



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA**

ANHÖRIGKONTAKT PÅ IVA UNDER COVID-19

Hälso- och sjukvårdspersonalens perspektiv

**Edith Hartill
Diandra Karlsson Legaspi**

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning inom intensivvård/OM5330 Examensarbete i omvårdnad med inriktning inom intensivvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT/2022
Handledare:	Mona Ringdal
Examinator:	Margret Lepp

Titel svenska: Anhörigkontakt på IVA under COVID-19: Hälso-och sjukvårdspersonalens perspektiv

Titel engelsk: Contact with relatives in the ICU during COVID-19: Healthcare professionals' perspective

Uppsats/Examensarbete: 15 hp

Program och/eller kurs: Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning inom intensivvård/OM5330 Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot intensivvård

Nivå: Avancerad nivå

Termin/år: VT/2022

Handledare: Mona Ringdal, Docent inom omvårdnad och viceprefekt vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs universitet

Examinator: Margret Lepp, Professor inom lärande och ledarskap för hälsoprofessioner vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs universitet

Nyckelord: COVID-19, anhöriga, intensivvård, patient- och familjecentrerad vård (PFCV), hälso-och sjukvårdspersonal, upplevelser

Sammanfattning

Bakgrund: World Health Organisation (WHO) utlyste COVID-19 pandemin i mars 2020 och förändringarna som följde drabbade både samhället och sjukvården. Besöksrestriktioner implementerades på sjukhusen för att hindra smittspridningen. På intensivvårdsavdelningen (IVA), där anhörigkontakt är en essentiell del av vårdandet, blev besöksrestriktionerna en stor förändring som medförde nya utmaningar och arbetssätt för hälso- och sjukvårdspersonalen (HSP). Digitala hjälpmedel användes för att hålla en kontinuerlig kontakt med anhöriga som inte fick komma på besök. Examensarbetet knyter an till den teoretiska utgångspunkten patient- och familjecentrerad vård (PFCV).

Syfte: Beskriva hälso- och sjukvårdspersonalens upplevelser av anhörigkontakt vid vård av patienter med COVID-19 på IVA.

Metod: Intervjustudie med nio informanter, tre specialistsjuksköterskor, tre undersköterskor och tre specialistläkare. Data analyserades med tematisk analys.

Resultat: Resultatet redovisas i tre teman och åtta sub-teman vilka visar att den medicinska vården inte har påverkats av besöksrestriktionerna. Däremot har restriktionerna skapat brister i omvårdnaden. Anhöriga har beskrivits vara en viktig del av omvårdnaden och besöksrestriktionerna har påverkat samtliga parter negativt. Det har för informanterna varit svårt att neka anhöriga besök, vilket föranlett känslan av otillräcklighet hos informanterna. Resultatet menar att orsaken till den upplevda känslan av otillräcklighet berodde på att informanterna hade svårt att involvera anhöriga i vården på grund av besöksrestriktionerna. Informanterna har uppfattat att anhöriga känt sig utslutna och att patienterna känt sig ensamma. Resultatet beskriver hur informanterna försökt kompensera för anhörigas frånvaro genom distanskommunikation. Telefon och videosamtal är hjälpmedel som använts för distanskommunikation med anhöriga men informanterna beskriver att det inte varit likvärdigt med fysiska samtal och besök.

Slutsats: Omvårdnaden har påverkats negativt till följd av besöksrestriktionerna och medförde minskat välbefinnande för patienterna, anhöriga och informanterna. För att kompensera för att anhöriga ej fick besöka IVA användes distanskommunikation. Trots de redovisade fördelarna är slutsatsen att distanskommunikation inte varit likvärdigt med fysisk närvaro.

Nyckelord: COVID-19, anhöriga, intensivvård, patient- och familjecentrerad vård (PFCV), hälso-och sjukvårdspersonal (HSP), upplevelser

Abstract

Background: World Health Organisation (WHO) announced the COVID-19 pandemic in March 2020. Visiting restrictions were deployed in the hospitals to prevent the spread of the virus. In the intensive care unit (ICU), where contact with the relatives is an essential part of the care, visiting restrictions has led to new challenges and working methods for the healthcare professionals (HCP). Distance communication was used as a tool to communicate with relatives that could not visit. Patient-and family-centered care (PFCC) was used as a theoretical background.

Aim: Describe health care professionals 'experiences of communication with relatives during care of patients with COVID-19 in the ICU.

Method: An interview study was conducted with nine informants, three intensive care nurses, three auxiliary nurses and three physicians specialized in intensive care. The data was analyzed through thematic approach.

Results: The results are presented in three themes and eight sub themes that describe that the medical care has not been affected by the visitation restrictions but created a backlash in the nursing care. Relatives are an integral part of the nursing care in the ICU and the visitation restrictions have had a negative impact on all parties involved. Informants found it difficult to deny relatives visits which has led informants to feel that the care they gave was inadequate due to the visitation restrictions. The informants perceived that relatives felt excluded and that patients felt lonely. The data indicates that the informants tried to compensate for the relatives' absence through distance communication. Telephone and video calls are tools that were used for distance communication with relatives. However, these tools have proved unable to substitute in-person communication and visiting.

Conclusion: Nursing care has been affected in a negative manner due to the visiting restrictions and have resulted in reduced well-being for patients, relatives and the informants. Distance communication was implemented to compensate when relatives were not allowed to visit the ICU, however distance communication has been described as inequivalent to physical presence.

Key words: COVID-19, relatives, critical care, patient- and family-centered care (PFCC), healthcare professionals (HCP), experiences

Förord

Vi vill ta tillfället i akt och tacka vår handledare för hennes stöd och handledning. Vi vill även tacka alla deltagare som tagit sig tid till att medverka samt berörda chefer för deras engagemang och samarbete, Ni har varit till stor hjälp. Vi önskar även tacka examinatorn för att hon tagit sig an examensarbetet. I hopp om att detta examensarbete ska vara av värde och ge en ökad inblick till hur COVID-19 pandemin har påverkat intensivvården tackar vi även läsaren som tar del av arbetet.

Edith och Diandra, 23 mars 2022.

Innehållsförteckning

Inledning.....	9
Bakgrund	9
COVID-19	9
Anhörigkontakt på IVA	9
IVA personalens ansvar vid anhörigkontakt	10
COVID-19 på IVA och besöksrestriktioner	11
Teoretisk utgångspunkt.....	12
Problemformulering.....	13
Syfte och forskningsfrågor	13
Metod	13
Omgivning och miljö.....	13
Deltagare och urval.....	14
Datainsamling	14
Dataanalys	15
Förförståelse	15
Etiska överväganden	15
Resultat.....	16
Att vårda patienter under en pandemi.....	16
Att känna sig otillräckligt i bemötande av anhöriga	16
Tidsbrist, skyddsutrustning och skiftande riktlinjer gav en svår arbetssituation	17
Besöksrestriktionernas innebörd.....	18
Konsekvenser för patienten: att inte få besök	19
Konsekvenser för anhöriga: att inte få besöka	19
Vikten av anhörigkontakt.....	20
Kommunikation är mer bara ord	20
Kommunikation: det är ett finspel	20
Att bara kommunicera via telefon.....	21
Digital kommunikation var bättre än inget	22
Diskussion	23
Metoddiskussion	23

Resultatdiskussion	24
Slutsatser och implikationer	28
Referenslista	29
Bilaga 1 – Forskningspersonsinformation	33
Bilaga 2- Intervjuguide	35

Inledning

Den 31 december 2019 kom det rapporter från Wuhan provinsen i Kina om patienter som insjuknat med pneumoniliknande symtom av okänd agens. Det framkom att det rörde sig om en ny form av coronavirus och den 11 mars 2020 utlyste World Health Organisation (WHO) COVID-19 pandemin (1). Det medförde en rad olika förändringar i samhället och sjukvården. Bland annat infördes besöksrestriktioner inom sjukvården (2), som inneburit ett flertal negativa konsekvenser för patienter, deras anhöriga och hälso- och sjukvårdspersonalen (HSP) (3). Med hälso- och sjukvårdspersonal (HSP) avses specialistsjuksköterskor, undersköterskor och specialitläkare som arbetar på en intensivvårdsavdelning (IVA). Utöver att det har visat sig att stora virusutbrott kan medföra ogynnsamma effekter på HSPs psykiska hälsa (4) finns det även forskning som visar att HSP upplever att deras arbetsbelastning ökat i samband med COVID-19 pandemin (5). Besöksrestriktionerna har lett till att HSP har varit tvungna att försöka hitta nya sätt att kommunicera med och involvera patientens anhöriga (6). Att fortsätta undersöka effekter som COVID-19 pandemin har haft för HSP är väsentligt för att förstå påverkan det kan ha haft för samtliga inblandade (7). Problematiken kring besöksrestriktioner som uppkommit i samband med COVID-19 pandemin (8) kräver ytterligare kartläggning (3, 9).

Bakgrund

COVID-19

Den 31 januari 2020 konstaterades första fallet som var smittad med COVID-19 i Sverige och Folkhälsomyndigheten skickade en begäran om att COVID-19 skulle klassas som allmänfarlig- och samhällsfarlig sjukdom till regeringen (10). Begäran verkställdes vilket innebar att den svenska beredskapen stärktes och COVID-19 inföll under smittskyddslagen. Till följd av det kunde karantän, isolering, smittspårning och avspärningar genomföras inom privata samt offentliga områden för att minska smittspridningen (11).

COVID-19 pandemin orsakades av ett virus som tillhör coronavirusfamiljen, med namnet SARS-CoV-2. Symtombilden omfattar förkylningsliknande symtom som hosta, snuva, feber, muskelvärk, smak- och doftbortfall, svårt att andas med mera. Merparten av patienter med COVID-19 uppvisar lättare symtom som de kan sköta med egenvård i hemmet, men en del kräver sjukhusvård för bland annat svårigheter med andningen och lunginflammation. Av de som insjuknar med COVID-19 avlider ca 0,5–1% till följd av det (12).

Anhörigkontakt på IVA

Med termen anhörig menas i nedanstående text en person i familjen eller nära släkting såväl som en person som patienten anser sig ha en nära relation till oavsett blodsband eller social anknytning (13). Om patienten har anhöriga så ska de involveras och anhörigas behov ska också mötas eftersom det är en essentiell del av vården av en kritiskt sjuk patient (14).

Patienter på IVA befinner sig i en särskilt sårbar situation och det har beskrivits att patienterna ofta känner sig hjälplösa och utelämnade i intensivvårdsmiljön (15, 16). Vid akut kritisk sjukdom är det av stort värde att anhöriga är närvarande, eftersom det förstärker patientens förmåga att hantera situationen (17) samtidigt som det kan inge en känsla av trygghet och lugn hos patienten (16, 17). Besök från anhöriga ger patienten känslomässigt stöd och anknytning till deras vanliga liv utanför sjukhuset (15), vilket medför att patienten upplever att de fortfarande är en del av den sociala gemenskapen och minskar risken för att patienten känner sig övergiven under vistelsen på IVA (16).

För att till fullo sätta sig in i vad som sker har anhöriga även ett behov av att närvara fysiskt vid patienten på IVA (8, 18). Att vara nära patienten gör det också möjligt för anhöriga att visa sin kärlek och omsorg till patienten (19, 20). Möjligheten att vara närvarande i vårdmiljön ger även anhöriga chansen att interagera med vårdteamet och se att patienten blir väl omhändertagen (20, 21). Fysisk närvaro möjliggör förbättrad kommunikation mellan anhöriga och intensivvårdssjuksköterskorna (19) och därigenom ökar deras närvaro delaktigheten i vården (17). Både läkare och sjuksköterskor har beskrivits vara viktiga för att förmedla information till anhöriga (20). En annan viktig aspekt är att det finns lokaler som är avsedda för anhöriga så de kan dra sig undan om de behöver det (14).

Anhöriga har generellt sett ett behov av att bli informerade om patientens tillstånd (22) och det är viktigt för dem att tillräckligt med tid spenderas på att förmedla information som berör patienten (23). Informationen som ges behöver vara sanningsenlig (18, 24), relevant och tydligt utformad (8) samt bör vara sammanhängande och ges vid flera tillfällen (21). Om anhöriga upplever sig missinformerade eller att kommunikationen är otillräcklig kan det föranleda att de känner sig frustrerade (8, 17), försummade (17, 22) samt utvecklar en misstro mot vården (21). I kontrast leder öppen och ärlig kommunikation med anhöriga att de känner förtroende till HSP (22). Att ha anhöriga närvarande i kommunikationen mellan patienten och HSP har visat sig vara av värde för patienten och kan förenkla kommunikationen mellan patienten och HSP, då anhöriga ofta är mer mottagliga och insatta i vad patienten har för behov när patienten själv inte har möjligheten att förmedla det (16). När anhöriga är väl informerade och insatta i vårdplanen känner sig patienter ofta sig lugnade med att om de skulle vara oförmögna att själva ta beslut framöver så kan de anhöriga träda in som beslutsfattare (17). Att ta hänsyn till anhöriga och deras behov är av stor vikt och har beskrivits som en essentiell del av vårdandet på IVA (18, 19, 22, 25). Anhöriga till patienter som vårdas på IVA har en hög prevalens av symtom på ångest och depression (26) och i de fall där patienten avlider på IVA finns en ökad risk för anhöriga att uppvisa symtom på ångest, depression och post traumatiskt stressyndrom i efterförloppet (21, 23, 27).

IVA personalens ansvar vid anhörigkontakt

I enlighet med hälso- och sjukvårdslagen skall sjukvårdande verksamhet främja god kontakt mellan patienten och HSP (28). HSP skall tillförse att patienten är insatt och medverkande i planeringen och utförandet av sin egen vård så långt som möjligt. Anhöriga skall, om det är

lämpligt och genomförbart, göras delaktiga i vården (29). Det föreligger i intensivvårdssjuksköterskans kompetensbeskrivning att informera och erhålla information från patient, anhöriga och kollegor (30). Undersköterskan skall i enlighet med deras kompetensmål kunna bemöta och kommunicera med anhöriga utefter de anhörigas förutsättningar och behov (31). Läkaren skall respektera och tillmötesgå patientens rätt samt behov av information (32). Anhöriga har beskrivit att det viktigt att få information från både läkaren och sjuksköterskan (20). HSP behöver säkerställa att anhöriga har förstått informationen, då anhöriga ofta befinner sig i en krisreaktion och är omtumlade av det som hänt (18).

Intensivvårdssjuksköterskor har beskrivit att anhörigkontakt är en viktig del av att lära känna patienten (9). Om anhörigkontakten är otillräcklig kan det skapa oro hos sjuksköterskan och en känsla av dehumanisering av patienten (7). Hur mycket kontakt läkaren har med anhöriga till en patient som vårdas på IVA skiljer sig från patient till patient, det baseras på behovet som bedöms finnas (6). Det har beskrivits att specialistläkare inom intensivvård kan uppleva att de bär ett tungt ansvar när patienterna vårdas en längre tid på IVA och att det kan uppkomma meningsskiljaktigheter kollegor och professioner emellan gällande vad det bästa utfallet för patienten kommer vara. Däri ligger även involverandet av anhöriga, där det kan finnas olika komplexa situationer att hantera. Det kan finnas en oro hos specialistläkarna att involverandet av anhöriga kan leda till vårdinsatser som är onödiga och som förlänger lidandet för patienten. I det stora hela kan det upplevas tungt för specialistläkarna att försöka ta beslut som ligger i linje med patientens egen önskan och bästa intresse (33).

COVID-19 på IVA och besöksrestriktioner

I februari 2022 hade över 2,4 miljoner människor i Sverige konstaterats smittade sedan pandemins start, 16 579 människor avlidit och över 8700 patienter vårdats på IVA till följd av COVID-19 (34). Det innebar en ökad patienttäthet och förhöjd arbetsbelastning på IVA (6). Det har beskrivits att ca 5% av patienterna som vårdas för COVID-19 utvecklar kritisk sjukdom med dysfunktioner som respiratorisk svikt, multiorgansvikt och septisk chock (35).

Till följd av COVID-19 pandemin rekommenderades strikta besöksrestriktioner inom sjukvården (2) och de verksamhetsansvariga ansvarade för att besöksrutiner togs fram (36). IVA i Sverige har innan COVID-19 pandemin implementerat fria besök och mycket få besöksrestriktioner har funnits vilket är något som kan vara uppskattat för patienter som vårdas på IVA då de haft möjlighet att få besök utan att tiden på dygnet utgör ett hinder (15). Det framkom i en nyligen publicerad studie som var genomförd i Skandinavien att alla IVA som deltagit i studien (n=140) hade implementerat besöksrestriktioner under COVID-19 (6). Besöksrestriktionerna inom sjukvården har beskrivits kunna medföra en rad negativa följder för såväl patienter och anhöriga som för HSP (3). Bland annat har det beskrivits att anhöriga kan känna sig ångestfyllda (3, 8), oroliga, misstänksamma (25) och maktlösa (21, 24). Vid vård i livets slutskede för patienter med COVID-19 finns det berättelser från anhöriga som upplever sig vilsekomna och har svårt att sätta sig in i situationen när de inte fått närvara

fysiskt vid patientens sida (21). HSP har beskrivit att en av de största utmaningarna under COVID-19 pandemin var problematiken kring besöksrestriktioner och kommunikationen med anhöriga (8). Anhöriga beskrivs vara viktiga informationskällor enligt intensivvårdssjuksköterskor (6, 7) och de kan uppleva att de inte lär känna patienten när anhöriga inte får besöka IVA (9). De beskriver att det finns moraliska dilemman över att behöva neka anhöriga att komma på besök (6, 37) och att implementera besöksrestriktioner har rapporterats vara ångestfyllt (38). Det har framkommit upplevelser av att intensivvårdssjuksköterskor varit tvungna att kompromissa den familjecentrerade vården de är vana att ge. Diskussioner kring besöksrestriktionerna och eventuella avsteg från dem har kunnat leda till meningsskiljaktigheter bland HSP på IVA (6).

För att lindra anhörigas upplevelser då de ej kunnat närvara vid patientens sida kan vårdpersonalen implementera distanskommunikation (39). Telefonkontakt har använts som hjälpmedel för att kommunicera med anhöriga på distans (9). Andra alternativa kommunikationsmetoder som har använts under COVID-19 pandemin är videosamtal via bland annat Facetime, Zoom, Skype och Teams (6). Väl fungerande distanskommunikation är viktigt när besöksrestriktioner tillämpas (39) och det har rapporterats att det kan finnas fördelar med att använda kommunikationsformer där man kan se sin anhörig under samtalet (3). Vissa aspekter med distanskommunikation beskrivs dock kunna försvåra de anhörigas lidande (25). Även kommunikation över telefon kan upplevas otillräcklig, ibland till och med leda till konflikter mellan HSP och anhöriga (21).

Teoretisk utgångspunkt

En modell för att vägleda omvårdnaden är patient- och familjecentrerad vård (PFCV) (eng. patient- and family-centered care, PFCC). Det är ett begrepp som har fått tilltagande genomslagskraft inom vårdvetenskapen vars syfte är att skapa medverkan mellan patient, anhöriga och HSP (40). Dimensioner som PFCV bygger på är information, delaktighet, samarbete samt respekt och värdighet. Värdighet och respekt innefattar att HSP involverar patienten och de anhöriga genom att beakta deras önskemål och integrerar det i omvårdnadsplanen. Samtliga parter samarbetar i omvårdnadsprocessens alla delar och HSP uppmuntrar patienten och anhöriga till att göra sig delaktiga i vården och beslutsfattandet. Genom att HSP bekräftar patienten och anhörigas behov av information och bemöter dem på ett lämpligt och genomgående sätt skapar det utrymme för patienten och anhöriga att göra sig delaktiga i vården. Huvudsyftet är att främja hälsa och välbefinnande hos patienter och deras anhöriga. Att implementera PFCV är av värde för såväl patienten och anhöriga som HSP för att öka kvaliteten på vården (41). Då vård på IVA kan upplevas som traumatisk för såväl patienterna som deras anhöriga finns det anledning att implementera PFCV på IVA. Bland annat kan det minska risken för stressrelaterade reaktioner hos anhöriga. Därtill är det vanligt att patienten som vårdas på IVA är tillfälligt eller långvarigt inkapabel att ta beslut och göra sig hörd, därför kan det vara aktuellt med en anhörig som kan ge patienten en röst i beslutsfattanden (40). Det har även föreslagits att PFCV interventioner inom intensivvård sammankopplas till ökad tillfredställelse hos patienter och anhöriga samt att det kan minska

resursåtgången på IVA (42). Genom att arbeta utifrån PFCV på IVA bygger HSP ett partnerskap med patienten och anhöriga för att öka deras välbefinnande under IVA-tiden. Det finns flera dimensioner inom PFCV som skall tillgodose såväl fysiskt som psykisk omvårdnad där fysisk närvaro och effektiv kommunikation är två av hörnstenarna (40).

Problemformulering

Stora virusutbrott som COVID-19 kan ha stor påverkan på vårdpersonalens möjligheter att utföra sitt arbete på ett tillfredställande sätt och inkludera anhöriga i vården. Vård av patienter med COVID-19 är påfrestande av många olika anledningar. En ny omständighet är besöksrestriktionerna som har medfört att hälso- och sjukvårdspersonalen behöver hitta nya tillvägagångssätt att bemöta anhöriga till patienter som vårdas på IVA. Då besöksrestriktionerna har orsakat att anhöriga mestadels kunnat medverka i vården på distans finns det en problematik kring att bemöta och kommunicera med anhöriga på IVA till följd av COVID-19. Besöksrestriktionerna förmodas kunna ha konsekvenser för patienten, anhörig och HSP både på kort- och lång sikt vilket medför ett behov av att ge inblick i vad för effekter besöksrestriktionerna har haft och fortsättningsvis har. Det finns idag otillräckligt med forskning utifrån HSPs perspektiv i Sverige där läkare, sjuksköterskor och undersköterskor tillfrågas.

Syfte och forskningsfrågor

Syftet är att beskriva hälso- och sjukvårdspersonalens (HSPs) upplevelser av anhörigkontakt vid vård av patienter med COVID-19 på IVA.

De frågeställningar som ställs i examensarbetet är:

- Hur har besöksrestriktionerna påverkat vårdandet enligt HSP?
- Vilka konsekvenser har besöksrestriktionerna haft för patienten, anhöriga och HSP?
- Har det använts distanskommunikation och hur har det fungerat, enligt HSP?
- Kan det dras några lärdomar av besöksrestriktionerna?

Metod

Omgivning och miljö

Intervjuerna genomfördes på en medelstor IVA i Västsverige under våren 2022. Avdelningen har 11 vårdplatser och vårdar patienter som har behov av kort- och långsiktig intensivvård samt postoperativ intensivvård. Det arbetar ca 100 medarbetare som utgörs av rehab- och administrativ personal, undersköterskor samt specialistläkare och specialistsjuksköterskor. Under COVID-19 pandemin var personal periodvis omplacerad till IVA från operation/anestesiavdelningar samt från andra sjukhus för att bemanna upp i och med den ökade arbetsbelastningen.

Besöksrestriktioner implementerades under hela pandemin i olika omfattningar. Syftet var att minimera antalet besökare på sjukhuset för att minska smittspridning. Berörd IVA utarbetade en rutin för att tydliggöra hur HSP skulle hantera situationer som uppstod på grund av besöksrestriktionerna. I rutinen förordades att patienter som vårdades postoperativt ej skulle tillåtas ta emot besökare samt att patienter som vårdades under 7 dygn med sannolikt positivt utfall av vårdtiden avråddes att ta emot besök. För övriga patienter tillförordades eftertänksamhet gällande patientens situation och om besök tilläts så begränsades besökstiden och antalet besökare då lokalerna som är avsedda för anhöriga ej möjliggjorde att flera anhöriggrupper kunde vistas där samtidigt. Anhöriga till patienter som befann sig i kritiskt tillstånd eller i livets slutskede skulle erbjudas möjlighet till besök.

Under första vågen (2020-01-01 till 2020-09-09) vårdades 22 patienter med COVID-19 på avdelningen samt 44 patienter under andra vågen (2020-11-01 till 2021-03-31). Det förekom patienter med COVID-19 emellan dessa perioder samt efter dessa perioder (personlig kommunikation med medicinskt ansvarig läkare, 2022-01-17).

Deltagare och urval

Ändamålsenligt urval är lämpligt vid kvalitativ metod, då man lokaliserar deltagare som kan bidra till en fördjupad och omfattande inblick i ämnet (46). För att få ett nyanserat och omfattningsrikt perspektiv tillfrågades sjuksköterskor, undersköterskor och läkare att delta. Möten hölls med den omvårdnadsansvariga chefen samt den medicinskt ansvariga läkaren på enheten för beskrivning av vilket urval som önskades. De tillfrågade lämpliga presumtiva deltagare som sedan kontaktades av de studieansvariga studenterna via mejl. FPI skickades till de presumtiva deltagarna samt tidsbokning av intervjuerna utfördes vid denna kontakt. Nio presumtiva deltagare tillfrågades, samtliga medverkade i intervjuerna.

Inklusionskriterier innefattade att deltagarna arbetat som specialistläkare, specialistsjuksköterska eller undersköterska på IVA samt vårdat patienter med COVID-19. Exklusionskriterier var att de varit anställda på en annan enhet men varit tillfälligt placerade på IVA under COVID-19 pandemin.

Datainsamling

Kvalitativ metod bidrar med beskrivningar av den världen människan befinner sig i. Genom den kvalitativa intervju redovisas upplevelser som kan ge insikt i människans situation (47). Intervjufrågorna strukturerades i samråd med huvudansvarig för studien och kan ses i bilaga 2. Datainsamlingen på berörd IVA godkändes av klinikchefen. Muntligt samtycket hämtades från varje deltagare i samband med intervjustart. Det gavs även muntlig information om studiens syfte och information om att deltagarna kunde avbryta sin medverkan under studiens gång. Intervjuerna genomfördes genom fysiskt möte i avskild lokal på sjukhuset och varade mellan 20-50 minuter. De spelades in och transkriberades. Allt material kodades genom att

minimera personliga demografiska data och allt material fick en slumpmässig siffra. Materialet förvarades på extern enhet för att säkerställa att inte obehöriga kunde ta del av det. Vid godkänt examensarbete raderas allt datamaterial som samlats in.

Dataanalys

Vid analys av data användes tematisk analys enligt Braun & Clark (48). Tematisk analys inleddes genom att bekanta sig med all data genom att transkribera allt insamlat material och läsa igenom datamaterialet minst en gång. I detta steg påbörjades en lista med initiala tankar om potentiella mönster i materialet. I andra steget påbörjades kodningsprocessen av datamaterialet genom att strukturerat gå igenom all data och färgkoda texten för att identifiera potentiella mönster. I kodningsprocessen ingick att organisera data i olika grupper som matchade varandra. All data kodades, då det kunde bli användbart i ett senare skede. I tredje steget bildades övergripande teman utefter de koder som identifierats i andra steget. Koderna analyserades och sammanställdes för att bygga övergripande tema. Även presumtiva sub-teman utformades. Den kodade data som inte hörde till någon av de utarbetade teman eller sub-teman placerades i ett enskilt tema med diverse data, för att senare antingen användas eller uteslutas. Steg fyra innefattade att överse hur de övergripande teman som valts ut hörde samman, om några skulle slås samman eller separeras. De teman och sub-teman som valdes ut förfinades så att data som redovisades inom ett tema genomsyrades av en röd tråd samt ett sammanhängande mönster. De teman samt sub-teman som valdes ut finns beskrivet i Tabell 1. Slutfasen av analysen, steg 5 och 6, utgjordes av att definiera och benämna de teman som valts ut och skriva ut resultatet. Teman och sub-teman diskuterades slutligen med handledare.

Förförståelse

Vi (EH och DKL) är legitimerade sjuksköterskor och har arbetat i 5–7 år inom somatisk slutenvård samt akutsjukvård. Under pandemin har vi vårdat patienter med COVID-19 och haft anhörigkontakt. Nu utbildar vi oss till specialistsjuksköterskor inom intensivvård vid Göteborgs universitet.

Etiska överväganden

Helsingforsdeklarationen fastställer att de som ämnar genomföra forskning inom hälso- och sjukvården skall förhålla sig till de regler och lagverk som finns inom det land som forskningen skall utföras i (43). Enligt lag om etikprövning av forskning som avser människor krävs det ingen etikprövning från etiksprövningsmyndigheten vid studier utförda på avancerad universitetsnivå (44). Utförandet av examensarbetet och tillhörande metod för datainsamling har godkänts av Etikgruppen vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs universitet. Skriftligt samtycke har hämtats från klinikchefen för berörd IVA. Chefens med omvårdnadsansvar samt den medicinskt ansvariga läkaren på avdelningen har informerats och deltagit i spridningen av information om examensarbetet och urvalet av presumtiva deltagare. Deltagarna har fått muntlig samt skriftlig information (FPI, bilaga 1)

om syftet med examensarbetet och fått möjlighet att ställa frågor innan datainsamlingen påbörjades. Forskningspersonsinformation (FPI) utformades utifrån etikprövningsmyndighetens rekommendationer (45). Deltagarna informerades att de när som helst under studiens gång kunde dra sig ur och muntligt samtycke samlades in innan intervjuerna genomfördes. Om det blev aktuellt och fanns behov kunde samtalsstöd från kuratorer på sjukhuset erbjudas till deltagarna.

Resultat

Sammantaget genomfördes intervjuer med nio informanter, tre specialistsjuksköterskor, tre undersköterskor och tre specialläkare. Samtliga var kvinnor mellan 40–60 år och hade arbetat på IVA mellan 6–35 år. Analysen av datamaterialet resulterade i tre teman och åtta sub-teman och redovisas i Tabell 1.

Tabell 1 Beskrivning av tema och sub-tema

Tema	Subtema		
Att vårda patienter under en pandemi	Att känna sig otillräcklig i bemötande av anhöriga	Tidsbrist, skyddsutrustning och skiftande riktlinjer gav en svår arbetssituation	
Besöksrestriktionernas innebörd	Konsekvenser för patienten: att inte få besök	Konsekvenser för anhöriga: att inte få besöka	Vikten av anhörigkontakt
Kommunikation är mer än bara ord	Kommunikation: det är ett finspel	Att bara kommunicera via telefon	Digital kommunikation var bättre än inget

Att vårda patienter under en pandemi

Detta tema beskriver en oviss arbetssituation med många nya rutiner och arbetssätt, hög arbetsbelastning och många sjuka patienter. Anhörigkontakten förändrades och kändes otillräckligt.

Att känna sig otillräckligt i bemötande av anhöriga

Samtliga informanter rapporterar negativa erfarenheter av besöksrestriktionerna under pandemin. Trots att några beskrivit att det underlättande rent praktiskt i omvårdnaden, så var de negativa implikationerna dominerande:

...att inte behöva flytta på dem(anhöriga) hela tiden när jag behövde komma fram, men det negativa övervägde för att man känner så starkt att patienten behöver sina anhöriga hos sig.

Flertalet beskriver att de varit tvungna att neka anhöriga att komma på besök. En informant beskriver att hon brottades mellan att implementera besöksrestriktionerna av säkerhetsskäl för alla inblandade och frustrationen av att vårda patienter utan anhöriga närvarande på IVA. Hon uppgav att det kändes förfärligt och plågsamt att behöva neka anhöriga från att besöka, en annan informant berättar att det kändes omänskligt:

...jag visste att jag var tvungen att hålla vissa begränsningar med tanke på, ja för allas skull.

Anhöriga beskrivs vara en viktig källa till information om patienten för informanterna och besöksrestriktionerna under pandemin har därav bidragit till en negativ inverkan på vårdandet då informanterna inte haft samma kontakt med anhöriga. Ett antal understryker att den medicinska vården varit oförändrad och fullgod under pandemin, men att omvårdnaden blivit lidande till följd av besöksrestriktionerna:

...den medicinska vården har fungerat lika bra som innan men de är en stor del som fattas och det förstod man först när man inte fick ha med anhöriga på samma sätt.

Att upprätthålla en god kontakt med anhöriga och ge dem ett gott bemötande begränsades när de inte kunde besöka IVA. Otillräcklighet infanns vid bemötandet och stödet till anhöriga:

...jag vill bemöta anhöriga på ett visst sätt med mycket liksom känsla och värme och information som ska förstås och en del av det har varit svårt att förmedla under pandemin och jag upplever själv att jag inte är helt nöjd med det då, därför man har inte kunnat ge det man vill ge till anhöriga.

Besöksrestriktionerna kunde skapa oenigheter mellan informanterna och anhöriga då en del upplevdes ha svårt att förstå varför de inte fick komma på besök. Det bidrog till känslor av frustration och otillräcklighet hos informanterna då det hindrade dem från att bedriva den vården de är vana att ge. Flertalet beskriver att de led av det och att det var påfrestande:

...det var jättejobbigt, i vissa lägen så var det väldigt jobbigt, det var ett par stycken(anhöriga) som inte alls förstod det.

Informanterna försökte kompensera för att anhöriga ej fick besöka patienterna genom att använda distanskommunikation. De beskriver att det rådde tidsbrist och att de var klivna med att balansera patientens behov av vård och anhörigas behov av information. När möjligheten fanns att ringa anhöriga och hur länge samtalen varade varierade beroende på arbetsbelastningen. Det framkommer att de hade intentioner att anhöriga skulle få dagliga telefonsamtal under pandemin och att de upprätthölls i möjligaste mån:

...det var mycket kring anhörigasamtal och läkarna var väldigt duktiga på det, en eloge till dem, många som verkligen tog sig tid och ringde men det är inte alltid de har tid.

Tidsbrist, skyddsutrustning och skiftande riktlinjer gav en svår arbetsituation

Merparten har återgett arbetsituationen som kaotisk och tuff under pandemin till följd av en ombytlig arbetsmiljö och hög arbetsbelastning. Flertalet beskriver att de varit tvungna att

prioritera patientens överlevnad framför anhörigkontakt. Många svårt sjuka patienter samt de konstant växlande riktlinjerna för exempelvis smittskyddsåtgärder och behandlingsmetoder skapade en oviss arbetsmiljö:

...det var ju då när det var kaotiskt både med riktlinjer, för vi visste ju verkligen ingenting, vi visste ingenting om sjukdomen, vi visste ingenting om någonting, alla gjorde sitt yttersta för att få patienten att överleva.

Samtliga beskriver skyddsutrustningen som ett nytillkommet och påfrestande tillägg i arbetsmiljön. Skyddsutrustningen vars ändamål förvisso är att skapa en barriär för att skydda användaren från smitta, beskrevs tillika skapa en barriär i kommunikationen mellan informanter, patienter, anhöriga och informanter emellan. De beskrev även oro över om skyddsutrustningen skulle räcka till då det var en bristvara främst i början av pandemin. Till följd av bristen på skyddsutrustning var de tvungna att begränsa besök från anhöriga på IVA. Det påtalades av ett flertal att det torde kunna undvikas om en liknande situation skulle uppkomma i framtiden:

...man kan tänka nästan gång att vi har material så det i alla fall inte behöver vara ett hinder.

Andra förhållanden på arbetsplatsen, såsom lokalernas struktur och arbetsgruppens uppbyggnad beskrivs som ytterligare en faktor till att arbetet under pandemin var ombytligt. Den höga arbetsbelastningen och högt inflöde av patienter med COVID-19 föranledde att personal från andra avdelningar och sjukhus blev tillfälligt omplacerade för att öka bemanningen på IVA. Därtill uppstod av den tilltagande andelen patienter i olika perioder under pandemin att avdelningens vårdlokaler krävde ombyggnation. Anhörigrum räckte inte till för att tillgodose ett säkert besök ur smittskyddssynpunkt:

...de kunde inte sitta i samma anhörigrum från olika anhöriggrupper för då riskerar man ju att de blir smittade av varandra, att vi utsätter dem för fara.

För att stödja den enskilda medarbetaren utformades ett beslutsstöd som riktlinje på avdelningen i syfte att vägleda HSP gällande när de skulle tillåta besök eller inte. Informanterna beskriver en bild av att det inte rädde fullständig enhetlighet kring hur det tolkades och genomfördes i praktiken. Vissa uppger att de upplevde att det fanns en handlingsplan men trots att beslutsstödet var behjälpligt var det ständigt ombytliga besked under pandemin vilket kunde vara ansträngande för informanterna. En av informanterna beskriver att det är av värde att överlåta viss beslutskapacitet till den enskilda medarbetaren och därav var inte beslutsstödet helt kristallklart:

...nej men helt enhetligt kan det nog inte bli, det måste få vara den där enskilda bedömningen och den är också värdefull.

Besöksrestriktionernas innebörd

Detta tema beskriver informanternas uppfattning om besöksrestriktionerna och hur det påverkat patienter och anhöriga. Att anhöriga får besöka och att få besök som patient på IVA har beskrivits vara betydelsefull och under pandemin hämmades det av besöksrestriktionerna.

Konsekvenser för patienten: att inte få besök

Positiva effekter av för patienten att få besök från anhöriga beskrivs i intervjuerna. En aspekt är att anhöriga bidrar till en känsla av trygghet och motivation hos patienten samt att det kan vara positivt för läkandet att ha nära och kära hos sig. Samtliga menar att det har påverkat patienten negativt att inte få besök, särskilt de vakna patienterna då anhöriga är en koppling till deras liv utanför IVA. Till följd av minskad anhörigkontakt beskriver informanterna att det har bidragit till att patienten har minskad motivation, kände sig mer ensamma och att de längtade efter sina anhöriga:

...att inte få ha sina anhöriga nära tror jag har påverkat många negativt, att man tappar relationen till sitt vanliga liv, tappar motivationen att komma igång och komma hem igen.

De upplevde att en andel av patienterna ej uttryckte att de ville få besök av anhöriga på grund av risken för smittspridning. Efterfrågan att få besök kunde även bero på att patienterna var så sjuka att de inte alltid orkade med besök:

...de(patienterna) är ofta så dåliga att de i alla fall inte uppger den önskan jättemycket.

Det framkommer delade meningar bland informanterna om det är av värde för nedsövda patienter att få besök från anhöriga. En del uppger att det inte har någon påverkan medan andra anser att det kan gynna den nedsövda patienten. En effekt som beskrivs är att patienter som är nedsövda kan ha mardrömmar och svårt att uppfatta vad som är verkligt och när anhöriga är närvarande kan det hjälpa patienten att fortare komma tillbaka till verkligheten.

De menar att besöksrestriktionerna har påverkat även de nedsövda patienterna negativt:

...då tror jag att patienten alltid har gott av att känna att ens anhörig är där då och då, så att de tror jag har påverkat patienten även om man ligger nedsövd att man inte fått komma dit över huvud taget.

En informant beskriver att patienten som vårdas på IVA befinner sig i en utsatt situation och i händerna på HSP. De menar då att det är en trygghet att ha anhöriga närvarande som patientens talesperson, vilket har saknats under pandemin till följd av besöksrestriktionerna. I efterhand kan anhöriga ge en inblick till patienten om hur sjuka de varit. De menar att besöksrestriktionerna har hindrat den funktionen för patienterna som vårdades för COVID-19:

...de just när patienten själv ska förstår hur sjuk de har varit, om de inte har någon närstående som de kan spegla sig emot på något sätt eller den närstående har inte varit med och sett.

Konsekvenser för anhöriga: att inte få besöka

Det rådde delade meningar bland informanterna gällande anhörigas önskan att besöka. En del anhöriga var rädda för att bli smittade och höll sig därför undan, medan andra ville besöka oavsett smittorisk. En del upplevde att anhöriga hade svårt att acceptera varför de inte fick besöka, speciellt i början av pandemin vilket kunde skapa situationer av irritation från anhörigas sida:

... i vissa lägen var det jättejobbigt, det var ett par anhöriga som inte alls förstod det och det blev ju nästan bråk.

Flera informanter beskriver att de flesta anhöriga visade förståelse till varför de blev nekade att besöka och uttryckte stor tacksamhet för omhändertagandet av patienten. Trots att anhöriga uttrycker tacksamhet så upplevde en del att anhöriga kan ha känt sig uteslutna:

...jag tror många har upplevt att dom varit lite bortkörda från vården.

Samtliga menar att det har haft en negativ inverkan på anhöriga att de inte fått komma på besök och lett till ökad oro och att de har varit tvungna att förlita sig på informationen som förmedlas av informanterna. En informant beskriver att det måste varit fruktansvärt för anhöriga då de kan ha haft svårt att föreställa sig vad som händer på IVA. Intensivvården beskrivs i intervjuerna som en sluten värld som gemene man inte alltid har kunskap om vilket kan bidra till att anhöriga har svårt att sätta sig in i vad som sker på IVA och vad det innebär för patienten. En del informanter menar alltså att det kan bidra till att situationen upplevdes mer skrämmande för anhöriga. Det framkommer att informanterna upplevde att det var emotionellt när de väl fick komma på besök:

...det blir ju väldigt känslostarkt allting, ännu mer än när anhöriga får komma varje dag, när de äntligen får komma så, det blir så mycket, när man liksom väntat på någonting väldigt länge och får vara med om det.

Samtliga uppgav att de tillät besök när de fanns risk att patienten inte skulle överleva:

...vi har ju aldrig hamnat i den situationen att vi nekat anhöriga att komma hit vid vård av livet slutskede.

Omständigheterna kring COVID-19 och besöksrestriktionerna ledde till att besöken hölls korta samt att de inte fanns möjligheter för anhöriga att vaka över patienten vilket avviker från hur vård i livets slutskede brukar handhas:

...de jättehårda restriktioner och dom fick ju inte vara där så mycket och så är de ju jätteskillnad mot hur det, hur man brukar få ta farväl av en anhörig.

Vikten av anhörigkontakt

En lärdom till följd av besöksrestriktionerna under pandemin beskrivs av ett flertal informanter vara att de blivit uppmärksammade på hur viktig anhörigkontakt är. En informant beskriver att besök från anhöriga behöver omstruktureras och prioriteras mer vid händelsen av en ny pandemi, så att anhöriga kan besöka mer regelbundet trots besöksrestriktioner:

...att formulera ett mycket tydligare dokument, som skulle säga att inriktningen skall vara att varje närståendegrupp skall kunna komma minst 2 gånger i veckan till avdelningen för att knyta an och det är frågan om det räcker.

Kommunikation är mer bara ord

De belyser flera olika dimensioner till vad kommunikation med anhöriga innebär. Pandemin skapade behov av nya kommunikationsvägar och informanterna tampades med att hantera dessa.

Kommunikation: det är ett finspel

Informanterna beskriver kommunikationen med patienter och anhöriga som en arbetsuppgift som kräver omsorg, eftertänksamhet och precision. Anhörigkontakt är mer än att bara växla ord och de beskriver det som en mångfacetterad företeelse. Ett antal beskriver fördelen av att

bygga en relation med anhöriga genom att försöka lära känna dem och bibehålla kontinuitet för vem som kontaktar dem. Att kunna se de anhöriga i ögonen, kunna läsa av deras reaktioner och sinnestillstånd beskrivs som viktiga delar för informanterna för att kunna veta när och hur de ska ge information:

...det är ett finspel liksom, det här med hur mycket man ska säga, när man ska säga, vad man ska berätta, hur många gånger behöver man berätta, ta reda på var befinner sig de anhöriga.

Av den anledningen är det viktigt för kommunikationen att anhöriga är fysiskt närvarande på IVA. Att lägga en hand på axeln vid samtal, se kroppsspråket och att anhöriga får ett ansikte på informanterna beskrivs vara av värde för relationen. En annan aspekt av att anhöriga besöker patienten är att de får insikt i vad som sker på IVA, hur det ser ut, vad som görs, hur patienten mår och går igenom. Informanterna beskriver ovanstående som viktiga faktorer för att kunna informera och kommunicera med anhöriga, för att befinna sig i samma verklighet och se samma saker:

...för att de närstående ska förstå vad vi gör och vilken information vi ger så räcker det inte bara med orden, de behöver se själva, de behöver se sin pappa, sin bror, sin man eller fru på motsvarande sätt.

Under pandemin när anhöriga ofta var fysiskt uteslutna från IVA föll de delarna bort och informanterna beskriver att de trots upprepade samtal per telefon uppfattade att anhöriga inte förstod hela situationen. Anhöriga hade ibland kvar bilden av att patienten var den friska, vitala personen de hade träffat innan de insjuknade och lades in på sjukhuset, medan informanterna såg patienten i det kritiska sjukdomstillstånd som COVID-19 medfört. När anhöriga fick komma på besök så var det enklare för dem att ta till sig informationen:

...vi mötte varandra mycket fortare i samma verklighet, att beskriva samma verklighet när de hade sett det jag hade sett varje dag.

Att bara kommunicera via telefon

Informanterna försökte kompensera anhörigas frånvaro på IVA genom daglig telefonkontakt med dem, ibland flera gånger per dag. De återger uppfattningen att telefonkontakt är ett användbart sätt att kommunicera men långt ifrån fullvärdigt, särskilt när kontakten endast hålls via telefon utan möjlighet till fysiska samtal som komplement. Trots att det inte motsvarade fysiska samtal eller att besöka patienten så mottogs telefonsamtalen med tacksamhet och beskrevs ha ett viktigt ändamål för anhöriga:

...det var livsviktigt på något vis att uppdatera dem och det var ju dagliga läkarsamtal, jag ringde ju anhöriga minst en gång om dagen för uppdatering om läget, hur går det idag och hur ser det ut och planen. Det var ju tacksamt.

Den samlade bilden från intervjuerna är att det var läkare och sjuksköterskor som samtalade med anhöriga per telefon, informanterna uppgav att undersköterskorna inte var delaktiga i telefonkontakten. Det beskrevs vara en av de övervägande skillnaderna i anhörigkontakten för undersköterskorna under pandemin, då de vanligen är involverade med anhöriga i omvårdanden inne på vårdsalarna. När anhöriga inte närvarade fysiskt under pandemin så försvann den aspekten och det upplevdes som en radikal skillnad som tillkommit på grund av besöksrestriktioner:

...då du sitter inne på sal hela tiden där anhöriga också i stort sett alltid är, så du har ju konstant kontakt medan vid COVID-19, även för icke-positiva under COVID tiden så har ju inte anhöriga fått komma i samma utsträckning.

Ett antal uppgav att det var uttalat och relativt strukturerat vem inom arbetsgruppen som ringde anhöriga. Det var underförstått att läkaren skulle hålla ett läkarsamtal per dag, det beslutades vanligen om vem som skulle ringa på rondan. Det beskrivs av några informanter att läkaren tog stort ansvar för att kontakta anhöriga då de kunde ge mer övergripande medicinsk status samt en informativ helhetsbild om patientens tillstånd. Det uppkom regogörelser av att läkaren inte alltid hade möjlighet att ta samtalet och då föll det på sjuksköterskan:

...man försökte att det skulle vara en läkarkontakt i möjligaste mån... ..de har varit enligt rutinen men det var många gånger som det inte gick och då pratade de(anhöriga) med sjuksköterskor istället.

I ett tidigt skede i pandemin framkom det att arbetssituationen var ett hinder även för telefonsamtal med anhöriga. När anhöriga ringde till IVA för att få information gavs besked att de får återkomma senare:

...i början tog vi ju samtalen inne på salen men det gick ju inte insåg vi ju utan man fick ju hela tiden bestämma en tid så att de blev uppringda.

Somliga beskriver att samtalen över telefon skilde sig från samtalen innan COVID-19 pandemin, både innehållet och orsak. Jämfört med fysiska anhörigsamtal uppgav informanterna att anhöriga många gånger efterfrågade mer teknisk information såsom mätvärden vid telefonkontakt. Ett fåtal uppgav att en del anhöriga var mer tystlåtna och ställde sparsamt med frågor. Den övervägande bilden som beskrivs i intervjuerna är att det var fler samtal och upplevdes ta längre tid än det brukar och informanterna beskriver hur de försökte lugna och stödja anhöriga över telefon. De kunde uppfatta frustration och ledsamhet hos anhöriga över att de inte fick besöka vilket var tufft att bemöta över telefon. Trots att det uppkommer flera brister i telefonkontakt med anhöriga så beskriver en informant att det var det som fanns att tillgå:

...det var den bästa lösningen som vi kunde just då, komma på.

Digital kommunikation var bättre än inget

Samtliga beskriver att digitala hjälpmedel använts under pandemin men det råder delade meningar över dess användbarhet och funktionalitet. De digitala hjälpmedlen syftade till att patienten och anhöriga skulle kunna videosamtala med hjälp av en Ipad som tillhörde avdelningen alternativt patientens egen telefon. En del uppgav att de inte varit involverade alls i de digitala samtalen, medan andra uppgav att de fick agera mellanhand i brukandet av det digitala hjälpmedlet. Ett antal beskriver att de fick vara behjälpliga med det tekniska, koppla upp länken och hjälpa patienten att handha det digitala hjälpmedlet då de var för trötta för att sköta det själva. De kunde även behöva vara behjälpliga i samtalet mellan patienten och anhöriga på grund av fysiska hinder:

...om man har en talventil på trachen så kan man vara svår att förstå så att det var ju en liksom ett samtal på tre personer.

Flera informanter beskriver att de uppfattade att det var ett bra komplement för att patienten och anhöriga skulle kunna samtala och se varandra men att det förutsatte att patienten var

vaken och relativt talbar. Av den anledningen var videosamtalen inte användbara på en ansevärd andel patienter på IVA då många var nedsövda:

...det var bra på båda håll, både för patienter och anhöriga att man fick se varandra. Men det är också begränsat, det förutsätter ju att patienten ska vara så pass vaken och orienterad att det fungerar

En informant ansåg att det inte ersatte ett fysiskt möte då det upplevdes opersonligt att samtala via en skärm:

...man tappar verkligen en dimension att inte få ett personligt möte.

Det uppfattades av ett antal informanter, trots ovanstående hinder, att videosamtalen var en tillgång och att det var den bästa lösningen för att försöka kompensera för besöksrestriktionerna. Det rådde delade meningar om det hjälpte eller stjälpte, men samtliga informanter var eniga om att det var det bästa som de kunde tillgå efter omständigheterna. En av informanterna framställer att det rör sig om en generationsfråga och att i takt med att befolkningen vänjer sig vid digitala kommunikationsvägar så kommer det ha mer omfattande funktion inom vården. Att använda digitala hjälpmedel i mer omfattande utsträckning har beskrivits som en lärdom att ta med sig och en informant föreslår att man kanske till och med kan använda det mer regelbundet framöver trots att besöksrestriktionerna släpps, exempelvis om anhöriga bor långt bort. Ett annat förslag är att det hade kunnat vara av värde för informanterna att ha videosamtal med anhöriga:

...att jag (HSP) kanske kan skypea med anhöriga så att man får ett ansikte på varandra.

Diskussion

Metoddiskussion

När syftet är att beskriva upplevelser som människan har av sin omgivning lämpar sig kvalitativ metod således är metodvalet passande för examensarbetets syfte och frågeställningar. En nackdel som ses vid val av kvalitativ metod då intervjuerna ej har erfarenhet av intervjumetodik är att viktig information kan missas (47). För att ej gå miste om viktig information under datainsamlingen och dataanalysen sökte studenterna vägledning från litteratur inom intervjumetodik samt råd och stöd från huvudansvarige för studien. En intervjuguide användes för att strukturera intervjuerna. Kvantitativ metod skulle kunna vara ett alternativt metodval men lämpar sig inte då det används vid studier av ett mätbart ämne (46).

Ändamålsenligt urval resulterar i informanter som kan ge en riktad och fördjupande inblick i ämnet (46) vilket är en styrka för examensarbetet då det medfört att informanterna har ansevärd kunskap och förståelse för ämnet som skall undersökas. Cheferna på IVA handplockade informanterna vilket skulle kunna bidra till att informationen som framkommer kan vara ensidig och att resultatet framställer ett snävt perspektiv (46). En annan aspekt som bör tas upp var att nio som intervjuades, vilket studenterna ansåg tillfredsställande då

väsentligen inga nya fynd uppkom i de sista intervjuerna som hölls. Data är mättad när ingen ny information framkommer och ett överskott är uppnått (46). Att inkludera läkare, sjuksköterskor samt undersköterskor medför nyanserade perspektiv från olika professioner, det innebär dock att beskrivningarna kan ha olika innebörd då professionerna har olika ansvarsområden. Då resultatet varit likvärdigt trots att de har olika professioner, har urvalet varit tillfredsställande för att besvara examensarbetets syfte. För att bevara examensarbetets integritet redovisas ett begränsat urval av demografiska data och därtill hänvisar resultatet inte till enskilda professioner för att tillförse att sekretessen upprätthålls.

Eftersom intervjuerna genomfördes på en enskild IVA på ett sjukhus är inte resultatet nödvändigtvis representativt. Resultatet vid kvalitativ metod syftar inte till att vara generaliserbart utan skall snarare bidra till en fördjupad inblick i informanternas perspektiv (46) således har den valda enhetens demografi ringa påverkan på resultatet. Ett annat observandum är informanternas demografi som behöver övervägas då det har ett begränsat demografiskt perspektiv. Det kan dock hävdas att det demografiska perspektivet är representativt för den målgrupp examensarbetet ämnar rikta sig till.

Tillförlitligheten, som ofta behandlar huruvida resultatet kan reproduceras (46), är ansevärd då samtliga delar av examensarbetet har redogjorts för i detalj och har bearbetats av såväl studenterna som huvudansvarig för studien. Förförståelse har redovisats och kan ge insikt för läsaren i vilken förkunskap studenterna har sedan tidigare. Det är dock av värde att påpeka att studenterna var oerfarna inom såväl intervjumetodik som dataanalys och har haft begränsad tidsåtgång.

Resultatdiskussion

Sammanfattningsvis framställs bilden i resultatet att den medicinska vården inte påverkats av besöksrestriktionerna men det framkommer att det skapat brister i omvårdnaden. Enligt fynden i resultatet är anhöriga en viktig del av omvårdnaden och besöksrestriktionerna har påverkat samtliga medparter negativt. De beskriver att det varit svårt att neka besök vilket föranledde känslan av otillräckliga då de upplevde det svårt att involvera anhöriga i vården på grund av besöksrestriktionerna. De har uppfattat att anhöriga har känt sig uteslutna och att patienterna känt sig ensamma. Informanterna beskriver hur de har försökt kompensera för anhörigas frånvaro genom distanskommunikation. Telefon och videosamtal är de hjälpmedel som använts för distanskommunikation med anhöriga men har inte varit likvärdigt med fysiska samtal och besök. Resultatet redogör för ett flertal lärdomar som kan dras av besöksrestriktionerna som funnits under COVID-19 pandemin.

De brister i omvårdanden som besöksrestriktionerna förorsakat har haft negativa konsekvenser för patient- och familjecentrerad vård (PFCV) på IVA under COVID-19 pandemin. Delaktighet och samarbete mellan alla parter är två av dimensionerna i PFCV (41) och resultatet har givit inblick i hur PFCV varit hotat under pandemin. Informanterna

beskriver att de inte kunnat bedriva den vård de är vana att ge när anhöriga är närvarande på IVA och att de uppfattat att anhöriga känt sig uteslutna från vården, vilket är en direkt motsats till delaktighet. Liknande narrativ har skildrats i tidigare forskning där anhöriga har beskrivit att besöksrestriktionerna medfört att de känt sig övergivna och uteslutna (21). Även att HSP upplevt att de inte kan bedriva den familjecentrerade vården de brukar beskrivs även i tidigare forskning (6). En annan aspekt som framträder i resultatet är att anhöriga har uppfattats oroliga och frustrerade på grund av besöksrestriktionerna. Tidigare forskning har tillika visat att när anhöriga känner sig uteslutna kan det leda till oro och frustration hos dem (17). Det finns ytterligare forskning just gällande COVID-19 pandemin som visat att besöksrestriktioner skapar oro hos anhöriga och då från de anhörigas perspektiv (25). Således bekräftar resultatet den framställningen men ger det en ny vinkling då det beskriver HSPs uppfattning och perspektiv.

Det framkommer i resultatet att informanterna uppfattade att patienterna har känt sig ensamma och förlorat kopplingen till sitt vanliga liv vilket även har återgetts i tidigare forskning, då ur patientens perspektiv (15, 16, 49). I resultatet föreslås att det har kunnat påverkat patientens återhämtning då de inte kunnat återspegla sin tid på IVA mot anhöriga i samma utsträckning som de kunnat innan COVID-19 pandemin. Att anhöriga får närvara på IVA och ge grundläggande omvårdnad har beskrivits vara viktigt för patienternas välmående (19). Resultatet visar att informanterna har uppfattat att patienternas välmående har varit inskränkt på grund av besöksrestriktionerna och i allra högsta grad påverkat patienterna negativt. Resultatet beskriver också att informanterna uppfattar det som att patienterna är så sjuka att de inte uttrycker viljan att få besök på IVA. Den upplevelsen har tidigare skildrats från patienternas perspektiv (16) där de beskrivit att de inte hade orken att vara sociala under vårdtiden på IVA och därav ibland avböjt besök. Det påståendet är dock tvetydigt då samma källa såväl som andra studier visat att patienterna önskar få besök på IVA och upplever sig ha stor nytta av besöken (16, 17). Under COVID-19 pandemin har patienter skildrat att de kände stor saknad efter sina anhöriga och hade velat ha dem närvarande under vårdtiden på IVA (49).

Att implementera PFCV på IVA har visat sig öka känslan av respekt och stöd samt upplevelsen av samarbete hos de anhöriga (50). Resultatet har skildrat hur informanterna har kämpat för att upprätthålla delaktighet och samarbete trots de hinder som förekommit. Detta fynd kan återkopplas till tidigare forskning (6). I resultatet framkommer att informanterna upplevt lidande och moralisk stress då de försökt involvera anhöriga i vården trots att besöksrestriktionerna hindrat det på flera sätt. Det finns liknande beskrivet från intensivvårdssjuksköterskor i USA (51). Tidigare har det beskrivits att det upplevts dehumaniserande att inte tillåta besök på IVA (7) vilket tillika beskrivits av informanterna som omänskligt. Att involvera anhöriga möjliggör för sjuksköterskor att individualisera omvårdnaden (19) och patienter upplever att vården blir individanpassad när de får besök av anhöriga (15). Resultatet visar att det har hämmats under pandemin och det har medfört att

informerarna upplever att de inte lärt känna patienterna och anhöriga på samma sätt. Det har återfunnits i tidigare forskning (9).

Under COVID-19 pandemin har HSP arbetat för att bibehålla kontakten och kommunikationen hos de isolerade patienterna (52) vilket framkommer i resultatet. Informanterna uppger att de har ett behov av att bemöta anhöriga med värme samt kunna förmedla empati och att de känt sig otillräckliga i bemötandet då anhöriga inte kunnat besöka IVA. Det är en inblick i att de har hindrats i att behandla såväl patient som anhöriga med den respekt och värdighet som de önskar, vilket är ett ytterligare exempel på hur PFCV blivit lidande av besöksrestriktionerna. Det beskriver också en del av informanternas personliga- och interprofessionella färdigheter. Temat kommunikation är mer än bara ord redovisar informanternas finkänslighet för anhörigas behov av information och stöd. HSPs personliga- och interprofessionella färdigheter har beskrivits som en viktig aspekt för patienten och anhöriga när PFCV implementeras i praktiken (53). Besöksrestriktionerna och den distanskommunikation som använts har hindrat informanterna från att utöva den interprofessionella färdigheten vilket är en anledning till att informationsöverföringen brustit.

I resultatet beskrivs kommunikationen mellan informanterna, patienter och anhöriga som ett finspel med flera olika dimensioner att ta hänsyn till. De ger inblick i att kommunikationen har varit inskränkt av flera olika anledningar där den mest framträdande är att fysiska samtal och fysisk närvaro uteblivit. Att anhöriga har svårt att sätta sig in i vad som sägs och måste förlita sig på vad vårdpersonalen säger över telefon beskrivs kunna leda till att anhöriga känner sig vilsekomna och att det funnits en brist på empati (21). Ett stort antal informanter har beskrivit likande åsikter och därtill skildrat att telefonkontakten som dominerat under pandemin försvårat för dem att bemöta anhöriga med empati. I resultatet redovisas att informanterna vill ge anhöriga ett gott bemötande och att det har hindrats när anhöriga inte kunnat besöka IVA. Den aspekten har enligt informanterna föranlett att anhöriga haft svårare att förstå vad som händer och ta till sig information. Det har i sin tur skapat utrymme för misskommunikation och ökad oro hos de anhöriga och medfört oenigheter när de två samtalsparterna missförstått varandra. Det beskrivs även i tidigare forskning (21, 25). I kontrast till det har resultatet även skildrat att informanterna uppfattat tacksamhet från anhörigas sida och att det funnits stort behov av att få dagliga samtal. Det beskrivs även i tidigare forskning under COVID-19 pandemin från anhörigas perspektiv. När dagliga samtal implementerades och vidhölls medförde det att de anhöriga kände sig trygga, välinformerade och att de blev bemötta i sina behov (24).

I resultatet framkommer det att anhöriga efterfrågade mer teknisk information över telefon än de gör när de får komma till IVA för samtal. Det finns redogörelser som tyder på att anhöriga upplever att de tekniska aspekterna på informationen inte besvarar deras frågor och att den är svår att förstå samt att det inte medför någon utökad trygghet hos de anhöriga (54). I tidigare forskning beskrivs verbal och icke-verbal kontakt vara viktiga komponenter för att undvika misskommunikation och när det utbytet är lyckat så kan det minska oron hos de anhöriga. Det

har även beskrivits att det första meningsutbytet mellan anhöriga och HSP lägger grunden för hur anhöriga kommunicerar och interagerar med HSP framöver (55). Det föranleder frågan om telefonkontakten, som var den övervägande kommunikationsformen under pandemin, kan ha påverkat anhörigas sätt att kommunicera med HSP på lång sikt. Då den sammansatta bilden från resultatet är att telefonkontakten varit övervägande otillräcklig och bemötandet av anhöriga varit sviktande skulle en sådan liknelse kunna dras. Ytterligare forskning som fördjupar sig i det ämnet från anhörigas perspektiv skulle kunna styrka ett sådant påstående.

Gällande digital kommunikation beskrivs i resultatet att informanterna såg för- och nackdelar med videosamtalen och den sammansatta bilden är att det var bättre än inget då det gav möjlighet för anhöriga och patienten att se varandra. Dock beskriver informanterna att det kunde leda till en enspårig kommunikation då det fanns medicinska hinder som försvårade för patienterna att kommunicera. Patienter har beskrivit att den nedsatta förmågan att tala och göra sig hörd har varit frustrerande (49). En andel anhöriga har beskrivit att videosamtalen ökat lidandet och inte bidragit till något positivt för dem medan andra antyder ett behov av att få se patienten och har uttryckt stor saknad om de inte fått möjlighet att videosamtala med patienten (25). Videosamtal har av annan forskning beskrivits främja bland annat patientens fysiska och psykiska återhämtning samt att digital kommunikation främjar den personcentrerade vården. Videosamtal beskrivs kunna förmedla mer än bara ord, ge mer kontext till samtalet och främja emotionellt utbyte mellan parterna. Det som kunnat försvåra användandet av digitala hjälpmedel för anhöriga beskrivs vara att de inte haft tillgång till systemen eller hjälpmedel som systemen kan användas på. För vårdpersonalen var faktorer som försvårade videosamtalen tidsbrist, anslutningsproblem och att HSP inte var utbildade eller insatta i hur de digitala hjälpmedlen fungerade (56). I resultatet framgick det att digitala hjälpmedel användes sparsamt initialt vilket antyder på att det tog tid att samordna den funktionen. Det beskrevs även röra sig om en generationsfråga och att i takt med att samhället förlitar sig mer på digital kommunikation kommer det framdriva mer kunskap och mer omfattande tillämpning av digitala hjälpmedel.

Således ger tidigare forskning, såväl som resultatet, tvetydiga svar gällande om videosamtal varit en tillfredställande kommunikationsform under pandemin. Det har föreslagits i resultatet att användning av digitala hjälpmedel kan vara framtidens kommunikation vilket förutsätter utökade resurser och utveckling inom såväl samhället som intensivvårdsverksamheterna för att stödja patienter, anhöriga och HSP i användandet av de digitala kommunikationsformerna. Förslag på vidare utvecklingsområden är att undersöka hur digitala hjälpmedel påverkar PFCV inom intensivvården.

En lärdom som varit framträdande i resultatet är att informanterna blivit varse om hur viktiga anhöriga är för omvårdanden av patienten. Att patienten får anknyta till anhöriga, att anhöriga får se vad som händer på IVA och att informanterna får bilda en relation till anhöriga är faktorer som genomsyrat analysen. PFCV omfattar att involvera anhöriga i större utsträckning, men det finns sparsamt med forskning om i vilken omfattning anhöriga främjar

vårdandet på IVA (57). I resultatet föreslår en informant att en lärdom från pandemin har varit att HSP framöver skulle kunna kommunicera med anhöriga över videosamtal, så att båda samtalsparterna får ett ansikte på varandra. Informanten menar att det skulle kunna främja kommunikationen om den måste ske på distans såsom vid besöksrestriktioner.

Utöver ovanstående framkommer ytterligare faktorer som försvårat anhörigkontakten på IVA under COVID-19 pandemin. I resultatet framgår det att samtliga informanter upplevt arbetssituationen som kaotisk och tuff på grund av hög arbetsbelastning och ombytlig miljö. Att behöva strukturera om lokaler, rutinerna som ändrades på daglig basis till en början, omplacerad personal och brist på skyddsutrustning var några av de faktorerna som hade en inverkan på hela arbetssituationen och således även på anhörigkontakten. Gällande skyddsutrustningen föreslår medparten av informanter att en lärdom som kan dras är att tillförse att skyddsutrustning finns tillgänglig och på lager. Det skildrades som en konkret och genomförbar lärdom att ta med sig i händelsen av en ny pandemi.

Slutsatser och implikationer

Resultatet beskriver att omvårdnaden har påverkats negativt till följd av besöksrestriktionerna och har medfört minskat välbefinnande för patienterna, anhöriga och hälso- och sjukvårdspersonalen (HSP). Då patient- och familjecentreradvård (PFCV) kan öka välbefinnandet hos patienterna och anhöriga samt minska resursåtgången (42) är slutsatsen att det är av värde att främja implementeringen av PFCV, särskilt när det råder besöksrestriktioner på intensivvårdsavdelningen (IVA). För att kompensera för att anhöriga ej fick besöka IVA implementerades distanskommunikation. Trots de redovisade fördelarna är slutsatsen att distanskommunikation inte varit likvärdigt med fysisk närvaro. Flertalet lärdomar har beskrivits. Detta examensarbetet kan ge läsaren en inblick i hur anhörigkontakten påverkades under COVID-19 pandemin och ge ökad förståelse till hur viktig anhörigkontakt är för samtliga parter. Implikationer för verksamheterna och framtida forskningsområden är:

- Ytterligare forskning som ger ett fördjupat perspektiv på hur telefonkontakt kan ha påverkat anhörigas sätt att kommunicera med hälso-och sjukvårdspersonalen (HSP) på lång sikt.
- Utökade resurser och utveckling inom intensivvårdsverksamheterna för att förbättra hur de digitala kommunikationsformerna används.
- Förslag på vidare utvecklingsområden är att undersöka hur digitala hjälpmedel påverkar patient- och familjecentrerad vård (PFCV) inom intensivvården.

Referenslista

1. World Health Organisation(WHO). Timeline- COVID-19. Geneva: World Health Organisation; 2020 [uppdaterad 20-04-27]. Hämtad från: <https://www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>.
2. World Health Organisation(WHO). Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context. Geneva: World Health Organisation; 2020. WHO/2019-nCoV/essential_health_services/2020.2.
3. Hugelius K, Harada N, Marutani M. Consequences of visiting restrictions during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*. 2021;121:104000.
4. Serrano-Ripoll MJ, Meneses-Echavez JF, Ricci-Cabello I, Fraile-Navarro D, Fiol-deRoque MA, Pastor-Moreno G, et al. Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: A rapid systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2020;277:347-357.
5. Peñacoba C, Velasco L, Catalá P, Gil-Almagro F, García-Hedreña FJ, Carmona-Monge FJ. Resilience and anxiety among intensive care unit professionals during the COVID-19 pandemic. *Nursing in Critical Care*. 2021;26(6):501-509.
6. Jensen HI, Åkerman E, Lind R, Alfheim HB, Frivold G, Fridh I, et al. 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 & Critical Care Nursing*. 2022;68:103116.
7. Bergman L, Falk AC, Wolf A, Larsson IM. Registered nurses' experiences of working in the intensive care unit during the COVID-19 pandemic. *Nursing in Critical Care*. 2021;26(6):467-475.
8. Lopez-Soto C, Bates E, Anderson C, Saha S, Adams L, Aulakh A, et al. The role of a liaison team in ICU family communication during the COVID 19 pandemic. *Journal of pain & symptom management*. 2021;62(3):112-119.
9. Andersson M, Nordin A, Engström Å. Critical care nurses' experiences of working during the first phase of the COVID-19 pandemic - Applying the Person-centred practice framework. *Intensive & Critical Care Nursing*. 2021;69:103179.
10. Folkhälsomyndigheten. När hände vad under COVID-19 pandemin. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2021 [uppdaterad 21-11-30]. Hämtad från: <https://www.arcgis.com/apps/dashboards/664ee17494c74ad4b7eac3994ed69d09>.
11. Folkhälsomyndigheten. Smittskydd och övervakning. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2020 [uppdaterad 20-06-15]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/om-sjukdomen-och-smittspridning/smittspridning/smittskydd-och-overvakning/>.
12. Folkhälsomyndigheten. Om viruset och sjukdomen. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2022 [uppdaterad 22-02-10]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/om-sjukdomen-och-smittspridning/om-viruset-och-sjukdomen/>.
13. Socialstyrelsen. Anhöriga som vårdar eller stödjer någon de står nära- underlag till en nationell strategi. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021. 2021-6-7464.
14. Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart & Lung*. 1979;8(2):332-339.

15. McKinley S, Nagy S, Stein-Parbury J, Bramwell M, Hudson J. Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive & Critical Care Nursing*. 2002;18(1):27-36.
16. Bergbom I, Askwall A. The nearest and dearest: a lifeline for ICU patients. *Intensive & Critical Care Nursing*. 2000;16(6):384-395.
17. Mackie BR, Mitchell M, Marshall AP. Patient and family members' perceptions of family participation in care on acute care wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2019;33(2):359-370.
18. McKiernan M, McCarthy G. Family members' lived experience in the intensive care unit: A phenomenological study. *Intensive & Critical Care Nursing*. 2010;26(5):254-261.
19. Mitchell ML, Chaboyer W. Family Centred Care—a way to connect patients, families and nurses in critical care: A qualitative study using telephone interviews. *Intensive & Critical Care Nursing*. 2010;26(3):154-160.
20. Burr G. Contextualizing critical care family needs through triangulation: An Australian study. *Intensive & Critical Care Nursing*. 1998;14(4):161-169.
21. Kentish-Barnes N, Cohen-Solal Z, Morin L, Souppart V, Pochard F, Azoulay E. Lived experiences of family members of patients with severe COVID-19 who died in intensive care units in France. *Journal of the American Medical Association*. 2021;4(6): 2113355.
22. Linnarsson JR, Bubini J, Perseus K-I. Review: a meta-synthesis of qualitative research into needs and experiences of significant others to critically ill or injured patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2010;19(21-22):3102-3111.
23. Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie C, et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2005;171(9):987-994.
24. Klop HT, Nasori M, Klinge TW, Hoopman R, de Vos MA, du Perron C, et al. Family support on intensive care units during the COVID-19 pandemic: A qualitative evaluation study into experiences of relatives. *BMC Health Services Research*. 2021;21(1):1060.
25. Chen C, Wittenberg E, Sullivan SS, Lorenz RA, Chang Y-P. The experiences of family members of ventilated COVID-19 patients in the intensive care unit: A qualitative study. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. 2021;38(7):869-876.
26. Pochard F, Darmon M, Fassier T, Bollaert P-E, Cheval C, Coloigner M, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death: A prospective multicenter study. *Journal of Critical Care*. 2005;20(1):90-96.
27. Gries CJ, Engelberg RA, Kross EK, Zatzick D, Nielsen EL, Downey L, et al. Predictors of symptoms of posttraumatic stress and depression in family members after patient death in the ICU. *American College of Chest Physicians*. 2010;137(2):280-287.
28. Hälso- och sjukvårdslag. (SFS 2017:30). Stockholm: Socialdepartementet [22-02-03]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30.
29. Patientlag. (SFS 2014:821). Stockholm: Socialdepartementet [22-02-03]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821.
30. Svensk sjuksköterskeförening. Kompetensbeskrivning avancerad nivå-specialistsjuksköterska med inriktning mot intensivvård. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening; 2021 [uppdaterad 21-01-14]. Hämtad från:

<https://www.swenurse.se/download/18.b986b9d1768421a1b576141/1610610246380/Kompetensbeskrivning%20Intensivva%CC%8Ardssjuksk%C3%B6terska.pdf>.

31. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens kompetensmål för undersköterskor. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021 [uppdaterad 21-02-15]. Hämtad från:

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-2-7219.pdf>

32. Sveriges läkarförbund. Läkarförbundets etiska regler. Stockholm: Sveriges läkarförbund; 2018 [uppdaterad 2017/datum okänt]. Hämtad från:

<https://slf.se/app/uploads/2018/04/etiskaregler-pamflett-100x100.pdf>.

33. Wubben N, van den Boogaard M, van der Hoeven JG, Zegers M. Shared decision-making in the ICU from the perspective of physicians, nurses and patients: A qualitative interview study. *BMJ Journals*. 2021;11(8): 050134.

34. Folkhälsomyndigheten. Bekräftade fall i Sverige. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2022 [uppdaterad 22-02-15]. Hämtad från:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/statistik-och-analyser/bekraftade-fall-i-sverige/>.

35. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 cases from the chinese center for disease control and prevention. *Journal of the American Medical Association*. 2020;323(13):1239-1242.

36. Folkhälsomyndigheten. Åtgärder mot spridning av covid-19-rekommendationer till vård, tandvård och omsorg. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2021. [uppdaterad 22-02-09]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/aa/atgarder-mot-spridning-av-covid-19-rekommendationer-till-var-d-tandvard-och-omsorg/>

37. Lie I, Stafseth S, Skogstad L, Hovland IS, Hovde H, Ekeberg O, et al. Healthcare professionals in COVID-19-intensive care units in Norway: preparedness and working conditions: A cohort study. *BMJ Journals*. 2021;11(10):049135.

38. Crowe S, Howard AF, Vanderspank-Wright B, Gillis P, McLeod F, Penner C, et al. The effect of COVID-19 pandemic on the mental health of Canadian critical care nurses providing patient care during the early phase pandemic: A mixed method study. *Intensive & Critical Care Nursing*. 2021;63:102999.

39. Ersek M, Smith D, Griffin H, Carpenter JG, Feder SL, Shreve ST, et al. End-of-life care in the time of COVID-19: Communication matters more than ever. *Journal of Pain & Symptom Management*. 2021;62(2):213-222.

40. Mitchell M, Wilson D. Family and cultural care of the critically ill patient. I: Aitken L, redaktör. *Critical Care Nursing*. Fourth edition. Chatswood: Elsevier; 2019. s. 171-204.

41. Institute for patient- and family-centered care. Patient- and family-centered care. 2012 [uppdaterad 2012/datum okänt]. Hämtad från: <https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>.

42. Goldfarb MJ, Bibas L, Bartlett V, Jones H, Khan N. Outcomes of patient- and family-centered care interventions in the ICU: A systematic review and meta-analysis. *Critical Care Medicine*. 2017;45(10):1751-1761.

43. World Medical Association. Declaration of Helsinki- Ethical principles for medical research involving human subjects. Brazil: World Medical Association; 2013 [uppdaterad datum 18-07-09]. Hämtad från: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>.

44. Lag om etikprövning av forskning som avser människor. (SFS 2003:460) Stockholm: Utbildningsdepartementet. [citerad 22-02-24]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460.
45. Etikprövningsmyndigheten. För forskningsperson. Uppsala: Etikprövningsmyndigheten; 2021 [uppdaterad/okänt]. Hämtad från: <https://etikprovning.se/for-forskningsperson/>.
46. Polit DF, Beck CT. Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed. Philadelphia : Wolters Kluwer; 2016.
47. Kvale S, Brinkmann S. Den kvalitativa forskningsintervjun. Tredje reviderade upplagan. Lund: Studentlitteratur; 2014.
48. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77-101.
49. Engström Å, Juuso P, Andersson M, Nordin A, Strömbäck U. The meaning of critical illness for people suffering from COVID-19: When a frightening unreality becomes reality. *Qualitative Health Research*. 2022;32(1):135-144.
50. Mitchell M, Chaboyer W, Burmeister E, Foster M. Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. *American Journal of Critical Care*. 2009;18(6):543-552.
51. Guttormson JL, Calkins K, McAndrew N, Fitzgerald J, Losurdo H, Loonsfoot D. Critical care nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A US national survey. *American Journal of Critical Care*. 2021;31(2):96-102.
52. Moss SJ, Krewulak KD, Stelfox HT, Ahmed SB, Anglin MC, Bagshaw SM, et al. Restricted visitation policies in acute care settings during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *BMC Critical Care*. 2021;25(1):347.
53. Ågård AS, Hofhuis JGM, Koopmans M, Gerritsen RT, Spronk PE, Engelberg RA, et al. Identifying improvement opportunities for patient- and family-centered care in the ICU: Using qualitative methods to understand family perspectives. *Journal of Critical Care*. 2019;49:33-37.
54. Ågård AS, Harder I. Relatives' experiences in intensive care: Finding a place in a world of uncertainty. *Intensive & Critical Care Nursing*. 2007;23(3):170-177.
55. Söderström I-M, Saveman B-I, Benzein E. Interactions between family members and staff in intensive care units: An observation and interview study. *International Journal of Nursing Studies*. 2006;43(6):707-716.
56. Rose L, Yu L, Casey J, Cook A, Metaxa V, Pattison N, et al. Communication and virtual visiting for families of patients in intensive care during COVID-19: A UK national survey. *Annals of the American Thoracic Society*. 2021;18(10):1685-1692.
57. Olding M, McMillan SE, Reeves S, Schmitt MH, Puntillo K, Kitto S. Patient and family involvement in adult critical and intensive care settings: A scoping review. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*. 2016;19(6):1183-1202.

Bilagor

Bilaga 1 – Forskningspersonsinformation

Information till deltagare

Vi är två blivande intensivvårdssjuksköterskor som ska skriva ett examensarbete på magisternivå. Vi söker dig som har arbetat som läkare, sjuksköterska och undersköterska på intensivvården under COVID-19 pandemin på. Här kommer mer information som är viktigt för dig som vill medverka att ta del av.

Vad är det för projekt och varför vi vill att du ska delta?

Till följd av den rådande COVID-19 pandemin har besöksfrekvensen och anhörigkontakten för patienter med COVID-19 på intensivvården påverkats. Vi är därför intresserade av att undersöka hur intensivvårdspersonal har upplevt att besöksrestriktionerna har påverkat vårdandet av patienter med COVID-19. Till exempel vad som fungerar bra och mindre bra samt hur det har påverkat patientvården.

Hur går studien till?

Deltagande i examensarbetet innebär att vi kommer göra en inspelad intervju med dig vid ett tillfälle. Intervjun tar ca 30 minuter och kommer hållas av oss som genomför examensarbetet i en avskild lokal utanför intensivvårdsavdelningen. Datum och tid kommer vi överens om. Under intervjun ges möjlighet att dela dina tankar samt erfarenheter av anhörigkontakt vid vård av patienter med COVID-19 på intensivvårdsavdelningen.

Möjliga följder och risker med att delta i studien

Du som deltagare får möjlighet att medverka i ett examensarbete som ämnar generera förtäelse och insikt i intensivvårdspersonalens perspektiv kring anhörigkontakt vid vård av patienter med COVID-19. Du är således delaktig i ett fördjupningsarbete på Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa vid Göteborgs universitet, vilket skulle kunna bidra till ytterligare forskning. Du får också möjlighet att reflektera kring delar av den arbetssituation du befunnit dig i sedan pandemins start. Du kommer även vara behjälplig för dina framtida kollegor i detta utbildningsmoment. Stöd kommer erbjudas efter intervjun om det finns behov av det.

Vad händer med mina uppgifter?

Det du berättar om i intervjun kommer inte kunna härledas till dig och inga personuppgifter kommer redovisas. Ljudinspelning och transkriberingsmaterial kommer koda och endast vara tillgängligt för de som är ansvariga för examensarbetet och det du berättat som presenteras i resultatet kommer inte kunna kopplas till dig. Transkriberingsmaterialet och ljudinspelningar från intervjun kommer att kasseras efter att examensarbetet är godkänt.

Data och personuppgifter i studien hanteras i enlighet med EU:s dataskyddsförordning, General Data Protection Regulation (GDPR) och Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679. Göteborgs universitet har ett dataskyddsombud som kan nås via e-post: dataskydd@gu.se, eller telefon: 031-786 00 00.

Hur får jag information om resultatet av studien?

Om du är intresserad av att läsa examensarbetet när det är färdigt kan du ta kontakt med studenterna Edith Hartill, Diandra Karlsson Legaspi eller studieansvarig Mona Ringdal. Se kontaktuppgifter nedan.

Examensarbetet kommer att presenteras muntligt vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Examensarbetet kommer att bli publicerat i universitetets databas för uppsatser (www.gu.pea.ub.gu.se) och ett skriftligt exemplar kommer att arkiveras på Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska Akademi, Göteborgs Universitet.

Försäkring och ersättning

Ingen ersättning erbjuds vid deltagande av studien.

Deltagandet är frivilligt

Deltagandet är frivilligt och du kan när du vill dra dig ur innan, under eller efter intervjutillfället. Om du väljer att avbryta behöver du inte uppge varför. För att avbryta kontaktar du studenterna Edith Hartill, Diandra Karlsson Legaspi eller studieansvariga Mona Ringdal. Se kontaktuppgifter nedan. (Kontaktuppgifter är borttagna vid publicering)

Bilaga 2- Intervjuguide

- Presentera dig och tacka för medverkan.
- Förklara syftet med arbetet och att inga namn nämns under intervjun.
Syftet med detta examensarbete är att undersöka intensivvårds personalens upplevelser av anhörigkontakt vid vård av patienter med COVID-19 på intensivvården.
- Innan vi börjar intervjun har du några frågor eller funderingar kring medverkan i studien?

Sätt igång inspelningsapparat.

- Muntlig information och samtycke.
- Fråga om demografiska data (förklara att detta redovisas endast på gruppnivå)
 - Ålder
 - Yrkesprofession
 - Antal verksamma år på IVA
 - Har du vårdat patienter med COVID-19 och haft kontakt med anhöriga

1. Hur uppfattar du att de restriktioner som har funnits/finns vid anhörigkontakt påverkat vården av patienter med COVID-19?
2. Hur uppfattar du att det påverkade patienterna?
3. Hur uppfattar du att det påverkade anhöriga som du hade kontakt med?
4. Vilka digitala hjälpmedel har du använt i din kontakt med anhöriga? Hur har det fungerat?
5. Hur har restriktionerna påverkat dig som professionell vårdare?
6. Kan det dras några lärdomar av besöksrestriktionerna som förekommit under COVID-19 pandemin? Vilka?
7. Avsluta intervjun med att fråga: Har du något mer du vill tillägga? Har du förslag på någon fråga som vi skulle kunnat haft med?

Följdfrågor:

- Kan du ge exempel?
- Förklara gärna mer för mig.
- Uppfattade jag det rätt att...