



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

ATT GÖRA SKILLNAD

- En kvalitativ studie om intensivvårdssjuksköterskors profession och omvårdnadsansvar

Caroline Hagstedt Engström
Camilla Hessel

Examensarbete:	15 HP
Program:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot intensivvård, 60 HP
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT/2022
Handledare:	Lotta Johansson
Examinator:	Mona Ringdal

Titel svensk:	Att göra skillnad – En kvalitativ studie om intensivvårdssjuksköterskors profession och omvårdnadsansvar
Titel engelsk:	To make a difference – A qualitative study about intensive care nurses' profession and nursing responsibility

Sammanfattning

Bakgrund: Intensivvårdssjuksköterskor innehar en komplex ansvarsroll enligt kompetensbeskrivningar och internationell forskning. Covid-19-pandemin drabbade i allmänhet hälso- sjukvården mycket hårt och i synnerhet intensivvården, både nationellt och internationellt. Vårdpersonal som annars inte arbetar inom intensivvården blev en del i vårdlaget kring den kritiskt sjuke patienten. Intensivvårdssjuksköterskans roll förändrades i de nya constellationerna.

Syfte: Att undersöka intensivvårdssjuksköterskors uppfattning om sin professionella roll som omvårdnadsansvarig för kritiskt sjuka patienter.

Metod: USB-minnen lämnades ut på fem intensivvårdsavdelningar i södra Sverige och 12 egenskrivna berättelser från intensivvårdssjuksköterskor återlämnades och analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Resultatet presenteras i tre kategorier: *stolthet och tillfredsställelse i yrkesutövningen, emotionell påfrestning* samt *utveckling i den professionella rollen*. Därtill delades kategorierna in i sex subkategorier.

Slutsats: Resultatet visar att intensivvårdssjuksköterskor ser det som sin uppgift att föra patientens talan. Yrkesutövningen innebär tillfredsställelse, påfrestning samt utveckling i den professionella rollen relaterat till ansvar i omvårdnaden av kritiskt sjuka patienter. Intensivvårdssjuksköterskan har en outhärlig roll som ansvarig för en sammanhållen, god och säker omvårdnad.

Nyckelord: *Fundamental omvårdnad, intensivvård, omvårdnadsansvar, specialistsjuksköterskors uppfattning*

Abstract

Background: Intensive care nurses hold a complex role of responsibility according to qualification descriptions and international research. The Covid-19 pandemic generally affected the health care system and the intensive care units in particular, both nationally and internationally. Health care professionals who were normally not working within the intensive care units became a part of the intensive care team surrounding critically ill patients. The role of the intensive care nurse changed in these new constellations.

Aim: To examine intensive care nurses' perception of the nursing profession and responsibility of critically ill patients.

Method: USB flash drives were handed out at five intensive care units in southern Sweden and 12 testimonies from intensive care nurses were returned and analyzed using qualitative content analysis.

Results: The results are presented in three categories: *pride and satisfaction in one's professional practice*, *emotional strain*, and *personal development in one's profession*. Furthermore the categories were divided into six subcategories.

Conclusion: The results show that intensive care nurses consider it their job to give their patients a voice. The professional practice amounts to satisfaction, strain, and personal development within one's profession in relation to the responsibility of caring for the critically ill patient. The intensive care nurse plays a vital role of responsibility for a cohesive, good and safe intensive care.

Key words: *Fundamentals of Care, intensive/critical care, nursing responsibility, specialist nurses' perception*

Förord

Ett varmt tack till alla intensivvårdssjuksköterskor som deltog i studien och bidrog med berättelser.

Tack till Lotta Johansson som varit ett utomordentligt gott stöd för författarna till denna studie.

Tack till familj och vänner som stått ut med oss under tiden för examensarbetet.

Ett speciellt tack till Lizette för hjälp med översättning.

Slutligen vill vi tacka oss själva för gott samarbete trots tidiga morgnar och sena kvällar.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	2
Intensivvård	2
Svensk kompetensbeskrivning för intensivvårdssjuksköterskor	3
Personcentrerad vård.....	4
Evidensbaserad vård	4
Förbättringskunskap och kvalitetsutveckling	4
Säker vård	5
Informatik	5
Samverkan i team.....	6
Intensivvårdssjuksköterskans kärnkompetenser internationellt	6
Fundamentals of Care	7
Omvårdnadens betydelse för kritiskt sjuka patienter	9
Problemformulering.....	10
Syfte.....	11
Metod	11
Design.....	11
Urval	11
Kontext	11
Datainsamling	12
Analys.....	12
Förförståelse	13
Etiska överväganden.....	13
Risk och nytta	14
Resultat.....	14
Stolthet och tillfredställelse i yrkesutövningen	16
Att göra gott och göra skillnad.....	16
Stimulerande och glädjande	17
Emotionell påfrestning	17
Starka eller svåra känslor	17

Att känna sig otillräcklig.....	18
Utveckling i den professionella rollen.....	19
Att tänka kritiskt	19
Att lära av erfarenheter	19
Diskussion	19
Metoddiskussion.....	19
Resultatdiskussion	20
Stolthet och tillfredsställelse i yrkesutövningen	20
Emotionell påfrestning.....	21
Utveckling i den professionella rollen	22
Slutsats.....	23
Förslag till fortsatt forskning	23
Kliniska implikationer	23
Referenslista	25
Bilaga 1	30
Bilaga 2	33

Inledning

Varje år vårdas ca 40 000 svårt sjuka eller skadade personer på Sveriges intensivvårdsavdelningar (IVA), vilket utgör ca 120 000 vårdtygn (Svenska intensivvårdsregistret, 2019b). Intensivvården är en högteknologisk vårdmiljö där specialistsjuksköterskan inom intensivvård ansvarar för omvårdnaden av kritiskt sjuka patienter med sviktande funktion i ett eller flera organsystem. Denna avancerade vård utvecklas ständigt och ställer höga krav på intensivvårdssjuksköterskans kompetens (Svensk sjuksköterskeförening, 2021).

Redan innan covid-19 klassades som en pandemi i mars 2020 (Folkhälsomyndigheten, 2020) var den svenska intensivvården hårt belastad relaterat till för få vårdplatser på grund av bristen på intensivvårdssjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2018; Svenska intensivvårdsregistret, 2021). För att hantera det stora antalet svårt sjuka patienter som pandemin medförde, tvingades intensivvårdens organisation improvisera gällande personalförsörjningen inom omvårdnad (Socialstyrelsen, 2022a). Anestesisjuksköterskor, operationssjuksköterskor och grundutbildade sjuksköterskor är några exempel på yrkesgrupper som arbetade patientnära inom intensivvården (Bergman et al., 2021). Intensivvårdssjuksköterskans roll förändrades då personalsammansättningen förändrades. Specialistsjuksköterskan blev därmed många gånger arbetsledare för andra yrkesgrupper och personal som varken hade utbildning, vana eller erfarenhet av omvårdnad inom intensivvård (Bergman et al., 2021). Detta gjorde att IVA-personalens, inklusive intensivvårdssjuksköterskans roller och ansvar belystes på många håll både medialt och politiskt (Mason, 2020; Sveriges radio, 2020).

Intensivvårdssjuksköterskan har alltid ett omvårdnadsansvar och det finns både nationella och internationella styrdokument som beskriver vilka kompetenser och kunskaper som krävs i rollen (European federation of Critical Care Nursing associations, 2013; Svensk sjuksköterskeförening, 2021). I de nya konstellationerna, som uppstod under pandemin, både belystes och förändrades ansvarsrollen, dels genom att intensivvårdssjuksköterskan blev arbetsledare för en ny typ av vårdteam, dels då patienternas allvarliga tillstånd krävde avancerad omvårdnad i kombination med begränsade resurser, både brist på material, kompetens och personal (Bergman et al., 2021; Catania et al., 2021; Fernández-Castillo et al., 2021).

Det saknas dock kunskap om specialistsjuksköterskorna själva har förändrat sin syn på sitt omvårdnadsansvar och om de kompetensbeskrivningar som finns överensstämmer med deras uppfattning, särskilt i efterdyningarna av pandemin. Författarna har därför valt att undersöka hur specialistsjuksköterskor inom intensivvård själva ser på sin roll som ytterst ansvariga för omvårdnaden av den kritiskt sjuke patienten.

Bakgrund

Intensivvård

Enligt Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård (SFAI) definieras intensivvård som en vårdnivå vilken syftar till att förebygga och behandla svikt i ett eller flera organsystem, så att fortsatt liv kan bli meningsfullt ur patientens perspektiv. Intensivvården innefattar avancerad övervakning, diagnostik, behandling och omvårdnad av kritiskt sjuka patienter med svåra, inte sällan livshotande sjukdomar eller skador. Vården bedrivs i enlighet med vetenskap, beprövad erfarenhet och befintliga riktlinjer där medicinska och etiska aspekter står i förgrunden. Detta förutsätter ett teamarbete innefattande specialiserad vårdpersonal som är ständigt nära patienten. Arbetslaget består av läkare, specialistsjuksköterskor och undersköterskor, där läkare med specialistkompetens i anestesi och intensivvård ansvarar för den medicinska vården och specialistsjuksköterskor inom intensivvård ansvarar för omvårdnaden.

Behandlingsstrategier ska kunna omprövas under hela dygnet beroende på patientens aktuella tillstånd. Intensivvård bedrivs i specifika lokaler avsedda för ändamålet och bör ha en yta som kan främja tillgänglighet och ha tillräckligt omfattande och krävande verksamhet så att kunskaper och färdigheter bibehålls och utvecklas. Avdelningen ska vara avgränsad till att bara bedriva intensivvård, i vissa fall inkluderas avancerad postoperativ övervakning (Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård, 2015; Svenska intensivvårdsregistret, 2020).

Samtliga 83 IVA i Sverige är i dagsläget anslutna till svenska intensivvårdsregistret, ett nationellt kvalitetsregister för intensivvården. Totalt registrerades 46 024 vårdtillfällen under år 2019 vilka utgjorde totalt 121 746 vårddygn (Svenska intensivvårdsregistret, 2019b). Den svenska intensivvården har jämfört med övriga länder i västvärlden, ett mycket lågt antal intensivvårdsplatser per 100 000 invånare vilket redan innan coronapandemin bidragit till en hög beläggningsgrad (Svenska intensivvårdsregistret, 2021). Innan pandemin hade Sverige näst lägst IVA-platser i hela Europa, då 5,8 per 100 000 invånare (Rhodes et al., 2012). Under pandemin ökade antalet inskrivningar till IVA runt om i landet, cirka 45 000 och antal vårddygn ökade till kring 150 000 per år (Svenska intensivvårdsregistret, 2019b). Enligt Socialstyrelsen finns det 10 354 specialistsjuksköterskor inom anestesi och/eller intensivvård som är sysselsatta inom hälso- och sjukvård år 2019 vilket innebär att det finns 100 specialistsjuksköterskor inom anestesi och/eller intensivvård per 100 000 invånare (Socialstyrelsen, 2022b).

Det råder generell brist på sjuksköterskor, både grund och specialistutbildade inte bara i Sverige (Socialstyrelsen, 2018), utan även globalt (International Council of Nurses, 2022). Detta förutspås bli en stor utmaning för hälso- och sjukvården i framtiden då covid-19-pandemin lämnat sjuksköterskor och övrig vårdpersonal fysiskt och psykiskt utmattade vilket gjort att många lämnar vården vilket vidare förvärrar den redan stundande sjuksköterskebristen (International Council of Nurses, 2022). Internationell forskning visar att bemanningen inom intensivvård har effekter på vårdkvalitet och patientsäkerhet (Rae et al., 2021). En låg bemanning i förhållande till arbetsbörda medför en ökad risk för vårdrelaterade

infektioner och högre dödlighet. Vidare antas det öka sjukhuskostnaderna, minska närståendes tillfredsställelse med vården samt att sjuksköterskor upplevde vårdkvaliteten som lägre. Däremot saknas ett konsekvent sätt att mäta bemanningstalen på, vilket gör det svårt att ta fram rekommendationer för säkra bemanningstal inom intensivvården (Rae et al., 2021).

I Sverige har specialistsjuksköterskor inom intensivvård genomgått en ettårig högskoleutbildning, som inkluderar examensarbete på avancerad nivå. Grundkravet för en sådan utbildning är legitimering som sjuksköterska. På IVA ansvarar intensivvårdssjuksköterskan i normalfallet för en till två patienter som vårdas i ventilator (Bergman et al., 2021). Australian College of Critical Care Nurses (ACCCN) har tagit fram en evidensbaserad standard för optimal kompetensförsörjning och bemanningstal på IVA i syfte att nå bästa resultat för patienter och en hållbar sjuksköterskebemanning (Chamberlain et al., 2018). Enligt denna standard bör minst 50% av sjuksköterskorna inneha en specialistutbildning inom intensivvård. Optimalt är när 75% av sjuksköterskorna har specialistkompetens och resterande 25% är under utbildning eller har intentionen att göra så. ACCCN menar att en kritiskt sjuk eller instabil patient som ventilatorvårdas kräver under dygnets alla timmar en sjuksköterskas närvaro på sal. En sjuksköterska kan vårda en till två stabila, icke-ventilerade patienter i återhämtningsfas. Vidare poängteras hur icke-legitimerad personal exempelvis undersköterskor och vårdbiträden arbetar utöver sjuksköterskebemanningen och inte kan ersätta en sjuksköterska, utan assisterar och arbetar under översyn av sjuksköterskan (Chamberlain et al., 2018). Därtill bör det finnas en intensivvårdssjuksköterska med en samordnande funktion och som vid behov kan arbeta kliniskt för att stötta upp. Samordnande intensivvårdssjuksköterska är inte inräknad i vården och bör bemanna varje skift. Utöver de som arbetar patientnära bör det finnas en extra intensivvårdssjuksköterska på plats per fyra inneliggande patienter. Denna fungerar som en extra resurs vid ökad arbetsbelastning, oväntade händelser samt i händelse av sjukfrånvaro (Chamberlain et al., 2018).

Svensk kompetensbeskrivning för intensivvårdssjuksköterskor

Svensk sjuksköterskeförening har tagit fram en nationell kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterskor inom intensivvård vilken är utformad av erfarna specialistsjuksköterskor med syfte att vägleda både specialistutbildningen inom intensivvård och för intensivvårdssjuksköterskor i klinisk verksamhet (Svensk sjuksköterskeförening, 2021). Som specialistsjuksköterska inom intensivvård är de grundläggande ansvarsområdena att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande, i en högteknologisk miljö vilket kräver specifika kunskaper och erfarenheter som är viktiga för vårdens kvalitet och utveckling. Kompetensbeskrivningen bygger på de sex kärnkompetenser vilka är nödvändiga och ändamålsenliga för att säkerställa en god och säker vård; personcentrerad vård, evidensbaserad vård, förbättringskunskap och kvalitetsutveckling, säker vård, informatik samt samverkan i team. Genom sin fördjupade kunskap och färdighet inom omvårdnadsvetenskap bör specialistsjuksköterskan inom intensivvård ha den kompetens som krävs för att leda det kliniska arbetet i samklang med dessa kärnkompetenser (Svensk

sjuusköterskeförening, 2021). Nedan diskuteras dessa kärnkompetenser i relation till specialistsjuusköterskans omvårdnadsansvar.

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård innebär att patienter ska ses som kapabla personer, med individuella förmågor och resurser som inte reduceras till att vara sin sjukdom. Personcentrerad vård är ett partnerskap mellan patient, närstående och professionella yrkesföreträdare där utgångspunkten är patientens berättelse. I dessa berättelser kan både möjligheter och hinder för välbefinnande identifieras, de måste dock ibland kompletteras med professionell yrkesutövares och närståendes berättelse. (Ekman & Norberg, 2021; Ekman et al., 2011). Specialistsjuusköterskan inom intensivvård ansvarar för uppfyllelse och tillfredställelse av patientens önskemål och förväntningar. Detta gäller inte bara lindrandet av symtom och eventuellt bot av sjukdom utan också tillhandahållandet av kroppslig och själslig omvårdnad (Svensk sjuusköterskeförening, 2021). Intensivvårdssjuusköterskan lyssnar och är lyhörd för de resurser vilka kan kallas livsmening eller livskraft, som kan framträda i samtalet med patienten. Att känna livskraft, oavsett om den är religiös, agnostisk eller ateistisk, är viktigt för den som drabbas av svår sjukdom. Ordet livskraft kan användas för att beskriva den existentiella vitalitet som är en nödvändig del för att uppnå hälsa (Ekman & Norberg, 2021). Specialistsjuusköterskan inom intensivvård ska ha kunskap att utforma den högteknologiska vårdmiljön så att förutsättningar ges för personcentrerat arbetssätt (Svensk sjuusköterskeförening, 2021).

Evidensbaserad vård

Intentionen är att all omvårdnad ska bidra till säker och god vård, omvårdnaden skall kunna hållas uppdaterad via aktuell evidens, vilket erfordrar att intensivvårdssjuusköterskan identifierar och använder strategier för bevakning och implementering av ny kunskap (Eldh et al., 2021; Svensk sjuusköterskeförening, 2021). När evidens skall införas fordras kunskap och färdighet samt en organisation och ett ledarskap som kan vara behjälplig och möjliggöra fortsatta förbättringsarbeten (Eldh et al., 2021). Forskning inom omvårdnad förväntas bidra till ökad vetenskaplig kunskap och evidensbaserad vård. I denna process förväntas intensivvårdssjuusköterskan ta stort ansvar för utveckling samt implementering av ett mer evidensbaserat arbetssätt och på så vis bidra till god och säker (Svensk sjuusköterskeförening, 2021). Evidensbaserad vård innebär att omvårdnadsåtgärder som syftar till att identifiera, förebygga, behandla, hindra och utvärdera problem ska vara vetenskapligt underbyggda. Vårdåtgärder grundar sig inte enbart på forskningsbaserad kunskap, den är också erfarenhetsbaserad och bygger på kunskap om patientens önskemål, situation och förväntningar på sin vård (Eldh et al., 2021). Evidensbaserad vård inom intensivvård innebär att använda de bäst tillgängliga metoderna på ett systematiskt sätt som bäst gynnar patienten (Svensk sjuusköterskeförening, 2021).

Förbättringskunskap och kvalitetsutveckling

Förbättringskunskap är ett samlande begrepp av kunskap som ger stöd för förändringar som kan leda till hållbara förbättringar, utveckling och innovation av verksamheter och arbetssätt

(Ainalem & Albinsson, 2022). Litteraturen beskriver vikten av intensivvårdssjuksköterskans kompetens och evidensbaserade arbetssätt, exempelvis från att den ventilatorbehandlade patienten traditionellt var djupt sederad under behandlingen, till att patienterna idag är alltmer vakna för att minska risken för amnesi och upplevelser av ogripbara händelser (Orwelius, 2021). Prioritering har i stället blivit smärtfrihet och att främja sömn på ett mer naturligt sätt, trots den högteknologiska miljön. Vidare påtalas hur tidig mobilisering blivit en del av intensivvårdens vardag, med syftet att minska fysiska besvär vid utskrivning, vilket är ett exempel på utveckling av omvårdnaden utifrån resultat av uppföljningar efter intensivvården (Orwelius, 2021). En patient som är mer vaken kräver oftare intensivvårdssjuksköterskans närvaro bedside och har ett större behov av att personalen på rummet förmedlar lugn, säkerhet och ett professionellt agerande genom noggrann information, gott handlag och vänlig ton (Karlsson et al., 2012; Orwelius, 2021). Intensivvårdssjuksköterskan ska ha kunskap om hur utvecklings- och förbättringsarbete drivs inom intensivvård samt kunna identifiera områden med behov av förbättringar (Svensk sjuksköterskeförening, 2021). Specialistsjuksköterskan bör därför hålla sig uppdaterad med omvårdnadsforskning inom aktuellt område och aktivt verka för att arbetssätt och omvårdnadsåtgärder är evidensbaserade och aktuella. Detta innefattar kontinuerligt utvärderande av redan befintliga rutiner och metoder (Andersson & Hommel, 2021).

Säker vård

Under de senaste två decennierna har säker vård och patientsäkerhet blivit mer uppmärksammat och är numer en kvalitetsindikator på god vård både i Sverige och internationellt. För att uppnå säker vård, krävs det att vården är personcentrerad, bygger på evidens samt att alla yrkeskategorier arbetar mot samma mål gällande patienten samt att rätt kompetens finns inom teamet (Källberg & Göras, 2021). Specialistsjuksköterskan inom intensivvård bör ha kunskap om regelverk, riktlinjer samt besitta handlingsberedskap för att förebygga komplikationer och vårdskador (Svensk sjuksköterskeförening, 2021). Bortom patientsäkerhet krävs en syn på säkerhet som en del av hälso- och sjukvården. Under covid-19-pandemin ställdes det stora krav på hälso- och sjukvårdens resurser, detta blev också en katalysator för fokus på säkerhet och arbetsmiljö då många arbetsplatser redan innan pandemin haft problem med bristfällig arbetsmiljö relaterat till brist på sjuksköterskebemanning (Göras, 2022). Enligt Socialstyrelsen (2018) är det vårdgivarens ansvar att tillgodose verksamheten med vårdpersonal som har rätt kompetens så säker vård kan garanteras.

Informatik

Intensivvårdssjuksköterskan ska ha kunskap om säker, strukturerad kommunikation och informationsöverföring i vårdprocessen, med särskilt fokus på vårdens övergångar för att underlätta patienters, närståendes och vårdpersonals behov. Detta innefattar att identifiera informationsbehov hos patienter och närstående samt kunna tolka data från informationskällor såsom patientupplevelser, övervakning och medicinteknisk utrustning (Svensk sjuksköterskeförening, 2021). Specialistsjuksköterskan ska ha kunskap om system och digitala verktyg som stödjer arbetet samt kunskap om vilka risker det finns med olika

tillämpningar (Sävenstedt & Florin, 2021). Vidare beskrivs vikten av att intensivvårdssjuksköterskan deltar i utveckling och användning av digitala stöd (Svensk sjuksköterskeförening, 2021).

Samverkan i team

Intensivvårdssjuksköterskans egen upplevelse av att ha en specialistroll är grundläggande för att anta arbetsrollen som omvårdnadsspecialist, vilket betyder att intensivvårdssjuksköterskan måste vara tydlig med sin kompetens och tillämpningen av den kompetensen i teamarbetet (Sandberg et al., 2021). Intensivvårdssjuksköterskan skapar inte rollen helt själv utan teamet bidrar till intensivvårdssjuksköterskans särskilda roll, status och betydelse för kvalificerad omvårdnad. Avgörande för att intensivvårdssjuksköterskan ska kunna använda sig av sin specialistfunktion är också arbetsorganisationens tydlighet i utformandet av arbetsbeskrivningen. Kompetensutveckling är en nödvändighet för att utveckla den egna kompetensen och därmed kunna bidra till fler samarbetsvinster i teamet runt patienten (Sandberg et al., 2021). Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2021) ska specialistsjuksköterskan kunna leda, planera och utveckla arbetet i teamet runt patienten och har god förmåga att samarbeta med andra professioner inom vården.

Intensivvårdssjuksköterskans kärnkompetenser internationellt

Intensivvårdssjuksköterskan är en central del i intensivvårdens multiprofessionella team och spelar en betydande roll i evidensbaserad vård och omvårdnad av svårt sjuka patienter, på grund av intensivvårdens komplexa natur är det nödvändigt att specialistsjuksköterskan inom intensivvård besitter en unik kombination av kliniska färdigheter, kunskaper och förhållningssätt (European federation of Critical Care Nursing associations, 2013). European federations of critical care nurses association, (EfCCNA) har tagit fram en kompetensbeskrivning för att stödja och möjliggöra professionell och fortsatt utveckling av intensivvårdssjuksköterskor i Europa. Kompetenserna innefattar fyra kategorier; klinik, professionalism, organisation, utbildning och utveckling samt ytterligare underkategorier. Den kliniska domänen syftar till säker intensivvård för patient och närstående genom intensivvårdssjuksköterskans förmåga att identifiera, bedöma omvårdnadsbehov och utifrån det planera omvårdnadsåtgärder. Planering och utvärdering av interventioner samt implementering av ett evidensbaserat arbetssätt. Under professionalism beskrivs kompetens att fatta komplexa beslut och tillämpning av problemlösning i varierade kliniska situationer. Därtill tillämpar specialistsjuksköterskan en yrkesutövning i enlighet med etiska riktlinjer, lagar och förordningar samt ska behärska kommunikation i komplicerade sammanhang, med arbetsteam, patienter och närstående. Kompetens i den organisatoriska kontexten syftar till arbetet på avdelningen, samarbetet med kollegor, samordning, planering och prioritering av arbetsuppgifter. Det innebär också en förmåga till konflikthantering, stresshantering samt korrekt utförd avvikelserapportering. Därtill ska intensivvårdssjuksköterskan arbeta för att upprätthålla en säker, stödjande och lugn vårdmiljö genom medvetenhet om hållbar utveckling, säker hantering av högteknologisk utrustning och läkemedel genom standardiserad kvalitetssäkring av vården. Utbildning och utveckling avser

specialistsjuksköterskans ansvar i sin egen, så väl som andras personliga och professionella utveckling genom tillämpandet av en evidensbaserad vård (European federation of Critical Care Nursing associations, 2013).

I internationell forskning har önskvärda kvaliteter och kompetenser hos intensivvårdssjuksköterskor kategoriserats, med syfte att utveckla en begreppsram för intensivvårdssjuksköterskans kärnkompetenser och kvaliteter baserat på upplevelser från intensivvårdspatienter, närstående och intensivvårdssjuksköterskor (Henriksen et al., 2021). Resultatet presenterar åtta definierade begreppskategorier: tekniska färdigheter (technical skills) och biomedicinsk kunskap, förmåga till interprofessionellt teamarbete, god kommunikationsförmåga till patienter och närstående, skapa delaktighet i vården, relationsbaserad vård som bibehåller patientens självförtroende, skapandet av en god atmosfär med stöttande och uppmuntrande attityd, förtroendeskapande daglig omvårdnad samt konstant och uppmärksam närvaro bedside. Samtliga kvaliteter och kompetenser hos intensivvårdssjuksköterskan beskrivs som essentiella för att skapa förtroende och motivation hos patienter och närstående i syfte att skapa patientsäker och personcentrerad vård. Tekniska färdigheter och biomedicinsk kunskap styrker resonemanget att teknologin och omvårdnad är intimt sammanlänkade inom intensivvården (Crilly et al., 2019). Ett säkert handhavande av medicinteknisk utrustning är en förutsättning för en förtroendeingivande vårdrelation (Henriksen et al., 2021). Professionellt teamarbete avser vikten av entydiga riktlinjer och rutiner samt att personal ger konsekvent information och arbetar mot gemensamma mål i patientvården. Kommunikationen till patienter och närstående bör vara öppen, ärlig, kontinuerlig samt konsekvent information kommuniceras effektivt och upprepat. Vidare betonas vikten av att säkerställa att given information förstås rätt och inte missuppfattas (Henriksen et al., 2021; Pecanac & Schwarze, 2018). Att bedöma och uppfatta förändringar hos en kritiskt sjuk patient kräver uppmärksamhet och närvaro bedside, vilket också ger intensivvårdssjuksköterskan möjlighet att snabbt agera och hjälpa patienten vid försämring samtidigt som det inger trygghet till patient och närstående (Henriksen et al., 2021).

Fundamentals of Care

Specialistsjuksköterskan inom intensivvård har rollen som omvårdnadsansvarig, författarna till detta examensarbete har därför valt att utgå ifrån begreppet fundamental omvårdnad eller fundamentals of care (FoC). Fundamental omvårdnad syftar till de grundläggande omvårdnadsaktiviteter och åtgärder som är nödvändiga för att tillgodose varje människas basala behov, oberoende kliniskt tillstånd eller vårdnivå. Att det är just fundamental omvårdnad, åsyftar hur dessa aktiviteter och åtgärder är centrala i arbetet att göra minsta möjliga skada och verka för en optimal återhämtning för patienten (Kitson et al., 2010). FoC är ett begrepp som återkommer i internationell omvårdnadsforskning de senaste två decennierna, (Avallin et al., 2020; Feo et al., 2018; Feo & Kitson, 2016; Kitson et al., 2019; Kitson, 2018) och har även applicerats till en intensivvårdskontext (Henriksen et al., 2021).

De essentiella grunderna för fundamental omvårdnad innefattar fysiska, psykosociala och relationella aspekter (Feo & Kitson, 2016; Kitson, 2018). De fysiska aspekterna syftar till kroppslig säkerhet i vården, att patienten skyddas från skada i vårdmiljön. Vidare beskrivs komfort vilket innebär att patientens bekvämlighet ska säkerställas, symtom lindras samt sömn och vila tillgodoses. Patientens nutritions- och vätskebehov ska tillgodoses samt hjälp, stöttning och motivering tillhandahållas vid mobilisering. Hänsyn ska tas till patientens personliga preferenser om hygien och utseende. Elimination och kontinens ska beaktas och toalettbehov tillgodoses med hjälp eller assistans vid behov (Feo & Kitson, 2016; Kitson, 2018)

De psykosociala aspekterna innefattar att patientens frågor, bekymmer och frustration bemöts med lugn samt att ljud och intryck från omgivningen minimeras. Patienten ska ges förmåga att hantera sin situation genom uppmuntran att berätta om sina behov, bli genuint lyssnad på och få känsloreaktioner bekräftade. Vården ska möjliggöra för patienten att känna hoppfullhet i sin situation och vård oberoende av kliniskt tillstånd eller chans till återhämtning. Patienten ska känna sig respekterad och dess val i vården, inklusive religiös och kulturell utövning som kan komma att påverka eller påverkas av vården, ska respekteras. Kontinuerlig information ska ges genom enkelt språk anpassat till patienten och involvering i sin egen, föreslagen och pågående, vård där patienten konsulteras och ges möjlighet att bidra till beslutsfattande i vården. Vidare belyses vikten av att bli bemött och behandlad med värdighet, oavsett kön, ålder, sexuell läggning, religionstillhörighet, språklig eller kulturell bakgrund, psykisk sjukdom, funktionsnivå, sjukdom eller skada (Feo & Kitson, 2016; Kitson, 2018).

Den relationella aspekten av fundamental omvårdnad belyser önskvärda förhållningssätt hos yrkesutövarna i mötet med patienten, att vårdpersonalen visar empati, ger förståelse för patientens perspektiv, är ärliga och värnar genuint om hur det går för patienten. Relationen mellan personal och patient ska präglas av respekt, positiv inställning och interaktionen är artig och omtänksam för att inte åsamka skada. Fundamental omvårdnad bygger på att visa medkänsla och medvetenhet om andras lidande, oro, ångest och olycka genom ett känsligt, varmt och vänligt bemötande. Vårdpersonalen ska konsekvent säkerställa en samordnad och oavbruten vård med gemensamt överenskomna och realistiska mål som patienten är fri att förhandla när så önskas (Feo & Kitson, 2016; Kitson, 2018).

Feo och Kitson (2016) menar att det behövs en omvärdering i hur FoC värderas och är något som systematiskt behöver genomsyra omvårdnadsforskning, utbildning, riktlinjer och klinisk praktik. Ovan nämnda författare har föreslagit tre förklaringar till varför fundamental omvårdnad osynliggörs och underskattas; den biomedicinska modellen dominerar den personcentrerade biosociala modellen, hälso- och sjukvården som organisation värdesätter inte vikten av tillgodosedd fundamental omvårdnad samt att sjuksköterskor själva misslyckas att, eller kan inte, värdesätta fundamental omvårdnad. Fundamental omvårdnad som sådan, alltså att hjälpa människor med personliga, ibland intima, omvårdnadsaktiviteter på ett respektfullt och värdigt sätt, kan ses som basal omvårdnad. Hur detta värdesätts påverkar oundvikligen också hur fundamental omvårdnad uppfattas och upplevs och i sin tur utförs av

vårdpersonalen. Den grundläggande omvårdnaden brister i varierande grad inom vården i allmänhet och i synnerhet akutsjukvården vilket antas bero på osynliggörandet och underskattandet av FoC (Feo & Kitson, 2016).

Omvårdnadens betydelse för kritiskt sjuka patienter

Att vårdas inom intensivvården är för de flesta en akut, omvälvande upplevelse som kan vara direkt traumatiserande, likvärdig med tortyr eller övergrepp. Intensivvårdsmiljön är okänd och skrämmande för patienten, med mycket apparater som blinkar och larmar samt tekniska hjälpmedel i en steril miljö (Olsen et al., 2017; Orwelius, 2021). I relation till detta belyses vikten av att intensivvårdssjuksköterskan har evidensbaserad kunskap om omvårdnad kring den komplexa intensivvårdspatienten (Svensk sjuksköterskeförening, 2021).

Omvårdnadsåtgärder eller aktiviteter ska genomföras med värdighet gentemot patienten och litteraturen belyser vikten av en personcentrerad omvårdnad där patienten ses som en person med fysiska, känslomässiga och psykologiska behov och önskemål (Ekman & Norberg, 2021; Halvorsen et al., 2022; Henriksen et al., 2021). Patientens välbefinnande på IVA beskrivs som multidimensionell och inkluderar, fysiska, känslomässiga, relationella samt miljömässiga aspekter vilka oftare beskrivs som hindrande än främjande för välbefinnandet. Därför behöver intensivvårdssjuksköterskan fokusera på den individuella patientens behov av nämnda aspekter. Genom en förtroendefull relation med intensivvårdssjuksköterskan och annan vårdpersonal kan en trygg och säker vårdmiljö skapas. Intensivvårdssjuksköterskan behöver bedöma närståendes roll och funktion från fall till fall, som dels kan stötta och främja patientens välbefinnande, dels bidra till oro och stress (Halvorsen et al., 2021).

Det senaste decenniet har forskning som undersöker fundamental, eller grundläggande omvårdnad fått ett återupplivat intresse (Kitson et al., 2019; Kitson, 2018), därtill har “missed nursing care” (MNC) vilket avser omvårdnad som av olika orsaker fördröjs, uteblir helt eller delvis, blivit erkänt högaktuellt (Bagnasco et al., 2020; Kalisch & Xie, 2014; Pereira Lima Silva et al., 2020). Omfattningen av MNC är svår att bedöma och varierar beroende på forskarnas metod för datainsamling, men faktum kvarstår att MNC inträffar regelbundet och oberoende på land, storlek eller typ av sjukhus (Chaboyer et al., 2021). Konsekvenser av MNC inkluderar sämre vårdkvalitet, mindre patientnöjdhet, minskad arbetstillfredsställelse för sjuksköterskor, ökade negativa patienthändelser, längre vårdtider och ökad återinläggning på sjukhus. Litteraturen beskriver flertalet faktorer som förebygger eller möjliggör MNC så som bemanningstal, arbetsbelastning, materiella resurser, akuta patienttillstånd samt teamarbete och kommunikation (Chaboyer et al., 2021).

Omvårdnadsåtgärder som uteblivit identifieras inte alltid och kan leda till potentiellt allvarliga och negativa konsekvenser för den sjukhusvårdade patienten. Den omvårdnadsåtgärd som oftast uteblir är mobilisering, vilket associeras med ökad risk för lunginflammation, förlängd vårdtid, delirium, smärta och fysiskt obehag (Pereira Lima Silva et al., 2020). Bagnasco et al. (2020) har beskrivit patientupplevelser av MNC vilket belyser otillfredsställda behov som tidigare inte identifierats i litteraturen. I resultatet identifierades fem områden där

omvårdnaden var bristfällig; kommunikation, autonomi och utbildning, personlig sfär, essentiell fysisk omvårdnad samt känslomässig och psykologisk omvårdnad. Den personliga sfären och känslomässig och psykologisk omvårdnad var minst tillgodosedd. Därtill identifierades munvård i egenskap av basal fysisk omvårdnad som undermålig (Bagnasco et al., 2020). Utebliven munvård leder bland annat till motvilja att äta och dricka hos vakna patienter, vilket i sin tur ökar risken för trycksår, men ökar också risken för lunginflammation, i synnerhet för mekaniskt ventilerade patienter (Kalisch & Xie, 2014).

Forskning visar att patienter på IVA har varierande uppfattning om sin delaktighet i vården, från att vara med och styra över situationen till att vara ensam och isolerad (Slettmyr et al., 2022). Patientdelaktighet på IVA beskrevs vara mer än delaktighet i beslutsprocesser gällande vård eller behandling, det belystes också i dialogen mellan sjuksköterska och patient gällande uttryckta behov och önskemål. Genom lyhörddhet, samtal och humor kan intensivvårdssjuksköterskan skapa samhörighet och en förtroendefull relation med patienten som möjliggör en trygg och säker vård. Intensivvårdssjuksköterskan har en mycket viktig roll för omvårdnaden av den kritiskt sjuke patienten där delaktighet är en förutsättning för personcentrerad vård och en förståelse för den individuella patientens behov under vårdtiden (Slettmyr et al., 2022).

Problemformulering

Inom intensivvården är specialistutbildade intensivvårdssjuksköterskor ansvariga för omvårdnaden av kritiskt sjuka patienter. Omvårdnad är sjuksköterskeprofessionens huvudämne och litteraturen beskriver vad som förväntas av intensivvårdssjuksköterskan i professionen och i viss mån hur detta uppnås, samt vilka faktorer som möjliggör eller hindrar ett önskvärt yrkesutövande. Samtidigt som omvårdnad är sjuksköterskans huvudämne belyser litteraturen hur FoC dels nedprioriteras och undervärderas, dels delegeras lättvindigt till annan icke legitimerad personal, vilket kan påverka omvårdnadsprofessionens status. Detta kanske blir särskilt tydligt inom intensivvårdens högteknologiska miljö som tenderar vara medicinskt orienterad, med stort fokus på avancerad medicinteknisk utrustning och övervakning.

Med bakgrund i den komplexa intensivvårdsmiljön anser författarna det vara värdefullt att undersöka hur intensivvårdssjuksköterskan själv ser på sin ansvarsroll i omvårdnaden av kritiskt sjuka patienter, vilket kan ligga till grund för fortsatt omvårdnadsforskning i en intensivvårdskontext, men också som ett led i att stärka professionen och höja dess status. En starkt sammanhållen profession är attraktivt och kan öka allmänhetens intresse för sjuksköterskeyrket och specialistutbildning för redan legitimerade sjuksköterskor. Kvalitativa data som beskriver intensivvårdssjuksköterskors syn på sin yrkesroll är viktig kunskap för både lärosäten som ansvarar för utbildning av specialistsjuksköterskor och för arbetsgivare som ska utforma attraktiva anställningsformer. Det är därför av stort värde att intensivvårdssjuksköterskor med egna ord får beskriva sina levda erfarenheter och uppfattningar av fenomenet.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka intensivvårdssjuksköterskors uppfattning om sin professionella roll som omvårdnadsansvarig för kritiskt sjuka patienter.

Metod

Design

En kvalitativ metod har tillämpats för att bäst svara till syftet med detta examensarbete där berättelser från målgruppen intensivvårdssjuksköterskor har samlats in. I kvalitativa studier växer designen fram under arbetets gång och speglar författarens strävan att undersöka deltagarnas verklighet och uppfattningar gällande ett visst fenomen. Kvalitativ forskningsdesign är flexibel och anpassningsbar till ny information som tillkommer under datainsamlingen. Dessutom genomsyras kvalitativ forskning av en helhetssyn som syftar till att förstå helheten av fenomenet och avsikten är att undersöka det i dess naturliga miljö. I narrativ forskning är det berättelsen som är föremål för undersökning vilket kan beskriva hur personer förstår sina levda erfarenheter. Kvalitativ innehållsanalys lämpar sig bra vid omvårdnadsforskning för att tolka och bearbeta större material med syfte att beskriva upplevelser (Polit & Beck, 2021).

Urval

I detta examensarbete har ett bekvämlighetsurval tillämpats. Bekvämlighetsurval lämpar sig väl när det eftersöks deltagare från en specifik organisation, som i detta fall intensivvårdssjuksköterskor (Polit & Beck, 2021). Vårdenhetschef på respektive enhet tillfrågade intensivvårdssjuksköterskor att delta i undersökningen. Inklusionskriterier var att deltagarna skulle vara kliniskt verksam intensivvårdssjuksköterska. Data som efterfrågades från deltagarna var tid i yrket för att kunna beskriva eventuella likheter och olikheter relaterat till yrkeserfarenhet. Exklusionskriterier var intensivvårdssjuksköterskor som arbetar inom pediatrik intensivvård samt postoperativ vård.

Kontext

Platsen för datainsamling var fem IVA på ett universitetssjukhus i södra Sverige, tre allmän-IVA och två med specialisterriktad vård. De allmänna IVA har 16 respektive fem och sex vårdplatser och vårdar omkring 3000 patienter per år (Svenska intensivvårdsregistret, 2019a). De specialiserade enheterna har 12 respektive åtta vårdplatser och vårdar tillsammans cirka 1600 patienter per år (Svenska intensivvårdsregistret, 2019b). Alla fem avdelningar har tvåbäddrum där vanligtvis en sjuksköterska och en undersköterska ansvarar för två patienter under sitt arbetspass. Varje arbetspass finns även extra personal tillgänglig som resurs vid exempelvis transporter och akuta situationer. Under covid-19-pandemin flyttades många av personalen från sina ordinarie arbetsplatser till de covidenheter som upprättades.

Datainsamling

Data samlades in genom att deltagarna själva fick skriva ner sina berättelser och spara texten på ett tomt USB-minne. Deltagarna blev ombudda att skriva ner en berättelse som berörde en omvårdnadssituation (bilaga 1). Namn och arbetsplats eller känsliga personuppgifter uppgavs inte. Totalt utlämnades 17 USB-minnen till vårdenhetscheferna på fem IVA, varav den största enheten erhöll fem, de andra fyra enheterna fick tre var. På grund av tidsbegränsningen för detta examensarbete, fick deltagarna två veckor på sig innan USB-minnet skulle lämnas åter. USB-minnet lämnades i ett förslutet kuvert märkt med "omvårdnadsstudie" till respektive enhetschef som i sin tur kontaktade studieansvariga som inhämtade berättelserna. Efter att USB-minnena insamlats förvarades dessa tillsammans och blandades väl innan dokumenten öppnades och lästes.

Analys

Data analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Kvalitativ innehållsanalys innebär att narrativa data bryts ned i mindre grupper eller enheter i enlighet med innehållet de representerar i syfte att identifiera framträdande tema eller mönster. Genom induktiv ansats identifierades meningsenheter i texten som sedan kondenserades till mindre meningsbärande enheter som därefter kodades och grupperades i subkategorier och kategorier (Tabell 1). Kondensering innebär att onödiga ord tagits bort från texten utan att textens innebörd har gått förlorad (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2021). De insamlade meningsbärande textenheterna bearbetades systematiskt så de gav nya perspektiv och en ökad förståelse för specialistsjuksköterskors uppfattningar om att leda omvårdnadsarbetet som omvårdnadsansvarig (Graneheim & Lundman, 2004).

Texterna från USB-minnena sammanställdes i dokument och lästes igenom flera gånger av båda författarna. Innehåll från berättelserna som var relevanta för syftet identifierades och diskuterades mellan författarna. Meningsbärande textenheter togs ut i form av stycken eller meningar som sedan jämfördes och diskuterades i relation till författarnas förförståelse om omvårdnadsansvar. De meningsbärande enheterna kondenserades och kodades delvis gemensamt men också var för sig. Därefter grupperades de kodade meningsenheterna efter innehåll, vilket upprepades vid flera tillfällen. Under arbetets gång var det nödvändigt att gå tillbaka till de meningsbärande textenheterna, för att kontrollera att viktig information inte fallit bort och textens innebörd inte ändrats. Slutligen identifierades sex subkategorier och tre kategorier. En kontinuerlig diskussion fördes mellan författarna och handledare under dataanalysen.

Tabell 1. Exempel analysprocess.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Han fick sitta under det japanska trädet som blommade. Hans fru var med. De blev fotograferade	Satt under det blommande trädet med sin fru	Skapa livsmening för patient	Göra gott och göra skillnad	Stolthet och tillfredsställelse i sitt yrkesutövande
Efter 3 månader går hen in på avdelningen på återbesök. Jag får krama hans hand och jag får krama hans fru som jag pratade mycket med den där dagen.	Får krama hans hand och hans fru som jag pratade mycket med den där dagen.	Bekräftelse att jag gör skillnad i mitt jobb	Stimulerande och glädjande	

Förförståelse

Författarna har båda tidigare erfarenhet inom kirurgi som grundutbildade sjuksköterskor, en författare (CH) har 15 års erfarenhet inom intensivvården som undersköterska innan sjuksköterskeutbildningen och därefter 18 år som sjuksköterska, vilket har bidragit till en viss förförståelse kring den avancerade omvårdnaden inom intensivvården. Detta har kontinuerligt diskuterats under arbetets gång och anses vara en fördel i diskussioner som uppkommit under analysen. Författare (CHE) har fem års erfarenhet som sjuksköterska innan specialistutbildning. Båda författarna var placerade på IVA under covid-19-pandemin och hade då arbetsuppgifter i omvårdnaden av intensivvårdspatienterna. Detta har bidragit med förförståelse hos författarna och var det som väckte intresse för specialiseringen inom intensivvård samt examensarbetets ämne.

Etiska överväganden

Innan examensarbetet påbörjades granskades undersökningens design och försökspersoninformation av etikgruppen på institutionen för vårdvetenskap och hälsa på Göteborgs Universitet och godkändes. I enlighet med rådande lag och riktlinjer på Göteborgs Universitet inhämtades godkännande för datainsamling på berörda verksamheter vilket innebar att verksamhetschef för berörda enheter informerades och godkände undersökningen via mailkorrespondens (Etikprövningsmyndigheten, 2021). De tillfrågade intensivvårdssjuksköterskorna erhöll muntlig information om examensarbetet via vårdenhetscheferna som informerats både muntligt och skriftligt från ansvariga för examensarbetet (bilaga 2). Därefter gavs möjlighet till ställningstagande om deltagande. En återlämnad text skriven av intensivvårdssjuksköterskan själv bedömdes vara ett medgivande om deltagande. För att säkerhetsställa att deltagarnas identitet inte kunde härledas till enskild deltagare i samband med datainsamling inhämtades alla USB-minnen av studieansvariga för att sedan blandas innan de öppnades och lästes.

I Helsingforsdeklarationen betonas vikten av bibehållen integritet hos forskningspersonen samt forskarens ansvar att vidta åtgärder för att skydda forskningspersonen mot insyn i

dennes privatliv (World Medical Association, 1964). Trots forskningens goda syfte att generera ny kunskap får detta aldrig ges företräde före försökspersonens rättigheter och intressen. Åtgärder för att minimera riskerna måste genomföras och riskerna måste löpande övervakas, bedömas och dokumenteras av forskaren (World Medical Association, 1964).

Data från alla USB-minnen laddades ner till ett Word-dokument för bearbetning och analys. Dokumentet sparades på lösenordskyddad dator vilken ingen annan än studieansvariga och handledare haft tillgång till. Därefter tömdes samtliga USB-minnen på innehåll. All data kasseras då examensarbetet är färdigskrivet och godkänt.

Risk och nytta

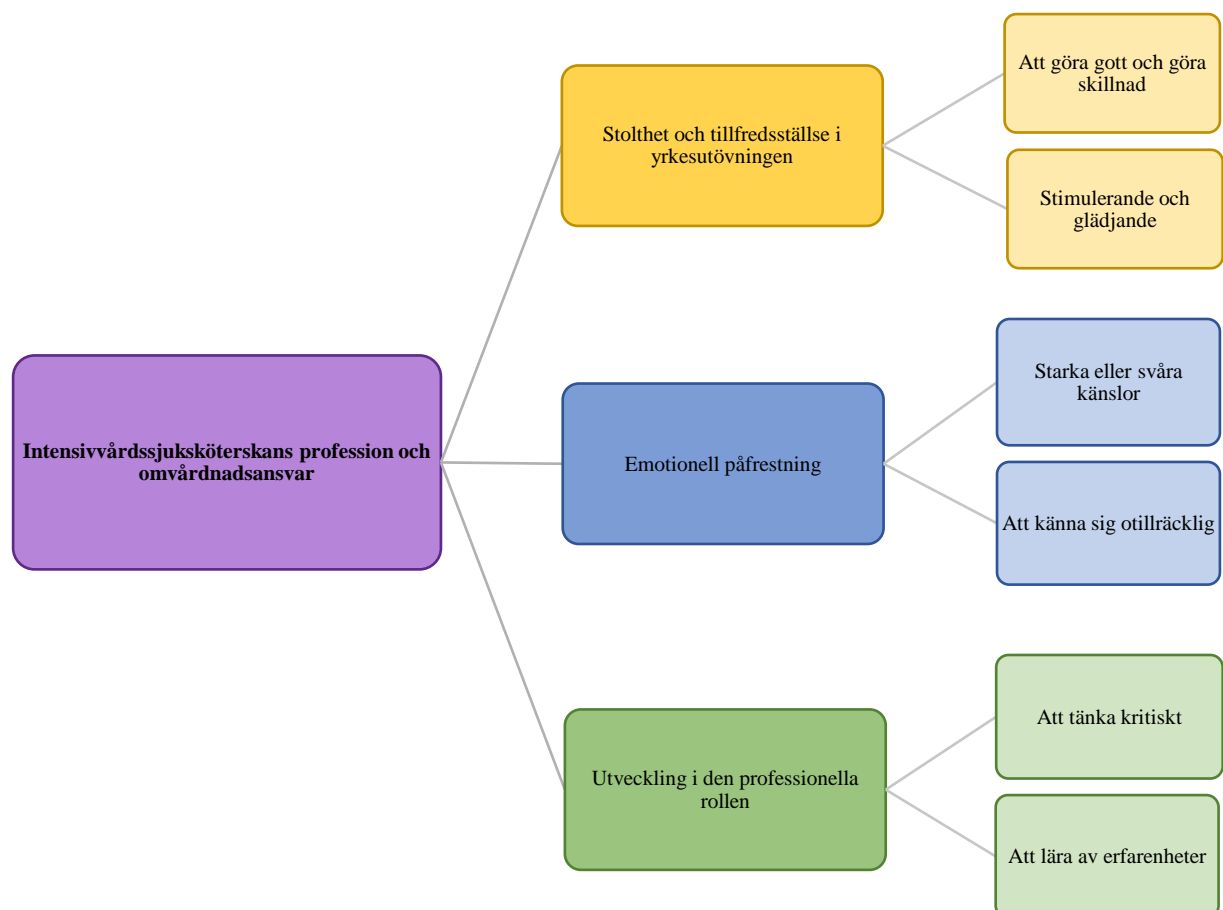
Då studien inte innebär någon intervention eller fysisk undersökning bedömdes det inte finnas risk för fysisk skada, obehag eller smärta för deltagarna. Ingen uppföljning med deltagarna skedde per automatik, men kontakt med studieansvariga kunde tas om behov fanns eller vid önskan att ta del av examensarbetets resultat. Med tanke på att studien efterfrågar en omvårdnadssituation som berört deltagaren skulle det kunna tänkas röra upp känslor kring arbetet, men risken för lidande på grund av detta bedömdes som låg. I händelse av att en deltagare skulle lida psykiska men till följd av deltagandet i examensarbetet, kunde kontakt förmedlas till företagshälsovården via arbetsgivare.

Resultat

Totalt 12 USB-minnen med berättelser från intensivvårdssjuksköterskor återlämnades till författarna. Tre tillfrågade avböjde deltagande och två valde att avbryta sitt deltagande. Samtliga deltagare var yrkesverksamma intensivvårdssjuksköterskor med två till 31 års tid i yrket (Tabell 2). I analysen av resultatet identifierades tre kategorier: *Stolthet och tillfredställelse i sin yrkesutövning*, *Utveckling i sin professionella roll*, samt *Emotionell påfrestning*. Därtill delades kategorierna in i sex underkategorier (Figur 1).

Tabell 2. Deltagarnas yrkeserfarenhet som intensivvårdssjuksköterskor

Deltagare (D)	Yrkeserfarenhet (år)
1	28
2	14
3	5
4	26
5	25
6	12
7	27
8	5
9	14
10	31
11	4
12	2



Figur 1. Översikt kategorier och underkategorier

Stolthet och tillfredställelse i yrkesutövningen

Deltagarna beskrev hur de drevs av en genuin vilja att göra det rätta och det bästa för patienten och när detta lyckades uppstod en känsla av stolthet och tillfredställelse. När intensivvårdssjuksköterskan lyckades tillhandahålla en personcentrerad fundamental omvårdnad som var till gagn för patienten uppgav deltagarna stolthet och tillfredställelse. Intensivvårdssjuksköterskorna beskrev hur den högteknologiska miljön kunde vara ett hinder för att se patienten och flera deltagare belyste vikten av att inte glömma bort patienten bakom all medicinteknisk utrustning. Deltagarna såg sitt omvårdnadsansvar som central i arbetet att ge en god sammanhållen vård där patient och närstående gjordes till medlemmar i vårdteamet. Intensivvårdssjuksköterskorna beskrev sig som ytterst ansvariga för en god omvårdnad och såg sig som beslutsfattare i omvårdnaden av de kritiskt sjuka patienterna. Endast en deltagare beskrev sig inte ha någon egentlig beslutsfattande roll utan såg det snarare som sin uppgift att påverka andras beslut.

Att göra gott och göra skillnad

I texterna framkom att intensivvårdssjuksköterskor såg det som sin uppgift att göra skillnad för patienten. Ett sätt att göra skillnad var att agera advokat eller språkrör för patient och närstående i en för dem främmande, ibland hotfull, miljö. Ett exempel var hur intensivvårdssjuksköterskan ingav lugn och trygghet genom information och lyhörd närvaro bedside vid användning av non-invasiv ventilation. Intensivvårdssjuksköterskornas ansvarsområden beskrevs som mångfacetterade och de kunde därmed göra skillnad på flera sätt. De kunde dels genom trygghet, delaktighet och lindrande av lidande motivera patienterna till återhämtning, alternativt ta ansvar för att skapa ett värdigt slut, i de situationer där inga medicinska åtgärder fanns att göra.

“Gladare och nöjdare patient och anhöriga. Lättare att mobilisera och därmed påskynda tillfrisknandet och skrivs ut till vårdavdelning. Det gör skillnad när vi visar att vi ser hen och respekterar hens önskemål och integritet.” [D9]

Exempel på intensivvårdssjuksköterskors ansvar att bistå med ett värdigt slut för patienten;

”Jag förklarar då att vi inte kan rädda honom utan vi ska ge honom ett värdigt avslut. Bakjouren förstår precis och håller ett lätt käklyft medan vi andra håller patienten i handen och han avlider inom 5 min. Jag var glad att jag stod på mig och att vi inte startade HLR.” [D1]

Flera deltagare uttryckte att det kände en tillfredställelse eller stolthet när de i olika sammanhang förde patienters och närståendes talan. Exempelvis genom närståendekontakt vidarebefordra patientinformation till behandlande läkare, vilket ledde till att avslutande av behandling avvaktades, patienten återhämtade sig och kunde slutligen skrivas hem. Flera av deltagarna beskrev en stolthet över sina omvårdnadsinsatser som genom tillämpning av tekniska och icke-tekniska färdigheter tillgodosåg en personcentrerad fundamental omvårdnad.

“Vid ordination av kylmaskin var jag tydlig med att jag inte tänkte använda den om inte patienten sövdes. I sådana situationer känner jag stolthet över att värna om patienten.” [D6]

Stimulerande och glädjande

Samtidigt som deltagarna beskrev situationer i arbetet som svåra eller uttröttande gav det också bekräftelse och ibland en kick att ha klarat av en svår utmaning. Det framkom att välfungerande teamarbete med god teamkänsla i komplexa situationer bidrog till känslan av att ha en central och viktig roll. Deltagarna beskrev sitt omvårdnadsansvar och sin yrkesutövning som stimulerande och utmanande, samtidigt som det gav bekräftelse på att ens arbete och ansvarsroll kunde göra stor skillnad för patienter och närståendes välbefinnande. I texterna framkom att intensivvårdssjuksköterskan ansågs sig ha ansvar att ligga steget före och genom konkreta omvårdnadsåtgärder förhindra försämring eller lidande, till exempel genom andningsträning och mobilisering för att förhindra intubation. Det poängterades också att det krävdes god förmåga att kunna planera, prioritera samt ha många bollar i luften.

“Vi har fått upp rutin på rummet. Jag känner mig betydelsefull och kunnig. Vi har räddat patienten från döden flera gånger.” [D7]

“Under tiden har man ”peppat” patienten att kämpa vidare till den dag de sitter på sängkanten och tittar upp. Det är en stor vinst att se deras stolthet. Det är sådana omvårdnadsinsatser som gör skillnad för patienter.” [D12]

Flera intensivvårdssjuksköterskor beskrev att vård av svårt sjuka patienter krävde hög kompetens och omvårdnadsansvaret innebar stor kunskap, både medicinsk och omvårdnadsrelaterad. Deltagarna beskrev sin profession som stark och betydelsefull för patientens vård. Kunskap om medicintekniska produkter och bedömningen hur all teknik skulle användas i relation till patienten belystes som ett viktigt ansvarsområde. Fungerande teamarbete och ansvarsrollen som ledare lyftes också som viktig i samband med komplexa omvårdnadssituationer.

“Min upplevelse av att vara patientansvarig intensivvårdssjuksköterska är att man hela tiden måste ha en plan... hela tiden anpassa planen till nya undersökningar och nya ändringar om patienten skulle bli försämrade” [D2]

Emotionell påfrestning

Omvårdnadsansvaret gav emotionella påfrestningar för intensivvårdssjuksköterskan. Det var tydligt att vårdssituationer kunde frammana svåra känslor, exempelvis otillräcklighet eller frustration, när yttre faktorer hindrade intensivvårdssjuksköterskan från att göra sitt yttersta för patienten. Vidare beskrev deltagare hur de helt enkelt blev berörda av specifika patienter eller situationer.

Starka eller svåra känslor

I texterna beskrevs att intensivvårdssjuksköterskorna ofta blev berörda av olika omvårdnadsvårdsituationer. De bemötte känslor som sorg, ledsenhet, frustration och ilska

som kunde uppstå i mötet med närstående som hade svårt att acceptera situationen deras nära befinner sig i. Deltagarna beskrev hur sorg kunde te sig olika beroende på vem som drabbats, hur den drabbats, om personen var förberedd eller ej och hur den drabbades närståenderelationer såg ut, vilket krävde förmåga att härbärgera andras känslouttryck.

“Familjen lade all sin oro, rädsla med mm utanför sig själva och fokuserade detta på den personal som vårdade patienten. Anhöriga tog all tid och allt engagemang i anspråk.” [D4]

Intensivvårdssjuksköterskorna uttryckte medkänsla med ledsna och upprörda patienter som inte kände sig väl behandlade eller som hade det svårt på grund av sjukdomslidande och förlorad livsmening. Medkänslan gick hand i hand med omvårdnadsansvaret exempelvis där en långvarigt sjuk patient vårdades som var deprimerad, vilket gjorde att intensivvårdssjuksköterskan behövde hantera patientens negativa känslor av uppgivenhet. Intensivvårdssjuksköterskor kunde även beröras på det personliga planet, exempelvis då patienten var i samma ålder.

“En dag tar patienten tag i mina kläder och drar mig närmare och mimar att jag ska avsluta hans lidande...” [D11]

Att känna sig otillräcklig

Flera intensivvårdssjuksköterskor beskrev situationer där yttre omständigheter påverkade möjligheten att axla omvårdnadsansvaret. Exempel på detta var hög arbetsbelastning och brist på tid, vilket några deltagare beskrev som extra påtagligt under covid-19-pandemin. Flera deltagare belyste hur närståendekontakten försvårades på grund av pandemins restriktioner och förändrade arbetsförhållanden, vilket gav upphov till en känsla av otillräcklighet.

“Det var mycket svårt att se deras sorg. Tårar och gråt i munskydd och visir och vi som stod i våra skyddskläder utan den vanliga möjligheten att ge det stöd.” [D5]

Intensivvårdssjuksköterskor beskrev sig ansvariga för att tillämpa icke-tekniska färdigheter som samarbete i team, närståendekontakt och samordning med andra instanser och professioner. Värdet av gott samarbete belystes av intensivvårdssjuksköterskan i samband med komplexa omvårdnadssituationer, vilket beskrevs som bristande under covid-19-pandemin. Deltagarna beskrev hur personalgrupper bestående av nya kollegor utan erfarenhet av intensivvård, som tidigare inte tränats i situationer tillsammans, försvårade omvårdnadsarbetet under covid-19-pandemin. Deltagare beskrev även känslor av otillräcklighet i situationer där omvårdnadsansvarig intensivvårdssjuksköterska försökte uppmärksamma läkaren på beslut som bedömdes bygga på bristande underlag. I värsta fall blev intensivvårdssjuksköterskan inte tagen på allvar då läkaren uppmärksammades om omvårdnadsbehovet, vilket ledde till att intensivvårdssjuksköterskan kände sig förminskad och otillräcklig.

“Många gånger känns det som man inte hinner lägga den lilla extra tiden på patienten då vi många gånger är slimmade med personal och/eller att den andra IVA-patienten kräver det mesta av uppmärksamheten...” [D8]

Utveckling i den professionella rollen

Flera deltagare beskrev sin yrkesroll som något som ständigt utvecklades och att utmaningen som omvårdnadsansvarig bidrog till ständig professionell utveckling. Den professionella utvecklingen beskrevs som en del av dagliga arbetet och intensivvårdssjuksköterskorna uppgav sig reflektera i både vardagliga och svåra situationer. Deltagare beskrev hur förmågan att se bortom teknisk utrustning och parametrar för bedömning av patientens kliniska status blev bättre med tiden och större klinisk erfarenhet. Vidare beskrevs hur ett sätt att utvecklas i sin profession var att bidra till andras kunskapsutveckling och att delge konstruktiv kritik i teamet.

Att tänka kritiskt

Ansvar som omvårdnadsansvarig innebar ofta en kombination av konkreta arbetsmoment, eftertanke och koncentration. Flera intensivvårdssjuksköterskor beskrev omvårdnadssituationer där reflektion, eftertänksamhet och kritiskt förhållningssätt under pågående arbete var nödvändigt för att patienten skulle få den vård som behövdes. Komplicerade situationer gav i efterhand en viss ödmjukhet inför det stora ansvar som intensivvårdssjuksköterskan förväntades ta och kunde till och med upplevas som skrämmande. Deltagarna beskrev hur en professionell utveckling bidrog till trygghet i rollen och underlättade beslutsfattandet i omvårdnaden av den kritiskt sjuke patienten.

”Att inte enbart blint lyda alla beslut utan att aktivt ifrågasätta om det känns som löst förankrat eller helt verklighetsfrånvänt.” [D3]

Att lära av erfarenheter

Deltagarna beskrev att erfarenhet i yrket ökade tryggheten när det gällde rollen som omvårdnadsansvarig intensivvårdssjuksköterska. De flesta deltagarna hade en relativt lång erfarenhet inom yrket, men även de med kortast erfarenhet påtalade hur det dagliga arbetet medförde lärdomar och erfarenheter att bära med sig. Deltagarna beskrev hur tidigare erfarenheter tillämpades i omvårdnadsarbetet med motiveringen att det var något som var till gagn för patienten. Det framgick tydligt hur intensivvårdssjuksköterskans såg det som sitt ansvar att dra nytta av varje erfarenhet och att sedan omsätta kunskapen från erfarenheterna i nya situationer för att gynna patienterna.

”Jag har med erfarenhet lärt mig att prioritera, bedöma och åtgärda. Detta har tagit tid men med tekniska färdigheter och icke-tekniska färdigheter kan jag göra en helhetsbedömning som jag tror gynnar vårdandet av svårt sjuka patienter.” [D10]

Diskussion

Metoddiskussion

Resultatets tillförlitlighet påverkas av studiens trovärdighet, pålitlighet, konfirmerbarhet och överförbarhet. Ett sätt att bedöma trovärdighet i en studie med kvalitativ innehållsanalys är

genom noggrann beskrivning av urval och analysprocessen som ger läsaren möjlighet att bedöma tolkningarnas trovärdighet, likaså är presentation av citat från deltagarna ett sätt att höja trovärdighet (Polit & Beck, 2021).

Att vårdenhetscheferna på respektive IVA lämnade ut USB-minnena kan anses som en styrka eftersom det minimerade risken för att studieansvariga kunde påverka vilka som deltog. Risken med att låta någon i chefsposition rekrytera deltagare kan vara att denne endast tillfrågar de som den själv delar värderingar med eller har goda relationer till, vilket då kan påverka resultatet. Att lämna ut identiska USB-minnen till deltagarna som själva skrev ner sina berättelser var ett nytt sätt att samla data. Fördelen var att studieansvariga inte riskerade att påverka deltagaren vilket kunde avspeglas i resultatet (Haydon et al., 2018). En nackdel med att endast analysera skriven text och inte genom fysiska eller digitala möten prata med deltagarna är att nyanser och betoningar i muntliga berättelser etcetera faller bort. Det går heller inte att ställa följdfrågor för att utveckla ett resonemang utan samma öppna fråga har ställts till samtliga deltagare och har således varit öppet för individuella tolkningar vilket kan ses som en svaghet. Samtidigt menar författarna att eftersom deltagarna själva fick välja vad de ville delge är det sannolikt att de beskrev just det som de ansåg vara väsentligt. Det innebär att all text kunde relateras till syftet, jämfört med text från exempelvis intervjuer där mycket text är en annan typ av samtal och inte kan relateras till syftet (Haydon et al., 2018).

Författarna analyserade data tillsammans i nära dialog med handledaren som har erfarenhet av forskning. För att minska risken för påverkan av resultatet relaterat till förförståelsen pågick ständiga diskussioner författarna emellan om den egna förförståelsen vilket också diskuterats med handledaren. Författarnas skillnad i erfarenhet och åldersskillnad anses vara en styrka vilket medvetandegjorde författarnas olika förförståelse (Norberg & Fagerberg, 2017).

Resultatdiskussion

Resultatet visade att intensivvårdssjuksköterskan i allmänhet uppfattade sig som ytterst omvårdnadsansvarig och i synnerhet såg det som sitt ansvar att föra patientens talan och agera språkrör eller advokat för denne. Intensivvårdssjuksköterskan såg sitt omvårdnadsansvar som en viktig och central funktion i vården av den kritiskt sjuke patienten genom att värna patientens bästa. Att känna stolthet och tillfredsställelse i sin yrkesutövning och emotionell påfrestning var de mest utmärkande kategorierna.

Stolthet och tillfredsställelse i yrkesutövningen

Det beskrevs hur intensivvården är en oerhört komplex vårdmiljö och kontext, vilket i sig medförde att patienten lätt glömdes bort. Resultatet visade att intensivvårdssjuksköterskor var både villiga och drivna att axla ansvaret som patients och närståendes språkrör. Detta motiverades med att specialistsjuksköterskan hade en önskan om att göra rätt och göra skillnad för patienten och såg det som sitt ansvar. Tidigare forskning visar att när sjuksköterskor har en hög nivå av ansvarstagande minskar MNC signifikant, vilket också påverkas av avdelningens kultur gällande främjandet av ansvarstagande (Srulovici & Drach-Zahavy, 2017). Detta kräver att ledning och organisation dels uppmuntrar och sätter goda

exempel för en ansvarstagande kultur och miljö, dels tillhandahåller rätt förutsättningar för vårdpersonalen att ta ansvar (Srulovici & Drach-Zahavy, 2017). Tidigare litteratur beskriver hur ett primärt ansvar för intensivvårdssjuksköterskan är att hjälpa patienten i beslutsfattande och skydda dennes rättigheter inom sjukvårdens kontext (Pecanac & Schwarze, 2018). Genom ett patientnära arbete är specialistsjuksköterskan därför rustad för rollen som patientens advokat, vilket bland annat innefattar förmågan att svara på frågor, hjälpa till beslut samt skydda värdighet och integritet. Vidare beskrivs vikten av att göra patientens röst hörd i beslutsfattande kring vården samt att säkerställa att information som delgivits har uppfattats korrekt. Specialistsjuksköterskan leder arbetet för att leverera värdig och mänsklig omvårdnad. Genom att värna patientens autonomi och skapa en god vårdrelation främjas patientens välbefinnande (Pecanac & Schwarze, 2018).

Intensivvårdssjuksköterskans omvårdnadsprofession innebär kunskap och etisk skyldighet att möta patientens fundamentala omvårdnadsbehov och är därför tvungen att leda detta arbete inom hälso- och sjukvården (Avallin et al., 2020; Svensk sjuksköterskeförening, 2017). I vården behövs sjuksköterskeledd omvårdnad och tillämpning av tillgängliga hjälpmedel och ramverk, så som exempelvis FoC, för att möta patienternas fundamentala omvårdnadsbehov och därigenom undvika MNC (Avallin et al., 2020).

I resultatet framgick att intensivvårdssjuksköterskor uppfattar sitt omvårdnadsansvar som något som kunde ge stolthet och tillfredställelse i sin yrkesutövning. Det innebar bland annat att vara nöjd med sitt utförda arbete och att få bekräftelse på att ha gjort skillnad för patienten. Tidigare forskning belyser hur samtal och informationsdelgivande är en förutsättning i skapandet av en förtroendefull vårdrelation, att det är av stor vikt att patient och närstående görs delaktiga i vården och ses som medlemmar i teamet (Avallin et al., 2020; Henriksen et al., 2021). Genom en god daglig omvårdnad skapar intensivvårdssjuksköterskan en förtroendefull relation till patienten. Ur patientperspektivet belyses att sättet sjuksköterskan pratar på, berör och hjälper patienten är ett mått på kompetens. Medkänsla, värme, empati och mjukt handlag uppfattas som viktigt av patienter och närstående. En god atmosfär skapas genom involvering av patient och närstående, uppmuntran genom småprat, humor och delgivning av personliga berättelser. Vikten av att prata kring annat än sjukdomen belyses vara hoppningivande för närstående och patienter. Genom en respektfull vårdrelation upprätthålls patientens självförtroende (Henriksen et al., 2021).

Emotionell påfrestning

Emotionella påfrestningar beskrevs främst i mötet med patienter och närstående men också inom teamet. Dels beskrevs hur intensivvårdssjuksköterskan behöver möta starka och svåra känslor hos patienter och närstående, dels hur omvårdnadsarbetet medförde situationer som berörde vederbörande på ett personligt plan. Det var tydligt att intensivvårdssjuksköterskan strävade efter att bedriva en god etisk omvårdnad men olika omständigheter kunde innebära avsteg från etiska och moraliska värderingar. Slitningar mellan viljan att göra rätt men oförmåga eller bristande förutsättningar för utförandet kan leda till etisk stress vilket också

stärks av tidigare forskning (Altaker et al., 2018). Trots omvårdnadens holistiska natur som syftar till att se patienten som en helhet är MNC som berör psykosocial omvårdnad såsom interaktion, bekräftelse och att ge känslomässigt stöd vanligt förekommande (Mandal et al., 2020). Med omvårdnadens helhetssyn i åtanke kan det lätt förstås varför sjuksköterskor rapporterat om otillfredsställelse med sitt arbete, hög sjukfrånvaro samt tankar på uppsägning från sin arbetsplats, när MNC är en del av arbetet (Cleary-Holdforth, 2019).

Resultatet visade hur påfrestningarna som covid-19-pandemin medförde, fortsatt påverkade intensivvårdssjuksköterskorna. Flera deltagare beskrev situationer från pandemin trots att detta inte efterfrågades specifikt. Dels beskrevs hur omvårdnadsarbetet påverkades i de nya personalsammansättningarna, där oerfaren personal bidrog till ökad arbetsbelastning för intensivvårdssjuksköterskan, dels hur bristande närvaro av närstående och bristande tillfredsställelse av fundamentala omvårdnadsbehov gav upphov till en känsla av otillräcklighet. Detta överensstämmer med internationell forskning kring hur vårdpersonal upplevt och påverkats av pandemin både ur professionell, psykologisk och moralisk aspekt (Moreno-Mulet et al., 2021). Vidare beskrivs hur intensivvårdspersonal vittnar om hur pandemin medförde stora förändringar inom professionen och intensivvårdssjuksköterskor beskriver att kollegor för första gången uppgett sig vilja lämna yrket (Moreno-Mulet et al., 2021). I efterdyningarna av covid-19-pandemin befaras en stor utmaning i att behålla vårdpersonal inom intensivvården, både globalt och nationellt (ICN).

Utveckling i den professionella rollen

Resultatet visade att intensivvårdssjuksköterskorna uppfattade att omvårdnadsansvaret medförde personlig och professionell utveckling. Deltagarna uttryckte stor medvetenhet kring sin kliniska erfarenhet och hur den var till gagn för omvårdnaden av patienten. Det beskrevs också hur tid i yrket och erfarenhet bidrog till ökad förmåga att bedöma kliniska tillstånd hos patienten utan att lägga allt för stort fokus på den högteknologiska utrustningen, vilket också överensstämmer med tidigare forskning (Crilly et al., 2019). Kitson et al. (2019) beskriver hur den tekniska omvårdnaden ofta tar fokus från den fundamentala omvårdnaden, vilket i sin tur riskerar leda till MNC. Vidare argumenteras det för hur FoC bör ligga till grund för all omvårdnad både på organisatorisk nivå som såväl i klinisk verksamhet och på lärosäten.

I tidigare forskning som undersökt intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av överflyttning av intensivvårdspatienter mellan sjukhus (interhospital transport) sågs resultatet överensstämma med detta examensarbete (Karlsson et al., 2020). I resultatet framkom fem teman: det beror på mig; ens vård gör skillnad; att exponeras; att vara beroende av interprofessionella relationer; att utvecklas professionellt. Överflyttning av kritiskt sjuka patienter mellan sjukhus beskrevs som en utmanande uppgift för intensivvårdssjuksköterskor men samtidigt en viktig möjlighet för professionell utveckling. Under transporten var intensivvårdssjuksköterskan ansvarig för patienten, teamarbete med kollegor och hela transportprocessen. Med ökade behov av interhospitala transporter på grund av platsbrist belyser studien en risk för MNC och det poängteras hur intensivvårdssjuksköterskan har en

nödvändig roll för att skydda patienten från skada samt säkerställa en värdig vård (Karlsson et al., 2020).

Flera av de tidigare beskrivna kärnkompetenserna för specialistsjuksköterskor inom intensivvård framkom i examensarbetets resultat. Deltagarna beskrev samverkan i team, säker vård och personcentrerad vård. Något som inte beskrevs ordagrant var informatik, evidensbaserad vård eller förbättringskunskap och kvalitetsutveckling. Det kan diskuteras huruvida utformningen på studiens frågor kan ha påverkat deltagarnas ordval eller om dessa begrepp inte ligger lika nära till hands för intensivvårdssjuksköterskan. Eventuellt kan det förklaras av att de tre förstnämnda är mer integrerade i det dagliga kliniska arbetet, medan de sistnämnda kan ses som något mer abstrakta och inte har en lika självklar plats i det dagliga arbetet.

Slutsats

Intensivvårdssjuksköterskan är med sin specialistkunskap oersättlig och innehar en oumbärlig roll för en högkvalitativ och säker omvårdnad av den kritiskt sjuke patienten. Stora satsningar behöver till för att säkerställa framtidens behov av specialistsjuksköterskor inom intensivvård och kräver kraftanstängningar från politiker och beslutsfattare för att intensivvårdssjuksköterskor ska kvarstanna inom professionen. Exempelvis bör omvårdnad värdesättas som något essentiellt och även omvårdnadsprofessionen bör värdesättas därefter. Både vad gäller förändringar i arbetsmiljö, möjligheter till professionell utveckling, förbättringsarbete i det dagliga omvårdnadsarbetet och resurser som krävs för detta. Genom förbättring av arbetsmiljö, utvecklingsmöjligheter, karriärvägar och löneutveckling kan politiker och beslutsfattare hindra förlusten av intensivvårdssjuksköterskor och motverka en hotande kompetensförlust och dess konsekvenser.

Förslag till fortsatt forskning

Det är av stor vikt att belysa och stärka intensivvårdssjuksköterskans roll och profession då den är oumbärlig för en högkvalitativ vård och omvårdnad av kritiskt sjuka patienter. Det förutspås en framtida stor brist på både grundutbildade och specialistutbildade sjuksköterskor ovanpå den redan existerande bristen, både nationellt och globalt. Covid-19-pandemin har medfört ytterligare påfrestningar på en redan hårt belastad yrkesgrupp och det krävs organisatoriska och politiska åtgärder för att återhämta och återfå en stark arbetsstyrka. Genom grundligare forskning inom området som rör professionens roll och ansvar kan sjuksköterskekollektivet få medel att påverka beslutsfattare och politiker. Det hade dessutom varit intressant att undersöka ett större antal deltagare nationellt för att se eventuella skillnader inom landet och mellan sjukhus.

Kliniska implikationer

Examensarbetets resultat kan med fördel användas av så väl kliniskt verksamma intensivvårdssjuksköterskor för att förstärka och tydliggöra rollen som omvårdnadsansvarig i

arbetet på IVA. Resultatet visar på styrkor inom professionen och talar för att omvårdnaden behöver värderas högre än vad den gör idag. Det kan vara till nytta för lärosäten där specialistsjuksköterskeutbildning inom intensivvård bedrivs och indikerar vikten av att belysa professionens värde. Dessutom kan det ligga till grund för opinionsbildning och påverkan på beslutsfattare och politiker i utvecklingen av hälso- och sjukvården.

Referenslista

- Ainalem, I., & Albinsson, M. (2022). Förbättringskunskap. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Implementering av sjuksköterskors kärnkompetenser* (s. 145-172). Liber AB.
- Altaker, K. W., Howie-Esquivel, J., & Cataldo, J. K. (2018). Relationships among palliative care, ethical climate, empowerment, and moral distress in intensive care unit nurses *American journal of critical care, 27*(4), 295-302.
<https://doi.org/10.4037/ajcc2018252>
- Andersson, A.-C., & Hommel, A. (2021). Kvalitetsutveckling inom omvårdnad. I A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, H. Wijk, & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (Andra upplagan uppl., s. 359-370). Lund: Studentlitteratur.
- Avallin, T., Muntlin Athlin, Å., Björck, M., & Jangland, E. (2020). Using communication to manage missed care: A case study applying the Fundamentals of Care framework *Journal of nursing management, 28*(8), 2091-2102.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12963>
- Bagnasco, A., Dasso, N., Rossi, S., Galanti, C., Varone, G., Catania, G., Zanini, M., Aleo, G., Watson, R., Hayter, M., & Sasso, L. (2020). Unmet nursing care needs on medical and surgical wards: A scoping review of patients' perspectives *Journal of clinical nursing, 29*(3-4), 347-369. <https://doi.org/10.1111/jocn.15089>
- Bergman, L., Falk, A. C., Wolf, A., & Larsson, I. M. (2021). Registered nurses' experiences of working in the intensive care unit during the COVID-19 pandemic *Nursing in critical care, 26*(6), 467-475. <https://doi.org/10.1111/nicc.12649>
- Catania, G., Zanini, M., Hayter, M., Timmins, F., Dasso, N., Ottonello, G., Aleo, G., Sasso, L., & Bagnasco, A. (2021). Lessons from Italian front-line nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative descriptive study *Journal of nursing management, 29*(3), 404-411. <https://doi.org/10.1111/jonm.13194>
- Chaboyer, W., Harbeck, E., Lee, B. O., & Grealish, L. (2021). Missed nursing care: An overview of reviews *The Kaohsiung journal of medical sciences, 37*(2), 82-91.
<https://doi.org/10.1002/kjm2.12308>
- Chamberlain, D., Pollock, W., & Fulbrook, P. (2018). ACCCN Workforce Standards for Intensive Care Nursing: Systematic and evidence review, development, and appraisal *Australian critical care, 31*(5), 292-302. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2017.08.007>
- Cleary-Holdforth, J. (2019). Missed Nursing Care: A Symptom of Missing Evidence *Worldviews on evidence-based nursing, 16*(2), 88-91.
<https://doi.org/10.1111/wvn.12351>
- Crilly, G., Dowling, M., Delaunois, I., Flavin, M., & Biesty, L. (2019). Critical care nurses' experiences of providing care for adults in a highly technological environment: A qualitative evidence synthesis *Journal of clinical nursing, 28*(23-24), 4250-4263.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15043>
- Ekman, I., & Norberg, A. (2021). Personcentrerad vård IA.-K. Edberg, A. Ehrenberg, H. Wijk, & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå : kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (Andra upplagan uppl., s. 49-79). Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I.-L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L.-E., Rosén, H., Rydmark, M., & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-Centered Care — Ready for Prime Time *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working*

- Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 10(4), 248-251. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>
- Eldh, A. C., Ehrenberg, A.-K., & Wallin, L. (2021). Evidensbaserad praktik inom omvårdnad. I A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, H. Wijk, & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (Andra upplagan uppl., s. 261-284). Lund: Studentlitteratur.
- Etikprövningsmyndigheten. (2021, 2021-02-24). *Vad säger lagen?* Hämtad 2022-05-10 från <https://etikprovningmyndigheten.se/for-forskare/vad-sager-lagen/>
- European federation of Critical Care Nursing associations, E. (2013). *EfCCNa Competencies for European Critical Care Nurses*. Hämtad 2022-05-10 från https://www.efccna.org/images/stories/publication/competencies_cc.pdf
- Feo, R., Donnelly, F., Frensham, L., Conroy, T., & Kitson, A. (2018). Embedding fundamental care in the pre-registration nursing curriculum: Results from a pilot study *Nurse education in practice*, 31, 20-28. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.04.008>
- Feo, R., & Kitson, A. (2016). Promoting patient-centred fundamental care in acute healthcare systems *International journal of nursing studies*, 57, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.006>
- Fernández-Castillo, R.-J., González-Caro, M. D., Fernández-García, E., Porcel-Gálvez, A. M., & Garnacho-Montero, J. (2021). Intensive care nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative study *Nursing in critical care*, 26(5), 397-406. <https://doi.org/10.1111/nicc.12589>
- Folkhälsomyndigheten. (2020, 2020-03-11). *Spridningen av covid-19 är en pandemi*. Hämtad 2022-05-10 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/mars/spridningen-av-covid-19-ar-en-pandemi/>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness *Nurse education today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Göras, C. (2022). Implementering av säker vård. I I. Ainalem & M. Albinsson (Red.), *Implementering av sjuksköterskors kärnkompetenser* (s. 45-76). Liber AB.
- Halvorsen, K., Jensen, J. F., Collet, M. O., Olausson, S., Lindahl, B., Sætre Hansen, B., Lind, R., & Eriksson, T. (2022). Patients' experiences of well-being when being cared for in the intensive care unit—An integrative review *Journal of clinical nursing*, 31(1-2), 3-19. <https://doi.org/10.1111/jocn.15910>
- Haydon, G., Browne, G., & van der Riet, P. (2018). Narrative inquiry as a research methodology exploring person centred care in nursing *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, 25(1), 125-129. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.03.001>
- Henriksen, K. F., Hansen, B. S., Wøien, H., & Tønnessen, S. (2021). The core qualities and competencies of the intensive and critical care nurse, a meta-ethnography *Journal of advanced nursing*, 77(12), 4693-4710. <https://doi.org/10.1111/jan.15044>
- International Council of Nurses, I. (2022). *2021 The International Year of the Health and Care Worker and the COVID-19 Pandemic*. Hämtad 2022-05-11 från <https://indd.adobe.com/view/ac3a9cbc-7413-4730-899d-4d823af23695>
- Kalisch, B. J., & Xie, B. (2014). Errors of Omission: Missed Nursing Care *Western journal of nursing research*, 36(7), 875-890. <https://doi.org/10.1177/0193945914531859>
- Karlsson, J., Eriksson, T., Lindahl, B., Schildmeijer, K., & Fridh, I. (2020). Critical care nurses' lived experiences of interhospital intensive care unit-to-unit transfers: A phenomenological hermeneutical study *Intensive & critical care nursing*, 61(102923), 102923-102923. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102923>

- Karlsson, V., Bergbom, I., & Forsberg, A. (2012). The lived experience of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation. A phenomenological-hermeneutic study *Intensive & Critical Care Nursing*, 2012, Vol. 28, Iss. 1, pp. 6-15, 28(1), 6-15.
- Kitson, A., Carr, D., Conroy, T., Feo, R., Grønkjær, M., Huisman-de Waal, G., Jackson, D., Jeffs, L., Merkley, J., Muntlin Athlin, Å., Parr, J., Richards, D. A., Sørensen, E. E., & Wengström, Y. (2019). Speaking Up for Fundamental Care: the ILC Aalborg Statement *BMJ open*, 9(12), e033077-e033077. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033077>
- Kitson, A., Conroy, T., Wengstrom, Y., Profetto-McGrath, J., & Robertson-Malt, S. (2010). SCHOLARLY PAPER: Defining the fundamentals of care *International journal of nursing practice*, 16(4), 423-434. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01861.x>
- Kitson, A. L. (2018). The Fundamentals of Care Framework as a Point-of-Care Nursing Theory *Nursing research (New York)*, 67(2), 99-107. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000271>
- Källberg, A.-S., & Göras, C. (2021). Säker vård. I A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, H. Wijk, & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (Andra upplagan uppl., s. 413-431). Lund : Studentlitteratur.
- Mandal, L., Seethalakshmi, A., & Rajendrababu, A. (2020). Rationing of nursing care, a deviation from holistic nursing: A systematic review *Nursing philosophy*, 21(1), e12257-n/a. <https://doi.org/10.1111/nup.12257>
- Mason, R. (2020, 2020-04-12). *Boris Johnson leaves hospital as he continues recovery from coronavirus*. Hämtad 2022-05-22 från <https://www.theguardian.com/politics/2020/apr/12/boris-johnson-leaves-hospital-as-he-continues-recovery-from-coronavirus>
- Moreno-Mulet, C., Sansó, N., Carrero-Planells, A., López-Deflory, C., Galiana, L., García-Pazo, P., Borràs-Mateu, M. M., & Miró-Bonet, M. (2021). The impact of the covid-19 pandemic on icu healthcare professionals: A mixed methods study *International journal of environmental research and public health*, 18(17), 9243. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179243>
- Norberg, A., & Fagerberg, I. (2017). Fenomenologisk hermeneutik. I B. Höglund-Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (Tredje upplagan uppl., s. 250-261). Lund : Studentlitteratur.
- Olsen, K. D., Nester, M., & Hansen, B. S. (2017). Evaluating the past to improve the future – A qualitative study of ICU patients' experiences *Intensive & critical care nursing*, 43, 61-67. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.06.008>
- Orwelius, L. (2021). Evidensbaserad intensivvård. I A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, H. Wijk, & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå : kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (Andra upplagan uppl., s. 299-307). Lund : Studentlitteratur.
- Pecanac, K. E., & Schwarze, M. L. (2018). Conflict in the intensive care unit: Nursing advocacy and surgical agency *Nursing ethics*, 25(1), 69-79. <https://doi.org/10.1177/0969733016638144>
- Pereira Lima Silva, R., Gonçalves Meneguetti, M., Dias Castilho Siqueira, L., Araújo, T. R., Auxiliadora-Martins, M., Mantovani Silva Andrade, L., & Laus, A. M. (2020). Omission of nursing care, professional practice environment and workload in intensive care units *Journal of nursing management*, 28(8), 1986-1996. <https://doi.org/10.1111/jonm.13005>

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh edition uppl.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Rae, P. J. L., Pearce, S., Greaves, P. J., Dall'Ora, C., Griffiths, P., & Endacott, R. (2021). Outcomes sensitive to critical care nurse staffing levels: A systematic review *Intensive & critical care nursing*, 67, 103110-103110. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103110>
- Rhodes, A., Ferdinande, P., Flaatten, H., Guidet, B., Metnitz, P. G., & Moreno, R. P. (2012). The variability of critical care bed numbers in Europe *Intensive care medicine*, 38(10), 1647-1653. <https://doi.org/10.1007/s00134-012-2627-8>
- Sandberg, H. S., Kvarnström, S., & Carlström, E. D. (2021). Specialistsjuksköterskan i teamet. I A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, H. Wijk, & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (Andra upplagan uppl., s. 175-188). Lund : Studentlitteratur.
- 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, 103119-103119. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103119>
- Socialstyrelsen. (2018). *Kompetensförsörjning och bemanning. Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten*. Hämtad 2022-05-07 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-2-15.pdf>
- Socialstyrelsen. (2022a, 2022-04-05). *Analys av pandemins effekter*. Hämtad 2022-05-11 från <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/pandemins-effekter-pa-vaerden/analys-uppdamda-vaerdbehov-efter-pandemin/>
- Socialstyrelsen. (2022b, 2022-04-05). *Statistikdatabas för hälso-och sjukvård*. Hämtad 20/4 från https://sdb.socialstyrelsen.se/if_per/val.aspx
- Srulovici, E., & Drach-Zahavy, A. (2017). Nurses' personal and ward accountability and missed nursing care: A cross-sectional study *International journal of nursing studies*, 75, 163-171. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.003>
- Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård, S. o. S. I. (2015, 2015-01-28). *Riktlinjer för svensk intensivvård*. Hämtad 2022-04-19 från <https://sfai.se/riktlinje/organisatoriska-rad-och-riktlinjer/intensivvardsorganisation/riktlinjer-for-svensk-intensivvard/>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. <https://www.swenurse.se/publikationer/icns-etiska-kod-for-sjukskoterskor>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2021, 2022-03-24). *Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor inom intensivvård*. <https://www.swenurse.se/publikationer/kompetensbeskrivning-for-sjukskoterskor-inom-intensivvard>
- Svenska intensivvårdsregistret, S. (2019a). *Tertialrapport*. Hämtad 2022-05-21 från <https://portal.icuregswe.org/seiva/TertialRapport>
- Svenska intensivvårdsregistret, S. (2019b). *Utdataportalen*. Hämtad 2022-05-10 från <https://portal.icuregswe.org/utdata/sv/home>
- Svenska intensivvårdsregistret, S. (2020, 2020-12-18). *Patient och närstående*. Hämtad 2022-05-10 från <https://www.icuregswe.org/patient-och-narstaende/Intensiv/>
- Svenska intensivvårdsregistret, S. (2021, 2022-03-17). *Årsrapport 2021*. Hämtad 2022-04-20 från <https://www.icuregswe.org/data--resultat/arsrapporter/>
- Sveriges radio, S. (2020, 2020-07-09). *Sommar i P1*. Hämtad 2022-05-10 från <https://sverigesradio.se/avsnitt/1518779>

Sävenstedt, S., & Florin, J. (2021). Digital vård. I A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, H. Wijk, & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (Andra upplagan uppl., s. 497-523). Lund : Studentlitteratur.

World Medical Association, W. (1964, 2013). *Helsingforsdeklarationen*
<https://slf.se/app/uploads/2018/07/helsingforsdeklarationen.pdf>

Bilaga 1

Information till forskningsperson

Studiens titel: Intensivvårdssjuksköterskors upplevda ansvar i omvårdnaden av kritiskt sjuka patienter och synen på den egna yrkesrollen – en narrativ studie

Vi är två specialistsjuksköterskestudenter inom intensivvård vid Göteborgs Universitet som ska skriva ett examensarbete på magisternivå. Vi söker berättelser från dig som intensivvårdssjuksköterska som är villig att dela med dig av dina erfarenheter kring att ansvara för omvårdnaden av svårt sjuka patienter inom intensivvården.

I följande dokument framkommer information om studien för dig som deltar.

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

Syftet med studien är att, med hjälp av skrivna berättelser, undersöka intensivvårdssjuksköterskors uppfattning om och syn på omvårdnadsansvaret av kritiskt sjuka patienter inom intensivvården. Du blir tillfrågad eftersom du är specialistsjuksköterska inom intensivvård och arbetar med omvårdnaden av kritiskt sjuka patienter.

Inom intensivvården är specialistutbildade intensivvårdssjuksköterskor ansvariga för omvårdnaden av kritiskt sjuka patienter. Intensivvården var redan innan pandemin belastad relaterat till för få vårdplatser på grund av brist på intensivvårdssjuksköterskor. För att hantera det stora antalet svårt sjuka patienter som pandemin medförde tvingades intensivvårdens organisation improvisera när det gällde personalförsörjningen. Intensivvårdssjuksköterskans roll förändrades då personalsammansättningen förändrades. Specialistsjuksköterskan blev många gånger arbetsledare för andra yrkesgrupper och utbildad personal. I samband med detta blev det tydligt hur viktig och central intensivvårdssjuksköterskans roll som omvårdnadsansvarig är.

Vi tror att det är både nödvändigt och viktigt att intensivvårdssjuksköterskor själva får berätta om sina levda erfarenheter av att vara just ansvarig för omvårdnaden av kritiskt sjuka patienter.

Hur går studien till?

Deltagande i studien kommer att innebära att du själv skriver ner en text/berättelse om din upplevelse av ansvaret att vårda kritiskt sjuka patienter på en intensivvårdsavdelning. Beskriv gärna din uppfattning om ditt ansvar och din roll som intensivvårdssjuksköterska i ett avidentifierat patientfall som rör en specifik omvårdnadssituation.

- **Kan du berätta om en specifik omvårdnadssituation som gjort avtryck hos dig i din roll som intensivvårdssjuksköterska? Ge gärna reflektioner om vad situationen har bidragit med för din personliga och/eller professionella utveckling.**
- **Kan du berätta om en omvårdnadssituation där du anser att din ansvarsroll som beslutsfattare i omvårdnaden gjort skillnad för patienten?**

Ange **inte** ditt namn eller arbetsplats utan endast **tid i yrket**.

När du skrivit ner din berättelse, spara den i ett textdokument på det USB-minne du fått i

samband med skriftliga informationen om studien. USB-minnet kommer sedan att inhämtas av studieansvariga. Om du lämnar in en egenskriven text bedöms det som medgivande till deltagande i studien.

Möjliga följder och risker med att delta i studien

Väljer du att delta, får du chansen att dela med dig av dina upplevelser/erfarenheter och bidra till att belysa vikten av din profession. Deltagande kommer inte att innebära någon fysisk risk för dig. Ansvariga för studien bedömer att risken för psykisk skada, smärta eller obehag är mycket låg. Det kan vara känslomässigt att berätta om erfarenheter av komplexa omvårdnadssituationer och vid behov kan psykologiskt stöd förmedlas av din arbetsgivare via företagshälsovården. Du kan när som helst avbryta din medverkan i studien. Om frågor eller funderingar uppkommer är du varmt välkommen att kontakta ansvariga för studien.

Vad händer med mina uppgifter?

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.

Alla deltagare tilldelas identiska och omärkta USB-minnen, för att minska spårbarheten. Efter att USB-minnet innehållande en aidentifierad text, har återlämnats, förvaras det ihop med andra deltagares, så att de inte kan härledas till dig. Alla texter sparas därefter ner till ett dokument på en lösenordskyddad dator som endast studieansvariga och handledare har tillgång till och USB-minnet töms på data. Din berättelse kommer att behandlas så den inte kan läsas av obehöriga. Verksamhetschef och vårdenhetschef på respektive enhet har fått ta del av information om studien och därefter godkänt genomförandet av examensarbetet. Inhämtade data kommer kasseras efter examensarbetet slutförts.

Hur får jag information om resultatet av studien?

Du kan ta del av resultatet efter examensarbetets godkännande, genom att kontakta någon av nedanstående studieansvariga.

Försäkring och ersättning

Ingen ersättning för förlorad inkomst erbjuds.

Deltagandet är frivilligt

När du fått information om studien och dess syfte, bestämmer du själv om du vill delta. Deltagandet i studien är frivilligt och kan när som helst avbrytas. Om du skulle välja att inte delta eller avbryta behöver du inte uppge varför. Önskar du avbryta ditt deltagande i studien, ska du kontakta studieansvariga, var god se nedan.

Ansvariga för studien:

Caroline Hagstedt Engström
Student inom intensivvård vid Sahlgrenska
Akademin Göteborgs Universitet
Telefon: +46 703 94 63 06
E-post: gusengca@student.gu.se

Camilla Hessel

Student inom intensivvård vid Sahlgrenska Akademin
Göteborgs Universitet
Telefon: +46 705 56 55 21
E-post: gusnhelna@student.gu.se

Handledare/Studieansvarig

Lotta Johansson
Specialistsjuksköterska intensivvård
PhD Översjuksköterska
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
NIVA Telefon: +46 708 19 96 64
E-post: lotta.k.johansson@vgregion.se

Bilaga 2

Till berörd Verksamhetschef/vårdenhetschef med anledning av examensarbetet:

Intensivvårdssjuksköterskors upplevda ansvar i omvårdnaden av kritiskt sjuka patienter och synen på den egna yrkesrollen – en narrativ studie

Bakgrund och syfte

Syftet med studien är att, med hjälp av skrivna berättelser, undersöka intensivvårdssjuksköterskors uppfattning om och syn på omvårdnadsansvaret av kritiskt sjuka patienter inom intensivvården.

Inom intensivvården är specialistutbildade intensivvårdssjuksköterskor ansvariga för omvårdnaden av kritiskt sjuka patienter. Intensivvården var redan innan pandemin belastad relaterat till för få vårdplatser på grund av brist på intensivvårdssjuksköterskor. För att hantera det stora antalet svårt sjuka patienter som pandemin medförde tvingades intensivvårdens organisation improvisera när det gällde personalförsörjningen. Intensivvårdssjuksköterskans roll förändrades då personalsammansättningen förändrades. Specialistsjuksköterskan blev många gånger arbetsledare för andra yrkesgrupper och utbildad personal. I samband med detta blev det tydligt hur viktig och central intensivvårdssjuksköterskans roll som omvårdnadsansvarig är.

Hur går studien till?

Ett deltagande i studien innebär att intensivvårdssjuksköterskan själv skriver ner en text/berättelse om hur han/hon upplever ansvaret för vårdandet av svårt sjuka patienter. Övriga data som samlas in är tid i yrket. Vi se gärna att din anställda får tid att skriva sin berättelse på arbetstid. Deltagande kommer få information att deltagande i studien är frivilligt, att det är tillåtet att dra sig ur om de önskar utan att ange skäl samt att det inte utgår ekonomisk ersättning. För att få hjälp med att välja ut lämpliga intensivvårdssjuksköterskor kommer vårdenhetschefen på intensivvårdsavdelningen kontaktas efter att du gett ditt godkännande till ovanstående studie. Samtycke lämnas via mailsvar till avsändare, var god se kontaktuppgifter nedan.

Vad förväntas studien tillföra?

Kvalitativa data som beskriver intensivvårdssjuksköterskors syn på sin yrkesroll är viktig kunskap för både lärosäten som ansvarar för utbildning av specialistsjuksköterskor och för arbetsgivare som ska utforma attraktiva anställningsformer. Resultatet kan förhoppningsvis bidra med kunskap om specialistsjuksköterskans syn på sin egen ansvars- och yrkesroll samt stärka professionen.

Hur hanteras insamlade data?

Efter att intensivvårdssjuksköterskan fått information om studien och dess syfte bestämmer han/hon själv om deltagande. Alla tillfrågade får var sitt identiskt USB-minne där den aidentifierade texten kan sparas, vilket innebär att studieansvariga inte kommer att ha tillgång till personuppgifter.

Den nedskrivna berättelsen kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem.

Ansvariga för examensarbetet:

Caroline Hagstedt Engström
Student inom intensivvård vid Sahlgrenska
Akademin
Göteborgs Universitet
Telefon: +46 703 94 63 06
E-post: gusengca@student.gu.se

Camilla Hessel
Student inom intensivvård vid Sahlgrenska
Akademin
Göteborgs Universitet
Telefon: +46 705 56 55 21
E-post: gusnhelna@student.gu.se

Handledare/Studieansvarig

Lotta Johansson
Specialistsjuksköterska intensivvård
PhD Översjuksköterska
Sahlgrenska Universitetssjukhuset NIVA
Telefon: +46 708 19 96 64
E-post: lotta.k.johansson@vgregion.se