade dog och omkring 300 miljoner människor dog av sjukdomen under 1900-talet. År 1980 gick WHO ut med att smittan var utrotad (Folkhälsomyndigheten, 2020b; WHO, 2019).

Spanska febern, även kallad influensa år 1918, var orsakad av H1N1 viruset. Utbrottet startade 1918 och pågick till 1920. 1/3 av hela världens population blev infekterad och ca 50 miljoner miste livet. Viruset var väldigt aggressiv mot små barn under 5 år, unga mellan 20–40 år och äldre över 65 år. Då det inte fanns något vaccin mot sjukdomen gavs råden att man skulle isolera sig hemma och förebygga smittspridning genom att ha god kroppshygien, det är dock oklart hur väl dessa rekommendationer följdes (Centers for Disease Control and Prevention, 2020).

Poliomyelitis orsakas av polioviruset. Viruset kan angripa nervsystemet och kan orsaka irreversibel förlamning på några timmar, därav kallades sjukdomen även för barnförlamning. De flesta får inga större symptom, ca 4–8% kan få luftvägssymtom och besvär i mag- och tarmkanalen. Ca 1% kan få viruset i ryggmärgen och därmed bli förlamade (paralytisk poliomyelit). Det är inte riktigt kartlagt när sjukdomen började spridas, men i Sverige började man uppmärksamma sjukdomen i början av 1900-talet och den sista epidemin var 1953-1954 då 5000 sjukdomsfall registrerades varav 3000 med paralytisk poliomyelit (Folkhälsomyndigheten, 2020c; WHO, 2017).

Svininfluensan är ett influensavirus som också är orsakad av H1N1. Den fick sitt stora genombrott 2009 och omkring 151,700-575.400 människor dog mellan 2009–2010 av sjukdomen globalt. Ca 80% av de som dog var under 65 år gamla vilket gjorde att sjukdomen fick extra mycket uppmärksamhet eftersom de flesta influensorna vanligen påverkade de äldre i största grad. Idag är de flesta immuna mot viruset och är ett utav de cirkulerande säsongsinfluensorna (CDC, 2019).

Epidemiologi SARS CoV

Influensavirus som härstammar från andra djurarter kan i vissa fall även infektera människan, då pandemier i historien oftast härstammat från djur. Människor har mestadels inte utvecklat någon form av immunitet mot nya influensavirus med härkomst från djur och därav är vi känsliga mot denna typ av influensa och blir oftast väldigt sjuka. Ifall smittan sprids snabbt och orsakar en bred, geografisk

smittspridning kan det utvecklas en pandemi och orsaka större sjuklighet än den vanliga säsongsinfluensan. Tidigare influensapandemier såsom Hong Kong influensan (H2N2) och Svininfluensan (H1N1) är idag cirkulerande säsongsinfluensor och som än i dag kan ta liv men inte i lika stor omfattning (Folkhälsomyndigheten, 2020b).

SARS, Severe Acute Respiratory Syndrome är ett coronavirus som upptäcktes 2002–2003. Utbrottet fick språng 2003-2004 och fick en snabb spridning och orsakade en epidemi i ca 29 länder och drabbade ungefär 8000 varav ca 10% av dessa avled (WHO, 2003). SARS orsakas av ett så kallat coronavirus, dessa virus har ett hölje med utskott (spikes) vilket ger utseendet av en krona – Corona. De är omslutna virus med en enkelsträngad positiv RNA sträng (+ssRNA.). Många virus tillhör Corona familjen, och de flesta av dessa finns hos olika djurarter och vissa kan smitta över till människan. Idag finns det 7 kända coronavirus som har kunnat infektera människan; HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-HKU1, SARS-CoV, MERS-CoV och SARS-CoV-2. Coronavirus kan vidare delas in i subgrupper; alfa, beta, och gamma och av de sju ovannämnda, dvs de som kan infektera människan tillhör subgrupperna alfa och beta. Symptom från dessa är vanligtvis allmänna förkylningssymptom såsom snuva, hosta, muskelsvaghet och feber. De som orsakat allvarliga symptom, framför allt respiratoriska, är SARS-CoV och MERS-CoV utbrott under 2002 respektive 2012 och SARS-CoV-2 (COVID-19) (Chen et al., 2020).

SARS smittas genom kontaktsmitta eller droppsmitta via hostningar och nysningar. Den största delen av befolkningen kommer att under sin livstid bli infekterade minst en gång utav coronavirus och symptomen kommer vara som en förkylning. SARS, MERS och Cov-19 kan ge allvarligare symptom. I skrivandets stund har det dött 13,003 personer utav SARS-CoV-19 i Sverige. (Folkhälsomyndigheten, 2021).

Epidemiologi SARS-CoV-2

I slutet av 2019 upptäcktes det i Wuhan, Kina, att människor som besökt en fiskmarknad fick influensasymptom med respiratoriska besvär. Sjukdomen var okänd men smittan spred sig och fick fokus utav myndigheter världen över. Det var ett nytt coronavirus som initialt fick namnet 2019-nCoV. Sjukdomen sprids i väldig fart och orsakade många dödsfall. Efter en tid ändrades namnet till SARS-CoV-2 (kallas även covid-19) och 11 mars 2020 klassade Världshälsoorganisationen (WHO) sjukdomen som en pandemi (Folkhälsomyndigheten, 2020a).

SARS-CoV-2 tillhör subgruppen beta och har en positiv RNA sträng med 85% homologisk likhet till sin äldre släkting SARS-CoV. Sjukdomen är fortfarande relativt ny och forskare har ännu inte kunnat fastställa virusets ursprung. Det saknas komplett data kring hur man optimalt behandlar patienterna och vilka medicinska åtgärder som är bäst. Det man vet är att de som kräver ventilatorvård behöver höga syrgashalter och tillståndet kan försämrats väldigt snabbt (Liu & Liu, 2020).

Svenska smittskyddslagen SFS 2004:168

Folkhälsomyndigheten uppger att Covid-19 är en anmälningspliktig, smittspårningspliktig, allmän-och samhällsfarlig sjukdom. En samhällsfarlig sjukdom definieras som en allmänfarlig sjukdom som kan spridas i hela samhället och kan leda till allvarliga störningar i viktiga samhällsfunktioner och som även kräver smittskyddsåtgärder (Folkhälsomyndigheten, 2020a).

I smittskyddslag SFS 2004:168 bekräftas att allmänfarliga sjukdomar anses vara smittsamma sjukdomar som kan leda till långvariga följsjukdomar och livshotande tillstånd. Det svåra lidande som åsamkas av allmänfarliga sjukdomar kräver flertalet åtgärder för att förebygga en ökad smittspridning i samhället. Smittskyddslagen betonar även de förutsättningar som finns för att isolera en patient enligt lag ifall patienten inte är i ett tillstånd för att kunna utföra isoleringsåtgärder själv eller att patienten inte följer de bestämda åtgärder som finns. Ytterligare för beslut om isolering tas ifall det finns en stor risk för att smitta andra personer (Socialdepartementet, 2004). Covid-19 medför en ökad belastning på hela hälso-sjukvårdssektorn runt om i Sverige. Enligt Hälso- och sjukvårdslag SFS 2017:30 ska all vård bedrivas för att kunna uppfylla kraven på en god vård med en god hygienisk standard för att säkerställa patientens säkerhet, kontinuitet och trygghet (HSL2017:30).

Covid-19-iva patienten

Covid-19 patienten som kräver intensivvård har oftast initialt vårdats på en medicinsk vårdavdelning innan hen försämrats. Patienterna har vanligtvis en underliggande sjukdom som förvärrar deras tillstånd, exempelvis organtransplanterade, blodcancersjukdomar, autoimmuna sjukdomar, njursjukdomar, hjärt-och kärlsjukdomar, diabetes II, hypertoni och obesitas (Folkhälsomyndigheten, 2021). Covid-19 iva-patienten kräver ett högt syrgasbehov då syresättningen ofta är låg. SARS-CoV angriper luftvägarna och detta är anledningen till att patienterna kan ha svår dyspné. Intubation sker när patienten har respiratorisk svikt eller respiratorisk chock och inte kan tillgodose kroppens syrgasförsörjning (Bhatraju et al., 2020). Patienterna tillstånd kan leda till ARDS (acute respiratory distress syndrome) vilket innebär en akut inflammatorisk process i lungorna med tillstånd av akut respiratorisk svikt, dubbla lunginfiltrat, hypoxi som svarar dåligt på syrgastillförsel och låg compliance (Larsson, 2016). Patienterna ligger sövda med sederande läkemedel, analgetika och ofta inotropi. Ifall patienterna svarar dåligt på syrgastillförsel får de i vissa fall ligga i bukläge vilket i sin tur kan leda till hud och mjukdelsskador som följd (Moore et al., 2020). Andra biverkningar Covid-iva patienten kan få är koagulationsrubbnings på grund av förhöjda D-dimer och fibrinogenvärden, samt ibland en ökning av proinflammatoriska cytokiner i lungorna vilket ytterligare sprider det lokala inflammatoriska svaret (Whyte, Morrow, Mitchell, Chowdary, & Mutch, 2020). Akut njursvikt kan patienten drabbas av vilket kräver dialys. En ansvarig sjuksköterska på covid-iva bör ha kännedom om patientens sjukdomar, farmakologisk kunskap, förståelse för ventilatorn och dess funktion.

Sjuksköterskan bör även ha god kunskap inom omvårdnaden som krävs för den intensivvårdskrävande covid-19 patienten (Riksföreningen för anesthesi och intensivvård & sjuksköterskeförening, 2020b).

Intensivvårdsrummet.

I ett intensivvårdsrum övervakas en eller två kritisk sjuka personer som är behov av livsuppehållande sjukvård dygnet runt. Intensivvårdspatienten har oftast flertalet läkemedelspumpar och infusioner med olika potenta läkemedel. Monitorering av vitala funktioner kontrolleras ständigt och patienterna ligger oftast i ventilatorer när de inte är kapabla till att upprätthålla egenandning (Meriläinen, Kyngäs, & Ala-Kokko, 2010). Intensivvårdsmiljön är väldigt speciell och kan upplevas skrämmande då patienten är uppkopplad med både läkemedelsslanger och övervakningssladdar. Den högteknologiska miljön är livsnödvändig men också störande för patienterna och anhöriga. Störande ljud och ljus pågår kontinuerligt. Teknologin kan ibland avhumanisera patienten då de tar för mycket utrymme och plats, det har även framkommit att sjuksköterskor kan känna att den högteknologiska miljön tar tid ifrån patienten (a.a.)

I en fenomenologisk studie från Storbritannien (Stayt, Seers, & Tutton, 2015) hade postiva- patienter sagt att intensivvårdsrummet var ett rum med mycket teknologi som var störande, högljutt och att det många gånger fick dem att känna sig osynliga då vårdgivarna gav mer fokus på apparaturen än på dem, fast de förstod också att det var en nödvändighet för deras välbefinnande. Många uttryckte att sjuksköterskorna kändes som en del utav den högteknologiska miljön.

Anestesisjuksköterskans kompetensbeskrivning

Anestesiologisk omvårdnad utgår från att säkerställa patientens vård i en högteknologisk miljö pre- och postoperativt. Som anestesisjuksköterska skildras flera olika arbetsplatser såsom akutmottagningar, avancerad palliativ vård, prehospitalvård, olycksplatser och smärtbehandlingsenheter för att nämna några. Som anestesisjuksköterska ingår det att i samband med anestesilog planera och genomföra generell anesthesi vid planerade och akuta ingrepp, men även självständigt utifrån ordination planera, övervaka och administrera sedering till patienter som genomgår undersökningar och behandlingar vid regionala och lokala anestesier.

Anestesisjuksköterskans huvudsakliga arbetsplats är på operation där man tillsammans med operationsteamet säkerställer patientens behov, identitet, operation, sidomarkering och positionering. Patientens fria luftvägar bedöms, etableras och kontrolleras för att därefter stödja patientens egen andning eller kontrollera patientens ventilation via en respirator. Fortsättningsvis redogörs det i kompetensbeskrivningen att anestesisjuksköterskan ska övervaka och kontrollera patientens cirkulation, ventilation, temperatur och djup av anesthesin. Mycket av anestesisjuksköterskans område går även ut på att kunna hantera, prioritera och planera snabbt vid förändringar i patientens tillstånd samt att kunna identifiera och motverka risker preoperativt samt postoperativt för patienten. Mötet

med patienten brukar vara förhållandevis korta, dock är patientundervisning och information samt stöd till närstående viktiga punkter i arbetet. Det ingår även att upprätthålla en hög patientsäkerhet genom dokumentation av alla omvårdnadsåtgärder samt behandlingar patienten genomgår. I det multidisciplinära teamet ansvarar anestesisjuksköterskans för den anesthesiologiska omvårdnaden och ska verka för ett gott samarbete i teamet. Ett personcentrerat arbetssätt ska även användas för att skapa förutsättningar för att effektivisera patientens vårdförlopp. Viktigt är att varje patient är en unik individ med olika behov, mål och resurser där respekt för patientens integritet alltid ska vara i beaktande (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & sjuksköterskeförening, 2020a)

Intensivvårdssjuksköterskans kompetensbeskrivning

Som intensivvårdssjuksköterska ingår det i kompetensbeskrivningen att vårda patienter med sviktande organ och varierande diagnoser oavsett kultur, etnicitet och ålder, samt identifiera rådande omvårdnadsbehov genom att övervaka och utföra olika omvårdnadsåtgärder kontinuerligt. Även genom att utgå ifrån patientens tillstånd verka för akut, botande, rehabiliterande och palliativ omvårdnad. Intensivvårdssjuksköterskan handhar, utför och utvärderar alla medicinska åtgärder som ordineras. På en intensivvårdsavdelning är det mycket medicinteknisk utrustning som ska hanteras och monitoreras, där även en handlingsberedskap för förändringar i patientens aktuella tillstånd noggrant övervakas. Fortsättningsvis ska intensivvårdssjuksköterskan arbeta för att förebygga ohälsa hos patienten samt hjälpa till och stötta patientens egen förmåga till välbefinnande.

Intensivvårdssjuksköterskor övervakar, kontrollerar och dokumenterar patientens nutritionsbehov och vätskebehov noggrant och identifierar patientens individuella behov av sedering och smärtlindring. I intensivvårdssjuksköterskans arbetsuppgifter ingår även att informera och undervisa patienter samt närstående och finnas där som stöd vid vård i livets slutskede. Fortsättningsvis ingår det även att informera och stödja patientens egen förmåga till kommunikation samt stimulera patientens fysiska, sociala och psykiska välbefinnande. Vårdmiljön ska även anpassas för att förhindra komplikationer från intensivvården såsom intensivvårdsdelirium och critical illness. Ytterligare bör arbetet utföras enligt basala hygienrutiner och inneha kunskap om förebyggandet av vårdrelaterade infektioner. Slutligen ska intensivvårdssjuksköterskan "identifiera smittfarliga sjukdomar och motverka dess spridning utifrån gällande säkerhetsrutiner vid smittfarliga sjukdomar, smittskyddslagstiftning regionalt och nationellt" (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & sjuksköterskeförening, 2020b).

Resiliens - förmågan att stå emot och klara av en förändring

Begreppet resiliens är sprunget ur latinska ordet *resilire* (utt: *resilí re*) = studsa tillbaka, sammansatt av *re* = tillbaka och *salire* = hoppa. Därefter har begreppet via franskans *résilier* (dra tillbaka, annullera, upphäva) introducerats i engelskan i form av verbet *resile* (dra sig tillbaka, återgå till ursprunglig position eller upphöra, avstå) (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, 2010). Med resiliens

menar man ett systems förmåga att fungera trots skiftande förutsättningar. Det innebär att verksamheten fortlöper i både oväntade och väntade situationer och/eller att verksamheten anpassar organisationen före, under eller efter det oväntade händelserna (Hedefjäll, 2018). Under CoV-19 pandemin fick sjukhusen vidta snabba åtgärder. Avdelningar fick byggas om till intensivvårdsavdelningar, externa aktörer fick hyras in och avdelningar fick anpassas efter covidvårdens behov. Tack vare snabbt insättande av grupper och team kom man fram till snabba beslut och åtgärder för att covid-iva verksamhet blev möjlig att bedrivas. Mycket personal som arbetade mitt i pandemins topp kände enorm press över sig och sin yrkesroll (Raudenská et al., 2020). Sjukvården krävde mycket från vårdpersonalen samtidigt som läkemedel och andra förnödenheter saknades och personalen kände sig otillräckliga. Att arbeta optimalt kändes omöjligt (a.a.). Många sjuksköterskor hade svårt att känna ro och fick bland annat sömnsvårigheter, ångest och blev isolerade (Heath, Sommerfield, & von Ungern-Sternberg, 2020; Raudenská et al., 2020). Resiliens på individnivå innebär förmågan att kunna lyckas ta sig igenom förändringar och motgångar i livet och samtidigt uppleva att det är hanterbart. Man kan säga att med hög resiliens har man god förmåga till coping (Lisi et al., 2020). Resiliens är en multidimensionell konstruktion som betonar hur människor anpassar sig under tuffa motgångar och upplevelser som kan leda till en traumatisk upplevelse eller kris. De med god resiliens kan vända det till något positivt. De som inte har god resiliens kan å andra sidan känna sig otillräckliga, deprimerade och utbrända då de brister i deras förmåga att klara av en förändring (Heath et al., 2020; Lisi et al., 2020; LoGiudice & Bartos, 2021; Raudenská et al., 2020).

I en enkätstudie kring covid-19 vård från Italien (Lisi et al., 2020) visade det sig att de sjuksköterskor med god resiliens var de som upplevde att de fick bra och effektivt stöd på organisatorisk nivå. De upplevde att chefen gav dem support i form av god kommunikation, rättvisa, lyhördhet och vilja att hjälpa personalen. Detta styrks även i en litteraturstudie från Australien (Heath et al., 2020) som förutom stöd från organisationen menar att god resiliens finner man hos de sjuksköterskor som ger tid att vårda sig själva, fysiskt och psykiskt, fast de har ett krävande arbete. Å andra sidan var det många som kände att arbetssituationen var ohållbar, blev deprimerade och isolerade (Heath et al., 2020; Raudenská et al., 2020).

Resiliens ur organisatoriskt perspektiv handlar om att ligga steget före, innan säkerheten hotas. Med ett team som systematiskt arbetar med rutiner och åtgärder som skall tas när oförutsedda händelser sker. Det behöver inte enbart handla om krissituationer som vid en pandemi. Det krävs att sjukvården arbetar med resiliens för att kunna bedriva säker vård. Efteråt är det även viktigt att man tar lärdom av hur man agerade under det oförutsedda; de positiva respektive negativa, och hur man kan göra det bättre nästa gång (Härenstam & Sahlqvist, 2016).

Säker vård

Säker vård är ett begrepp som innefattar kunskap om risker och potentiella risker som finns i vården och hur man arbetar mot dessa. Att vara patient innebär alltid att det finns risker, men med rätt kunskap kan man minimera riskerna och med resiliens kan man vara steget före för att snabbt vidta åtgärder när man upptäcker potentiella risker. Säker vård kräver ett teamarbete där alla tar ansvar över sin roll och profession för att gemensamt arbeta för säkerheten kring patienten (Härenstam & Sahlqvist, 2016). Säker vård är en kärnkompetens för sjuksköterskans etiska utövande och ett centralt begrepp som man stöts på genom hela yrkeslivet. Skador som sker i vården är oftast på grund av bristande kommunikation kollegor emellan och brister i samordningen och organisationen (a.a.).

Definitionen ”vårdskada” i patientsäkerhetslagen förklaras följande; "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården". Vårdskadan kan ha uppstått på grund utav den vård och behandling som patienten har fått eller den vård och behandling som uteblivit (Socialdepartementet, 2010).

Säker vård under en pandemi

Under en pandemi krävs det snabba åtgärder från landsting och kommuner för att bibehålla en säker vård. Systematisk utbildning och att höja kompetensen hos medarbetarna ökar patientsäkerheten men det måste finnas tillgång till personal med adekvat kompetens. Rätt kompetens på intensivvårdsavdelningar innebär att man kan behärska arbetsuppgifterna, vården och omvårdnaden som iva-arbetet kräver, ifall detta brister, brister även patientsäkerheten (Socialstyrelsen, 2020). Det är viktigt att organisationen ökar kunskapen snabbt inom olika yrkesgrupper för att kunna öka personalens kunskaper och därmed fånga möjligheten till ett snabbt agerande. Oftast krävs det snabba beslut och åtgärder när en ny pandemi är aktuell för att undvika en för hög belastning för sjukvården (Staines et al., 2020). Omorganisationer, omplaceringar och snabba lösningar kan leda till att personal och patienter blir utsatta. Påfrestande situationer utgör en större risk för avvikelser. Att dessutom ha en arbetsmiljö med många stressmoment och personal som känner sig osäkra med kritiskt sjuka patienter ökar risken ytterligare (WHO, 2020).

Problemformulering

SARS-CoV-2 är ett virus som orsakat en pandemi över hela världen. Detta medför en ökad belastning på hälso-och sjukvården i Sverige. På grund av den ökade belastningen har stora krav ställts på sjukvården med ökat antal vårdplatser, detta medför att flertalet inom sjukvården får byta arbetsplats tillfälligt för att kunna hjälpa till i vården under pandemin. En närliggande yrkeskategori är specialistsjuksköterskor i anestesi. Anestesisjuksköterskors specialistutbildning är inte formellt anpassad efter att arbeta på en intensivvårdsavdelning vilket skulle kunna medföra risker i

patientarbetet, direkt för patient men även i arbetsmiljön fysiskt och psykiskt med exempelvis ökad stress och oro hos arbetstagaren om hen inte upplever att kunna utföra ett fullgott arbete.

Intensivvårdsutbildningen skiljer sig även mycket åt från anestesijuksköterskors utbildning. Under pandemin har arbetet för anestesijuksköterskan inom intensivvård av covid-19 patienter sett olika ut avseende exempelvis omvårdnad och ansvar. Eftersom anestesijuksköterskor inte tidigare har blivit förflyttade till att arbeta på en intensivvårdsavdelning i modern tid på grund av en pandemi, fattas det därmed forskning kring hur de upplevs kunna utföra sitt arbete och upplever sin kompetens. Därav anser författarna att det är av stor vikt att kartlägga anestesijuksköterskors upplevelser av kompetens och omvårdnad vid vård av intensivvårdskrävande covid-19 patienter.

Syfte

Att kartlägga anestesijuksköterskors upplevelser av kompetens och omvårdnad vid vård av intensivvårdskrävande covid-19 patienter.

Metod

Studien genomfördes med en kvantitativ metod. Eftersom valt syfte inte än är ett brett studerat område valdes en enkätstudie för att kunna nå ut till flertalet anestesijuksköterskor i Västra Götalandsregionen (Ejlertsson, 2019). Valt ämne kan även genomföras med kvalitativ metod och intervjuer, dock försvårar den rådande pandemin möjligheten att genomföra intervjuer. En webbenkät lämpade sig därför bäst för att kunna genomföra studien under rådande läge. Enkäterna skickades ut under en viss tidsperiod vilket medför att en tvärsnittsstudie var lämpligast att genomföra. Polit and Beck (2017) definierar en tvärsnittsstudie som data som blir insamlad under en bestämd tidsperiod för att då kunna fånga ett visst fenomen om hur det ter sig just under den tidpunkten.

Urval

En konsekutiv metod innebär att alla deltagare som uppfyller studiens inklusionskriterier kan delta. En konsekutiv urvalsmetod lämpar sig för valt syfte då studien är riktad till anestesijuksköterskor. Enkäten skickades ut till operationsavdelningar i Västra götalandregionen vilket innebär ett urval där stora mängder data kan erhållas. Ett konsekutivt urval kan minska risker för bias då studien genomförs under en beslutad tidsperiod (Polit & Beck, 2017).

Inklusionskriterier för studien är sjuksköterskor med en specialistexamen inom anestesijuksvård, som inte har en specialistutbildning inom intensivvård sedan tidigare. Ytterligare inklusionskriterier är att deltagarna till studien ska ha arbetat med intensivvårdskrävande Covid-19 patienter. För övrigt inga begränsningar avseende ålder, kön eller arbetslivserfarenhet.

Exklusionskriterier till studien är anestesijuksköterskor som har en specialistutbildning inom intensivvård sedan tidigare. Eller med erfarenhet av intensivvård sedan tidigare.

Utformning av enkät

Webbenkäten utformades med stöd av intensivvårdssjuksköterskors kompetensbeskrivning, samt böcker angående enkätmetodik. Efter ett första utkast av enkäten skapats kontrollerades innehåll samt uppbyggnad av enkätfrågorna av Docent Pether Jildenstål. Ejlertsson (2019) beskriver att det ska finnas en begriplighet i språket i enkäten och att den ska vara anpassad efter enkätens målgrupp, frågorna ska vara formulerade entydigt för att undvika misstolkning och bias av svaren från deltagarna. Försättningsvis ska frågorna inte vara av ledande karaktär utan utformas neutralt. Till enkäten ställdes även bakgrundsfrågor angående kön, ålder, vilket sjukhus deltagaren arbetar på samt antal år som arbetsam anestesijuksköterska. Detta genomfördes för att reda på demografin i populationen. Enkäten bestod av två delar som var uppdelade kring omvårdnadsansvar och kompetens. Enkäten avslutades med en öppen fråga där deltagaren kunde tillägga tankar och åsikter för att kunna ge författarna en bredare syn av deltagarnas upplevelser.

För att kontrollera webbenkätens validitet kontrollerades frågorna för att se att de svarar på studiens syfte. För att öka validiteten av enkäten genomfördes en pilotenkät som besvarades av oberoende anestesijuksköterskor samt lektorer inom anestesijukvård, där enkäten vidare modifierades utifrån de synpunkter som lämnats. Enkätens reliabilitet beskriver tillförlitligheten av mätinstrumentet, vilket innebär att ifall webbenkäten skulle genomföras flera gånger skulle deltagarna ge samma svar (Ejlertsson, 2019)

Polit and Beck (2017) beskriver att webbaserade enkäter är bra att använda då de är gratis och kan nå ett stort antal deltagare, ett av enkätprogrammen som nämns är ”Google Forms”. Google Forms har därför valts som hjälpmedel för att kunna genomföra webbenkäten till aktuell studie. Vidare beskriver författarna att enkäter är en effektiv datainsamlingsmetod och minskar risken för svar med bias i jämförelse med intervjuer, detta då intervjuaren kan påverka hur deltagaren väljer att svara på frågan. Enkäten utformades med bestämda svarsalternativ, så kallade attitydfrågor, samt en avslutande öppen fråga som ger deltagaren utrymme för egna tillägg och för att förstärka resultatet. Enkäten innehöll 5 demografiska frågor och 28 övriga frågor med fasta svarsalternativ (Bilaga 3). Uppskattningsvis tog enkäten cirka 10 minuter att fylla i och ett mail skickades ut cirka 7 dagar efteråt som en påminnelse att fylla i enkäten.

Datainsamling

Enkäten genomgick flertalet bearbetningar innan den slutgiltiga versionen skapades för att sedan införas i webbenkät programmet Google Forms. Vidare skickades länken till webbenkäten ut tillsammans med FPI och brev till verksamhetschefer med information om studien. Länken till studien samt FPI skickades därefter med hjälp av verksamhetschefer och avdelningschefer ut via mejl till anestesijuksköterskor på aktuella operationsavdelningar. Under datainsamlingen framkom det 8 svar

från deltagare som uppgav att de har en specialistutbildning inom intensivvård sedan tidigare. Dessa svar togs bort direkt och redovisas inte i resultatet.

Sjukhus som har deltagit i denna studie är:



Dataanalys

En deskriptiv statistik användes för att analysera resultatet från webbenkäterna, detta innebär att all data blir sammanslagen för att sedan redovisas som statistik med hjälp av olika diagram och figurer. Polit and Beck (2017) beskriver att en deskriptiv metod möjliggör för forskaren att organisera, tolka och informera läsaren all numerisk data vid kvantitativa metoder. På detta sätt kan studiens externa validitet värderas. Deltagarna till studien besvarade enkäterna via ett enkätprogram på Google där all data i efterhand laddades ner av författarna till studien och placerades i ett Microsoft Excel dokument. Härifrån skapades det diagram utifrån deltagarnas demografi som vidare presenterar resultatet både i diagram, figur, procent och text. De öppna frågorna förstärkte de återkommande svaren i enkäten och genom dessa sammanställdes det utsagor som stärkte resultatet i övrigt (Trost, 2016).

Etiska överväganden

Inför skrivning av denna magisteruppsats söktes en ansökan om etisk granskning av examensarbete hos etikgruppen vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa på Göteborgs universitet. Enligt lag 2003:460 om etikprövning av forskning som avser människor behöver examensarbeten som denna inte prövas då examensarbeten inte berörs av en etikprövning (Socialdepartementet, Lag 2003:460). Inför utskickandet av enkät kontaktades operationsavdelningarnas verksamhetschef respektive avdelningschef via mejl för ett godkännande av att genomföra studien, där ett skriftligt godkännande senare erhöles. Deltagarna till studien kontaktades via arbetsmejl samt erhöles en forskningspersonsinformation. Cöster (2014) beskriver att nyttan med forskning alltid ska övervägas och efterföljas för att minimera risker för forskningsdeltagarnas integritet. Till denna studie har ett noga beaktande tagits till deltagarnas skyddande identitet samt integritet, därför har studien utgått utifrån fyra forskningsetiska principer. Samtyckeskravet erhöles genom att deltagarna själva kunde i lugn och ro godkänna att genomföra enkäten utan tvång. Enligt nyttjandekravet fick deltagarna till studien information om att resultatet av enkäterna endast kommer att ingå till denna magisteruppsats.

Informationskravet enligt Vetenskapsrådet (2017) innebär att deltagarna får information om studien och en forskningspersonsinformation samt att deltagandet är frivilligt och kan avbrytas när som helst. Däremot då alla enkäter är anonyma och inte kan spåras till någon person, kan man ej vid senare skede ta bort deltagarnas svar efter inskickad och ifylld enkät. Konfidentialitetskravet innebär att deltagarna blir informerade om författarnas tystnadsplikt och om eventuella risker med studien samt att obehöriga ej kommer att kunna ta del av studiens insamlade material. Författarna till denna enkätstudie har även övervägt nytta och risker. Studiens författare har bedömt att studiens nya kunskap kan leda till en större medvetenhet angående valt ämne och kan även bidra till ytterligare forskning inom området med stor nytta.

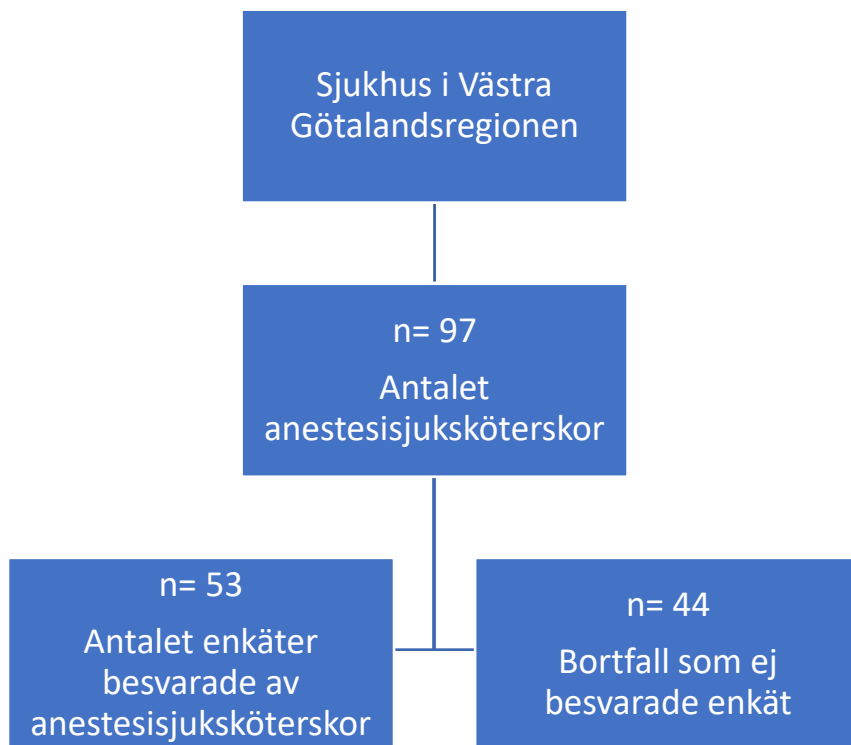
Förförståelse

Förförståelse är det författarna har med sig sedan innan och den kunskap de bär på innan forskningen påbörjas. Förförståelsen är på gott och ont, det ger ofta en motivation för författarna att fördjupa sig in i ett ämne för att få en djupare analys, men kan också bidra till att öppenheten kring ämnet begränsas. Utmaningen blir att medvetandegöra sin förförståelse för att ta in all datamaterial med öppenhet och försöka bortse från sin egen kunskap. Att helt bortse från sin förförståelse är nästintill omöjligt (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2017). Författarna är båda intensivvårdssjuksköterskor varav en utav dem har arbetat under en längre tid på covid-iva. Fastän författarna besitter klinisk erfarenhet kan författarna inte sätta sig in i hur det är att arbeta på en intensivvårdsavdelning när man är utbildad anesthesijsjuksköterska.

Resultat

Även om enkäterna skickades ut till samtliga operationsavdelningar i Västra Götaland, svarade inte alla operationsavdelningar på att vilja delta i studien. Därför är det endast de operationsavdelningar som har återkommit med ett godkännande som har tagits med i studien. Enkäten var öppen att svara på mellan 8 februari och 28 februari 2021. Studiens resultat baseras på 53 besvarade enkäter från operationsavdelningar i Västra Götalandsregionen som godkänt att delta i studien. Antalet enkäter som skickades ut var 97, varav 53 besvarades vilket motsvarar ett deltagande på 55%. Resultatet kommer att presenteras i figurer och text, men enkäten i helhet med alla svar presenteras i bilaga 4.

Figur I (flödesschema för datainsamling och bortfall)



DEMOGRAFI

Tabell I- Demografisk data av deltagarna i studien

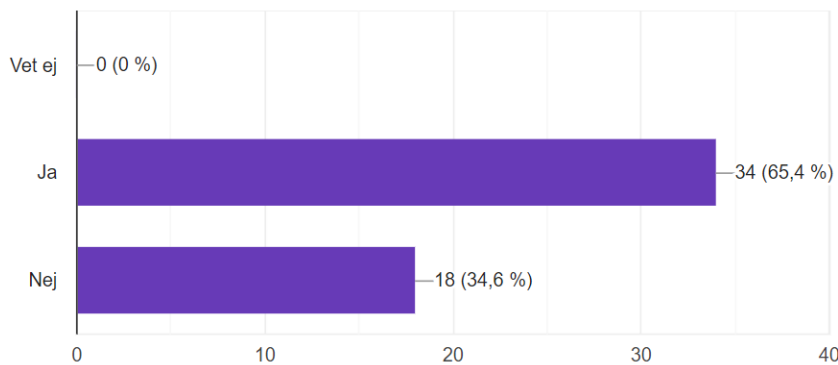
Demografi	Antal (n=53)	Antal i %
Kön		
Kvinna	30	56,6
Man	22	41,5
Annat	1	1,8
Ålder		
20–30	5	9,4
31–40	21	39,6
41–50	12	22,6
51–60	12	22,6
>61	3	5,7
Sjukhus		
Alingsås lasarett	1	1,9
Angereds närsjukhus	5	10,2
Kungälv sjukhus	3	5,7
Södra Älvsborgs sjukhus	10	18,9
Sahlgrenska/SU	18	34
Sahlgrenska/Mölndal	3	5,7
Sahlgrenska/Östra	13	24,5
Antal år som yrkesverksam anestesisjuksköterska		
0–3 år	19	35,8
4–6 år	5	9,4
7–9 år	7	13,2
10–12 år	5	9,4
13–15 år	4	7,5
>15 år	13	24,5

Deltagarna i studien var mellan 20 - >60 år gamla och har arbetat mellan 0->15 år som anestesisjuksköterskor.

För att kunna få reda på hur många anestesisjuksköterskor som blivit beordrade eller tillfrågade angående att arbeta på covid-iva ställdes det en fråga om detta. Det var jämnt utfall då 47,2 % blev tillfrågade till att arbeta inom covid-iva medan 45,3 % blev beordrade. De flesta fick en kortare utbildning men majoriteten ansåg att det inte var tillräckligt för att känna sig trygg inom intensivvårdsarbetet. På tabell 2 presenteras ifall anestesisjuksköterskorna erhållit bredvidgång eller ej. Vid frågorna kring bredvidgång uppgav 44,1% av de som erhållit bredvidgång endast fick en dag, 41,2% fick två dagars bredvidgång och 14,7 % erhöll 3 dagars bredvidgång eller fler. Mer än hälften av anestesisjuksköterskorna ansåg att de skulle behöva både mer utbildning och fler bredvidgångsdagar (Se bilaga 4).

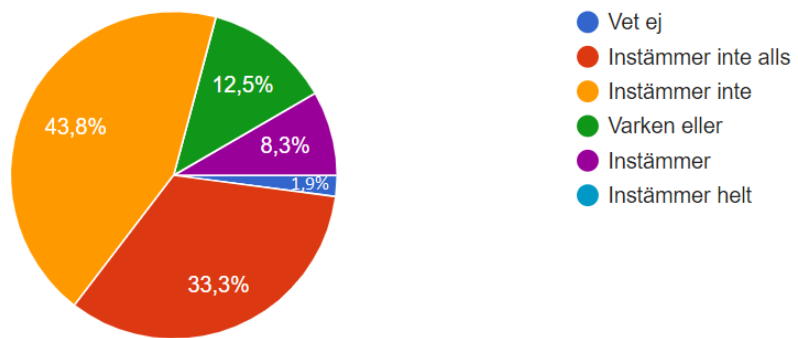
Tabell 2

Fick du någon bredvidgång?



Figur 2

Anser du att din bredvidgång var tillräcklig för att känna dig trygg på covid-IVA?



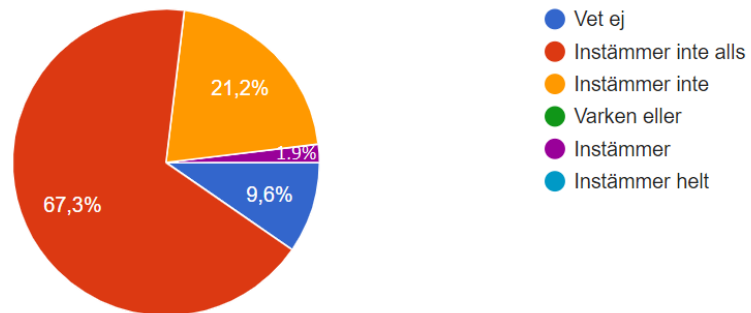
Anestesisjuksköterskorna ansåg att längre utbildning hade varit önskvärt och detta styrkes ytterligare i de öppna frågorna där det framkom att deltagarna inte kände sig trygga i starten men blev allt tryggare ju längre tid de arbetade på covid-iva. Det framkom även att känslan av att vara otillräcklig fick dem att känna sig stressade och otrygga.

SVAR OM KOMPETENS

I enkätens första del fick deltagarna svara på frågor kring det medicinska ansvaret på covid-iva och deras upplevda kompetens från anestesiprofessionen. En stor andel (71,1%) anser att den medicinska kompetensen som anestesisjuksköterska har varit till stor hjälp på covid-iva. Kontroll av ventilator, cirkulation och sedering har varit de delar anestesisjuksköterskor har känt sig mest trygga i. Det de känt sig minst trygga i är arbetet kring Prisma Dialysen (se figur 3) och kontroll av nutrition samt vätskebehov (se figur 4). Detta stärks även i den öppna frågan där majoriteten medgav att nutritionsböj och vätskebalans upplevdes vara utanför deras kompetens och något som många gånger förbisågs. Det framkom även att de patienter som var djupt sederade var de patienter som de upplevde de hade bäst kontroll över gällande cirkulation, sedering och helhetsbedömning.

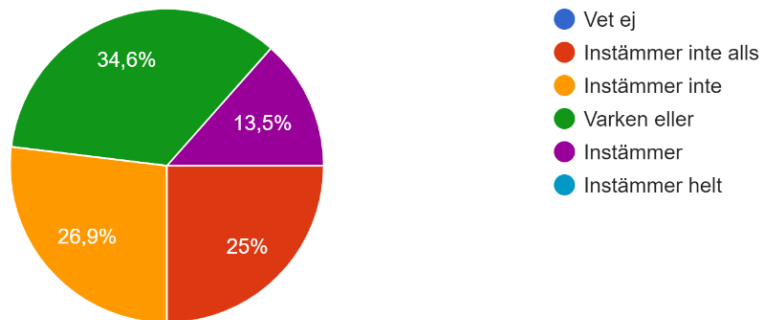
Figur 3

Anser du att din anestesikompetens har varit behjälplig för att klara av dialys (PRISMA) på IVA?



Figur 4

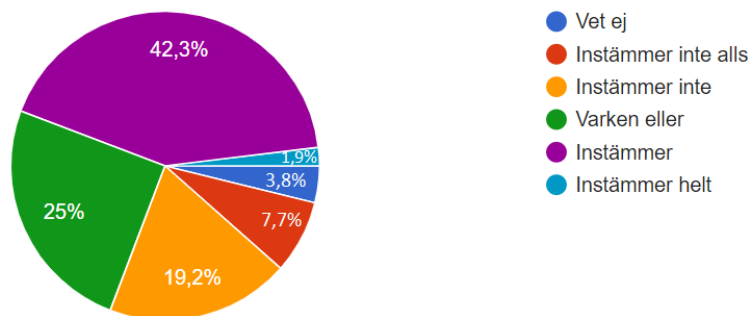
Inom intensivvårdssjuksköterskans arbetsuppgifter ingår det att övervaka, kontrollera och dokumentera patientens nutritionsbehov samt vätskebehov noggrant under hela arbetspasset. Anser du att med din anestesikompetens, att du har kunnat utföra dessa delar på ett säkert sätt?



Det råder skillnader mellan anestesijüksköterskornas svar kring frågan ifall de ansåg att deras anestesikompetens hjälpte dem att kunna prioritera vården optimalt för den intensivvårdskrävande covid-19 patienten. Dock ansåg 36,5% att deras anestesikompetens hjälpte de att kunna prioritera vården samt 44,2% ansåg att de kunde hantera akuta försämringar hos den intensivvårdskrävande covid-19 patienten. (se figur 5).

Figur 5

Anser du som anestesijüksköterska att din kompetens har varit tillräcklig vid akuta försämringar av covid-19 patienten?

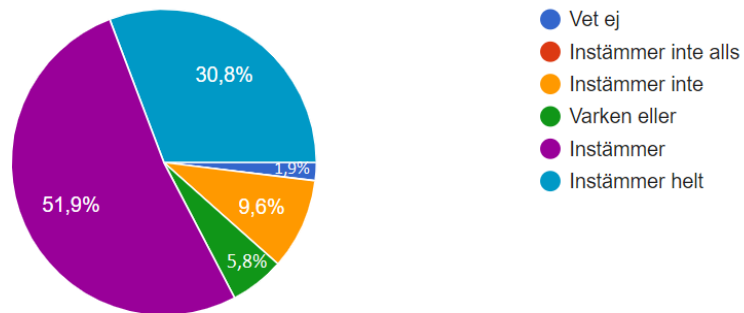


SVAR OM OMVÅRDNAD

Anestesisjuksköterskorna fick svara på frågor kring omvårdnadsansvaret av den intensivvårdskrävande covid-19 patienten. 50% ansåg att anestesiprofessionen har varit behjälplig under omvårdnadsansvaret medan 23,1% ansåg att det inte var tillräckligt. 55,8% uppgav att de inte kände sig trygga över omvårdnadsansvaret, medan 15,4% kände sig trygga i det. Detta styrktes även på den öppna frågan där deltagarna menade att omvårdnadsansvaret var den tunga biten då de ansvarade för två patienter samtidigt samt att ansvaret krävde att man hade översyn över hela kroppen. Hela 82,7 % upplevde att det var tyngre omvårdnadsmässigt att vårda covid-19 patienten jämfört med en patient på operation som är ASA 4–5 klassificerad (se figur 6)

Figur 6

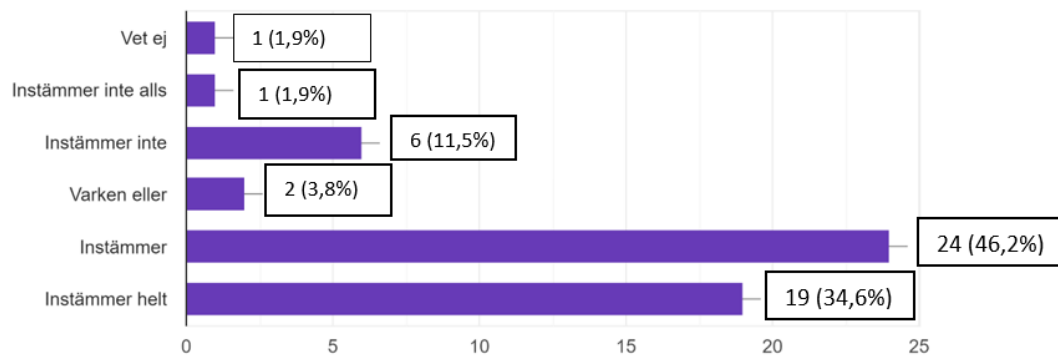
Anser du att omvårdnadsansvaret hos den intensivvårdskrävande covid-19 patienten är tyngre än det omvårdnadsansvar du har med din patient inom anestesi (ASA 4–5)?



Det var ungefär lika många anestesisjuksköterskor som upplevde att de kunde upprätthålla hög patientsäkerhet (30,8%) och de som inte upplevde att de kunde göra det 36,5%. Däremot svarade 80,8% att de någon gång upplevt oro/ångest över att inte kunna utföra arbetet på ett patientsäkert sätt (se Tabell 3). På multiple choice frågan över vilka områden som skapat mest oro/ ångest hos deltagarna kring patientsäkerheten framkom det att intensivvårdsmiljön, hantering av medicinteknisk utrustning och omvårdnaden av patienten var utmärkande områden. (Se Tabell 4)

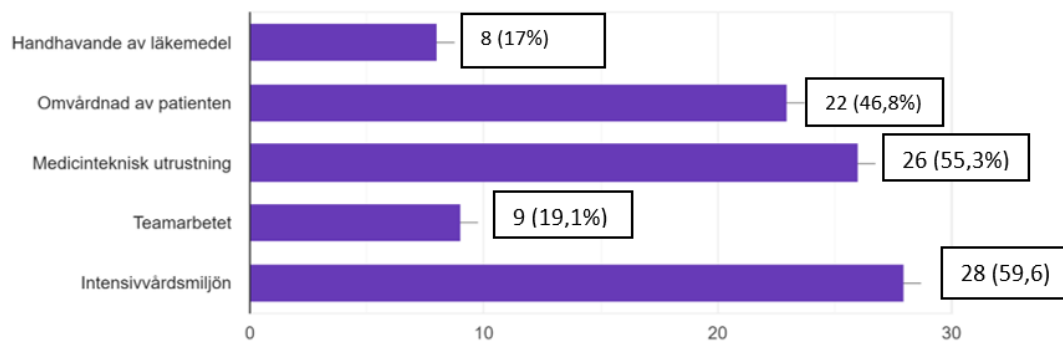
Tabell 3

Har du någon gång under din tid på covid-IVA känt oro/ ångest över att inte kunna utföra arbetet på ett patientsäkert sätt?



Tabell 4

Ifall du har haft känslor av oro/ångest över att inte kunna utföra arbetet på ett patientsäkert sätt, i vilken del av arbetet gäller detta? (Multiple choice fråga)



Rädslan över att inte arbeta på ett patientsäkert sätt framkom även i den öppna frågan där deltagarna beskrev att när de hade två kritiskt sjuka patienter med krävande omvårdnad ökade stressen och oron över att patienten inte erhöll optimal vård. Detta var även psykiskt påfrestande och i resultatet framkom det att hela 67,4% upplevt tiden på covid-iva som psykisk påfrestande.

På frågan ifall de ansåg att anestesikompetensen har hjälpt deltagarna till att kunna förhindra intensivvårdsrelaterade komplikationer såsom intensivvårdsdelirium och critical illness svarade en klar majoritet nej (84,6%) Trots att flertalet anestesijuksköterskor upplevt det vara psykiskt påfrestande samt känt oro/ångest över arbetet upplevde 67,3 % teamarbetet på covid-iva som ändamålsenligt.

Metoddiskussion

Val av metod

Studien genomfördes med kvantitativ metod med enkätstudier. Till studiens syfte hade intervjustudier varit optimalt att genomföra då enkätstudier inte kan nå deltagarnas svar på djupet samt ofta har bestämda frågor med olika svarsalternativ. Studien genomfördes under en pågående pandemi, därav var en webbenkät ett bättre val än intervjustudie som kräver att deltagare tas ifrån deras arbetsplats under arbetstid när det redan råder brist på sjukvårdspersonal. Med dagens teknik hade det dock kunnat vara möjligt att genomföra webbaserade intervjuer. Polit and Beck (2017) beskriver att i jämförelse med en intervjustudie finns det minskad risk för bias av svaren, samt att en enkätstudien kan hjälpa till att nå ut till flera deltagare och samtidigt inneha en hög konfidentialitet hos deltagarna och deras svar. Författarna är medvetna om att en svaghet med webbenkäter är att vissa frågor kan vara svåra att förstå för deltagaren vilket kan medföra att deltagarna hoppar över vissa frågor och lämnar en ofullständig ifylld enkät (Polit & Beck, 2017). En ytterligare brist med enkätstudier kan vara att deltagarna inte ger ärliga svar eller att de vill att det ska gå undan och svarar snabbt utan att läsa alla frågor ordentligt. Dock kan intervjustudier skapa en större press på att ge det svaret som deltagarna tror intervjuaren vill höra. En styrka med denna studie är dess fullständiga konfidentialitet och inget efterfrågade om personuppgifter, samt att inget svar kan härledas till någon deltagare i deras deltagande med enkäten (Ejlertsson, 2019)

Utformning av enkät

Enkäten till denna studie skapades på egen hand av författarna med hjälp av bland annat kompetensbeskrivningar inom intensivvård och anestesivård. Då det inte fanns tidigare studier kring samma ämne kunde de inte jämföra med äldre studier. Till enkäten använde författarna attitydfrågor som låter deltagaren svara för sitt ställningstagande och åsikt till frågan. Attitydfrågor skapar utrymme för fler svarsalternativ än endast "ja" och "nej" och hjälper deltagaren att få möjlighet att nyansera sitt svar. Inga frågor i enkäten var obligatoriska och författarna till studien resonerade kring fördelar och nackdelar med obligatoriska frågor till studien men valde slutligen att inte ha detta. Ett annat bekymmer med att kräva svar från deltagarna är att kravet för svar kan få dem att dra sig ur och ej fullfölja enkäten (Trost & Hultåker, 2016). Vidare kan komplexa frågor och långa enkäter minska deltagandet och svarsfrekvensen till studien (a.a). Författarna till studien valde att använda programmet Google Forms till webbenkäten vilket är ett enkelt och lätthanterligt program. En webbenkät kan utföras utan att störa de olika verksamheterna i deras arbete. En styrka är att det valdes till enkäten en sista öppen fråga där deltagarna själva kunde med egna ord tillägga något som kommit fram under tiden deltagaren genomfört enkäten. En avslutande öppen fråga ansågs av författarna vara en styrka till studien och enligt Trost and Hultåker (2016) ger en öppen fråga möjlighet till deltagaren att utan krav kunna tillföra något till studien som anses vara av vikt.

Urval

Urvalet till denna studie genomfördes med ett konsekutivt urval och innebar att alla deltagare som uppfyllde studiens inklusionskriterier kunde delta (Polit & Beck, 2017). Deltagarna var anestesijuksköterskor på operationsavdelningar i Västra Götaland och som inte har arbetat inom intensivvård eller har en intensivvårdsutbildning sedan tidigare, vilket efterfrågades i enkäten. Detta hjälpte författarna att kunna ta bort de 8 svar till studien som uppgett att de har en intensivvårdsutbildning sedan tidigare för att kunna möta studiens exklusionskriterier och för att inte påverka studiens resultat. Eftersom enkäten inte hade något krav på arbetslivserfarenhet beräknades den kunna nå nyutbildade anestesijuksköterskor men också anestesijuksköterskor med lång arbetslivserfarenhet.

Bortfall

Ejlertsson (2019) beskriver att vid ett stort bortfall i en studie kan studiens validitet och reliabilitet minskas, det medför även svårigheter i att kunna generalisera resultatet. Deltagarna i denna studie var 53, vilket ger ett svarsdeltagande på 55% och anses vara bra och en styrka för studien. SurveyMonkey (2021) beskriver att ifall författarna till studien inte har någon relation till målgruppen sedan tidigare är en svarsfrekvens på 10–15% normalt vid enkätstudier, ett svarsdeltagande kring 20–30% anses vara mycket bra. Bortfallet till studien beräknas vara 44 deltagare och är 45%. Tidsperioden när webbenkäten skickades ut kan påverka deltagandet och leda till bortfall då det är en rådande pandemi. På grund av pandemin har det skapats flertalet pseudo organisationer med tillfälliga verksamhetschefer och avdelningschefer som gör det svårt att veta aktuella positioner och som inte har återkommit med svar vid mail och telefonsamtal från författarna. Detta medför ett bortfall med potentiella deltagare som är svårt att kontrollera för författarna till studien. Författarna skickade påminnelser samt kontaktade verksamhetschefer per telefon för att minimera bortfallet. Ejlertsson (2019) betonar att det både finns externa samt interna bortfall. Internt bortfall är när deltagare till studien väljer att inte svara på alla frågor på enkäten medan ett externt bortfall är när potentiella deltagare inte svarar på enkäten alls. Ytterligare bortfall till studiens resultat är att frågorna till webbenkäten inte hade obligatoriska svar, vilket medfört att alla deltagare inte besvarat de demografiska frågorna och lämnade in enkäten ändå. Dessa svar har dock tagits med i resultatet då de demografiska frågorna inte tillhör kärnfrågorna i enkäten. Ytterligare interna bortfall är att ett fåtal deltagare inte valt att besvara alla frågor i enkäten, dessa har även valts att ta med i resultatet då det endast varit 1–2 frågor som inte blivit besvarade av enkätens 28 frågor. Det interna bortfallet där det saknades svar rörde sig om olika frågor.

Validitet och Reliabilitet

Polit and Beck (2017) beskriver att en fördel för studien är när mätinstrumentet är anpassat för den studie som ska genomföras, samt att även mätinstrumentet kontrolleras av områdesexperter genom att utvärdera enkätens validitet, relevans och innehåll. Flera utkast på enkäten genomfördes i samråd med

Docent Pether Jildenstål samt lektorer inom anesthesiukvård som gav synpunkter och enkäten modifierades efter detta. Synpunkterna resulterade i att förtydliga vissa frågor samt att dela upp frågor. Även de frågor som inte var relevanta utifrån studiens syfte togs bort, detta är något som både Polit and Beck (2017) samt Ejlertsson (2019) nämner är viktigt. Fortsättningsvis nämner de även vikten av att kontrollera enkäten efter svåra ord eller formuleringar som kan misstolkas då detta annars kan påverka enkätens reliabilitet. Författarna till denna studie ansåg det vara av vikt att inneha en stor intern validitet, detta betyder att enkäten mäter det fenomen som avses att mäta genom genomtänkta och tydligt formulerade frågor. Studiens population, situation, syfte och mätinstrument är något som kan påverka den interna validiteten (Ejlertsson, 2019).

Denna studie genomfördes endast i Västra Götalandsregionen men den externa validiteten kan stärkas genom att urvalet till studien kan vara representativt för anesthesiuköterskor i Sverige då personal har fått byta arbetsplats runt om i landet. Detta medför att resultatet av aktuell studie kan vara generaliserbart till övriga delar i Sverige. Extern validitet skapar en möjlighet i att kunna generalisera studiens resultat nationellt för anesthesiuköterskor i Sverige, då flertalet operationsverksamheter varit med om samma sak runt om i Sverige (Ejlertsson, 2019). Deltagarna till studien har utbredd erfarenhet, har jobbat i olika antal år samt är i olika åldrar. Ur ett internationellt perspektiv kan det dock vara svårt att generalisera resultatet av studien då det inte är i många andra länder som anesthesiuköterskor har arbetat på covid-iva under rådande pandemi. Oberoende av möjligheten att generalisera resultatet till andra länder kan studien dock ge en överblick kring anesthesiuköterskor upplevda kompetens och omvårdnadsansvar vid vård av covid-19 patienten.

Resultatdiskussion

Kompetens

Många anesthesiuköterskor ansåg att deras kompetens från anestesiprofessionen var tillämpbar på covid-iva. Ventilatorn, monitoreringen, kontroll av cirkulationen samt djup av sedering var områden de kände sig trygga i då mycket tillhör deras yrke som anesthesiuköterskor. En annan positiv del är att trots att deltagarna inte har en intensivvårdsutbildning var det endast ca 30% som upplevde att de inte kunde hantera situationen optimalt vid akuta försämringar. Majoriteten som upplevt att anestesikompetensen varit tillräcklig vid akuta försämringar har varit de som arbetat >10 år eller av manligt kön.

Anesthesiuköterskorna som deltagit i studien ansåg att de inte har kunnat hantera patientens nutrition och vätskebalans korrekt på covid-iva. Nutrition och vätskebalans är en del av anesthesiuköterskans kompetensområde men inom intensivvård innefattar detta att ha översyn kring dygns mängd, dagsvikt, sondmatning med mera, vilket inte är delar som hanteras på operation. Ett annat område som anesthesiuköterskorna inte har inom sitt kompetensområde är att förhindra

intensivvårdsrelaterade komplikationer såsom critical illness och iva-delirium- vilket tydligt framkom i resultatet där närmare 90% medgav att de inte kunnat förhindra dessa komplikationer. Detta är inget överraskande då deltagarnas korta utbildning inte har räckt för att kunna hantera ovannämnda områden. En tanke från författarna är att anestesijuksköterskorna hade kunnat få löpande utbildning under tiden på covid-iva för att öka kunskapen kring de delar där svagheter och brister identifierats, vilket också stärks av Hayes et al (2006). Dessa utbildningstillfällen hade kunnat vara genom Zoom eller förinspelade web-utbildningar som organisationen hade kunnat bistå med för att öka patientsäkerheten. Huruvida anestesijuksköterskorna skulle kunna avsätta tid för dessa är oklart då många har ett pressat schema och kanske inte alltid har ork för utbildning under deras lediga tid. Men detta utesluter inte i det att organisationen ska bistå med resurser för att upprätthålla en god och säker vård för patienterna som har rätt enligt lag att få rätt och säker sjukvård. Utan fortbildning kan inte korrekt vård ges och då kan man inte bli förvånad över att vårdpersonal inte upplever att vården är patientsäkert. I tidigare studier framkommer det att en hög arbetsbelastning, stress, nya arbetsuppgifter och en bristande kompetens kan underlättas när sjuksköterskan känner igen delar av sitt arbete, vilket även hjälper personen att kunna adaptera sig i den nya arbetsmiljön (Hayes et al., 2006). Li, Chen, and Kuo (2008) markerar även att en hög faktor till arbetsrelaterad stress präglas av avsaknad utav utbildning och färdigheter men även sjuksköterskornas egen upplevda stress av bristande kunskaper i att fullfölja sina arbetsuppgifter vilket kan vara en förklaring till deltagarnas upplevelser.

I en artikel från American Association of Nurse Anesthetists (2020) står det att pandemier och hög belastning på vården kan kräva att personal från olika avdelningar omplaceras. Under covid-19 pandemin har anestesijuksköterskor varit det näst bästa alternativet till att vårda intensivvårdskrävande covid-19 patienter. Artikeln beskriver att vissa områden inom intensivvård är främmande för anestesijuksköterskan, därav är det viktigt att anestesijuksköterskan har kännedom över sina begränsningar och delegerar uppgifter som hen känner sig otrygg i. Ifall anestesijuksköterskan arbetar utanför sitt kunskapsområde finns det stor risk att patientsäkerheten utsätts för risker, detta framkom i studiens resultat då deltagarna i den öppna frågan skrivit att det kändes tryggt att ha intensivvårdspersonal runt omkring sig och att majoriteten upplevde att de kunde arbeta bra inom det multidisciplinära teamet. I denna studie framkommer dock inte i hur stor utsträckning anestesijuksköterskorna har svarat på enkäten refererande till att arbeta ensam eller i team då enkäten besvarades. Den upplysningen kunde ha efterfrågats i enkäten.

Anestesijuksköterskorna i föreliggande studie har svarat att det fanns områden där deras kunskap var begränsad och det var då känslor av oro och ångest uppstod. Att arbeta med uppgifter som inte tillhör det dagliga arbetet som man normalt vistas i kan utsätta en för en känsla av hopplöshet och att man inte kan hantera sina sysslor optimalt. Detta kan i sin tur leda till att arbetslusten och passionen för yrket minskar. Enligt Heath et al. (2020) var de sjuksköterskor med en god resiliens de som kände att omplaceringen endast var en kort och tillfällig period.

Omvårdnad

Anestesisjuksköterskor upplevde att omvårdnadsansvaret var krävande på covid-iva. Mer än hälften av deltagarna upplevde sig otrygga i omvårdnadsansvaret med patienterna och närmare en tredjedel svarade "varken eller" på frågan. Detta kan tolkas som att deltagaren varken håller med eller tar avstånd, och behöver därmed inte vara ett negativt svar. Enligt Trost and Hultåker (2016) kan ett "varken eller" svar på en attitydfråga innebära att man ställer sig neutralt mot påståendet och kan liknas svaret "okej". Detta kan innebära en svaghet för studiens resultat då så många svarat "vet ej". På covid-iva har patienterna krävt ett helt annat helhetstänk än vad patienterna på operation har.

Omvårdnaden har enligt deltagarna känts tyngre än hos en ASA 4–5 patient på operation. I studien av LoGiudice and Bartos (2021) uttryckte sjuksköterskorna att de gärna ville bidra och hjälpa till på covid enheterna. Det som skapade tveksamhet var bristande kompetens, utbildning och kunskap kring vården av covidpatienterna. Sjuksköterskorna ville inte tappa kontrollen för att patientsäkerheten kunde bli utsatt för fara, vilket även deltagarna i denna studie bekräftade. Närmare 40% upplevde att patientsäkerheten inte var optimal under omvårdnaden av patienten. Detta kan man vända på och se ur olika synvinklar då covid-iva har varit en tung arbetsplats även för intensivvårdssjuksköterskor då patientgruppen är tungt vårdkrävande och väldigt sjuka människor där ingen ordinarie rutin har existerat. En liknande studie riktad till intensivvårdssjuksköterskor hade varit en intressant jämförelse. Det framkom även i de öppna frågorna att vid ansvar för två patienter som var väldigt sjuka, var det svårt att ge optimal vård till båda patienterna. Däremot svarade majoriteten att de ansåg att omvårdnadskompetensen de haft med sig från anestesiprofessionen har varit behjälplig under covid-iva tiden och att ju oftare de arbetade där desto bättre kändes det med tiden.

Sjuksköterskor upplever en sämre resiliens när de får en känsla av hopplöshet då de inte kan tillföra en optimal vård till covidpatienterna (Heath et al., 2020; Lisi et al., 2020; Raudenská et al., 2020). En stor del av deltagarna (80%) upplevde att de inte alltid har kunnat utföra jobbet på ett patientsäkert sätt. De anestesisjuksköterskor som arbetat kliniskt under många år har något bättre resiliens än de som arbetat färre år, då de har en bättre klinisk bild och agerar snabbare vid kritiska sammanhang (Ouersighni & Ghazali, 2020). I föreliggande studie har man kunnat se att de flesta deltagarna, 35,8% endast har arbetat som anestesisjuksköterskor under 0-3år och 24,5% av deltagarna har arbetat längre än 15 år.

Av de 48 anestesisjuksköterskor som svarade att de har känt oro och ångest att inte kunna utföra arbetet på ett patientsäkert sätt under minst ett arbetspass på covid-iva var det flest som valt intensivvårdsmiljön som mest utmanande området. Detta är inte helt oväntat då i likhet med Olausson, Ekebergh, and Osterberg (2014) är intensivvårdsmiljön ett område där IVA-sjuksköterskorna många gånger upplever en etisk stress då man har två kritiskt sjuka patienter och kan känna sig otillräcklig. Att vara anestesisjuksköterska i intensivvårdsmiljön, som dessutom är mer främmande, kan självfallet öka denna stress. Raudenská et al. (2020) menar att etisk stress upplevs av personal när de står inför

svåra beslutstaganden. Oro och ångest är ett resultat när personal upplever att de inte presterar optimalt. För anestesijuksköterskorna innebär arbetet på intensivvårdsavdelningarna tyngre fysiskt arbete och tyngre psykiska krav. De fysiska kraven kräver en ökad fysisk ansträngning för kroppen och psykiskt att kunna uppleva en kontroll över sin kompetens för att kunna fullfölja arbetsuppgifter. Karasek and Theorell (1990) fortsätter beskriva att det finns två aspekter av arbetskontroll på en hälsosam arbetsplats, vilket innebär att den anställda måste få möjligheter i att öka sin kompetens, erhålla utbildningar, kunna påverka hur arbetsuppgifter utförs men också i att kunna kontrollera deras arbetsmiljö. Theorell (2012) betonar även att ifall flera personer får förändrade arbetsuppgifter med mindre potential att kunna utveckla sin kompetens, upplever en mindre kontroll samt en ökad stress kan även detta öka risken för sjukdom. Den fysiologiska stressen kan i sin tur medföra ett ökat antal sjukskrivningar hos personalen. Därför är det av stor vikt att dessa känslor tas i beaktande vid omstruktureringar av arbetsplatser.

Att upprätthålla god resiliens är att möta motgångarna optimalt och vara förberedd på kriser för att ta dess motstånd så bra det går. Resiliens handlar även om att hantera svårigheter optimalt samtidigt som arbetet ska fortsätta (Hidefjäll, 2018). Anestesisjuksköterskorna i föreliggande studie hade svårigheter kring omvårdnadsansvaret och upplevde oro och ångest vid flera av arbetstillfällena. De upplevde inte att de hade fått tillräckligt med utbildning eller bredvidgång för att klara av arbetet på intensivvårdsavdelningen på bästa sätt. Detta kan vara ett resultat av att arbetsmomenten på covid-iva inte är en del av anestesisjuksköterskans arbete och kompetensområde. Resiliens kräver att människor har adekvat kunskap kring komplikationer för att kunna motarbeta dem på bästa sätt (Lisi et al., 2020). LoGiudice and Bartos (2021) beskriver att när sjuksköterskor arbetar med covidpatienter som inte har en riktig standardiserad vård och där alla vårdas på olika sätt så ökar ovissheten och osäkerheten vilket i sin tur påverkar patientsäkerheten. Enligt Chen et al. (2020) har anestesisjuksköterskor haft en betydande roll under covid-19 pandemin då de har goda kunskaper över hantering av luftvägar, kritiska tillstånd, akuta tillstånd, transporter av kritisk sjuka samt i att kunna förhindra aspiration. Pandemin har lett till att det fattas personal inom intensivvården och för att kunna bibehålla en god patientsäkerhet ansågs anestesisjuksköterskor vara ett bra alternativ (Ouersighni & Ghazali, 2020). Författarna har resonerat kring huruvida resultatet hade varit ifall allmänsjuksköterskor hade kallats in till intensivvården och ifall det hade varit någon skillnad mellan dessa och anestesisjuksköterskorna. Detta anses utav författarna vara ytterst patientsäkert då som det nämnts tidigare att anestesisjuksköterskor har omfattande kunskap och utbildning kring kritisk vård, vilket allmänsjuksköterskan saknar. Däremot arbetar dessa i dagsläget som undersköterskor och assistenter på covid-iva och det anser författarna är ett bra sätt att bidra till den pressade situationen. Resiliens krävs även på en högre organisatorisk nivå. Sjukvården upprätthåller inte lagstiftningen ifall det inte kan ges optimal vård till patienterna. Varför agerar inte myndigheterna mer offensivt i att utbilda fler intensivvårdssjuksköterskor nu när samhället visat tydligt att det krävs fler med kompetens? Förväntas

det att anestesijuksköterskor ska fortsätta att arbeta på intensivvårdsavdelningar fast det framgått kliniskt och i föreliggande studie att det inte alltid är det optimala?

Vårt resultat påvisar att anestesijuksköterskorna som arbetar på covid-iva inte alltid känner sig trygga i omvårdnadsansvaret och att anestesikompetensen är behjälplig under många avseenden men inte i allt. Det har även framgått att utbildning och bredvidgång inte har varit tillräckligt för att upprätthålla hög patientsäkerhet, vilket leder till att tryggheten, säkerheten och trivselen för personal, patienterna och arbetsmiljön äventyras.

Slutsatser

I denna studie har det framkommit att flertalet anestesijuksköterskor har erhållit för kort utbildning och bredvidgång inför sin omplacering till intensivvårdsavdelningarna. De delar på intensivvårdsavdelningarna som påminner om anestesimiljön kan anestesijuksköterskorna behärska men vid de arbetsmoment som inte är en del av anestesijuksköterskans profession och utbildning kan patientsäkerheten riskeras och påverkas. Anestesijuksköterskor har även förväntats kunna hantera dialysapparater och patienternas vätske- och nutitionsbalans vilket utbildningen inte gett tillräcklig kunskap om. Att vårda flertalet svårt sjuka patienter samtidigt med ett större omvårdnadsansvar än vad anestesijuksköterskor är vana vid påverkar den psykiska arbetsmiljön. Det skapar ångestkänslor och kan påverka sjuksköterskornas arbetsförmåga och patientsäkerheten. I ett katastrofläge som sjukvården befinner sig i bör det finnas resurser som utbildar kompetent personal som har kunskap inom arbetsområdet under denna fortfarande pågående pandemi.

Kliniska implikationer

Dagens anesthesiutbildning innefattar en bred kunskap inom anestesijuksvård och ger sjuksköterskorna kunskap inom luftvägshantering, ventilation, cirkulation och att hantera, planera, prioritera och ta snabba beslut vid akuta tillstånd och förebygga komplikationer. Vid extrema situationer som vid en pandemi, kan det komma att krävas att anestesipersonal behöver arbeta på en intensivvårdsavdelning. Omvårdnaden av en intensivvårdskrävande covid-19 patient är mycket komplext då vetenskapliga rutiner delvis saknas och flertalet olika åtgärder inom intensivvården krävs. Det krävs en handlingsberedskap för olika förändringar i patientens tillstånd, komplexa vårdssituationer samt mycket omvårdnad av patienten. Trots att utbildningarna och kompetensen skiljer sig åt är anestesijuksköterskor en värdefull resurs till intensivvården. En tanke författarna till studien har, är att det i framtiden finns möjlighet inom anestesijuksvårdsutbildningen att välja en valbar kurs inom intensivvård för att öka kompetensen samt att kunna möta verksamheternas akuta behov. Ett annat förslag för att inte riskera patientsäkerheten och arbetsmiljön är att ställa krav på arbetsgivarna inför en omplacering med en ordentlig inskolning, utbildning och bredvidgång för alla anestesijuksköterskor.

Referenslista

- American Association of Nurse Anesthetists (2020) *CRNAs Asked to Assume Critical Care Responsibilities During the COVID-19 Pandemic*. Retrieved from [https://www.aana.com/docs/default-source/practice-aana-com-web-documents-\(all\)/crnas-asked-to-assume-critical-care-responsibilities-during-the-covid-19-pandemic.pdf?sfvrsn=ea3630e7_6](https://www.aana.com/docs/default-source/practice-aana-com-web-documents-(all)/crnas-asked-to-assume-critical-care-responsibilities-during-the-covid-19-pandemic.pdf?sfvrsn=ea3630e7_6)
- Bhatraju, P. K., Ghassemieh, B. J., Nichols, M., Kim, R., Jerome, K. R., Nalla, A. K., . . . Mikacenic, C. (2020). *Covid-19 in Critically Ill Patients in the Seattle Region — Case Series*. *New England Journal of Medicine*, 382(21), 2012-2022. doi:10.1056/NEJMoa2004500
- Centers for Disease Control and Prevention (2019). *2009 H1N1 Pandemic (H1N1pdm09 virus)*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/2009-h1n1-pandemic.html>
- Centers for Disease Control and Prevention (2020). *1918 Pandemic (H1N1 virus)*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/1918-pandemic-h1n1.html>
- Chen, B., Tian, E.-K., He, B., Tian, L., Han, R., Wang, S., . . . Cheng, W. (2020). Overview of lethal human coronaviruses. *Signal Transduction and Targeted Therapy*, 5(1), 89. doi:10.1038/s41392-020-0190-2
- Cöster, H. (2014). *Forskningsetik och ömsesidighet : vård, social omsorg och skola* (1. uppl. ed.): Stockholm : Liber.
- Ejlertsson, G. (2019). *Enkäten i praktiken : en handbok i enkätmetodik* (Fjärde upplagan ed.): Lund : Studentlitteratur.
- Folkhälsomyndigheten. (2020a). *Om sjukdomen och smittspridning*. Retrieved from <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/om-sjukdomen-och-smittspridning/>
- Folkhälsomyndigheten. (2020b). *Pandemisk influensa*. Retrieved from <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/krisberedskap/pandemiberedskap/pandemisk-influensa/>
- Folkhälsomyndigheten. (2020c). *Vaccin mot Polio*. Retrieved from <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vaccinationer/vacciner-a-o/polio/>
- Folkhälsomyndigheten. (2021). *Information till riskgrupper om covid-19*. Retrieved from <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/skydda-dig-och-andra/rad-och-information-till-riskgrupper/>
- Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., . . . Stone, P. W. (2006). Nurse turnover: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), 237-263. doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.02.007
- Heath, C., Sommerfield, A., & von Ungern-Sternberg, B. S. (2020). Resilience strategies to manage psychological distress among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a narrative review. *Anaesthesia*, 75(10), 1364-1371. doi:10.1111/anae.15180
- Hidefjäll, P. (2018). Kapaciteten i sjukvården— att hantera kritiska lägen. Retrieved from <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-12-1.pdf>
- Hälso-och sjukvårdslagen 2017:30 (2017) Socialdepartementet. Retrieved from https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

- Härenstam, K. P., & Sahlqvist, L. (2016). Säker vård - en kärnkompetens för vårdens samtliga professioner. Retrieved from <https://www.swenurse.se/publikationer/saker-vard---en-karnkompetens-for-vardens-samtliga-professioner>
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Larsson, A. (2016). Akut respiratorisk svikt. In A. Larsson & S. Rubertsson (Eds.), *Intensivvård* (pp. 308-319). Stockholm: Liber.
- Li, I. C., Chen, Y. C., & Kuo, H. T. (2008). The relationship between work empowerment and work stress perceived by nurses at long-term care facilities in Taipei city. *Journal of Clinical Nursing*, 17(22), 3050-3058. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02435.x
- Lisi, L., Ciaffi, J., Bruni, A., Mancarella, L., Brusi, V., Gramegna, P., . . . Ursini, F. (2020). Levels and Factors Associated with Resilience in Italian Healthcare Professionals during the COVID-19 Pandemic: A Web-Based Survey. *Behavioral Sciences (Basel)*, 10(12). doi:10.3390/bs10120183
- Liu, J., & Liu, S. (2020). The management of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of Medical Virology*, 92(9), 1484-1490. doi:<https://doi.org/10.1002/jmv.25965>
- LoGiudice, J. A., & Bartos, S. (2021). Experiences of Nurses During the COVID-19 Pandemic: A Mixed-Methods Study. *AACN Adv Crit Care*, e1-e13. doi:10.4037/aacnacc2021816
- Meriläinen, M., Kyngäs, H., & Ala-Kokko, T. (2010). 24-Hour intensive care: An observational study of an environment and events. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(5), 246-253. doi:<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.06.003>
- Moore, Z., Patton, D., Avsar, P., McEvoy, N. L., Curley, G., Budri, A., . . . O'Connor, T. (2020). Prevention of pressure ulcers among individuals cared for in the prone position: lessons for the COVID-19 emergency. *J Wound Care*, 29(6), 312-320. doi:10.12968/jowc.2020.29.6.312
- Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2010). Resiliens- Begreppets olika betydelser och användningsområden. Retrieved from <https://rib.msb.se/filer/pdf/27199.pdf>
- Olausson, S., Ekebergh, M., & Osterberg, S. A. (2014). Nurses' lived experiences of intensive care unit bed spaces as a place of care: a phenomenological study. *Nursing Critical Care*, 19(3), 126-134. doi:10.1111/nicc.12082
- Ouersighni, A., & Ghazali, D. A. (2020). Contribution of certified registered nurse anaesthetists to the management of the COVID-19 pandemic health crisis. *Intensive and Critical Care Nursing*, 60, 102888. doi:<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102888>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). Data collection in quantitative reaserch. In C. T. Beck (Ed.), *Resource manual for nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (Tenth edition ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Raudenská, J., Steinerová, V., Javůrková, A., Urits, I., Kaye, A. D., Viswanath, O., & Varrassi, G. (2020). Occupational burnout syndrome and post-traumatic stress among healthcare professionals during the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 34(3), 553-560. doi:10.1016/j.bpa.2020.07.008
- Riksföreningen för anestesi och intensivvård, & sjuksköterskeförening, S. (2020a). KOMPETENSBEKRIVNING AVANCERAD NIVÅ Specialistsjuksköterska med inriktning mot anestesijukvård. Retrieved from <https://www.swenurse.se/download/18.b986b9d1768421a1b57604a/1610609299643/Kompetensbeskrivning%20Anestesisjuksk%C3%B6terska.pdf>
- Riksföreningen för anestesi och intensivvård, & sjuksköterskeförening, S. (2020b). KOMPETENSBEKRIVNING AVANCERAD NIVÅ Specialistsjuksköterska med inriktning mot intensivvård. Retrieved from <https://www.swenurse.se/download/18.b986b9d1768421a1b576141/1610610246380/Kompetensbeskrivning%20Intensivva%CC%8Ardssjuksk%C3%B6terska.pdf>

- Socialdepartementet (2010) Patientsäkerhetslagen (2010:659). Stockholm: Socialdepartementet. Retrieved from [Patientsäkerhetslag \(2010:659\) Svensk författningssamling 2010:2010:659 t.o.m. SFS 2020:1052 - Riksdagen](#)
- Socialdepartementet (2004). Smittskyddslag (2004:168). Retrieved from https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/smittskyddslag-2004168_sfs-2004-168
- Socialdepartementet. (Lag 2003:460). Lag om etikprovning 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
- Socialstyrelsen. (2020). Agera för säker vård. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024. Retrieved from <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-1-6564.pdf>
- Staines, A., Amalberti, R., Berwick, D. M., Braithwaite, J., Lachman, P., & Vincent, C. A. (2020). COVID-19: patient safety and quality improvement skills to deploy during the surge. *International Journal for Quality in Health Care*. doi:10.1093/intqhc/mzaa050
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering . (2017). Värdering och syntes av studier utförda med kvalitativ analysmetodik. Retrieved from <https://www.sbu.se/contentassets/d12fd955318f4feab3709d7ebcc9a72b/sbushandbok.pdf>
- Stayt, L. C., Seers, K., & Tutton, E. (2015). Patients' experiences of technology and care in adult intensive care. *Journal of Advanced Nursing*, 71(9), 2051-2061. doi:<https://doi.org/10.1111/jan.12664>
- SurveyMonkey. (2021). Urvalsstorlek för enkät. Retrieved from <https://sv.surveymonkey.com/mp/sample-size/>
- Theorell, T. (2012). *Psykosocial miljö och stress*. Lund: Studentlitteratur.
- Trost, J., & Hultåker, O. (2016). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.
- Vetenskapsrådet. (2017). Forskningsetiska principer- god forskningsed. Retrieved from https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf
- World health organization. (2003). Consensus document on the epidemiology of severe acute respiratory syndrome (SARS). Retrieved from <https://www.who.int/csr/sars/en/WHOconsensus.pdf>
- World health organization. (2010). What is a pandemic? Retrieved from <https://www.who.int/>
- World health organization. (2017). Poliomyelitis. Retrieved from <https://www.who.int/immunization/diseases/poliomyelitis/en/>
- World health organization. (2019). SMALLPOX CHAPTER 1-eradicating an ancient scourge. Retrieved from https://www.who.int/about/bugs_drugs_smoke_chapter_1_smallpox.pdf
- World health organization. (2020). Patient safety. Retrieved from https://www.who.int/health-topics/patient-safety#tab=tab_1
- Whyte, C. S., Morrow, G. B., Mitchell, J. L., Chowdary, P., & Mutch, N. J. (2020). Fibrinolytic abnormalities in acute respiratory distress syndrome (ARDS) and versatility of thrombolytic drugs to treat COVID-19. *J Thromb Haemost*, 18(7), 1548-1555. doi:10.1111/jth.14872



SAHLGRENSKA AKADEMIN

FORSKNINGSPERSONINFORMATION

Tillfrågan om att delta i en webbaserad enkätstudie

Hej

Vi är två legitimerade sjuksköterskor som studerar specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning anesthesi på Göteborgs universitet. Vi ska börja skriva vår uppsats och är intresserade av att fördjupa oss i kunskapen kring hur anesthesisjuksköterskor upplever sin kompetens samt omvårdnadsansvar vid vård av intensivvårdskrävande COVID-19 patienter. Vi vill gärna få reda på dina erfarenheter genom att genomföra vår anonyma webbenkät.

Bakgrund och syfte

SARS-CoV-2 är ett virus som orsakat en pandemi över hela världen. Detta medför en ökad belastning på hälsosjukvården i Sverige. På grund av den ökade belastningen har stora krav ställts på sjukvården med ökat antal vårdplatser, detta medför att flertalet inom sjukvården får byta arbetsplats tillfälligt för att kunna hjälpa till i vården under pandemin. Flertalet operationer har fått ställas in vilket medfört att anesthesisjuksköterskor har fått arbeta på intensivvårdsavdelningar. Anesthesisjuksköterskors specialistutbildning är inte formellt anpassad efter att arbeta på en intensivvårdsavdelning vilket skulle kunna medföra risker i patientarbetet. Dock finns inom intensivvården arbetande anesthesisjuksköterskor som arbetar heltid utan någon specialistsjuksköterskeexamen inom intensivvård. De flesta sjukhus i Sverige beslöt tidigt under pandemins början att utbilda anesthesisjuksköterskor under några dagar med inriktning mot intensivvård på grund av att det skulle behövas fysiska resurser som liknande intensivvårdssjuksköterskans väldigt snabbt. Under pandemin har arbetet för anesthesisjuksköterskan inom intensivvård av COVID-19 patienter sett olika ut avseende exempelvis vård och ansvar. Därför anser författarna att det är av stor vikt att kartlägga anesthesisjuksköterskors upplevda kompetens samt omvårdnadsansvar vid vård av intensivvårdskrävande COVID-19 patienter.

Förfrågan om deltagande

Vi skickar ett förfrågande om deltagande i vår enkätstudie om din upplevda kompetens vid vård av intensivvårdskrävande COVID-19 patienter som anesthesisjuksköterska. Enkäten är gjord för dig som tidigare inte har arbetat inom intensivvård och som inte har en specialistutbildning inom intensivvård sedan tidigare. Du som anesthesisjuksköterska som har arbetat på en Covid-IVA tillfrågas att delta i studien och besvara frågor rörande dina erfarenheter.

Hur går studien till?

Studien kommer att utföras i form av en anonym webbaserad enkät. Du får själv bestämma ifall du vill fylla i enkäten eller inte. Enkäten kan fyllas i på nätet mellan 8 februari- 25 februari och var som helst. Enkäten kommer att inneha frågor att besvara angående din upplevda kompetens och omvårdnadsansvar som anestesistsjuksköterska vid vård av intensivvårdskrävande COVID-19 patienter och tar endast en kort stund att genomföra.

Vilka är riskerna?

Vi ser inga omedelbara risker med att delta i denna studie då svaren från enkäten är fullständigt anonyma och vi hoppas att du kommer finna deltagandet som något positivt.

Deltagandet är frivilligt

Deltagande i enkätstudien är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande genom att inte skicka in enkäten.

Försäkring

Vid deltagande i studien ingår sedvanlig försäkring från arbetsgivaren.

Hantering av data och sekretess

Svaren på enkäterna kommer vara avkodade och anonyma, texten kommer därför inte att kunna kopplas till dina svar. Endast ansvariga för studien kommer ta del av materialet. Resultatet av vår enkätstudie kommer att redovisas i en magisteruppsats vid Göteborgs

Universitet och Sahlgrenska Akademin och publiceras på GUPEA. Vårt insamlade material kommer efter att uppsatsen är godkänd att förstöras.

Hur får jag information om resultatet av studien?

Önskar du att ta del av studiens resultat eller har några ytterligare frågor får du gärna kontakta personuppgiftsansvarig och projektansvarig.

Kontaktuppgifter finns nedan:

Ansvariga för magisteruppsatsen

Maribelle Eskengren

Intensivvårdssjuksköterska

Tel: XXXXXXXX

E-post: XXXXXXXXXXXX

Josefin Karlström

Intensivvårdssjuksköterska

Tel: XXXXXXXX

E-post: XXXXXXXX

Handledare

Pether Jildenstål

Docent, medicinedoktor och universitetslektor i vårdvetenskap med inriktning mot anestesistjukvård, symptom och hälsa.

Göteborgs universitet

Tel: XXXXXXXX

E-post: XXXXXXXX



SAHLGRENSKA AKADEMIN

Brev till verksamhetschef samt avdelningschefer på operationsavdelningar i Västra Götalandsregionen

Hej!

Vi är två legitimerade intensivvårdssjuksköterskor som studerar till anestesijuksköterskor på Göteborgs universitet. Vi ska börja skriva vår magisteruppsats och har valt att belysa anestesijuksköterskors upplevda kompetens samt omvårdnadsansvar vid vård av intensivvårdskrävande COVID-19 patienter. Vi skulle vilja skicka vår webbenkät till era anestesijuksköterskor då detta är ett ämne som tidigare inte har belysts. Studien är även viktig för att i framtiden göra det så bra som möjligt för varje sjuksköterska, samt för att kunna anpassa och optimera arbetsrollerna. Vi bifogar även en kort sammanfattning om studien samt en forskningspersoninformation.

Om Ni godkänner att studien genomförs på er operationsavdelning är vi tacksamma för er underskrift av denna bilaga (eller att ni skickar ett mail där ni godkänner genomförande av studien, och i efterhand skickar oss blanketten med underskrift via mail). Om Ni inte önskar att studien genomförs på er avdelning är vi tacksamma för besked angående detta. För ytterligare information angående studien är ni välkomna att kontakta oss eller vår handledare.

Tack på förhand!

Med vänliga hälsningar: Maribelle och Josefin

Maribelle Eskengren

Leg. Intensivvårdssjuksköterska

Josefin Karlström

Leg. Intensivvårdssjuksköterska

Handledare

Pether Jildenstål

Docent, Medicinedoktor och universitetslektor i vårdvetenskap med inriktning mot anestesijukvård, symptom och hälsa.

Göteborgs universitet

Sammanfattning av arbetets upplägg och innehåll

Titel

”Anestesisjuksköterskors upplevda kompetens samt omvårdnadsansvar vid vård av intensivvårdskrävande COVID-19 patienter.”

Bakgrund och syfte

SARS-CoV-2 är ett virus som orsakat en pandemi över hela världen. Detta medför en ökad belastning på hälsosjukvården i Sverige. På grund av den ökade belastningen har stora krav ställts på sjukvården med ökat antal vårdplatser, detta medför att flertalet inom sjukvården får byta arbetsplats tillfälligt för att kunna hjälpa till i vården under pandemin. Flertalet operationer har fått ställas in vilket medfört att anestesisjuksköterskor har fått arbeta på intensivvårdsavdelningar. Anestesisjuksköterskors specialistutbildning är inte anpassad efter att arbeta på en intensivvårdsavdelning vilket kan medföra många risker i patientarbetet. Även specialistsjuksköterskeutbildningen inom intensivvård skiljer sig mycket åt från anestesisjuksköterskans. Därför anses det vara av stor vikt att kartlägga anestesisjuksköterskors egen bedömning av kompetens samt omvårdnadsansvar vid vård av intensivvårdskrävande COVID-19 patienter

Metod

Studien kommer att utföras i form av en anonym webbenkät. Anestesisjuksköterskorna får själva bestämma ifall de vill fylla i enkäten eller inte. Enkäten kan fyllas i mellan 8 februari och 25 februari 2021. Enkäten kommer att inneha frågor att besvara angående deras upplevelser som anestesisjuksköterska och tar endast en kort stund att genomföra. Svaren på enkäten kommer inte att kunna kopplas till deltagarna och de kommer förvaras och behandlas så att obehöriga inte kan ta del av dem. Själva resultatet av enkäterna kommer att redovisas i form av en magisteruppsats vid Sahlgrenska Akademin och Göteborgs Universitet. Vårt insamlade material kommer efter att uppsatsen är godkänd att förstöras.

Tidslängd

Deltagarna till studien kommer att ha cirka två veckor på sig att besvara enkäten när den har skickats ut.

Godkännande

Jag godkänner härmed att Josefin Karlstöm och Maribelle Eskengren får genomföra studien ”Anestesisjuksköterskors upplevda kompetens samt omvårdnadsansvar vid vård av intensivvårdskrävande COVID-19 patienter.” Det går bra att skriva under godkännandet och skicka det till vår mail.

Ort och datum

Namnteckning, verksamhetschef/avdelningschef

Namnförtydligande

Anestesisjuksköterskors upplevda kompetens samt omvårdnadsansvar vid vård av intensivvårdskrävande COVID- 19 patienter.

Välkommen till vår enkätstudie angående anestesisjuksköterskors upplevda kompetens samt omvårdnadsansvar, vid vård av intensivvårdskrävande covid-19 patienter.

Enkäten innehåller 5 stycken demografiska frågor och sedan 28 frågor angående din upplevda kompetens och omvårdnadsansvar. Frågorna har multiple choice svar, men sista frågan har en öppen ruta där du med egna ord kan tillägga ytterligare tankar som uppstår medan du genomför enkäten.

Enkäten beräknas ta cirka 10 minuter.

Vi är tacksamma för ditt deltagande.

Med vänliga hälsningar

Josefin Karlström och Maribelle Eskengren

Kön

Kvinna

Man

Annat

Ålder

20-30

31-40

41-50

51-60

Äldre än 61 år

Vart i regionen arbetar du?

Alingsås lasarett

Angereds närsjukhus

Frölunda specialistsjukhus

Kungälv sjukhus

NU-sjukvården

Skaraborgs sjukhus

Södra Älvsborgs sjukhus

Sahlgrenska universitetssjukhus

Sahlgrenska- Mölndal

Sahlgrenska- Östra sjukhuset

Hur många år har ni arbetat som anestesisjuksköterska?

0-3 år

4-6 år

7-9 år

10-12 år

13-15 år

Mer än 15 år

Har du någon specialistutbildning inom intensivvård sedan tidigare?

Ja
Nej
Vet ej

Blev du tillfrågad eller beordrad att arbeta på covid-iva?

Vet ej
Jag blev tillfrågad
Jag blev beordrad

Fick du en utbildning/introduktion på hur arbetet på covid-iva fungerar (simulering, föreläsning mm).

Vet ej
Nej
Ja

Vilken typ av utbildning fick du?

Ingen
Simulering
Föreläsning
Simulering och föreläsning
Annat

Hur lång var din utbildningsperiod?

0 dagar
1 dag
2 dagar
3 dagar
4 dagar eller mer

Ifall du fick en kortare utbildning/introduktion inom intensivvård- anser du att den var tillräckligt?

Vet ej
Nej
Ja
Hade önskat mer

Fick du någon bredvidgång på covid-iva?

Vet ej
Ja
Nej

Ifall du svarat ja, hur många dagar var din bredvidgång?

1 dag
2 dagar
3 eller fler

Anser du att din bredvidgång var tillräcklig för att känna dig trygg på covid-iva?

Vet ej
Instämmer inte alls
Instämmer inte
Varken eller
Instämmer

Instämmer helt

Anser du att din medicinska kompetens från anestesiprofessionen varit tillämpbar på covid-iva?

Vet ej

Instämmer inte alls

Instämmer inte

Varken eller

Instämmer

Instämmer helt

Inom intensivvårdssjuksköterskans kompetensbeskrivning ingår det att hantera och monitorera medicinteknisk utrustning. Anser du att din anestesikompetens har varit behjälplig för att klara av ventilatorer på IVA?

Vet ej

Instämmer inte alls

Instämmer inte

Varken eller

Instämmer

Instämmer helt

Anser du att din anestesikompetens har varit behjälplig för att klara av dialys (Prisma) på IVA?

Vet ej

Instämmer inte alls

Instämmer inte

Varken eller

Instämmer

Instämmer helt

Anser du att din anestesikompetens har varit behjälplig för att kontrollera och hantera patientens temperatur på IVA?

Vet ej

Instämmer inte alls

Instämmer inte

Varken eller

Instämmer

Instämmer helt

Anser du att din anestesikompetens har varit behjälplig för att klara av och kontrollera covid-19 patientens cirkulation på IVA?

Vet ej

Instämmer inte alls

Instämmer inte

Varken eller

Instämmer

Instämmer helt

Anser du att din anestesikompetens har varit behjälplig för att klara av och hantera covid-19 patientens djup av sedering på IVA?

Vet ej

Instämmer inte alls

Instämmer inte

Varken eller

Instämmer
Instämmer helt

Anser du att din anestesikompetens har varit behjälplig för att klara av och hantera covid-19 patientens ventilation på IVA?

Vet ej
Instämmer inte alls
Instämmer inte
Varken eller
Instämmer
Instämmer helt

Anser du att din specialistutbildning inom anestesi uppfyllde kraven för att kunna prioritera vården hos den intensivvårdskrävande covid patienten?

Vet ej
Instämmer inte alls
Instämmer ej
varken eller
Instämmer
Instämmer helt

Anser du som anestesisjuksköterska att din kompetens har varit tillräcklig vid akuta försämringar av covid-19 patienten?

Vet ej
Instämmer inte alls
Instämmer inte
Varken eller
Instämmer
Instämmer helt

Inom intensivvårdssjuksköterskans arbetsuppgifter ingår det att övervaka, kontrollera och dokumentera patientens nutritionsbehov samt vätskebehov noggrant under hela arbetspasset.

Anser du att med din anestesikompetens, att du har kunnat utföra dessa delar på ett säkert sätt?

Vet ej
Instämmer inte alls
Instämmer inte
Varken eller
Instämmer
Instämmer helt

Som ansvarig sjuksköterska på covid-iva har man ett omvårdnadsansvar över patienten. Anser du att du haft tillräckligt med kunskap för att känna dig trygg i det arbetet?

Vet ej
Instämmer inte alls
Instämmer inte
Varken eller
Instämmer
Instämmer helt

Anser du att du kunnat upprätthålla en hög patientsäkerhet under ditt omvårdnadsansvar med patienterna på covid-iva?

Vet ej
Instämmer inte alls
Instämmer inte
Varken eller
Instämmer
Instämmer helt

Anser du att din omvårdnadskompetens från anestesiprofessionen varit behjälplig under ditt omvårdnadsansvar på covid-iva?

Vet ej
Instämmer inte alls
Instämmer inte
Varken eller
Instämmer
Instämmer helt

Har du upplevt omvårdnadsansvaret av en intensivvårdskrävande covid-19 patient som psykiskt påfrestande?

Vet ej
Aldrig
Sällan
Ofta
Alltid

Anser du att omvårdnadsansvaret hos den intensivvårdskrävande covid-19 patienten är tyngre än det omvårdnadsansvar du har med din patient inom anestesi (ASA klass 4-5)?

Vet ej
Instämmer inte alls
Instämmer inte
Varken eller
Instämmer
Instämmer helt

Har du någon gång under din tid på covid-iva känt oro/ångest över att inte kunna utföra arbetet på ett patientsäkert sätt?

Vet ej
Instämmer inte alls
Instämmer inte
Varken eller
Instämmer
Instämmer helt

Ifall du har haft känslor av oro/ångest över att inte kunna utföra arbetet på ett patientsäkert sätt, i vilken del av arbetet gäller detta?

Handhavande av läkemedel
Omvårdnad av patienten
Medicinteknisk utrustning
Teamarbetet

Intensivvårdsmiljön

Anser du som anestesijusköterska att du har den kompetens som krävs för att förhindra intensivvårdsrelaterade komplikationer såsom, intensivvårdsdelirium och critical illness?

Vet ej
Instämmer inte alls
Instämmer inte
Varken eller
Instämmer
Instämmer helt

Har du som anestesijusköterska känt att du kunnat arbeta ändamålsenligt med det multidisciplinära teamet på covid-iva?

Vet ej
Instämmer inte alls
Instämmer inte
Varken eller
Instämmer
Instämmer helt

Har du något du vill tillägga avseende din anestesikompetens och omvårdnadsansvar, i arbetet kring den intensivvårdskrävande covid-19 patienten?

Svar:

Bilaga 4 RESULTAT

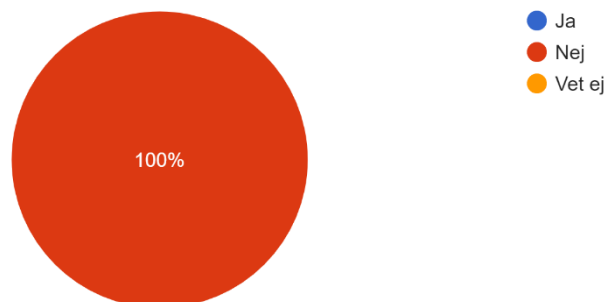
Demografiska frågor besvarande 53 deltagare

Demografi	Antal (n=53)	Antal i %
Kön		
Kvinna	30	56,6
Man	22	41,5
Annat	1	1,8
Ålder		
20-30	5	9,4
31-40	21	39,6
41-50	12	22,6
51-60	12	22,6
>61	3	5,7
Sjukhus		
Alingsås lasarett	1	1,9
Angereds närsjukhus	5	10,2
Kungälv sjukhus	3	5,7
Södra Älvsborgs sjukhus	10	18,9
Sahlgrenska/SU	18	34
Sahlgrenska/Mölndal	3	5,7
Sahlgrenska/Östra	13	24,5
Antal år som yrkesverksam anestesijuksköterska		
0-3 år	19	35,8
4-6 år	5	9,4
7-9 år	7	13,2
10-12 år	5	9,4
13-15 år	4	7,5
>15 år	13	24,5

Resultat enkätfrågor

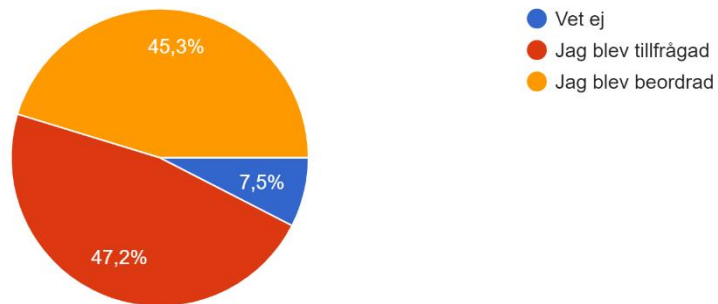
Har du någon specialistutbildning inom intensivvård sedan tidigare?

52 svar



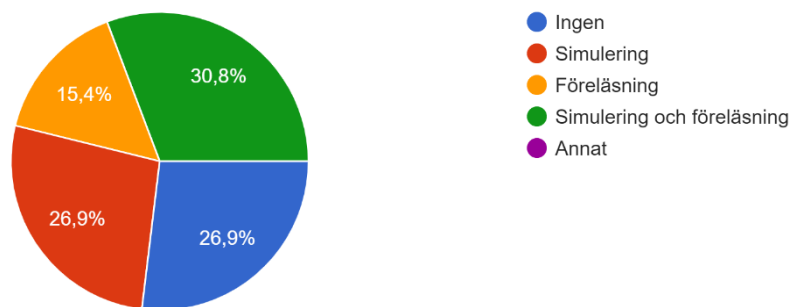
Blev du tillfrågad eller beordrad att arbeta på covid-iva?

53 svar



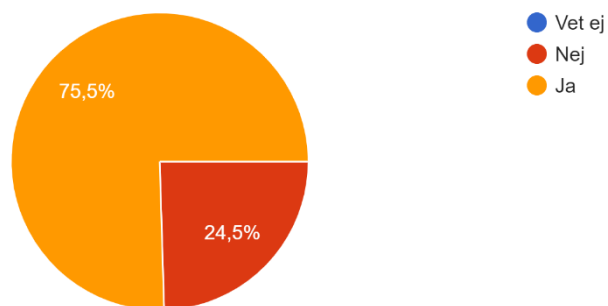
Vilken typ av utbildning fick du?

52 svar



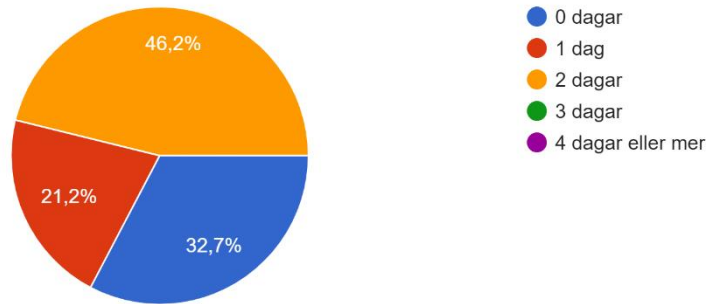
Fick du en utbildning/introduktion på hur arbetet på covid-iva fungerar (simulering, föreläsning mm).

53 svar



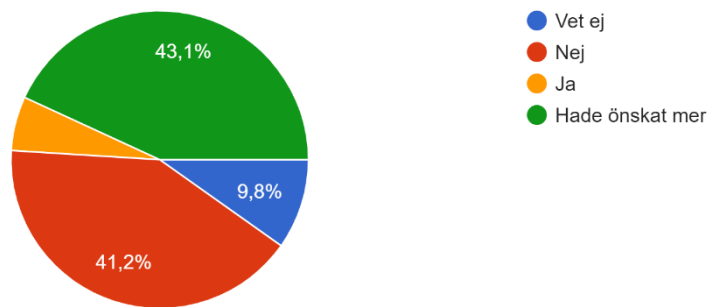
Hur lång var din utbildningsperiod?

52 svar

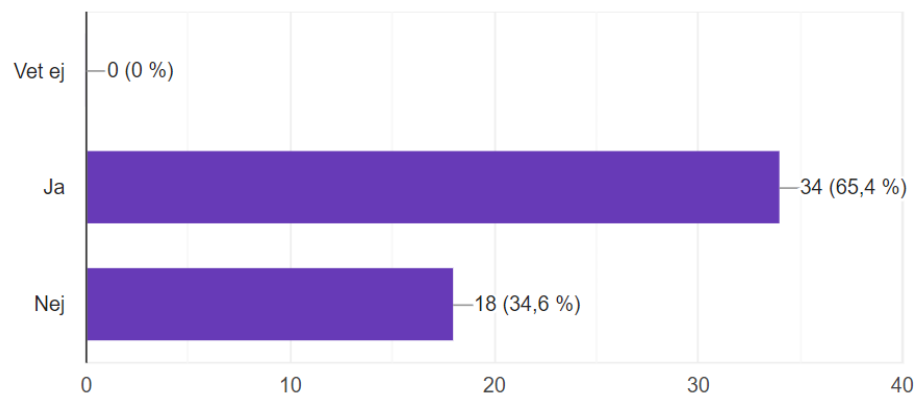


Ifall du fick en kortare utbildning/introduktion inom intensivvård- anser du att den var tillräckligt?

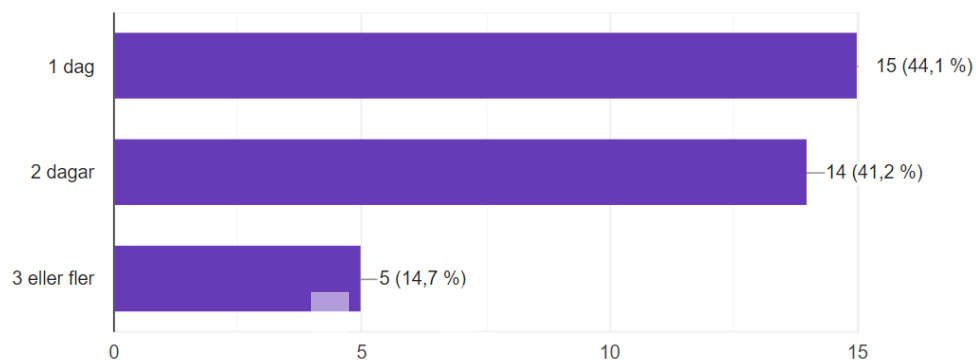
51 svar



Fick du någon bredvidgång på covid-iva?

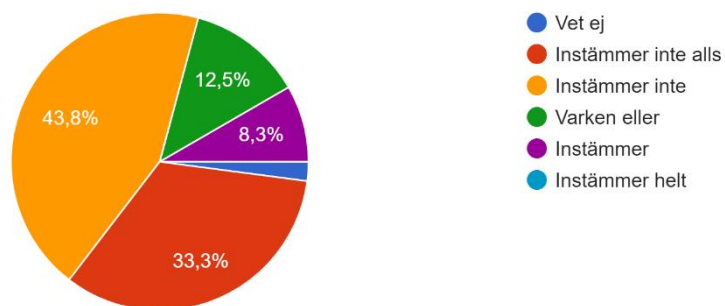


Ifall du svarat ja, hur många dagar var din bredvidgång?



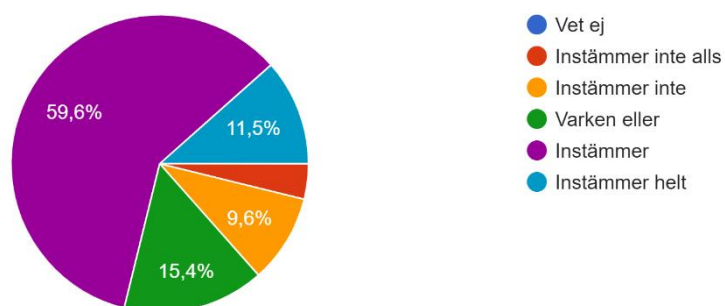
Anser du att din bredvidgång var tillräcklig för att känna dig trygg på covid-iva?

48 svar

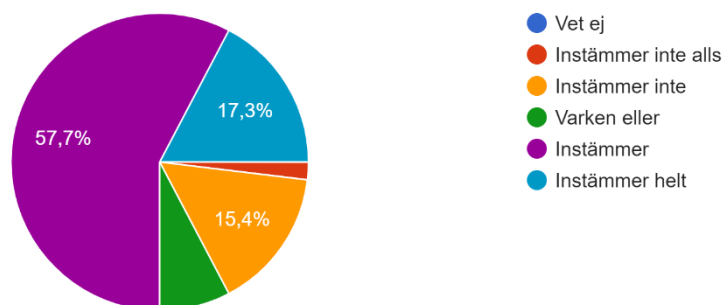


Anser du att din medicinska kompetens från anestesiprofessionen varit tillämpbar på covid-iva?

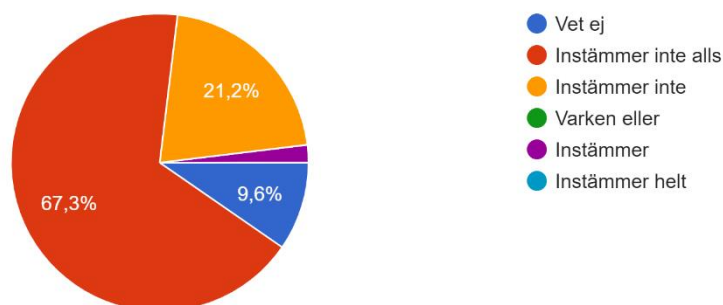
52 svar



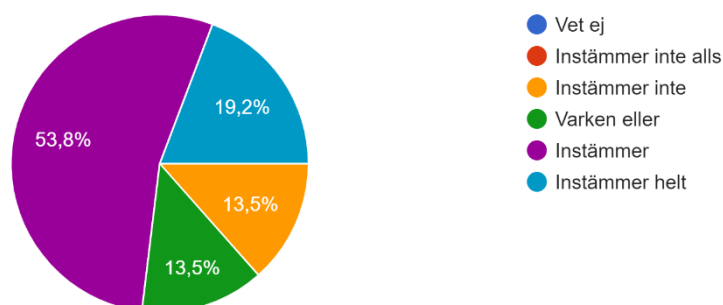
Inom intensivvårdssjuksköterskans kompetensbeskrivning ingår det att hantera och monitorera medicinteknisk utrustning. Anser du att din anestesik...rit behjälplig för att klara av ventilatorer på IVA?
52 svar



Anser du att din anestesikompetens har varit behjälplig för att klara av dialys (Prisma) på IVA?
52 svar

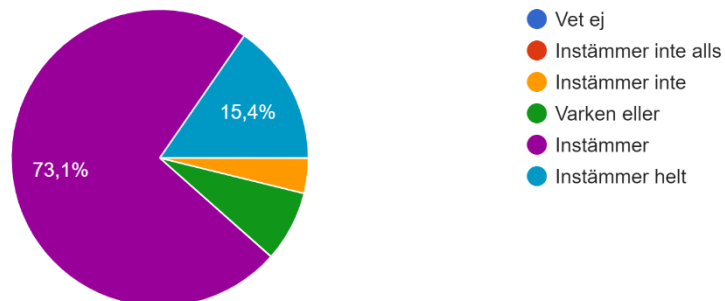


Anser du att din anestesikompetens har varit behjälplig för att kontrollera och hantera patientens temperatur på IVA?
52 svar



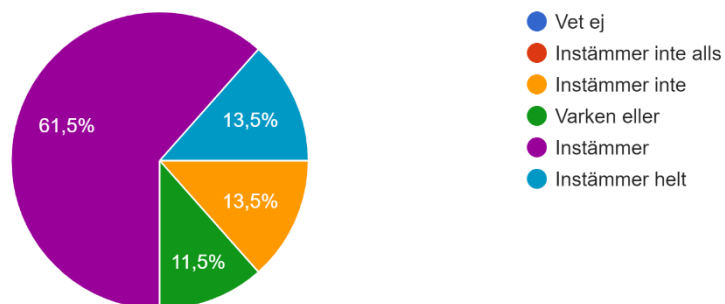
Anser du att din anestesikompetens har varit behjälplig för att klara av och kontrollera covid-19 patientens cirkulation på IVA?

52 svar



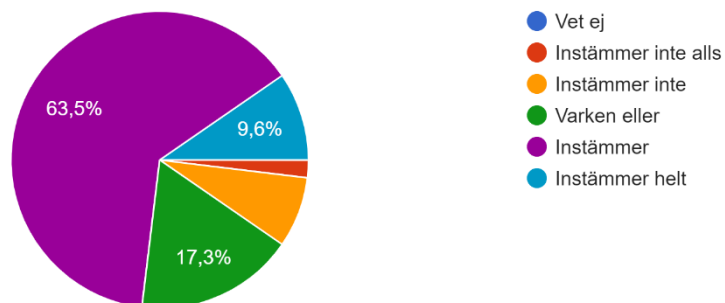
Anser du att din anestesikompetens har varit behjälplig för att klara av och hantera covid-19 patientens djup av sedering på IVA?

52 svar



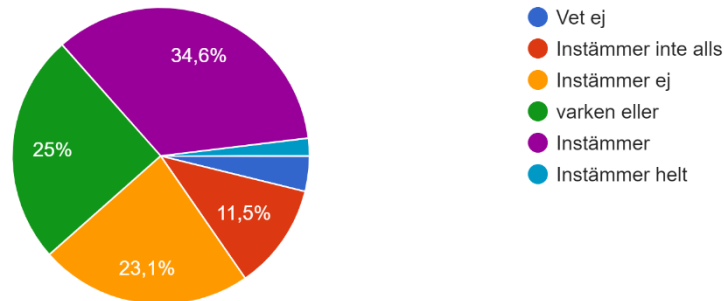
Anser du att din anestesikompetens har varit behjälplig för att klara av och hantera covid-19 patientens ventilation på IVA?

52 svar



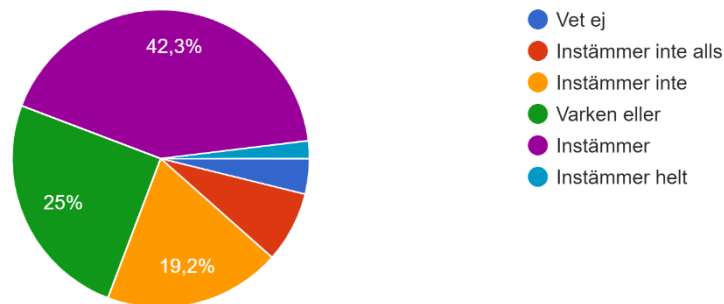
Anser du att din specialistutbildning inom anestesi uppfyllde kraven för att kunna prioritera vården hos den intensivvårdskrävande covid patienten?

52 svar



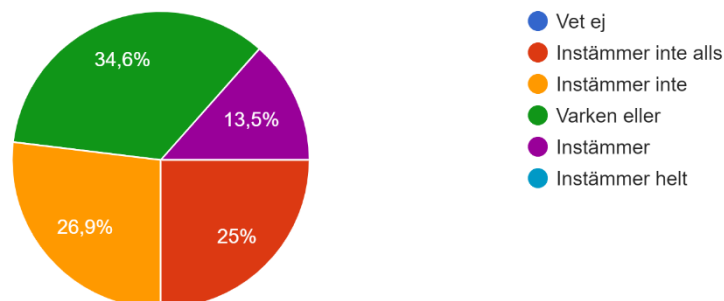
Anser du som anestesisjuksköterska att din kompetens har varit tillräcklig vid akuta försämringar av covid-19 patienten?

52 svar



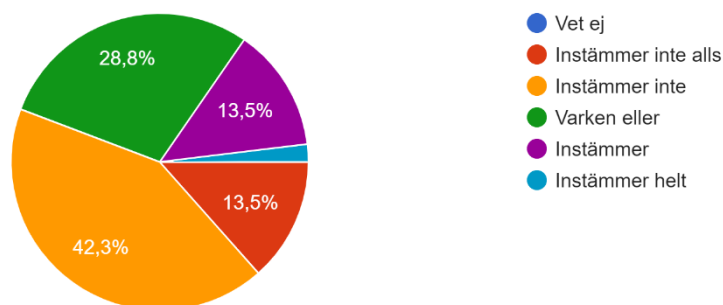
Inom intensivvårdssjuksköterskans arbetsuppgifter ingår det att övervaka, kontrollera och dokumentera patientens nutritionsbehov samt vätsk...har kunnat utföra dessa delar på ett säkert sätt?

52 svar



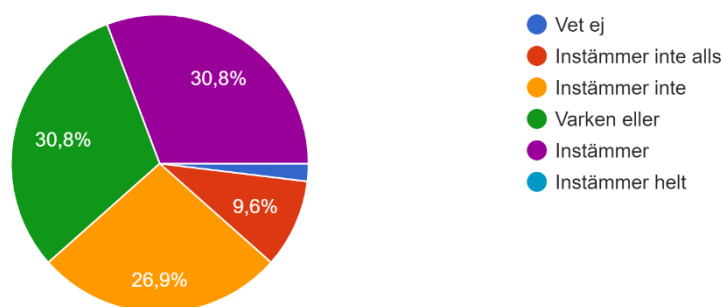
Som ansvarig sjuksköterska på covid-iva har man ett omvårdnadsansvar över patienten. Anser du att du haft tillräckligt med kunskap för att känna dig trygg i det arbetet?

52 svar



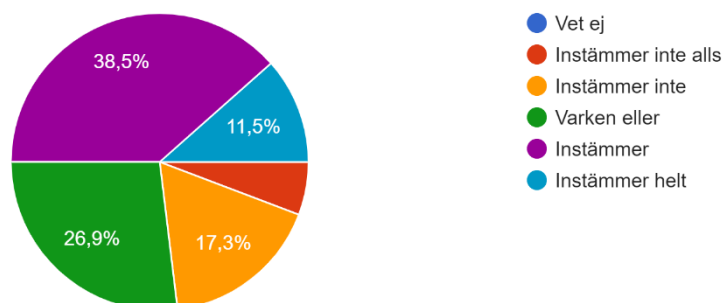
Anser du att du kunnat upprätthålla en hög patientsäkerhet under ditt omvårdnadsansvar med patienterna på covid-iva?

52 svar



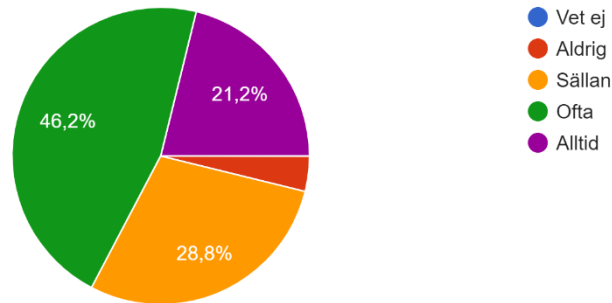
Anser du att din omvårdnadskompetens från anestesiprofessionen varit behjälplig under ditt omvårdnadsansvar på covid-iva?

52 svar



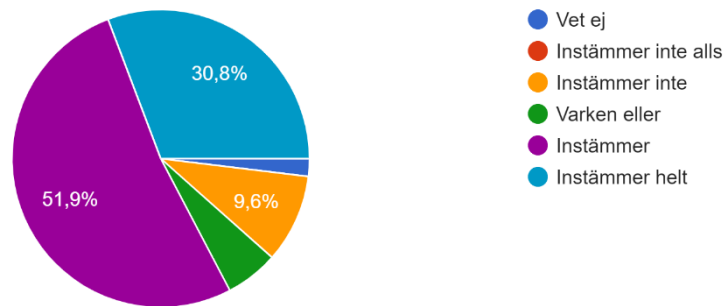
Har du upplevt omvårdnadsansvaret av en intensivvårdskrävande covid-19 patient som psykiskt påfrestande?

52 svar

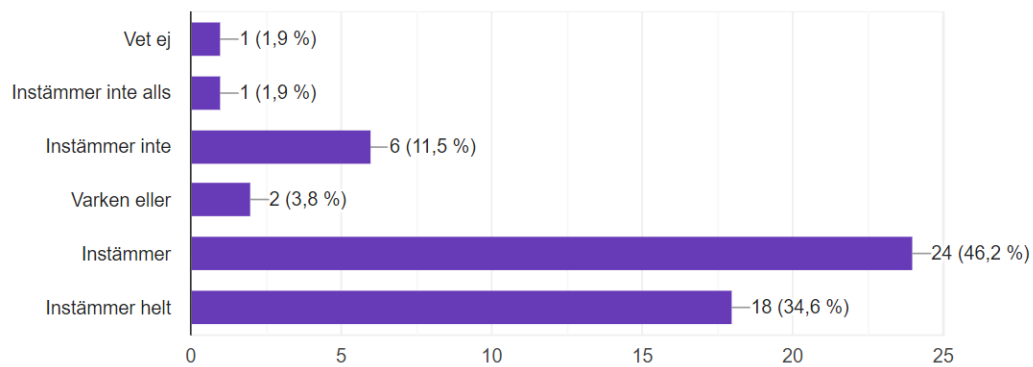


Anser du att omvårdnadsansvaret hos den intensivvårdskrävande covid-19 patienten är tyngre än det omvårdnadsansvar du har med din patient inom anestesi (ASA klass 4-5)?

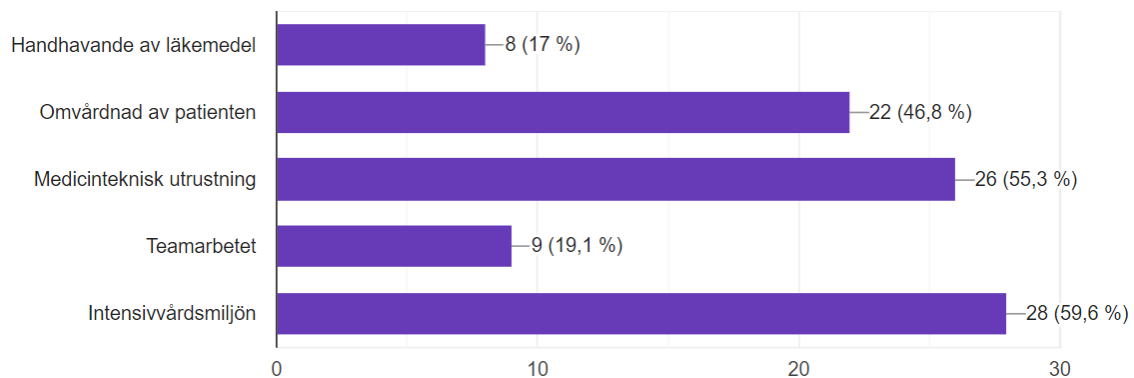
52 svar



Har du någon gång under din tid på covid-iva känt oro/ångest över att inte kunna utföra arbetet på ett patientsäkert sätt?

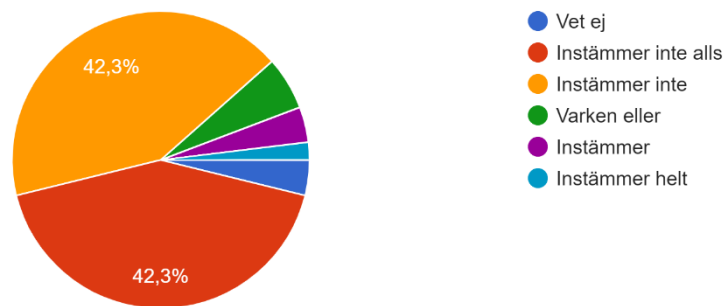


Ifall du har haft känslor av oro/ångest över att inte kunna utföra arbetet på ett patientsäkert sätt, i vilken del av arbetet gäller detta?



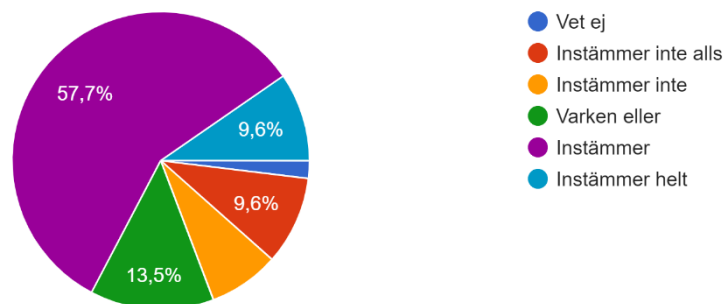
Anser du som anestesijuksköterska att du har den kompetens som krävs för att förhindra intensivvårdsrelaterade komplikationer såsom, intensivvårdsdelirium och critical illness?

52 svar



Har du som anestesijuksköterska känt att du kunnat arbeta ändamålsenligt med det multidisciplinära teamet på covid-iva?

52 svar



Svar öppna frågor:

1. Jag förstår att detta är en extrem situation och att det är såhär det måste bli. Att narkospersonalen tar patienterna är ändå näst bäst. Dock kan vi ju inte motsvara en intensivvårdssjuksköterska. Jag ställer gärna upp och går in i covid-vården, men har ibland

känt att jag inte räcker till som an-ssk utan önskar jag hade mer utbildning och kompetens i frågan.

2. Yrkena kan utåt sett verka lika men skiljer sig mycket. Vi handhar samma läkemedel men syftet är helt olika. Ventilator och respirator har också olika syfte. Så trots att man har mycket gratis i sitt yrke så är det mycket som skiljer i omvårdnadsmässigt.
3. Min kompetens har hjälpt mig mycket men naturligtvis inte räckt hela vägen eftersom det är ytterligare 1 års studier samt bredvidgång på IVA för att ha IVA-kompetens. Fruktansvärt påfrestande de första veckorna, sedan har jag vant mig och lärt mig oerhört mycket. Jobbat mycket både första och andra vågen så jag har känt mig mer och mer säker. Dock väldigt många fallgropar när man är självupplärd under stressiga förhållanden. Svårt att känna sig trygg och lätt att missa saker.
Jag är van att ha full kontroll på anestesin på operationssal, det har varit minst sagt krävande med den kontrollförlust IVA-passen innebär. Jag har också varit PPA (trots att jag "bara " har anesthesiutbildningen) på många av mina pass vilket ställer ytterligare krav på min kompetens och förmåga till överblick i stressiga situationer.
Ju mer jag lär mig desto mer krav har jag på mig själv i arbetet också. Nu vill jag genomföra varje pass lika bra som en IVA-ssk. Försöker läsa på hemma när jag märker att kunskaperna inte räcker till men har varit väldigt trött så det är inte alltid lätt att få till.
4. Rutiner för hur och när olika omvårdnadsåtgärder skall utföras är olika mellan olika intensivvårdsavdelningar. Beroende på vem man har jobbat med har detta skilt sig beroende på vilken intensivvårdsavdelning de jobbar på till vardags och vilken sjukhustomt man är på.
5. Det har varit lättare att arbeta med intuberade och djupt sederade patienter eftersom det är mer likt anestesimiljön. Det är svårare med patienter som ska tränas ur respirator och mobiliseras. Det kräver andra omvårdnads insatser än det jag är trygg med.
6. Jag har aldrig haft det direkta omvårdnadsansvaret för patienten, det har alltid en iva-ssk haft
7. På frågan om jag fick bredvidgång på IVA innan jag fick börja arbeta svarade jag nej. Bredvidgången fick jag dagen efter. En dag! Att gå in på IVA och jobba med dessa patienter är fruktansvärt påfrestande. Anestesisjuksköterskor säger upp sig på löpande band och börjar på ställen där de slipper vara på IVA. vi blev lovade att få arbeta med vana undersköterskor men i verkligheten blev det inte så utan ovana personer sattes tillsammans. En dag var vi sex personal från operation på fyra Covid-patienter.
8. Hur man klarade av jobbet var mycket beroende av vilka personer man hade runt omkring sig. väldig skillnad mellan att arbeta med en van undersköterska jämfört med en person som inte är undersköterska.
9. Upplevde mer trygghet i teamarbete på IVA XX där jag var i 6 månader under våg 1. Mer stöd från intensivvårdssjuksköterskan och läkaren. Inte samma på IVA Östra. Anestesiskompetens är inte tillräcklig för omvårdnad av en intensivvårdspatient men good enough.
10. Formuleringen "behjälplig" var lite svår att förhålla sig till i enkäten. Min kompetens från anestesin har ju alltid varit behjälplig, men aldrig tillräcklig. Jag kände mig mer och mer otillräcklig med tiden. I början var allt nytt och det kändes som en akut situation och att jag kunde bidra med det jag kunde. Men det visade sig bli långdraget och det var ganska mycket som skiljde sig från anestesin
11. Största stressen har varit att ha ansvar för mer än en patient i taget, känner sig splittrad. Att inte ha koll på rutiner är också en stressande faktor.
12. Det var tryggt att jag hade så lång erfarenhet som 18-år i bagaget med mig när jag akut fick gå in i Covid- IVA vården. Trygg i min roll som anestesisjuksköterska.

13. PÅ XX hade man inte omvårdnadsansvar man har gått som assisterande ssk. Mest hanterat läkemedel, kopplat välling i sond, kontroll av sond. Man hade läkemedels ansvar för mellan 1-4 covidpat. Sedan fick man aldrig gå bredvid eller få introduktion för när det blev skarpt läge lades våran operationsavdelning ner och all bemanning flyttad till covidiva. Man har under resans gång lärt sig mycket med det tar mycket energi samt sedan ska man tillbaka till sitt ordinarie jobb och då ska operationsköer tas hand om.
14. IVA vård och anestesivård har samma grund, men perspektivet är helt olika. Nutrition är oerhört sällan man hanterar som anesthesisjuksköterska. Psykosocialt med både medarbetare men ffa anhöriga oerhörd skillnad! Hanteras mycket fler läkemedel, mer teknik som är komplicerad. Det som är samma är grunderna, ex patofysiologi. Tack för att Ni väcker frågan!
15. Svårast med den tunga omvårdnadsbiten, kontroll av vätskebalansen. Man hjälps åt i det team som fanns kring patienten. Så svårt sjuka patienter kräver mer olika uppgifter än vad jag som anesthesisjuksköterska är van vid. Teamarbete och stöttning från ordinarie iva arbetare viktig. Det fungerar men kanske inte med lika hög kvalité som med ordinarie personal.
16. Vill tillägga att jag varken blev tillfrågad eller beordrad om att vara på IVA. Alla flyttades bara dit, det förväntades av oss.
17. Oro över patientsäkerheten var när jag hade omvårdnadsansvar över tre intuberade och sövda patienter där två var ostabila, jag räckte inte till. Detta var kortvarigt under en helg i våras.
18. Mycket osäkerhet i början, men efter att ha arbetat med dessa patienter i 5-6 månader lär man sig och känner sig tryggare med alla moment.
19. Har jobbat på IVA sen innan, både som usk och grundutbildad, vilket gör att jag känner mig ganska trygg i arbetet,
20. Learning by doing.
21. Första veckan var det ganska svårt att se helheten i intensivvårdsarbetet men sedan kom man in i det och det funkade bra.
22. Vi var en kugge i ett team som tillförde mycket kompetens vid tex användning av gasnarkoser. Alla delar var viktiga i denna situation och stödet vi fick från IVA personalen var suveränt bra!!!
23. Arbetet skiljer sig avsevärt mellan anestesi och intensivvård. Det är skrämmande så dåligt det har belysts av sjukhusledningen. Att tvinga anesthesisjuksköterskor att jobba under dessa förhållanden har inneburit en enorm psykiskpress och etiskstress för många av oss. Vi har fått väldigt lite gehör för våra rädslor och farhågor.
24. Även om många tekniker och metoder är desamma som man är van från anesthesin är det helt olika tankesätt och ett betydligt högre omvårdnadsfokus än vad jag är van vid.
25. Det patientnära arbetet med mediciner och ren omvårdnad var stressigt men inte så främmande. Det administrativa arbetet var svårare, hade inte tillträde till sidor som, vätskebalansräkning, etikettskrivning och prover som skulle tas nästa morgon. Ingen hade tid eller ork att förklara. Detta gick inte att göra inne på salarna eftersom det larmade hela tiden från pumparna. Frustrerande att inte kunna och veta hur saker skulle skötas och ingen att fråga. När narkosläkarna kom och skulle gå rond så förväntade de sig att jag skulle ha full koll, de rutinerade IVA sköt. sa bara att "se bara till att patienten överlever". Den fasta personalen var fantastiska (nästan alla), men de första veckorna var hemska.
26. Angående nutrition och vätskebalans så har man frågat och haft hjälp av IVA ssk och frågat mycket även när det gäller omvårdnaden där även IVA ssk varit behjälplig.
27. Tack o lov fanns det ju IVA-ssk att fråga när man var osäker men optimalt var det ju inte.

28. Dålig introduktion, Fick vårdansvar dag1 två svårt sjuka covid-patienter i respirator som jag inte kunde. Hade en van IVA-usk. ingen, IVA- ssk att fråga. Patienterna överlevde natten patientsäkerheten ställdes på prov.