

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
M2022:42

När närstående inte kan vara nära
Intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av hur vårdandet har påverkats av
besöksrestriktioner med anledning av COVID-19

Evelina Dahlström
Victor Li



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel:	När närstående inte kan vara nära: Intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av hur vårdandet har påverkats av besöksrestriktioner med anledning av COVID-19.
Titel på engelska:	When the Family can not be close- ICU nurses' experiences of how visitor restrictions due to COVID-19 has affected caring.
Författare:	Evelina Dahlström och Victor Li
Huvudområde:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Speciallistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot intensivvård
Handledare:	Elisabeth Lindberg
Examinator:	Jonas Karlsson

Sammanfattning

Att ta emot besök inom intensivvård ökar både intensivvårdspatientens och dess närståendes välbefinnande. Sedan COVID-19 pandemins början har flera restriktioner införts i samhället. Besöksrestriktioner inom hälso- och sjukvården var en av dessa. Kunskapsstöd för besöksrestriktionernas påverkan på vårdandet inom vuxen intensivvård har dock varit svagt.

Syftet var att beskriva intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av besöksrestriktioners påverkan på vårdandet av vuxna intensivvårdspatienter.

Examensarbetet utgick från en deskriptiv kvalitativ ansats. Sex ostrukturerade intervjuer genomfördes och datan analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Tre teman med sex kategorier identifierades. Informanterna upplevde att vårdandet blivit mer anonymt. Intensivvårdspatienter saknade trygghet från sina närstående. Informanterna upplevde att närstående inte hade möjlighet att vara delaktiga i vårdprocessen, vilket orsakade förlängd vårdtid och onödigt lidande för intensivvårdspatienter. Informanterna upplevde etiskt dilemma när närstående inte fick vara nära, vilket har påverkat sjuksköterskornas psykiska välbefinnande.

Besöksrestriktioner påverkade såväl intensivvårdspatienter och dess närstående som intensivvårdssjuksköterskor. Utifrån ett hållbarhetsperspektiv behöver intensivvård involvera närstående i vårdprocessen på bästa möjliga sätt för att kunna främja välbefinnandet för intensivvårdspatienter, dess närstående, samt personal.

Nyckelord: *Besöksrestriktioner, intensivvård, person- och familjecentrerad vård.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
COVID-19 och besöksrestriktioner	1
Livsvärld och personcentrerad vård	3
Familjecentrerad vård	3
Intensivvårdsdelirium	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	5
METOD	5
Ansats	5
Deltagare	5
Datainsamling	6
Dataanalys	7
Etiskt övervägande	8
RESULTAT	8
Påverkan på närstående	8
Möjlighet till att vara delaktig i vårdandet	9
Möjlighet att vara nära på distans	10
Påverkan på intensivvårdspatienter	10
Människan bakom patienten	10
Patientens trygghet	11
Påverkan på intensivvårdssjuksköterskor	13
Stress och sorg	13
Mer fokus på vårdandet	14
DISKUSSION	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	15
Familjecentrerad intensivvård	16
Personcentrerad intensivvård	17
Hållbar samhällsutveckling	18
SLUTSATSER	18
Klinisk implementering	19
REFERENSER	20
BILAGOR	26
Bilaga 1	26
Bilaga 2	27

Bilaga 3.....	28
----------------------	-----------

INLEDNING

Pandemins påverkan på hälso- och sjukvården var stor och sjukhus tvingades göra stora omställningar för att hantera det ökade antal patienter med svår sjukdom som var i behov av sjukhusvård. För att minska smittspridning samt skydda sjukvårdspersonal och patienter beslutade regionerna att införa besöksrestriktioner. Möjlighet för besök på intensivvårdsavdelningar blev undantag och gällde framförallt vård i livets slut. Närstående förstås som en central del av patientens tillvaro och har därför betydelse för vårdandet. Besöksrestriktioner begränsade möjligheten för intensivvårdssjuksköterskor att involvera de närstående i vårdprocessen vilket orsakade ett onödigt lidande hos patienter. Författarna vill därför med detta examensarbete undersöka intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av effekten på vårdandet av vuxna intensivvårdspatienter till följd av besöksrestriktioner med anledning av COVID-19 pandemin.

BAKGRUND

COVID-19 och besöksrestriktioner

I december 2019 upptäcktes ett nytt luftvägsvirus som fick det officiella namnet SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2). Viruset tillhör familjen coronavirus och upptäcktes i Wuhan, Kina. Viruset orsakar infektionssjukdomen coronavirus disease 2019 (COVID-19) och sprids snabbt globalt. Den 11 mars 2020 meddelade Världshälsoorganisationen (WHO) (2020b) att spridningen av viruset klassades som en pandemi. I Sverige klassades sjukdomen som en samhällsfarlig sjukdom den 1 februari 2020 (Regeringskansliet 2020).

SARS-CoV-2 sprids i första hand genom droppsmitta. Risken för kontaktsmitta anses vara liten enligt Folkhälsomyndigheten (2021). De symtom som kan uppträda vid luftvägsinfektioner är vanliga symtom på COVID-19, men andra symtom som muskelvärk, förändrat smak- och luktsinne samt diarré är också förekommande. Inkubationstiden är vanligtvis mellan tre och fem dagar men kan även dröja upp till 14 dagar efter smittotillfället. De flesta som insjuknar i COVID-19 klarar sig med milda symtom utan behov av sjukvård. För en del patienter med svårare symtom krävs inläggande sjukvård och andra blir allvarligt sjuka och behöver intensivvård till följd av akut andningssviktsyndrom (ARDS). Nedsatt immunförsvar, kronisk hjärt-kärl och lungsjukdom, kronisk njur- och leversjukdom, obesitas samt diabetes ökar risken att bli allvarligt sjuk (Kim et al. 2020).

För patienter som behövde intensivvård tog det cirka 10 dagar från insjuknandet till det att patienten blev inskriven på en intensivvårdsavdelning enligt Svenska Intensivvårdsregistret (SIR) (2022a). 30-dagarsmortaliteten för patienter med COVID-19 var 23,3% sedan pandemins början till och med slutet på år 2021 (SIR 2022b), och mortaliteten steg ju högre upp i åldern patienterna befann sig.

Under första vågen som ägde rum våren 2020 var 700 intensivvårdsplatser belagda i Sverige varav 500 av dessa på intensivvårdsavdelningar avsedda för patienter med

COVID-19. Detta kan jämföras med år 2019 då beläggningen var 350 intensivvårdsplatser (SIR 2021). Medianvårdtiden mer än femdubblades från år 2019 till 2020, vilket orsakade kraftig minskning av övrig intensivvård. Före pandemin hade Sverige kapacitet för 526 intensivvårdsplatser, men under 2020 ökade kapaciteten till 1064 intensivvårdsplatser (Berger et al. 2021). Belastningen ökade och personal utan erfarenhet av intensivvård såsom anestesijuksköterskor fick ansvara för intensivvårdspatienter för att bemanna intensivvårdsplatser (Jensen et al. 2021).

För att minska smittspridning till sjuka och sköra patienter som behöver inläggande sjukhusvård har WHO (2020a) rekommenderat att antal besökare och besökstider kraftigt begränsas. Till följd av denna rekommendation och andra lokala rekommendationer har sjukhus på en global nivå infört besöksrestriktioner eller besöksförbud av olika grad (Jensen et al. 2021). Besöksrestriktioner och besöksförbud är motsatt till vad Society of Critical Care Medicine rekommenderar för en evidensbaserad familjecentrerad vård (Davidson et al. 2017).

Historiskt sett har intensivvårdsavdelningar haft begränsade besökstider för närstående. Motivet bakom besöksbegränsningar var ökad infektionsrisk vid närståendes närvaro. Besöksrestriktioner orsakade dock onödig stress både hos närstående och patient (Roland, Russell, Richards & Sullivan 2001). Ur ett sjuksköterskeperspektiv medförde besöken en ökad arbetsbelastning och därmed mindre tid för patientnära vård (Farrell, Joseph & Schwartz-Barcott 2005).

Majoriteten av alla intensivvårdsavdelningar i Sverige hade enligt en studie (Frivold et al. 2021) som genomfördes i slutet av 2019 fria besökstider. Flera intensivvårdsavdelningar hade dock begränsat maximalt antal besökare till två per besök och bara några få var utan sådana restriktioner. Studier visar fördelar med flexibla besökstider och rekommenderar att det införs på intensivvårdsavdelningar för att gynna patienten och familjen i vårdprocessen. Samtidigt kan flexibla besökstider orsaka en ökad arbetsbelastning för personalen (Nassar Junior et al. 2018). Ett flertal studier (Chen, Wittenberg, Sullivan, Lorenz & Chang 2021; Feder et al. 2021; Hochendoner et al. 2021) har visat närståendes starka behov av information när de inte kan träffa sin närstående.

Ett fåtal studier har studerat hur besöksrestriktioner har påverkat intensivvårdssjuksköterskor i sitt dagliga arbete. Wendlandt, Kime och Carson (2022) skriver i sin studie att med minskade besök och telefonkontakt med de närstående, upplevde intensivvårdssjuksköterskor ett förbättrat arbetsflöde samt att de har haft mer tid att ägna sig åt patientvård. Negativa konsekvenser relaterad till besöksrestriktioner var, enligt studien (ibid), att intensivvårdssjuksköterskor upplevde att vård i livets slutskede var särskilt utmanande utan närståendes närvaro. Azad, Al-Kawaz, Turnbull och Rivera-Lara (2021) menar i sin studie att besöksrestriktionerna har lett till längre vårdtid på intensivvårdsavdelningarna, samt har fördröjt beslutfattandet av att avstå eller avbryta livsuppehållande behandling. Enligt Brockopp, Monroe, Davies, Cawood och Cantrell (2021) upplevde intensivvårdssjuksköterskor en emotionell börda när de insåg att skyddsutrustning distanserade den vårdande relationen med patienterna, samtidigt som patienterna inte kunde vara nära sina närstående, många sjuksköterskor beskrev detta som "hjärtekrossande".

Livsvärld och personcentrerad vård

Livsvärldsteorin innebär att kroppen inte enbart ses som biologisk utan även subjektiv där fysiska, psykiska och existentiella behov respekteras och den utgör en filosofisk grund inom den vårdvetenskapliga teorin. Varje enskild individs upplevelse av hur mening och sammanhang påverkas vid sjukdom är unikt och vårdandet skall byggas på insikt om detta (Dahlberg & Segesten 2010, s 127). Personcentrerad vård innefattar i praktiken att bygga en relation mellan patienter, vårdpersonal och närstående som bygger på förståelse och ömsesidigt förtroende. Det eftersträvas att hela personen synliggörs och tillgodoser såväl andliga, existentiella, sociala och psykiska behov som fysiska. Hälsa främjas genom att bekräfta och arbeta utefter personens tolkning och upplevelser av sjukdom och ohälsa och vad det betyder för den enskilda personen (Slettmyr, Frank & Falk 2022). I kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inom intensivvård (Svensk sjuksköterskeförening 2020) står det om varje enskild individs rätt till självbestämmande och vikten av att visa respekt för integritet. Till skillnad från vanliga vårdavdelningar visar studier att det är större utmaning att vårda helt personcentrerat på en intensivvårdsavdelning då en patient kan vara sederad, intuberad och ha svårigheter att uttrycka sig (Schandli, Falk & Frank 2017; Slettmyr, Frank & Falk 2022). Relationen mellan vårdpersonal och patient är asymmetrisk då patienten är beroende av personalen vilket kan ge en känsla av sårbarhet. Att bli kritiskt sjuk och i behov av intensivvård innebär att vara i behov av vård och övervakning dygnet runt på grund av svikt i vitala funktioner och patienten blir beroende av omvårdnadspersonalen. Det kan innebära att ens känsla av kontroll försvinner och ens verklighet förändras. Studier beskriver patienters upplevelse av tiden på en intensivvårdsavdelning som utmanande på grund av känslor som att vara inlåst i sin kropp och vara oförmögen att kommunicera eller röra sig. Varje patient har sin upplevelse av vårdtiden och individuella behov. Genom att arbeta personcentrerat och ta hänsyn till varje enskild individs livsvärld kan patienter motiveras till att orka fortsätta kämpa under perioden på intensivvårdsavdelningen (Flinterud, Moi, Gjengedal & Ellingsen 2021). Då de patienter som vårdas inom intensivvård ibland tillfälligt inte kan kommunicera på egen hand blir närstående ofta delaktiga och får föra patientens talan (Nin Vaeza, Martin Delgado & Heras La Calle 2020).

Familjecentrerad vård

Vikten av en vårdande hållning där betoning ligger på patientens eget perspektiv på hälsa, ohälsa och livssituation är centralt i vårdvetenskapen men det utesluter emellertid inte de närstående. Istället ses de närstående som en förlängning av patienten och inkluderas i det patientfokuserade arbetet (Dahlberg & Segesten 2010, s. 119). Inom vårdvetenskapen ses familjen som ett system där samtliga delar påverkas av varandra. Familjen utgör varsin del i systemet och utgör tillsammans en helhet som är större än delarna (Benzein, Hagberg & Saveman 2017, s. 33). Familjecentrerad vård är ett centralt begrepp inom intensivvård och innebär att familjen tillsammans med patienten ses som en helhet. Personens aktiva deltagande kan hindras eller hämmas av det kritiska tillstånd som uppstått och familjen tillsammans med patienten skall ses som en naturlig förlängning av patienten (Mitchell & Chaboyer 2010).

Tidigare studier tyder på att närstående till intensivvårdspatienter överlag upplever oro och stress. Oro, ångest och stress var särskilt förekommande bland närstående med en anhörig som intensivvårdades med COVID-19, dels i relation till COVID-19 diagnosen, dels på grund av besöksrestriktioner. Närstående upplevde sorg över att inte kunna vara närvarande i vården när dess anhörig befann sig i livets slutskede (Chen et al. 2021). De upplevde frustration över svårigheter att få kontakt med sjukvården. En del närstående upplevde rädsla över att ens närstående skulle avlida i ensamhet (Feder et al. 2021). De psykosociala påfrestningarna i samband med intensivvårdsvistelsen påverkade närstående även efter patienten hade skrivits ut från intensivvårdsavdelningen (Pentrinec & Daly 2016). Familjemedlemmar löper stor risk att utveckla depression och posttraumatiskt stressyndrom, vilket går under namnet post-intensivvårdssyndrom-familj (Davidson, Jones & Bienvenu 2012).

Att inte kunna träffa sin anhörig gjorde att en välfungerande kommunikation med sjukvården var oerhört viktig för de närståendes välbefinnande. För att tillgodose närståendes behov av information från hälso- och sjukvården har intensivvårdsavdelningar implementerat ett nytt arbetssätt med hjälp av så kallad anhörigtelefon, vilket innebar att en läkare ringde dagligen till de närstående och uppdaterade patientens tillstånd utifrån journalanteckningar. Sjuksköterskor hade därmed minimal kontakt med de närstående vilket medförde avsaknad av viktig information angående patienter och som kunde fås direkt från de närstående före pandemin (Jensen et al. 2021). Kontakten mellan patient och närstående har kunnat tillgodoses med hjälp av olika digitala lösningar som röst- och videosamtal. Flera närstående upplevde dessa lösningar som effektiva (Bloom-Feshbach et al. 2021; Piscitello et al. 2021; Feder et al. 2021). Det ingår i sjuksköterskans ansvar att finnas tillgänglig för familjen och erbjuda stöd, information, möjlighet till delaktighet i beslut samt få vara närvarande (Svensk sjuksköterskeförening 2020). Nassar Junior et al. (2018) har i sin meta-analys påvisat en signifikant minskning av intensivvårdsdelirium hos patienter samtidigt som välbefinnandet ökade hos både intensivvårdspatienter och deras närstående vid implementering av flexibla besökstider.

Intensivvårdsdelirium

Mediantiden för en patient att vårdas inom intensivvård har ökat från 1,1 dygn år 2019, till 6,1 dygn år 2020 (SIR 2021, s. 7). Längre vårdtid på intensivvårdsavdelning innebär ökad risk för att utveckla intensivvårdsdelirium (Carlsson 2022).

Intensivvårdsdelirium är ett vanligt förekommande, akut och reversibelt förvirringstillstånd som påverkar förmågan för intensivvårdspatienter att ta emot, bearbeta, lagra och återhämta information (Boehm, Pun & Stollings 2016, s. 5). Intensivvårdsdelirium delas in i tre olika former: en hyperaktiv form som karaktäriseras av agitation och psykomotorisk oro, en hyperaktiv form som kännetecknas av avskärmning och apati, samt en mix av dessa två. Riskfaktorer för intensivvårdsdelirium kan exempelvis vara patientens sjukdomstillstånd, vårdtiden i respirator samt läkemedelsbiverkningar (Carlsson 2022). Att drabbas av intensivvårdsdelirium ökar mortalitet, förlänger vårdtid i respirator och därmed vårdtiden på en intensivvårdsavdelning samt ökar kostnaden för samhället (Boehm, Pun & Stollings

2016). Intensivvårdsdelirium kan förebyggas bland annat med ökad kunskap om tillståndet, mobilisering och att involvera närstående i vårdandet (Malinen Lind, Snickars & Säätelä 2018).

PROBLEMFORMULERING

Dagens intensivvård är mer och mer inriktad mot en person- och familjecentrerad vård där besök av närstående är en central del i den familjecentrerade vården. Tidigare forskning har visat positiva effekter av generösa besökstider på intensivvårdsavdelningar för att främja en person- och familjecentrerad vård. Med anledning av COVID-19 pandemin har sjukhusen infört besöksrestriktioner i olika grad. Under det senaste året har det tillkommit fler studier om COVID-19 och dess påverkan på hälso- och sjukvården i stort. Ett mindre antal har studerat besöksrestriktionernas effekter men de studier som finns tillgängliga har till största del studerats ur ett närståendeperspektiv. Tidigare forskning påvisar närståendes betydelsefulla roll för vårdandet av intensivvårdspatienter. Hur intensivvårdssjuksköterskan upplever besöksrestriktioner och dess påverkan på vårdandet inom intensivvård för vuxna är särskilt svagt studerat. Detta examensarbete ämnar därför till att fylla kunskapsluckan; utifrån intensivvårdssjuksköterskans perspektiv hur vårdandet har påverkats till följd av besöksrestriktioner.

SYFTE

Syftet var att beskriva intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av besöksrestriktioners påverkan på vårdandet av vuxna intensivvårdspatienter under COVID-19 pandemin.

METOD

Ansats

En deskriptiv kvalitativ design med induktiv ansats valdes då syftet var att studera intensivvårdssjuksköterskans upplevelse. Enligt Polit och Beck (2021, s. 91) används kvalitativ design när ett fenomenens underliggande betydelse skall studeras. Som ett sätt att förstå en helhet identifieras mönster av sammankopplade teman ihop. Individuella ostrukturerade djupintervjuer med ett öppet förhållningssätt genomfördes. Polit och Beck (2021, ss. 749–750) anser att genom djupintervjuer kan forskare få tillgång till informanternas levda erfarenheter. Datan analyserades med innehållsanalys där fokus, enligt Lundman och Graneheim (2012, s. 189) är att beskriva variationer i en narrativ text genom att identifiera innehållets likheter och skillnader.

Deltagare

Informanter till detta examensarbete rekryterades genom bekvämlighetsurval (Polit & Beck 2021, s. 727). Alla som uppfyller inklusionskriterierna erbjöds att delta.

Inklusionskriterier bestod av att deltagaren:

1. var legitimerad sjuksköterska med specialistkompetens inom intensivvård,
2. har minst två års erfarenhet av patientnära arbete på en svensk intensivvårdsavdelning, samt

3. har erfarenheter av patientnära vård med intensivvårdspatienter under omständigheterna med besöksrestriktion.

Intensivvårdssjuksköterskor som tog specialistsjuksköterskeexamen inom intensivvård efter den 1 januari 2020 är exkluderade i urvalet, likaså intensivvårdssjuksköterskor som enbart hade erfarenhet inom neonatal-, pediatrik- eller barnintensivvård innan besöksrestriktioner infördes, eller som enbart haft patientnära vårdkontakter med barn under 18 år på intensivvårdsavdelningar efter besöksrestriktioner införts. Vidare exkluderades även intensivvårdssjuksköterskor som inte hade erfarenhet av att arbeta på en svensk intensivvårdsavdelning före eller under COVID-19 pandemin i denna studie.

Datainsamling

Ett informationsbrev (bilaga 2) skickades till verksamhetschefer vid sju anestesi-, operation- och intensivvårdskliniker i Sverige. Ett informationsbrev lämnades personligen till en verksamhetschef. Av de åtta intensivvårdskliniker som kontaktades erhöles godkännande att genomföra intervjuer från sju intensivvårdskliniker.

Merparten av informanter tillfrågades via vårdenhetschef eller liknande. Två informanter kontaktades av författarna personligen. Informationsbrev till deltagarna (bilaga 3) skickades ut per mejl till informanter när dessa hade uppgett sitt intresse av att bli intervjuad. Totalt tillfrågades nio intensivvårdssjuksköterskor på sex intensivvårdsavdelningar. Tre av dessa lämnade inte samtycke inom en rimlig svarstid, trots två försök till påminnelse. Sex informanter (tabell 1) från fyra intensivvårdsavdelningar har lämnat samtycke och intervjuades.

Två pilotintervjuer genomfördes under våren 2021. Pilotintervjuerna bidrog till utformande av en intervjuguide (bilaga 1). Intervjuerna genomfördes som ostrukturerade intervjuer med stöd av intervjuguiden, som var ett stöd för författarna att behålla intervjun inom syftet. Två intervjuer genomfördes personligen och fyra genomfördes med videosamtal via Zoom. Intervjuerna spelades in med vardera författares telefon, eller inspelningsfunktion på Zoom. En öppningsfråga ställdes till alla informanter och utifrån svar på frågan ställdes fördjupningsfrågor med anknytning till examensarbetets syfte. Anteckningar fördes löpande under intervjuernas gång för att inte missa viktig information, och som stöd till fördjupningsfrågorna. Intervjuerna genomfördes mellan februari och april 2022 och varade cirka 25 till 35 minuter.

Tabell 1: fakta om informanterna.

Kön	Kvinna: 5 Man: 1
Ålder	48–60 år, medelålder: 53 år.
Antal år som intensivvårdssjuksköterska	12–28 år, medeltal: 20 år och 2 månader.
Erfarenhet som intensivvårdssjuksköterska	Allmän intensivvård: 5 Neurointensivvård: 1

Efter varje intervju har bandinspelningen provlyssnats för att säkerställa kvalitet (Polit & Beck 2021, s. 762). Inga informanter har behövt kontaktas relaterade till tekniskt problem. Intervjuerna transkriberades ordagrant av båda författarna, i anslutning till varje enskild

intervju. Alla små detaljer inklusive pauser och mellanord transkriberades (ibid). Efter varje transkription har tillhörande inspelning lyssnats på nytt för att verifiera att transkribering blev rätt.

Dataanalys

Dataanalysen utgick från innehållsanalys med en induktiv ansats. Induktiv ansats menar Graneheim, Lindgren och Lundman (2017) innebär att forskaren letar efter likheter och skillnader i data, som beskrivs i kategorier på olika abstraktions- och tolkningsnivåer. Med induktiv ansats analyseras datan förutsättningslöst, det vill säga författarna tar hänsyn till sin egen förförståelse och antagande, dessa har respekterats och kritiskt granskats under analysprocessen.

Efter att intervjuerna transkriberats lästes analysenheten ett flertal gånger av båda författarna, vilket syftade till att skapa en överblick över det insamlade materialet. Meningsbärande enheter som är relevanta för detta examensarbets syfte identifierades och färgmarkerades med gul markering, anteckningar har förts vid sidan av som stöd till senare kodning.

Analysenheten lästes sedan på nytt, meningsbärande enheter kondenserades till kondenserade enheter för att hitta kärnan i berättelsen. De kondenserade enheterna nummerades, abstraherades och benämndes med koder och sedan färglades med olika färger. Abstraktionsnivån kontrollerades mot meningsbärande enheter (Lundman & Graneheim 2012, s. 190). Koderna sammanställdes och jämfördes i ett separat dokument.

Koderna sorterades enligt dess likheter och olikheter till en tabell. Med hjälp av tabellen syntes ett tydligt mönster, vilket har resulterats i kategorier som återspeglar det manifesta innehållet (Lundman & Graneheim 2012, s. 191; Graneheim, Lindgren & Lundman 2017). Analysprocessen fortsatt med att kategorier grupperades genom att hitta den "röda tråden" och det centrala budskapet. Slutligen formulerades tema, vilket är det latent innehåll (ibid), och därigenom kunde en ny helhetsförståelse skapas.

Tabell 2: Exempel på dataanalysprocessen.

Meningsbärande enheter	Kondenserade enheter	Koder	Kategorier	Tema
<i>Där var det verkligen en sån där smärtsamt sak för att de blev i chock, och ändå hade hen legat hos oss i flera veckor, kanske tre veckor. De var fullständigt i chock.</i>	Smärtsamt att se anhöriga var i chock. (5:66)	Känslomässig påfrestning	Upplevelse av stress och sorg	Påverkan på intensivvårdssjuk-sköterskor
<i>[...] såsom anhörig så har man inte fått följa med i processen, man har inte fått se liksom vad det är som patienten har varit med om, vad jag har gjort</i>	Anhöriga har inte fått följa med i processen. (2:24)	Vårdförlopp	Möjlighet till att vara delaktig i vårdandet	Påverkan på närstående

för att få patienten att leva eller överleva.				
--	--	--	--	--

Etiskt övervägande

Ett examensarbete som utförs inom ramen för högskoleutbildning på avancerad nivå undantas från etikprövning enligt 2§ lagen (SFS 2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor. Examensarbetet har däremot följt kraven för en god forskningssed, vilket innebär informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet 2002, s. 6).

Informationskravet innebär att berörda personer i ett forskningsprojekt skall informeras om projektets syfte (Vetenskapsrådet 2002, s. 7). Inför rekryteringsprocessen formulerades två informationsbrev, ett till verksamhetschefer (bilaga 2) samt ett informationsbrev till deltagare (bilaga 3), innehållande information om examensarbetets genomförande, deltagande samt hantering av personuppgifter. Informanterna fick även muntlig information i samband med sitt deltagande. Samtyckeskravet anses vara uppfyllt om deltagarens medbestämmanderätt respekteras, samt att samtycket inhämtas frivilligt utan påtryckningar (ibid. ss. 9–10). Alla informanter har blivit informerade om att samtycket kan när som helst återkallas utan negativ inverkan på dem. All information som kunde härledas till en enskild informant eller ett specifikt patientfall har avidentifierats under analysprocessen för att skydda deras integritet. Datamaterialet och personuppgifterna avkodades och har behandlats på ett säkert sätt för att förhindra obehöriga att ta del av dem (ibid. s. 12). Dessa uppgifter har endast använts för studieändamål enligt nyttjandekravet (ibid. s. 14).

RESULTAT

Resultatet presenteras i tre teman och sex kategorier som presenteras i tabell 3.

Tabell 3: översikt av tema och kategorier.

Tema	Kategori
Påverkan på närstående	Möjlighet till att vara delaktig i vårdandet
	Möjlighet att vara nära på distans
Påverkan på intensivvårdspatienter	Människan bakom patienten
	Patientens trygghet
Påverkan på intensivvårdssjuksköterskor	Upplevelse av stress och sorg
	Mer fokus på vårdandet

Påverkan på närstående

Temat "påverkan på närstående" handlar om hur intensivvårdssjuksköterskor upplevde att närstående har påverkats av minskad delaktighet och ökat informationsbehov, vilket i sin tur påverkade vårdandet.

Möjlighet till att vara delaktig i vårdandet

Informanternas möjlighet att göra de närstående delaktiga i vårdprocessen påverkades av besöksrestriktioner. Även om vården dagligen gav information om patientens aktuella tillstånd per telefon till närstående hade de svårt att förmedla hur sjuk patienten egentligen var. Det var först när de närstående besökte patienten och med egna ögon fick se som de förstod. Det upplevdes att de närstående blev chockade och hade svårt att acceptera situationen. Närstående har behov av att vara med under vårdprocessen och se vilken miljö patienten vårdas i, hur intensivvårdssjuksköterskor vårdar patienten och vad patienten har varit med om.

Då kom det in anhöriga men de förstod inte hur sjuk han var, de hade inte fått vara med från början, [...] om anhöriga var med och sett förloppet är de mer med på banan.

(informant 3)

När de närstående inte kunde delta i vårdprocessen upplevdes det att beslut gällande att avstå eller avbryta livsuppehållande behandling fördröjdes. De närstående upplevdes ha svårigheter att acceptera ett beslut angående att avsluta intensivvårdsbehandling och behövde mer tid för att kunna förstå situationen. Konsekvenser av närståendes ifrågasättande blev då när omvårdnadspersonal ansåg god palliativ omvårdad i livets slut hade varit det bästa för patienten, men full intensivvårdsbehandling pågick längre än nödvändigt. För informanterna innebar det ett etiskt dilemma och patienterna utsattes för nödigt lidande. Patientens välbefinnande har alltid varit det högsta prioritet, men informanterna uppgav att avslutet skall samtidigt vara värdefullt även för de närstående.

[...] då förstår inte dem, de är inte med, [...] då ifrågasätta man det i större utsträckning och man vill klämma sig fast vid att vi försöker en dag till, [...] Det kan få konsekvenser för patienterna att man ökar på lidandet.

(informant 2)

På intensivvårdsavdelningarna uppstod ibland situationer där informanterna ansåg det inte var lämpligt för de närstående att närvara i. De upplevde att restriktionerna kändes nödvändigt för att skydda de närstående men också patienternas integritet och egen arbetsmiljö.

Det hade inte fungerat med anhöriga där, det ser jag, inte i den där kaoset som vi själva upplevde, [...] Restriktionerna var ju berättigade där, tror jag ändå. Då fick det bli lite lidande att patienten kanske... ja det är lite av allt.

(informant 5)

Möjlighet att vara nära på distans

Informationsbehovet hos närstående var stort och i början när besöksrestriktioner infördes fick informanterna ta emot många telefonsamtal från oroliga närstående. Samtidigt som de hade omvårdnadsansvar över kritiskt sjuka patienter och upplevde då att de inte hade tid för närståendekontakt. De var tvungna att prioritera den sjuka patienten. Telefonsamtalen gick istället till en förstärkningsläkare som dagligen ringde upp de närstående. Denna lösning uppskattades då informanterna upplevde att närståendes informationsbehov på så vis kunde tillgodoses.

Vi kom överens med anhöriga då, vi bestämde tillsammans att läkare skulle ringa en gång varje dag. Det kunde vara allt mellan 11 och 3, men anhöriga visste att det kommer att ringa en läkare som kommer att berätta om hur det är idag, några planer för patienten och så. Det var en trygghet för anhöriga såklart.

(informant 4)

Mot slutet av våren år 2020 började videosamtal att användas mer inom intensivvård, framför allt för kommunikation mellan intensivvårdspatienter och deras närstående. När informanterna inte kunde sammanföra patienter med deras närstående kunde videomöten möjliggöra att de närstående fick en bild av patientens situation, vårdmiljö och vårdandet. De upplevdes på så sätt lättare kunna bearbeta sina känslor.

Det var väldigt känslösamt med att... det var en del anhöriga som inte har träffat eller sett sin sjuke på länge då. De var inte med från början. Men det var väldigt fint att vi kunde kopplas upp och visa anhöriga den sjuke och så. Även för den sjuke med när den mådde bättre, när den fick ögonkontakt och så. Där var det många känslösamma...

(informant 3)

Påverkan på intensivvårdspatienter

Temat "påverkan på intensivvårdspatienter" handlar om hur intensivvårdssjuksköterskor upplevde att vårdandet av intensivvårdspatienter har påverkats med direkt koppling till besöksrestriktioner.

Människan bakom patienten

Enligt informanterna har närstående en central roll i vårdandet inom intensivvård då de kan hjälpa intensivvårdssjuksköterskor att bättre förstå patientens bakgrund, intressen, personlighet osv. Viss information kan inte fås genom att enbart läsa tidigare journalanteckningar. När patienten själv inte kan förmedla sin personlighet får de närstående en viktig roll genom att förmedla patientens identitet. På grund av minskad kontakt med de närstående blev patienterna avpersonifierade, vilket bidrog till vårdandet

blev mer anonymt. Med besöksrestriktioner försvann en stor del av patienternas identitet och personlighet.

Men det blev anonymt, för anhöriga bidrar ju till att personifiera patienten som ligger i sängen. Man har ju ett namn, och jag har en ålder, men jag vet ingenting vem den här personen är, förutom att läsa i journalen och det blev ju väldigt litet ibland.

(informant 6)

Informanter uppmanade närstående att lämna fotografier på patienten och familjen, eller teckningar från sina barn för att vårdandet skulle bli mer personligt. Bildandet av en vårdrelation ansågs underlätta när informanterna hade kunskap om patientens intressen och liv före insjuknandet. Det upplevdes underlätta arbetet att fortsätta motivera patienten att orka kämpa samt triggat välbefinnande, sensibilitet och känslor hos patienten. Informanterna upplevde att vårdandet blir annorlunda när sjuksköterskorna faktiskt ser personen som vårdas, inte bara en patient som ligger i sängen.

Vi brukar ju rekommendera att anhöriga ta med sig foto eller så att man kan sätta upp bilder och så liksom, att man kan se hur den här människan är som människa liksom, än att bara ligga i sängen.

(informant 2)

Informanter upplevde att de vårdade patienterna på samma sätt som de alltid har gjort, oavsett om närstående närvarat eller inte. Utifrån sin profession och värdegrund vårdade sjuksköterskor intensivvårdspatienter på samma villkor, som att vårda en okänd person som inte har några närstående alls. Att inte ha närstående på intensivvårdsavdelningen påverkade inte informationsutbytet med närstående, utan informationen kunde fås genom telefonsamtal även om det då i många fall var andrahandsinformation från förstärkningsläkaren.

Det har nog inte varit annorlunda liksom, att ta hand om en patient oavsett om det är med en anhörig eller inte. Därför att vi har ju liksom patienter som inte har anhöriga och jag ta hand om patienten... liksom på samma sätt ändå.

(informant 2)

Patientens trygghet

Uppmuntran och trygghet som patienten normalt får från närstående för att klara den svåra situationen försvann till stor del. Informanterna upplevde det svårt att tillgodose samma trygghet som en närstående ger och att de aldrig kunde ersätta en närstående. Videosamtal, exempelvis FaceTime, som började användas mer frekvent i samband med pandemin upplevdes vara till stor hjälp för patienter. Informanterna upplevde att användande av videosamtal bidrog till en känsla av trygghet och välbefinnande hos

patienten genom att se och höra sina närstående. När kunskap om viruset ökade kunde besöksrestriktioner lättas och närstående besöka i större utsträckning än tidigare, då oftast när patienten var kritiskt sjuk eller döende.

Jag kan alltid vara sjuksköterska, jag kan alltid hålla en hand och kan alltid vara där när det är tufft. Men jag kan aldrig ersätta en mor eller en far eller en syster eller en bror, för det är jag ju inte.

(informant 1)

Intensivvårdspatienterna upplevdes allmänt mer oroliga när de vaknade efter att ha varit nedsövda, jämfört med innan COVID-19 pandemin. Miljön som patienterna vaknade till var kaotisk, höga doser sedativa läkemedel samt personal som var täckt med skyddsutrustning orsakade förvirring och oro. En del patienter upplevdes ha övermedicinerats för att dämpa ångest och oro vilket ger ökad risk för intensivvårdsdelirium. Informanterna fokuserade på att ha mer samtal och fysisk beröring med dessa patienter för att förmedla trygghet och få dem ur delirium. De upplevde även att de har fått närmare vårdrelation med patienterna.

För ibland har vi ju medicinerat patienterna med ångestdämpande och lugnande och så tänker jag, där det kanske hade varit bättre att anhöriga fått vara här. Det kan man nog känna att det kan vi nog ha bidragit till.

(informant 4)

Vila är viktigt för tillfrisknandet hos intensivvårdspatienter, särskilt för de med lång vårdtid. Ibland upplevdes patienten för trött för besök. Med besöksrestriktioner kunde informanterna styra upp besöken och begränsade antal besökare. Därmed hade patienterna möjlighet till vila och återhämtning inför och efter sitt besök.

Ibland kan man tycka nästan det är skönt att vi har bestämt att anhöriga kan komma en timme på eftermiddag, för då vet man att 'nu får jag vila en halvtimme först, och sen kommer de anhöriga', och slippa själv säga det att 'jag orkar inte, jag vill inte', utan då har man redan styrt upp det.

(informant 4)

De patienter som var djupt sederade upplevdes inte ha påverkats av besöksrestriktioner då de ansågs sakna behov av besök från närstående. Det var snarare närstående som hade behov att se patienten för sitt eget mående. Besöken var dock värdefulla för de patienter som var mer vakna och informanterna upplevde starka känslor i mötet mellan patient och närstående där tårar torkades från kinder. Att vara ledsen är en del av processen uppgav informanterna.

Jag tror inte att patienten i sig själv har behov av anhöriga när man ligger nedsövd, däremot sen för att kunna fylla ut luckor, man förlorar ju tid, alltså sitt liv.

(informant 6)

Påverkan på intensivvårdssjuksköterskor

För intensivvårdssjuksköterskor har det varit blandade känslor när närstående inte var där på intensivvårdsavdelningarna. Både positiva och negativa upplevelser berättade informanterna. Detta tema innehåller två kategorier som beskriver hur besöksrestriktioner har påverkat intensivvårdssjuksköterskorna själva.

Stress och sorg

Vård i livets slutskede var en av situationerna som informanterna beskrev som svårast. Att befinna sig i den situationen utan närståendes närvaro var tungt, speciellt när det var barn med i bilden. Intensivvårdssjuksköterskor upplevde en otillräcklighet över att avslutet inte blev bra för alla inblandade. Att se närstående i chock upplevdes smärtsamt och sorgen över att patienterna avled ensamma beskrevs som förfärlig.

De situationerna var tuffa, när man står bredvid en patient som tar sitt sista andetag och man har inte familjen där av olika orsaker. För man blir liksom halv.

(informant 1)

De fick inte hålla i honom, det var jag som gjorde det, det kändes så... det var liksom väldigt hårt.

(informant 2)

Att se till att närstående mår bra och erbjuda insatser ingår i ansvarsområden som intensivvårdssjuksköterska. Närståendes mående kan oftast kännas av när de är på besök. Under tiden med besöksrestriktioner har kontakten med närstående minskat, både fysiskt och per telefon. Ansvar för närståendekontakten gick över till läkaren. När en intensivvårdssjuksköterska, som i vanliga fall har daglig kontakt med de närstående, inte kan möta eller se dem, kan inte heller deras behov uppmärksammas. Informanterna upplevde en stress över att de inte hade möjlighet till att ta hand om de närstående som inte mårde bra, vilket var ansvarsområdet som de inte kunde ta ansvar för. Ibland var sjuksköterskorna tvungna att "stänga av" sina känslor för att orka stå kvar på sin arbetsplats.

Vi i början av pandemin kände stor stress över att vi inte hade närstående, att vi inte kunde ta hand om dem.

(informant 1)

Mer fokus på vårdandet

Det upplevdes konstigt och tomt att inte ha närstående på intensivvårdsavdelningarna. Samtidigt upplevde informanterna det positivt att ibland kunna ta en paus från närstående. Det blev mer lugn och ro inne på patientrummet, mer tid har kunde ägnas åt patientnära arbete och omvårdnadsåtgärder kunde utföras ostört.

Alla de tillfällen som det ställs frågor stoppar ju mig i mitt tänk och det som jag håller på med.

(informant 2)

Trots att informanterna inte hade första kontakt med närstående upplevde de lättnad att närståendes informationsbehov blev mött och de inte blev bortglömda. Informanterna upplevde att externa resurser hjälpte till att avlasta kontakten med närstående, så sjuksköterskorna kunde avsluta arbetspasset och känna att de närstående blev väl omhändertagna. På så vis kunde mer fokus kunde läggas på vårdandet.

Det gjorde ju att vi faktiskt i ett etiskt perspektiv ändå kunnat känna att det fanns någon som tog hand om dem på utsidan, så att vi kunde fokusera på att ta hand om oss själva och ta hand om patienterna.

(informant 1)

DISKUSSION

Metoddiskussion

När studien syftar till att studera erfarenheter rekommenderar Polit och Beck (2021, s. 91) att genomföra studien med en kvalitativ deskriptiv design. Syftet med examensarbetet var att undersöka intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av ett fenomen som upplevs relativt nytt, därför ansågs denna design som lämplig.

Individuella ostrukturerade djupintervjuer användes för att samla data till studien. Strukturen går ut på att ställa en bred inledningsfråga som rör forskningsämnet och sedan låta intervjupersonen fritt berätta sin historia. Utefter detta utformas vidare frågor beroende på berättelsen och vad intervjupersonen upplever som viktigt vid förklaring av olika händelser. Utmaningar under arbetets gång var författarnas förförståelse i utformning av intervjufrågor. Före examensarbetets start arbetade båda författarna på en intensivvårdsavdelning med tillämpade besöksrestriktioner vilket var grund för utformning av syftet. Förförståelsen går inte att eliminera och har därför strävats efter att kritiskt granskas (Polit & Beck 2021, s. 747). Inför intervjuerna hade en frågeguide arbetats fram. Frågeguiden var baserad på svar som erhöles under pilotintervjuerna som utfördes under våren 2021, och har varit ett stöd för författarna att ställa följdfrågor som höll samtalsämnet kopplade till examensarbetets syfte.

Intervjuklimatet har betydande effekt på resultatet. Ett bekvämt klimat och kontakt mellan forskare och informant som ger en avslappnad miljö kan bidra till att informanten enklare öppnar sig och forskaren får tillgång informantens upplevelser (Kvale 1997, s. 118). Enligt Polit och Beck (2021, s. 747) är det vanligt förekommande med störning från miljön där intervjun sker. Samtliga intervjuer genomfördes när informanterna befann sig på sin arbetsplats vilket ansågs öka risken för störning. Det upplevdes dock ingen störning under de intervjuer som genomfördes. Fyra intervjuer genomfördes via videosamtal på Zoom vilket kan ha orsakat en ovanlig och onaturlig miljö att bli intervjuad i och på så vis haft effekt på resultatet. Det ansågs dock vara en fördel för studiens resultat att intervjuer utfördes via videosamtal då informanter från olika intensivvårdsavdelningar över hela Sverige kunde delta. Resultatet går att implementera på olika intensivvårdsavdelningar vilket ansågs öka överförbarheten.

En utmaning under datainsamlingsprocessen var att vissa delar av ljudfilerna var svåra att tydligt höra vilket kan påverka reliabiliteten (Polit & Beck 2021, s. 762). För att minimera bias har vi lyssnat på ljudfilerna flertalet gånger under transkribering samt verifierat med varandra. Vid enstaka tillfälle har vi lämnat otydliga ord eller uttryck tomma eller markerats med egna anmärkningar i den transkriberade texten. Vi läste texten i sin helhet och ansåg att de ord och uttryck har inte påverkat budskapet som informanten försökt framföra.

För att skapa en bred variation är datamängden avgörande enligt Graneheim, Lindgren och Lundman (2017). Datamängden beror dock på studiens syfte och kvalitet på insamlade data. Mer data betyder inte nödvändigtvis bättre kvalitet. I detta examensarbete har sex informanter rekryterats genom bekvämlighetsurval för att få tillgång till många informanter inom en begränsad tid. Polit och Beck (2021, s. 727) menar att bekvämlighetsurval är enkelt men inte det bästa urvalsättet inom kvalitativ forskning. Då kvalitativ forskning syftar till att få fram större mängd information på få informanter anses bekvämlighetsurval inte ge de mest innehållsrika berättelser (ibid.) vilket kan innebära en svaghet. In- och exklusionskriterier ansågs dock vara välformulerade vilket gav tillgång till informanter som bäst kunde svara på examensarbetets syfte. På grund av tidsbegränsning har endast sex informanter rekryterats till att delta i detta examensarbete vilket anses vara en svaghet då variation kan vara begränsad.

Informanterna som valdes hade varierande erfarenhet som intensivvårdssjuksköterska i syfte att kunna delge bred information om sina levda erfarenheter. Samtliga informanter hade dock mer än två års erfarenhet av arbete som intensivvårdssjuksköterska. Endast en man intervjuades vilket berodde på könsfördelningen på avdelningarna. Endast intensivvårdssjuksköterskor valdes att inkluderas då de oftast har huvudansvar över patientens omvårdnad. Samtliga yrkeskategorier som medverkade under tiden med besöksrestriktioner kunde inkluderas i studien för ett bredare resultat men studien anses då blivit för stor samt att fokus låg på att studera hur vårdandet påverkats.

Resultatdiskussion

Syftet med detta examensarbete var att beskriva intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av hur besöksrestriktioner påverkat vårdandet av vuxna intensivvårdspatienter. Utifrån intensivvårdssjuksköterskans perspektiv framgår det i resultatet att pandemin och

besöksrestriktionern påverkat alla, såväl patienter, närstående och intensivvårdssjuksköterskor. De fenomenen som är framträdande och återkommande bland intensivvårdssjuksköterskornas berättelser var kommunikation med närstående, att intensivvårdspatienter saknade trygghet och sin identitet samt om intensivvårdssjuksköterskors ökade psykosociala påfrestningar.

Familjecentrerad intensivvård

Att ha en nära anhörig som är kritiskt sjuk och vårdas på en intensivvårdsavdelning är en stressande situation för närstående. Studier visar att närstående till intensivvårdspatienter har i samband med besöksrestriktioner varit desperata efter information om sin anhörig (Chen, Wittenberg, Sullivan, Lorenz & Chang 2021). Att få ett telefonsamtal var en viktig daglig aktivitet för många närstående och de fick chansen att hantera sin kris- och sorgereaktion. Dagliga telefonsamtal byggde upp tillit och en god vårdrelation mellan vårdgivaren och de närstående (Greenberg et al. 2022). Minskad stress och oro minskar även risken för post-intensivvårdssyndrom för familjen (Davidson, Jones & Bienvenu 2012). Att prata med närstående i telefon är inte ett fenomen som har tillkommit under tiden med besöksrestriktioner, men i samband med besöksrestriktioner blev kontinuitet viktigt. Därför anses närstående ha nytta av information om patienten varje dag även när det är flexibla besökstider.

Implementering av videosamtal upplevdes inte möta de närståendes behov av att se sin anhörig men ansågs vara ett bra komplement. Informanterna upplevde att många närstående uppskattade att kunna se sin anhörig digitalt. Thomas et al. (2021) diskuterade utmaningar med videosamtal inom intensivvård gällande patientens integritet och informationssäkerhet. Studien finner att system som inte är anpassade för intensivvård riskerar både patientens och närståendes integritet vilket kan orsaka onödigt lidande. Med ett system som är anpassat för videosamtal inom hälso- och sjukvård anses nyttan vara stor för både patientens och närståendes välbefinnande (Conroy et al. 2021) i situationer där en närstående inte kan eller har möjlighet att fysiskt besöka patienten till exempel.

De närstående upplevdes ofta chockade när de för första gången besökte intensivvårdsavdelningen och såg sin anhörig som vårdats en längre tid. Även de som involverats via videosamtal upplevdes chockade, särskilt i situationer som vård i livets slut eftersom de inte erhöll en helhetsbild under hela vårdprocessen, resultatet kan stärkas av Sinding et al. (2022) studie. Konsekvenser av de närståendes frånvaro blev fördröjt beslut om vårdbegränsningar, vilket kränkte patientens värdighet och orsakade onödigt vårdlidande (Bergbom, Nåden & Nyström 2021). Resultatet får även stöd av Azad, Al-Kawaz, Turnbull och Rivera-Lara (2021) undersökning. Det ställer därför högre krav på intensivvården att kommunicera tydligt, kontinuerligt och transparent med närstående (Hart, Turnbull, Oppenheim & Courtright 2020). Det är viktigt för närstående som befinner sig i en svår situation att bemötas med ärlighet och enhetlig information från hela vårdteamet. Tydlig kommunikation gäller även under överrapportering mellan vårdpersonal så alla i vårdteamet vet vilken information de närstående fått (Nygaard, Haugdahl, Brinchmann & Lind 2020).

Det ingår i sjuksköterskans kärnkompetens att kunna möta varje enskild patients behov och se till dennes livsvärld (Svensk sjuksköterskeförening, 2020). vilket underlättar med

tillgängliga närstående. Genom att få närstående delaktiga och använda deras kunskap om patienten kan vården bli mer personcentrerad. Resultatet visade att sjuksköterskor i många situationer inte kände sig tillräckliga och där närstående i vanliga fall hade en funktion, speciellt vid vård i livet slutskede. Sjuksköterskor upplevde det svårt att fylla platsen av en närstående i en svår situation och att även inte kunna ge stöd till de närstående. De upplevde även skuld att inte haft tillräcklig kontakt med de närstående, dock uppfattades det som positivt att mer tid kunnat ägnas åt patienten när stafettläkare tagit över telefonkontakt. Robert et al. (2020) beskriver att intensivvårdssjuksköterskor upplevde emotionella påfrestningar över minskad interaktion med närstående. I studien (ibid) användes uttrycket "skuldkänsla", vilket kan jämföras med det som framgick i resultatet: en känsla av otillräcklighet. Studien (ibid) visade att sjuksköterskorna erbjöds psykologiskt stöd för att hantera stress och sina känslor. I en extraordinär situation behöver intensivvårdssjuksköterskor sådant stöd och hjälp för att själva må bra, vilket annars hade kunnat riskera patientsäkerheten.

Vi anser att involvera närstående i vårdprocessen är oerhört viktigt för att patienten ska få en individuellt anpassad intensivvård med dennes livsvärld som grund. Oavsett om närstående kan vara med på intensivvårdsavdelningen eller inte ska de känna sig delaktiga i vårdandet för deras bearbetning och hantering av sorg i en krissituation.

Personcentrerad intensivvård

Närståendes delaktighet i vårdprocessen är viktigt för patientens välbefinnande men också för deras eget välbefinnande (Nasser Junior et al. 2018). Tidigare studie (Frivold et al. 2021) visar att närstående förmedlar kunskap om patientens behov och önskemål så vårdandet utgår från patientens individuella förutsättningar. Ur ett livsvärldsperspektiv delar de närstående samma värld som patienten (Arman 2015, s. 88) och anses därför vara en resurs för sjuksköterskan för att kunna ta del av patientens livsvärld. Under tiden med besöksrestriktioner upplevde intensivvårdssjuksköterskor vårdandet som mer anonymt med anledning av minskad närståendekontakt. För att skapa en uppfattning vem personen som vårdas var användes fotografier på patient och familjemedlemmar i nära anslutning till patienten, vilket rekommenderas av Robert et al. (2020). Bilderna användes även i syfte att inspirera till samtalsämnen patienten kunde relatera till och ansågs underlätta personcentrerad omvårdnad. En studie (Kim, Cho, Park, Kim & Oh 2022) visar att oro och hyperaktivt intensivvårdsdelirium var mer förekommande hos patienter där närstående varit frånvarande än de som närvarat i begränsad form. Studien (ibid) fann även att patienter som har fått kommunicera och interagera med sina närstående upplevdes mindre stressade och oroliga. Resultatet i detta examensarbete stärks av Deng, Cao, Zhang, Cheng och Zhang (2020) studie som också visar att anhörigas närvaro är den mest effektiva icke-farmakologiska behandling mot intensivvårdsdelirium.

Besöksrestriktioner innebar inte enbart negativa konsekvenser för vårdandet. I resultatet framgick att intensivvårdssjuksköterskor hade ägnat mer tid åt omvårdnad i samband med besöksrestriktioner (Wendlandt, Kime & Carson 2022). Det finns två sidor av närståendes närvaro på intensivvårdsavdelning, att vara en del i vårdandet och ses som en resurs, men samtidigt är viss närståendekontakt tidskrävande. Det innebär att intensivvårdssjuksköterskor behöver förmåga att kunna prioritera en god omvårdnad för patienten, men samtidigt även se till närståendes behov och erbjuda stöd.

Hållbar samhällsutveckling

Intensivvård är resurskrävande där specialistutbildad personal arbetar för att ge ett meningsfullt liv till patienter med svikt i kroppens mest vitala organsystem (Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård 2015). Kostnader för ett intensivvårdsdygn var 50 000–80 000 kronor år 2018 enligt SIR (2019) och intensivvård kostar därför samhället stora mängder pengar. Som det framgår i resultatet kan vårdtiden på intensivvården förlängas om de närstående inte är delaktiga i vårdandet. Eftersom intensivvårdsplatser och resurser är begränsade påverkar förlängd vårdtid inom intensivvård samhällsekonomin negativt. Förlängd vårdtid fördröjer även patientens möjlighet till rehabilitering och innebär i vissa fall ökad dödlighet. Trycket på intensivvårdsavdelningarna kommer att öka i takt med en åldrande befolkning. Icke-farmakologisk behandling och effektiv användning av intensivvårdsresurser gynnar både den sociala-, ekonomiska- och ekologiska dimensionen för en hållbar samhällsutveckling.

När en person bli sjuk påverkas hela familjens välbefinnande. Oro, ångest och stress ökar familjens lidande och påverkar närståendes förmåga att hantera sitt vardagsliv, vilket kan få socioekonomiska konsekvenser på individ- och samhällsnivå. Närstående har en central del inom intensivvård och behöver inkluderas i vårdandet för att främja patientens välbefinnande. För en hållbar intensivvård behöver närståendes delaktighet främjas med hjälp av olika kommunikationsmetoder, för att arbeta förebyggande mot psykisk ohälsa och minska sjukdom.

Personalresurser inom intensivvård utgör den grundläggande förutsättningen för att vården ska bedrivas. Att intensivvårdssjuksköterskor mår bra på sin arbetsplats gynnar samhället i flera aspekter. Resultatet visar att intensivvårdssjuksköterskor led av stress under tiden med besöksrestriktioner. Arbetsrelaterad ohälsa ökar risken för långtidssjukskrivningar vilket i längden även påverkar samhällsekonomin. En hållbar arbetsmiljö är därför viktig för samhällets utveckling.

SLUTSATSER

- Närstående hade minskad möjlighet att involveras i patientens vårdförlopp inom intensivvård, vilket kan ha inneburit onödigt lidande för patienten. Att vara nära patienten på distans har haft stor betydelse för de närståendes välbefinnande. Intensivvård bör leva upp till en familjecentrerad intensivvård även om närstående inte kan vara med på intensivvårdsavdelningen fysiskt.
- Det upplevdes svårt att ta del av patienters livsvärld då närstående inte kunde delge sina kunskaper om patienten. För vårdandet innebar det svårigheter att tillämpa ett personcentrerat förhållningssätt. Positiv stimulans från de närstående uteblev och vilket gav minskat välbefinnande hos patienter.
- Etiska dilemman uppstod under tiden med besöksrestriktionerna, vilket har påverkat intensivvårdssjuksköterskor psykosocialt.

Klinisk implementering

- Intensivvård bör leva upp till en familjecentrerad intensivvård även om närstående inte kan vara med på intensivvårdsavdelningen fysiskt. Genom att digitalisera intensivvård ska det kunna vara möjligt att erbjuda besök på distans.
- Det är viktigt för intensivvårdssjuksköterskan att se människan bakom patienten och ta del av patientens livsvärld när det är möjligt för att möjliggöra personcentrerad omvårdnad.
- I en extraordinär situation skall intensivvård även tillfredsställa medarbetarens välbefinnande.

REFERENSER

- Arman, M. (2015). Patientens värld med problem, behov och begär. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber, ss. 82–89.
- Azad, T. D., Al-Kawaz, M. N., Turnbull, A. E. & Rivera-Lara, L. (2021). Coronavirus Disease 2019 Policy Restricting Family Presence May Have Delayed End-of-Life Decisions for Critically Ill Patients. *Critical Care Medicine*, 49(10), ss. e1037–e1039. doi:10.1097/ccm.0000000000005044.
- Benzein, E., Hagberg, M. & Saveman, B.-I. (2017). *Att möta familjer inom vård och omsorg*. 2. uppl., Lund: Studentlitteratur.
- Bergbom, I., Nåden, D. & Nyström, L. (2021). Katie Eriksson's caring theories. Part 1. The caritative caring theory, the multidimensional health theory and the theory of human suffering. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. doi:10.1111/scs.13036.
- Berger, E., Winkelmann, J., Eckhardt, H., Nimptsch, U., Panteli, D., Reichebner, C., Rombey, T. & Busse, R. (2021). A country-level analysis comparing hospital capacity and utilisation during the first COVID-19 wave across Europe. *Health policy (Amsterdam)*. doi:10.1016/j.healthpol.2021.11.009.
- Bloom-Feshbach, K., Berger, R. E., Dubroff, R. P., McNairy, M. L., Kim, A. & Evans, A. T. (2021). The Virtual Hospitalist: a Critical Innovation During the COVID-19 Crisis. *Journal of General Internal Medicine*, 36(6), ss. 1771–1774. doi:10.1007/s11606-021-06675-y.
- Boehm, L., Pun, B. & Stollings, J. (2016). *Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) - The Complete Training Manual*. https://uploads-ssl.webflow.com/5b0849daec50243a0a1e5e0c/5bad3d28b04cd592318f45cc_The-Complete-CAM-ICU-training-manual-2016-08-31_Final.pdf [2022-05-06]
- Brockopp, D., Monroe, M., Davies, C. C., Cawood, M. & Cantrell, D. (2021). COVID-19. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 51(7/8), ss. 374–378. doi:10.1097/nna.0000000000001032.
- Carlsson, M. (2022). *Undersökningar och behandlingar*. Karolinska Universitetssjukhuset. <https://www.karolinska.se/for-patienter/alla-mottagningar-och-avdelningar-a-o/funktion-perioperativ-medicin-och-intensivvard/intensivvard-och-thoraxoperation/for-dig-som-patient/undersokningar-och-behandlingar/> [2022-05-06]
- Chen, C., Wittenberg, E., Sullivan, S. S., Lorenz, R. A. & Chang, Y.-P. (2021). The Experiences of Family Members of Ventilated COVID-19 Patients in the Intensive Care Unit: A Qualitative Study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. ss. 1–8. doi:10.1177/10499091211006914.

Conroy, I., Murray, A., Kirrane, F., Cullen, L., Anglim, P. & O’Keeffe, D. (2021). Key requirements of a video-call system in a critical care department as discovered during the rapid development of a solution to address COVID-19 visitor restrictions. *JAMIA open*, 4(4), ss. 1–7. doi: 10.1093/jamiaopen/ooab091.

Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. 1. uppl., Stockholm: Natur & Kultur.

Davidson, J. E., Jones, C. & Bienvenu, J. (2012). Families response to critical illness: Postintensive care syndrome-family. *Critical Care Medicine*, 40(2), ss. 618–624. doi:10.1097/CCM.0b013e31823ebf9.

Davidson, J. E. et al. (2017). Guidelines for family-centered care in neonatal, pediatric and adult ICU. *Critical Care Medicine*, 45(1), ss. 103–128. doi:10.1097/CCM.0000000000002169.

Deng, L-X., Cao, L., Zhang, L-N., Peng, X-B. & Zhang, L. (2020). Non-pharmacological interventions to reduce the incidence and duration of delirium in critically ill patients: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of Critical Care*, 60, ss. 241–248. doi:10.1016/j.jcrc.2020.08.019.

Flinterud, S. I., Moi, A. L., Gjengedal, E. & Ellingsen, S. (2022) Understanding the Course of Critical Illness Through a Lifeworld Approach. *Qualitative Health Research*, 32(3) 531–542. doi: 10.1177/104973232111062567

Farrell, M. E., Joseph, D. H. & Schwartz-Barcott, D. (2005). Visiting Hours in the ICU: Finding the Balance among Patient, Visitor and Staff Needs. *Nursing Forum*, 40(1), ss. 18–28. doi:10.1111/j.1744-6198.2005.00001.x.

Feder, S., Smith, D., Griffin, H., Shreve, S. T., Kinder, D., Kutney-Lee, A. & Ersek, M. (2021). “Why Couldn’t I Go in To See Him?” Bereaved Families’ Perceptions of End-of-Life Communication During COVID-19. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(3), ss. 587–592. doi:10.1111/jgs.16993.

Folkhälsomyndigheten (2021). *Om viruset och sjukdomen — Folkhälsomyndigheten*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/om-sjukdomen-och-smittspridning/om-viruset-och-sjukdomen/> [2022-01-26].

Frivold, G., Ågård, A. S., Jensen, H. I., Åkerman, E., Fossum, M., Alfheim, H. B., Rasi, M. & Lind, R. (2021). Family involvement in the intensive care unit in four Nordic countries. *Nursing in Critical Care*. doi:10.1111/nicc.12702.

Graneheim, U. H., Lindgren, B-M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, ss. 29–34. doi:10.1016/j.nedt.2017.06.002.

Greenberg, J., Basapur, S., Quinn, T., Bulger, J., Schwartz, N., Oh, S. K., Shah, R. & Glover C. (2022). Challenges faced by families of critically ill patients during the first wave of the COVID-19 pandemic. *Patient education and counseling*, 105(2), ss. 297–303. doi:10.1016/j.pec.2021.08.029.

Hart, Joanna., Turnbull, A., Oppenheim, Ian. & Courtright, K. (2020). Family-Centered Care During the COVID-19 Era. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), ss. e93-e97. doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.04.017.

Hochendoner, S. J. et al. (2021). Voices From the Pandemic: A Qualitative Study of Family Experiences and Suggestions Regarding the Care of Critically Ill Patients. *Annals of the American Thoracic Society*, doi:10.1513/annalsats.202105-629oc.

Jensen, H. I., Åkerman, E., Lind, R., Alfheim, H. B., Frivold, G., Fridh, I. & Ågård, A. S. (2021). Conditions and strategies to meet the challenges imposed by the COVID-19-related visiting restrictions in the intensive care unit: A Scandinavian cross-sectional study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 68, s. 103116. doi:10.1016/j.iccn.2021.103116.

Kim, B., Cho, J., Park, J. Y., Kim, H. E. & Oh, J. (2022). Delirium and Anxiety Outcomes Related to Visiting Policy Changes in the Intensive Care Unit During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 14, s. 845105. doi:10.3389/fnagi.2022.845.105.

Kim, L. et al. (2020). Risk Factors for Intensive Care Unit Admission and In-hospital Mortality Among Hospitalized Adults Identified through the US Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)-Associated Hospitalization Surveillance Network (COVID-NET). *Clinical Infectious Diseases*, 72(9), ss. e206–e214. doi:10.1093/cid/ciaa1012.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. 2. uppl. ss. 187–201. Lund: Studentlitteratur.

Malinen Lind, A., Snickars, J. & Säätelä, S. (2018). Intensivvårdsdelirium. En systematisk litteraturstudie över vad sjukskötaren kan göra för att förebygga och upptäcka ett vanligt vårdproblem. *Vård i Fokus*, 35(4), ss. 4–9.

Mitchell, M. & Chaboyer, W. (2010). Family Centred Care – a way to connect patients, families and nurses in critical care: a qualitative study using telephone interviews. *Intensive Crit Care Nursing*, 26(3), ss. 154–160. doi: 10.1016/j.iccn.2010.03.003.

Nasser Junior, A. P., Bessen, B. A. M. P., Robinson, C. C., Falavigna, M., Teixeira, C. & Rosa, R. G. (2018). Flexible Versus Restrictive Visiting Policies in ICUs: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Critical Care Medicine*, 46(7), ss. 1175–1180. doi:10.1097/CCM.0000000000003155.

Nin Vaeza, N., Martin Delgado, M & Heras La Calle, G. (2020). Humanizing Intensive Care: Toward a Human-Centered Care ICU Model. *Critical Care Medicine*, 48(3), ss. 385-390. doi: 10.1097/CCM.0000000000004191

Nygaard, A. M., Haugdahl, H. S., Brinchmann, B. S. & Lind, R. (2020). Information concerning ICU patients' families in the handover - The clinicians' <game of whispers>: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(19–20), ss. 3822–3834. doi:10.1111/jocn.15414.

Petrinec, A. B. & Daly, B. J. (2016). Post-Traumatic Stress Symptoms in Post-ICU Family Members: Review and Methodological Challenges. *Western Journal of Nursing Research*, 38(1), ss. 57–78. doi:10.1177/0193945914544176.

Piscitello, G. M., Fukushima, C. M., Saulitis, A. K., Tian, K. T., Hwang, J., Gupta, S. & Sheldon, M. (2021). Family Meetings in the Intensive Care Unit During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 38(3), ss. 305–312. DOI:10.1177/1049909120973431.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (Eleventh edition). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

Regeringskansliet (2020). *Regeringen har fattat beslut med anledning av Folkhälsomyndighetens hemställan gällande infektion med coronavirus (2019-nCoV)*. Regeringskansliet [pressmeddelande], 1 februari 2020. <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2020/02/regeringen-har-fattat-beslut-med-anledning-av-folkhalsomyndighetens-hemstallan-gallande-infektion-med-coronavirus-2019-ncov/> [2022-01-26].

Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening. (2020). Kompetensbeskrivning. Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård. <https://www.swenurse.se/download/18.b986b9d1768421a1b576141/1610610246380/Kompetensbeskrivning%20Intensivvårdssjuksköterska.pdf>

Robert, R., Kentish-Barnes, N., Boyer, A., Laurent, A., Azoulay, E. & Reignier, J. (2020). Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic. *Annals of Intensive Care*, 10(1), s. 184. doi:10.1186/s13613-020-00702-7.

Roland, P., Russell, J., Richards, K. C. & Sullivan, S. C. (2001). Visitation in Critical Care: Processes and Outcomes of a Performance Improvement Initiative. *Journal of Nursing Care Quality*, 15(2), ss. 18–26. doi:10.1097/00001786-200115020-00004.

Schandl, A., Falk, A-C. & Frank, C. (2017). Patient participation in the intensive care unit. *Intensive and critical care nursing*, 42, ss. 105–109. doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.04.006>

Sinding, C., Cape, S., Charles, L., Gosselin, C., Kettings, M., Taniguchi, A. & Willison, K. B. (2022). When 'Being There' Is Disallowed: Disruptions to Knowing and Caring

During COVID-19 Visitor Restrictions. *Journal of Social Work in End-of-life & Palliative care*, 18(1), ss. 46–62. doi:10.1080/15524256.2022.2027850.

Slettmyr, A., Frank, C & Falk, A-C. (2022). The core of patient-participation in the Intensive Care Unit: The patient's views. *Intensive & critical care nursing*, 68, s. 103119. doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103119>

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård (2015). *Riktlinjer för svensk intensivvård*. Malmö: Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård. https://sfai.se/wp-content/uploads/2015/02/Riktlinjer-Svensk-Intensivv%C3%A5rd_-rev-2015.pdf

Svensk sjuksköterskeförening (2020). *Kompetensbeskrivning Avancerad nivå - Specialistsjuksköterska med inriktning mot intensivvård*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. <https://www.swenurse.se/download/18.b986b9d1768421a1b576141/1610610246380/Kompetensbeskrivning%20Intensivv%C3%A5rd%20Ardssjuksk%C3%B6terska.pdf>

Svenska Intensivvårdsregistret (SIR) (2019). *Svenska Intensivvårdsregistrets - Årsrapport 2018*. Karlstad: Svenska Intensivvårdsregistret. https://www.icuregswe.org/globalassets/arsrapporter/analyserande_arsrapport_2018.pdf

Svenska Intensivvårdsregistret (SIR) (2021). *Svenska Intensivvårdsregistrets - Årsrapport 2020*. Karlstad: Svenska Intensivvårdsregistret. https://www.icuregswe.org/globalassets/arsrapporter/arsrapport_2020_final.pdf

Svenska Intensivvårdsregistret (SIR) (2022a). *COVID-19 i svensk intensivvård*. <https://www.icuregswe.org/data--resultat/covid-19-i-svensk-intensivvard/> [2022-01-26].

Svenska Intensivvårdsregistret (SIR) (2022b). *Svenska Intensivvårdsregistrets - Årsrapport 2021*. Karlstad: Svenska Intensivvårdsregistret. https://www.icuregswe.org/globalassets/arsrapporter/arsrapport_2021.pdf

Thomas, K., O'Brien, B., Fryday, A., Robinson, E., Hales, M., Chadwick, A. & Davey-Quinn, A. (2021). Developing an Innovative System of Open and Flexible, Patient-Family-Centered, Virtual Visiting in ICU During the COVID-19 Pandemic: A Collaboration of Staff, Patients, Families, and Technology Companies. *Journal of Intensive Care Medicine*, 36(10), ss. 1130–1140. doi:10.1177/08850666211030845.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska_principer_VR_2002.pdf

Wendlandt, B., Kime, M. & Carson, S. (2022). The impact of family visitor restrictions on healthcare workers in the ICU during the COVID-19 pandemic. *Intensive and Critical Care Nursing*, 68, s. 103123. doi:10.1016/j.iccn.2021.103123.

Världshälsoorganisationen (WHO) (2020a). *Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context* [brochyr].
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332240/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Världshälsoorganisationen (WHO) (2020b). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19* [pressmeddelande], 11 mars 2020.
<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> [2022-01-24].

BILAGOR

Bilaga 1

Frågor till intervju:

Faktafrågor: Ålder, kön, antal verksamma år och erfarenhet som intensivvårdssjuksköterska.

Öppningsfrågan: Kan du berätta om en situation där besöksrestriktioner hade påverkan på vårdandet?

1. Har du någonsin arbetat i en situation där det har varit besöksförbud innan COVID-19 pandemi?
2. Hur har du gjort för att på bästa sätt bygga en relation med en patient i respirator?
3. Upplever du att patienters välbefinnande har påverkats av besöksrestriktioner och i så fall på vilket sätt?
4. Hur upplever du att anhörigas behov har mötts?
5. Hur har du hanterat situationer där patienter varit orolig/deliriska? Hur tror du situationen skulle blivit om en familjemedlem var närvarande?



Informationsbrev till dig som är verksamhetschef på _____ kliniken:

Vi, Evelina Dahlström och Victor Li, är två sjuksköterskor som studerar på specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot intensivvård vid Högskolan i Borås. Som en del i utbildningen genomför vi ett examensarbete på magisternivå. Vi önskar därför att få din tillåtelse till att intervjua en eller två intensivvårdssjuksköterskor vid din klinik.

Examensarbetet kommer att handla om intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av hur vårdandet har påverkats av besöksrestriktioner med anledning av COVID-19 pandemin. Frågeställningen är högaktuell i rådande situation, och det saknas idag studier inom området.

Vårt önskemål är att kunna få rekrytera en till två intensivvårdssjuksköterskor som har erfarenhet av att ha arbetat patientnära under perioden med besöksrestriktion. Sjuksköterskorna ska ha minst två års erfarenhet av patientnära arbete på en svensk IVA-avdelning, detta då vi önskar informanter med erfarenhet av patientnära arbete före besöksrestriktionerna infördes.

Informanterna kommer att få ett skriftligt informationsbrev angående examensarbetet, i vilket det framgår att deltagande är frivilligt. Innehåller i brevet har presenterats och godkänts av vår handledare. Alla personuppgifter och datamaterial kommer att behandlas enligt gällande riktlinjer vid Högskolan i Borås, samt med stöd av GDPR.

Med vänliga hälsningar
Evelina Dahlström och Victor Li.

Vid frågor kontakta:
Evelina Dahlström
0702961014
s193727@student.hb.se

Victor Li
072-318 04 86
s160923@student.hb.se



HÖGSKOLAN I BORÅS

Information angående examensarbete om hur vårdandet har påverkats av besöksrestriktioner

Vi vill fråga dig om du vill delta i vårt examensarbete om intensivvårdssjuksköterskors upplevelse av hur vårdandet av vuxna intensivvårdspatienter påverkats av besöksrestriktioner. Vi är två sjuksköterskor som studerar på speciallistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot intensivvård vid Akademien för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå.

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

Forskning visar positiva effekter på välbefinnandet då anhöriga får vara närvarande hos patient som vårdas på IVA. Sverige har generösa besöksrutiner på sina intensivvårdsavdelningar, men med anledning av COVID-19 pandemin har besöksrestriktioner införts för att minska smittspridningen. Vi önskar få kunskap om hur vårdandet av vuxna intensivvårdspatienter har påverkats då anhöriga inte fått närvara vid omvårdnaden.

Vi planerar därför göra en empirisk studie med syfte att undersöka intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av besöksrestriktioners påverkan på vårdandet av vuxna intensivvårdspatienter.

Vi har av verksamhetschefen på din klinik fått godkännande att rekrytera deltagare till examensarbetet på din arbetsplats. Vi värdesätter din kunskap och tror att det kommer leda till en förbättring inom intensivvården i framtiden.

Huvudman för examensarbetet är Högskolan i Borås, som är en statlig myndighet. Med huvudman menas den organisation som är ansvarig för studien.

Hur går examensarbetet till?

Individuella intervjuer med öppna frågor kommer att genomföras. Intervjun sker på en plats som du väljer. Möjlighet finns att genomföra intervjun via Zoom eller liknande. Intervjun kommer att spelas in, båda ansvariga författare kommer att närvara vid intervjun. Ljudfilerna kommer sedan att transkriberas och analyseras med kvalitativ innehållsanalys.

Vi söker dig som intensivvårdssjuksköterska som har:

- minst två års erfarenhet av patientnära vård på en svensk intensivvårdsavdelning, och
- erfarenhet av patientnära vård på en svensk intensivvårdsavdelning under omständigheterna med besöksrestriktioner.

Hur får jag information om resultatet av studien?

När examensarbetet är examinerat kommer det att publiceras enligt sedvanliga rutiner för examensarbete vid Högskolan i Borås och finnas tillgängligt i databasen DIVA. Om du önskar, kan Högskolan tillhandahålla en kopia till dig.

Högskolan i Borås, 501 90 BORÅS

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför, och det kommer inte heller att påverka ditt arbete. För att delta behöver du lämna ditt samtycke.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta handledaren.

Vad händer med mina uppgifter?

I examensarbetet kommer vi att samla in information från dig. Inga namn, uppgifter eller resultat som kan härledas till dig som person kommer att redovisas i examensarbetet. Allt material kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av det, i enlighet med gällande lagstiftning.

Det datamaterial som samlats in kommer att förstöras när examensarbetet är examinerat och godkänt varvid personuppgiftsbehandlingen upphör.

Behandlingen av uppgifter om dig sker med stöd av artikel 6.1 (a) i dataskyddsförordningen (samtycke). Högskolan i Borås är personuppgiftsansvarig. Som deltagare har du ett antal rättigheter enligt dataskyddsförordningens artikel 15–18, 20 och 22, som bland annat innebär att du har rätt att ta del av de uppgifter om dig som behandlas i studien samt få dessa rättade eller raderade. Du har också rätt att få behandlingen av uppgifter om dig begränsad. Kontakta ansvarig handledare i dessa fall.

Om du har frågor kring behandlingen av dina personuppgifter är du välkommen att i första hand kontakta ansvariga för examensarbetet eller handledaren. Du är också välkommen att kontakta högskolans dataskyddsombud via e-post, dataskydd@hb.se, med synpunkter. Du har därtill rätt att klaga på högskolans behandling av personuppgifter till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet.

Ansvariga för examensarbetet

Ansvarig författare för examensarbetet inom intensivvård:

Evelina Dahlström
0702961014
s193727@student.hb.se

Victor Li
072-318 04 86
s160923@student.hb.se

Handledare:
Elisabeth Lindberg
elisabeth.lindberg@hb.se

Högskolan i Borås, 501 90 BORÅS

Samtycke om deltagande**Fylls i av handledaren**

Härmed intygas att ansvariga studenter har uppvisat skriftligt samtycke av informanten till deltagande i examensarbetet och behandling av informantens personuppgifter enligt ovan.

Datum och handledares namnteckning

Fylls i av deltagaren

Jag har fått muntlig och skriftlig information om examensarbetet och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla en kopia av den skriftliga informationen.

Jag samtycker till att delta i examensarbetet om intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av hur vårdandet har påverkats av besöksrestriktioner med anledning av COVID-19 pandemin, och att uppgifter om mig samlas in och behandlas på det sätt som beskrivs i informationen ovan.

Namnteckning

Ort och datum
