



**Självständigt arbete, 15 hp, för
Kandidatexamen i omvårdnad
VT 2022**

Sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med COVID-19

En allmän litteraturstudie

Ann Dahlqvist och Anna-Stina Högström

Författare

Ann Dahlqvist och Anna-Stina Högström

Titel

Sjuksköterskors erfarenheter att vårda patienter med COVID-19
En allmän litteraturstudie

Engelsk titel

Nurses' experience of caring for patients with COVID-19
A literature study

Handledare

Cecilia Gardsten

Examinator

Gerd Röndahl

Sammanfattning

Bakgrund: I januari 2022 hade mer än 296 miljoner människor i världen blivit smittade av COVID-19 enligt WHO. Detta har medfört en stor belastning på sjukvården. Sjuksköterskor ansvarar för omvårdnaden kring patienten. För att kunna utveckla omvårdnaden i en pågående pandemi är det viktigt att få kunskap om vilka erfarenheter sjuksköterskor har fått av att vårda patienter med COVID-19.

Syfte: Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter vid vård av COVID-19-patienter på sjukhus.

Metod: en allmän litteraturstudie med systematiskt tillvägagångssätt som bestod av både kvalitativa (n=12) och kvantitativa (n=1) studier och publicerade under tiden juli-21 till september -21. Sökningar har skett i databaserna Cinahl Complete, PubMed och PsycINFO. Framtagna studier har analyserats med hjälp av Fribergs tre-steps modell och blev kvalitetsgranskade med hjälp av granskningsmallar från Högskolan Kristianstad.

Resultat: Sjuksköterskor var rädda för att bli smittade eller smitta sin familj, blev socialt isolerade och stigmatiserade. Sjuksköterskor hade stora svårigheter och negativa erfarenheter av att jobba i skyddsutrustning. Sjuksköterskor upplevde varierat stöd från arbetsledning och teamarbete mellan sjuksköterskor stärktes.

Diskussion:

I resultatdiskussion diskuteras tre utvalda resultat utifrån ett arbetsmiljöperspektiv, samhällsperspektiv och vilka skyldigheter arbetsgivaren har gentemot arbetstagaren. Diskussion sker också runt sjuksköterskans etiska, professionella arbetsutövning och kring den personcentrerade omvårdnadsmodellen av McCormack och McCance. Behov finns av bättre kris- och pandemiplaner, lager av skyddsutrustning, bättre organisation för att ta fram information och snabbutbilda sjuksköterskor i infektionsvård och bättre är stöd till sjuksköterskor.

Sökord: Sjuksköterska, erfarenhet, COVID-19 och sjukhus

Innehåll

Inledning	4
Bakgrund	4
Syfte	10
Metod	10
Sökvägar och urval	11
Granskning och analys	12
Etiska överväganden och undersökningens betydelse	13
Förförståelse	13
Resultat	14
Erfarenheter från omvårdnaden av COVID-19 patienter	14
Svårigheter att arbeta i skyddsutrustning	15
Brist på information och kunskap	16
Isoleringsvård och vård av döende patienter	17
Erfarenheter av arbetsmiljö och arbetsledning under pandemin	19
Omplacering, frivilligt och ofrivilligt	19
Arbetsbelastning och ej anpassade lokaler	20
Arbetsledning och teamarbete	20
Erfarenheter av påverkan på sjuksköterskans yrkesroll, yrkesidentitet och privatliv	23
Rädsla för smitta, social isolering och stigmatisering under pandemin	23
Förändringar i yrkesroll och yrkesidentitet	26
Etiska problem och hantering av stress	28
Diskussion	29
Metoddiskussion	29
Resultatdiskussion	32
Slutsats	35
Referenser	36
Bilaga 1	
Bilaga 2	

Inledning

Pandemi definieras en som en epidemi som sprids över hela världen eller över ett mycket stort område, som korsar internationella gränser och vanligtvis påverkar ett stort antal människor (Porta 2008). Ett nytt coronavirus upptäcktes i Wuhan, Kina i slutet av december 2019. Viruset fick namnet SARS-CoV-2 och orsakar sjukdomen COVID-19. Viruset muterar kontinuerligt och finns, i dagsläget, i flera varianter till exempel Alpha, Beta, Gamma, Delta och Omikron. World Health Organization (WHO) klassade utbrottet som en global pandemi i mars 2020 (Internetmedicin, 2021). Globalt har det hittills varit 296 miljoner fall och 5,5 miljoner döda (John Hopskins University, 2022). I Sverige klassade Folkhälsomyndigheten (FHM) COVID-19 som samhällsfarlig sjukdom i februari 2020 (Internetmedicin, 2021). Sedan 2020 har cirka 1,4 miljon har konstaterats med COVID-19 i Sverige (FHM, 2022). Av dom är det 74 000 människor som har vårdats på sjukhus, av dem hade 35,8% en eller flera även andra sjukdomar som hjärt-kärlsjukdom, högt blodtryck, diabetes och/eller lungsjukdom (Socialstyrelsen, 2022). Det är 8 275 personer som blivit intensivvårdade och 15 369 personer har avlidit i Sverige (FHM, 2022).

Bakgrund

Den senaste pandemiutbrottet skedde år 2009 med influensa A(H1N1)pdm09 benämnd i media som 'svininfluensa'. Den kom i två vågor och i augusti 2010 deklarerade WHO att världen var i postpandemisk fas avseende denna influensa (Folkhälsomyndigheten, 2022). Sjuksköterskor och läkares erfarenheter från influensa A(H1N1)pdm09 visade svårigheter att arbeta i skyddsutrustning, brist på skyddsutrustning, oklarheter vilken skyddsutrustning som skulle användas, brist på information om rutiner, rädsla för smitta, brist på personal,

utmattning, behov av stöd och undervisning, stödjande teamarbete och utmanande patientvård (Corley et al., 2010). År 2003–2004 drabbades världen av en epidemi av ett nytt coronavirus i Kina som benämndes som SARS (severe acute respiratory syndrome). Utbrottet orsakade runt 8000 fall, varav 750 dog (Folkhälsomyndigheten.c, 2022). Sjuksköterskors erfarenheter i SARS utbrottet visade känslor som maktlöshet på grund av att sjukdomen var okänd och de inte kunde hjälpa sina patienter på ett kompetent sätt, ovana vid isoleringsrum och skyddsutrustning. platsbrist på sjukhusen, smitta hos hälsovårdspersonal, ryktesspridning, brist på information, ständigt förändringar i rutiner och rekommendationer, rädsla för smitta, engagemang för att bekämpa sjukdomen, förändring i arbetssätt för att vårda patienten och dess närstående (Chung et al., 2004).

COVID-19 sprids framför allt via droppsmitta, inkubationstiden är 2–14 dagar. Vanliga symtom är feber, hosta, andfåddhet, muskel- och ledvärk, extrem trötthet samt lukt- och smakbortfall. Sjukdomen har ofta ett tvåfasigt förlopp där svåra lungsymtom kommer cirka efter en vecka med ett hyperinflammatoriskt tillstånd. Män får oftare allvarigare symtom än kvinnor. Behandlingen vid COVID-19 innebär understödjande terapi som vätska, kortison, trombosprofylax och syrgas. Syrgas ges med grimma, mask, högflödesgromma eller vid behandling med non-invasiv ventilation och invasiv respiratorbehandling. Patienten syresätter sig oftast bättre i sidoläge och framför allt i bukläge än i ryggläge (Internetmedicin, 2021). Patienter som varit inneliggande på sjukhus för COVID-19 beskriver att det var svårt att få information om deras hälsotillstånd och behandling av sjukvårdspersonal för att de var överbelastade. Flera rapporterade ångest, depression, insomningssvårigheter på grund av sjukdomen, att vara isolerad och brist på medicinsk tillsyn. Rapporter om höga dödstal gjorde patienter mer rädda. I början av pandemin rådde det osäkerhet om behandling, patienter hade höga förhoppningar på den behandling de fick och de ville tillfriskna snabbt men var samtidigt oroliga för biverkningar. Patienter var

oroliga för hur det dagliga livet skulle bli efter tillfrisknandet och hur COVID-19 skulle påverka hälsan på lång sikt (Pei et al. 2021). Key et al. (2021) visar i sin studie att patienter förstod varför personalen var tvungna att skydda sig själva genom att använda skyddskläder. Patienter påpekade dock att det var svårt att se personalens ansiktsuttryck och ibland var det svårt att höra vad personalen sa. Trots detta upplevde 66% av de tillfrågade patienterna (n=704) att de hade fått god vård. Nära 2/3 av patienterna kände sig ensamma p.g.a. besöksförbudet på sjukhuset. I stället skedde kommunikationen till de närstående via telefon, sms med mera. I en studie gjord av Bernild et al. (2021) framkom det att närstående kände sig rädda och oroliga när deras närstående blev inlagda på sjukhus. De närstående beskrev att de tog ut sorgen i förskott bara för att förbereda sig på det eventuella dödsfallet. Det framkom också i studien att närstående upplevde det så traumatiskt att inte kunna besöka sina nära och kära på sjukhuset p.g.a. besöksförbudet. I stället fick de hålla kontakten via telefon vilket var en viktig aspekt för de närstående, men det kunde inte ersätta det fysiska besöket.

I hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017) står det att hälso- och sjukvården ska verka för en god och villkorlös vård för hela befolkningen. Den personen som anses vara sjukast ska prioriteras till att få vård först. Vården ska vara av god hygienisk kvalitet, att vården ska tillgodose patientens behov av trygghet, säkerhet och kontinuitet, bygga på respekt för patientens integritet och självbestämmande, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt att vården ska vara lättillgänglig. Enligt Smittskyddslagen (SFS 2004:168) är samhällsfarliga sjukdomar allmänfarliga sjukdomar som kan få en spridning i samhället som innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och som kräver extraordinära smittskyddsåtgärder. Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien (SOSFS 2015:10) gäller för alla verksamheter inom hälso- och sjukvård. Basal hygien omfattar handhygien och

användning av arbetskläder, skyddshandskar och skyddskläder – det vill säga åtgärder som ska tillämpas i den direkta vården och omsorgen för att förebygga vårdrelaterade infektioner. Arbetsmiljöverket skriver i föreskrift om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1) att arbetsgivaren är skyldiga att utreda orsakerna till ohälsa och därefter se till så att ett förebyggande arbete görs för att minska risken för ohälsa i framtiden. Ingen ska riskera att bli skadad, bli sjuk eller avlida p.g.a. sitt arbete. Arbetsgivaren är också skyldig att vidta åtgärder som behövs för att uppnå en tillfredsställande arbetsmiljö så snart det är möjligt. Enligt Arbetsmiljöverket föreskrift om Smittrisker (AFS 2018:4) är det arbetsgivarens ansvar att på arbetsställen där det finns smittrisk ska arbetsgivaren vidta åtgärder för att undvika att smittämnen sprids, och se till att antalet arbetstagare som utsätts för smittämnen hålls så lågt som möjligt. Arbetsgivaren ska se till att arbetstagare får utbildningen innan de börjar sitt arbete och att utbildning och nödvändig information uppdateras vid förändrade risker, samt upprepas regelbundet. Arbetsgivaren ska se till att särskilda hygienåtgärder tillämpas som handdesinfektion och skyddsutrustning. Stress är en påfrestning som människan utsätts för när krav och förväntningar inte är i balans med varandra. Kroppen mobiliserar energi, pulsen höjs, andningsfrekvensen ökar och musklerna spänns. När kraven på arbetsplatsen ökar och den anställde inte får möjlighet till återhämtning, har kontroll över sitt arbete eller inte har stöd från arbetskollaboratorer, går kroppen in i en mobilisering. Effekterna av detta kan bli fysiska, psykiska, beteendemässiga eller kognitiva. Fortsätter detta blir kroppen skör och risken för sjukdomar och skador ökar (Arbetsmiljöverket, 2002). Moralisk stress kan uppstå hos hälso- och sjukvårdspersonal som utsätts för etiska dilemman. Personal kan känna en stor frustration över att omvårdnaden inte blir som önskades, när prioriteringar görs eller beslut som tas som inte känns rätt. Utsätts personal för detta kontinuerligt och ingen tid ges för återhämtning kan det leda till moralisk stress (Larsson et al., 2008). Europeiska arbetsmiljöbyrå (EU-Oscha,

2022) skriver att arbetsrelaterad stress utlöses bland annat av för hög arbetsbelastning, ineffektiv kommunikation, bristande stöd från kollegor och ledning och bristande delaktighet i olika beslut.

International Council of Nurses (ICN) har tagit fram fyra etiska koder som sjuksköterskan ska förhålla sig till inom sin profession. Hen ska verka för att de mänskliga rättigheterna, trosuppfattningar, sedvänjor och värderingar hos patienter, familjer och allmänheten efterlevs. Sjuksköterskan ansvarar för att varje patient får korrekt information som ska ligga till grund för den enskildes vård och behandling. Hen ska också uppvisa professionell kunskap genom att verka respektfullt, vara lyhörd, ha empati, inge trovärdighet och verka för integritet. Sjuksköterskan ska sköta om sin hälsa så att den inte påverkar vården hen utför, hen ska tillgodose sig ny kompetens och utveckling genom att ständigt hålla sig uppdaterad inom den vetenskapliga omvårdnaden. Sjuksköterskan ansvarar därmed för att patientens säkerhet, värdighet och rättigheter inte äventyras. Hen ska verka för ett bra samarbete med övriga yrkesprofessioner och ingripa när detta inte sker för att skydda patienter, deras närstående och allmänhet (SSF, 2022a). Begreppet omvårdnad utgår från en humanistisk syn där människan ses som en del i ett sammanhang samt som aktiv och skapande. Personen som är i behov av omvårdnad ska ses som unik och bemötas personligt utifrån sina förutsättningar. Patienten och närstående ska känna att de är delaktiga, känner trygghet och upplever att de respekteras av omvårdnadspersonalen (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2014). Sjuksköterskor ansvar för och leder omvårdnadsarbetet. Patienten har grundläggande fysiska, psykosociala, andliga och kulturella behov och det är sjuksköterskans ansvar att se till så dessa uppfylls. Sjuksköterskan bör också ha ett helhetsperspektiv på patientens situation och ha kunskap om komplexa behov och problem som kan förekomma inom kommunikation, nutrition,

miktion, andning, cirkulation och personlig hygien. I omvårdnaden av patienten behöver sjuksköterskan ha kunskap om de sex kärnkompetenserna; personcentrerad vård, säker vård, informatik, samverkan i vården, evidensbaserad vård och förbättringskunskap (SFF, 2017). Personcentrerad vård innebär att lyssna på patientens berättelse och mål. Förstå patientens kapacitet, resurser och hinder för att uppnå en god hälsa. Bilda partnerskap med patienten för att utveckla en personlig hälsoplan. Dokumentera och följa upp patientens hälsoplan i journalen (Britten et al., 2020).

McCormack och McCance (2021) beskriver i sin modell kring personcentrerad omvårdnad fyra olika begrepp; *förutsättningar*, *vårdmiljön*, *personcentrerade processer och förväntade resultat*. Den personcentrerade vården innefattar inte bara patienten utan också närstående och personal på avdelning där alla måste vara i dialog med varandra för att omvårdnaden ska fungera. Begreppet *förutsättningar* grundar sig på att sjuksköterskan har utvecklat sociala och mellanmännsliga färdigheter och att ha en god självkänedom. Det handlar också om att sjuksköterskan ska vara professionellt kompetent, lojal mot sitt arbete och kunna visa tydlighet. Den professionella kompetensen innefattar att sjuksköterskan ska kunna fatta beslut och prioritera den vård som är bäst för den individuella patienten samt att ha kunskap i både medicin och medicinteknisk vård. Sjuksköterskan ska kunna kommunicera på olika nivåer, det vill säga genomföra samtal mellan patient-sjuksköterska, närstående-sjuksköterska eller läkare-sjuksköterska. För att kunna göra detta på allra bästa sätt måste sjuksköterskan ha god självkänedom, vara medveten om sina egna övertygelser och värderingar. *Vårdmiljön* fokuserar på att där vården ges finns också en lämplig kompetens bland personalen. Olika kompetenser inom vården är viktig för den enskilde patienten och påverkar den personcentrerade vården. Dialoger mellan alla involverade i vården underlättas om det finns formella system som ständigt ser till så att det finns

möjlighet för nytt lärande, utvärdering av prestationer och att det finns en gemensam styrning. *Personcentrerade processer* innebär att få patienten att förstå vad som händer och låta patienten beskriva vad som värdesätts i livet under sjukhusvistelsen. Sjuksköterskan ska vara engagerad, ha medmänsklig närvaro och hjälpa patienten att ta beslut kring sin vård. Detta är en av de grundläggande principerna inom personcentrerad omvårdnad. *Förväntade resultat* är när tillfredsställelse, delaktighet och engagemang upplevs i vården. En känsla av välbefinnande infinner sig hos patienten och att det har skapats en omvårdande miljö för patienten.

Syfte

Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med COVID-19 på sjukhus.

Metod

Studien genomfördes som en allmän litteraturöversikt med systematiskt tillvägagångssätt. Enligt Friberg (2017) används litteraturöversikt för att skapa översikt över kunskapsläget inom ett visst område eller problem. Kvalitativ forskning ger förståelse för människors upplevelser och erfarenheter. Kvantitativ forskning ger kunskap genom att mäta och jämföra. För denna litteraturöversikt kom både kvalitativa och kvantitativa artiklar att användas för att kunna beskriva sjuksköterskans erfarenheter i COVID-19 pandemin.

Sökvägar och urval

Inklusionskriterier var; empiriska studier som var engelskspråkiga, från hela världen, peer-reviewed, och publicerade 1 juli 2021 - 30 september 2021. Studierna skulle vara etiskt godkända eller att det fanns ett tydligt etiskt resonemang.

En pilotsökning gjordes i Cinahl Complete för att säkerställa att det fanns studier som kunde svara mot syftet. Studier söktes i Cinahl Complete som är en databas för omvårdnad, sjukgymnastik och arbetsterapi. PubMed, som är en databas som täcker medicin, omvårdnad och odontologi. PsycINFO, som är en databas för psykologi och beteendevetenskap och närbelägna områden (Forsberg & Wengström, 2016). Sökord som identifierades i syftet var *sjuksköterska*, *erfarenhet*, *COVID-19* och *sjukhus*. Sökorden översattes till engelska och synonymer och liknande begrepp lades till. Förutom sökorden användes ämnesord från databasernas ämnesordslistor, i Cinahl Complete heter ämnesordsindex - Major headings, PubMed - Mesh och i PsycINFO - Thesaurus. I Cinahl Complete och PsycINFO trunckerades (*) vissa sökord för att få träffar på alla böjningsformer (Friberg, 2017), se bilaga 1. Sökningar gjordes med blocksökningar genom att använda boolesk söklogik med hjälp av sök-operatorerna AND för att koppla ihop olika söktermer och OR för att få sökträffar på någon av eller båda söktermerna. Sökning för *sjuksköterska*, *erfarenhet* och *COVID-19* gjordes i titel och/eller sammanfattning och för *sjukhus* i fritext.

Samtliga träffars titel lästes, sedan sammanfattning på de studier där titeln verkade överensstämma med syftet. Sedan valdes studier ut för läsning av fulltexten och därefter valdes studier ut som svarade på inklusionskriterierna för kvalitetsgranskning (n=13).

Granskning och analys

Högskolan Kristianstads granskningsmall för kvantitativa studier, Beck, I., Blomqvist, K. & Orrung Wallin, A. (2016) och granskningsmall för kvalitativa studier, Blomqvist, K., Orrung Wallin, A. Beck, I (2016) användes för att granska artiklarnas kvalitet och trovärdighet. Granskningen liksom sammanfattning av inkluderade (n=13) presenteras i artikelöversikt, se bilaga 2.

Analysen har gjorts i tre steg med stöd av Friberg (2017). I första steget har studierna lästs flera gånger för att få helhetsförståelse. I det andra steget sammanfattades studiernas resultat och de meningsbärande enheterna togs ut och kodades. I det tredje steget jämfördes likheter och olikheter med varandra och subkategorier och kategorier skapades. Exempel från databearbetningen presenteras i tabell 1.

Tabell 1; exempel från analysen

Meningsbärande enhet	Subkategori	Kategori
Work-related factors, including lack of staff, working long hour shifts, increased workload, and inadequate rest time, were other main factors that led to physical tiredness and psychological burden (Rathnayake et al., 2021, s. 5)	Arbetsbelastning	Erfarenheter av arbetsmiljö och arbetsledning under pandemin
As the COVID-19 wards had to be quickly established, some nurses were involuntarily transferred: I had to meet up (in the COVID-19 ward) with 24 hours warning, then they changed my employment contract again. Actually, I have no choice, I simply can't accept that (A4) (Spect et al., 2021, s. 3011)	Omplacering	Erfarenheter av arbetsmiljö och arbetsledning under pandemin

Etiska överväganden och undersökningens betydelse

Enligt Vetenskapsrådet (2017) innebär god forskningssed att forskaren: talar sanning om sin forskning, medvetet granskar och redovisar utgångspunkterna för sina studier, öppet redovisar metoder och resultat, öppet redovisar kommersiella intressen och andra bindningar, inte stjälar forskningsresultat från andra, håller god ordning i sin forskning, strävar efter att bedriva sin forskning utan att skada människor, djur eller miljö, är rättvis i sin bedömning av andras forskning. Helsingforsdeklarationen antogs år 1964 av World Medical Association (WMA) och innehåller etiska principer för medicinsk forskning som omfattar människor inklusive forskning på identifierbart mänskligt material och data. De viktigaste principerna handlar om att omsorg av individen alltid måste gå före vetenskapens och samhällets intressen, informerat samtycke ska ges av försökspersoner, patientinformation ska behandlas konfidentiellt, deltagarnas privatliv ska skyddas (WMA, 2018).

För denna litteraturöversikt inkluderades studier som hade genomgått etisk prövning eller där det fanns ett tydligt resonemang med etiska principer om informerat samtycke,

Förförståelse

Författarna har följt medias rapportering om pandemin, myndigheternas presskonferenser och vad olika organisationer för sjuksköterskor har skrivit. En av författarna arbetar som telefonsjuksköterska på 1177 och svarar på frågor från allmänheten om till exempel provtagning, smitta och karantän eller hänvisar människor med COVID-19 symtom som behöver bedömning/vård till lämplig vårdnivå. Den andra författaren arbetar som skolsköterska och har fått vara stöd åt föräldrar, elever och skolans ledning när det gäller hygien/smitta och senare omställningen till distansundervisning på grund av covid-19.

Författarna har dock ingen förförståelse när det gäller att vårda patienter med COVID-19 på sjukhus.

Resultat

Resultatet baseras på tolv kvalitativa studier från Danmark (2), Hongkong (1), Indonesien (1), Iran (1), Italien (2), Kina (1), Sri Lanka (1), Turkiet (2), USA (1) och en kvantitativ studie från Israel (1). Resultatet presenteras i tre kategorier med nio underkategorier, se tabell 2. Kategorierna belyser erfarenheter av omvårdnaden av COVID-19 patienterna, erfarenheter av arbetsmiljö och arbetsledning och erfarenheter av påverkan på sjuksköterskans yrkesroll, yrkesidentitet och privatliv under pandemin. Samtliga studier var genomförda under 2020 och belyser starten av pandemin.

Tabell 2; kategorier och subkategorier

Erfarenheter från omvårdnad av patienter med COVID-19	Svårigheter att arbeta i skyddsutrustning Brist på kunskap och information Isolerade patienter
Erfarenheter av arbetsmiljö och arbetsledning under pandemin	Omplacering, frivillig och ofrivillig Arbetsbelastning och ej anpassade lokaler Arbetsledning och teamarbete
Erfarenheter av påverkan på sjuksköterskans yrkesroll, yrkesidentitet och privatliv under pandemin	Rädsla för smitta, social isolering och stigma Förändringar i yrkesroll och yrkesidentitet Etiska problem och hantering av stress

Erfarenheter från omvårdnaden av COVID-19 patienter

Sjuksköterskor hade stora svårigheter med att arbeta i skyddsutrustning, det var brist på kunskap och information om COVID-19 vilket gjorde omvårdnaden svår. Patienter med

COVID-19 blev isolerade och fick inte ta emot besök av närstående, vilket ledde till att sjuksköterskor fick fokusera på att kommunicera, lugna och ge information till patienter. Det var många patienter som dog utan närvaro av närstående vilket gjorde att sjuksköterskor fick ta den rollen och dela ögonblicket med närstående digitalt.

Svårigheter att arbeta i skyddsutrustning

Det var brist på skyddsutrustning i början på pandemin (Akkus et al., 2021; Gunawan et al., 2021; Yildirim et al., 2021). Reglerna för hur och vilken personlig skyddsutrustning som skulle användas sänktes allt eftersom sjukhusen började få brist av det (Chau et al., 2021). Det blev en osäker arbetsmiljö när reglerna för vilken skyddsutrustning som skulle användas berodde mer på vilken utrustning som var tillgänglig än vilket som gav optimalt skydd (Spect et al., 2021). Varje sjuksköterska tilldelades en mask och den fick de använda tills nya kom till avdelningen. De ombads att tvätta och desinficera masken mellan varje patientbesök (Gunawan et al., 2021). Det var svårt och tog tid att få av och på sig skyddsutrustningen speciellt i nödsituationer (Akkus et al., 2021). Om något akut hände med patienter hände det att sjuksköterskor sprang in utan skyddsutrustning (Akkus et al., 2021; Rathnayake et al., 2021; Yildirim et al., 2021). Patienter ringde ibland på för triviala saker och det upplevdes som stressigt för sjuksköterskor för att de då fick ta på sig skyddsutrustningen igen (Akkus et al., 2021). För att spara på skyddsutrustning fick sjuksköterskor prata med patienten via telefon eller walkie-talkie innan de gick in och noga planera vad som skulle göras hos patienten (Chau et al., 2021). Det var svårt att utföra de mest grundläggande omvårdnadsåtgärder, speciellt svårt att sätta perkutan venkateter och ta blodprover då skyddsglasögon och visir immade igen (Akkus et al., 2021; Rathnayake et al., 2021). Patienter kunde inte höra vad sjuksköterskan sa i skyddsutrustningen så istället fick sjuksköterskan ringa upp patienten per telefon och förklara och ge information (Akkus

et al., 2021). Skyddsutrustningen hindrade en god vårdrelation då patienter inte kunde se vilka sjuksköterskorna var (Rathnayake et al., 2021). Det var svårt att få i sig mat, gå på toaletten och att vila i skyddsutrustningen (Zamanzadeh et al., 2021). Skyddsutrustningen var väldigt varm och svettig, gav andningspåverkan, kvävningsskänsla, tryck över bröstet, kräkningar, svimningskänsla, hjärtklappning, huvudvärk, muskelvärk, rodnad, utslag, tryckpåverkan och allergiska reaktioner (Akkus et al., 2021; Rathnayake et al., 2021; Zamanzadeh et al., 2021).

Brist på information och kunskap

I början av pandemin var det brist på evidensbaserad kunskap, läkare visste inte hur de skulle behandla patienter, vilket gjorde omvårdnaden svår då sjuksköterskor inte visste vilka symtom de skulle vara observanta på (Akkus et al., 2021; Zamanzadeh et al., 2021). Sjuksköterskor behövde lära sig åtskilliga nya rutiner och riktlinjer kring omvårdnad, skyddsutrustning och hygienrutiner. Riktlinjer och rutiner ändrades snabbt vilket gjorde att sjuksköterskor hela tiden måste hålla sig uppdaterade (Chau et al., 2021). Sjuksköterskor uppgav att internet var en viktig informationskälla. De såg videor på YouTube och delade och sökte information via grupper på sociala medier (Akkus et al., 2021; Rathnayake et al., 2021), Specialistsjuksköterskor fick i uppdrag att söka studier och lägga upp riktlinjer åt personalen (Akkus et al., 2021). Sjuksköterskor fick lära sig själva genom online kurser, vetenskapliga artiklar, ta hjälp av äldre kollegor och genom teamarbete (Danielis et al., 2021; Rathnayake et al., 2021). Sjuksköterskor betonade hur viktigt det vara med snabb spridning av evidensbaserad information från tillförlitliga källor i meddelanden till personalen från ledningen och på överlämningsrapporter (Chau et al., 2021). Allt eftersom sjuksköterskor lärde sig hur de skulle skydda sig själva och hade erfarenhet av att vårda

patienter med COVID-19 försvann känslan av osäkerhet. De var mindre rädda för att viruset och för hur de skulle vårda patienterna (Spect et al., 2021)

Isoleringsvård och vård av döende patienter

Vissa patienter med COVID-19 förstod inte varför de måste vara isolerade, samarbetade inte och hade bristande följsamhet till isoleringen. Dessa patienter krävde mer kommunikation och mycket information om hur länge de måste vara isolerade (Akkus et al., 2021; Chau et al., 2021). Patienter var rädda, oroliga och hade dödsångest. Äldre och patienter med kroniska sjukdomar var speciellt rädda (Rathnayake et al., 2021). Isoleringen gjorde att patienter kände sig frustrerade, uttråkade och ensamma (Akkus et al., 2021; Chau et al., 2021; Thrysoee et al., 2021; Zamanzadeh et al., 2021). Isoleringen gjorde att närstående ringde ofta till avdelningen vilket ökade arbetsbelastningen (Thrysoee et al., 2021). Fokus på omvårdnad blev att skapa en god vårdrelation till patienten och stötta det mentala välmåendet genom samtal och information och att hjälpa patienten att ha kontakt med närstående genom att använda ny teknik som smartphones och surfplattor och att se till att patienten fick sysselsättning som tv, internet och önskekost (Chau et al., 2021; Danielis et al., 2021). Sjuksköterskor använde mobiltelefoner, intercomsystem och videokameror för att kommunicera med patienter för att minska exponeringstiden (Rathnayake et al., 2021). Sjuksköterskor rapporterade att det var svårt att ge omvårdnad på grund av överbelagda vårdavdelningar och att arbeta i skyddsutrustning. Att ge fysisk omvårdnad och behandling tog så mycket tid att det var svårt att hinna prata med patienten. Vissa patientgrupper som till exempel patienter med demens och Alzheimers var extra svåra att vårda. Syrgasbehandling var svår eftersom patienterna tog av sig prober och syrgasmask och saturationen sjönk och det tog tid för sjuksköterskor att komma in på rummet. Sjuksköterskor hade inte möjlighet att få hjälp av närstående t.ex. vid

matsituationer och fick utföra vårdmoment som att tvätta patienten ensamma (Akkus et al., 2021). På Sri Lanka användes en robot för att skicka in mat och mediciner till patienter vilket var en hjälp. Det begränsade samtidigt vårdrelationen till patienten och sjuksköterskor kompenserade detta med att prata mer med patienten när de till exempel tog blodprov (Rathnayake et al., 2021). Att inte kunna observera om patienter som var isolerade blev sämre eller fick svårigheter med andningen bakom stängda dörrar upplevdes som stressigt, speciellt för nyare sjuksköterskor. För sjuksköterskor innebar det att ha patienter i isolering att de behövde utöva auktoritet, makt och kontroll över patientens liv och autonomi, något som de inte önskade att göra. Sjuksköterskor upplevde det skrämmande att vara den som bestämde om patienten var döende och därför berättigad till att ha närstående hos dom (Thrysoe et al., 2021). Sjuksköterskor bildade djupa och nära relationer med patienter och beskrev att ge omvårdnad till dessa patienter var en ny och annorlunda process. Den negativa prognosen för COVID-19 för vissa patienter skapade en skräckfull atmosfär. Sjuksköterskor blev chockad av att se patienter komma gående till avdelningen för att sedan snabbt bli dåliga och avlida (Akkus et al., 2021). Alla ställdes ansikte mot ansikte mot dödens oundviklighet, alla kunde bli smittade och allvarligt sjuka (Arcadi et al., 2021). Sjuksköterskor fick ändra sitt arbetssätt och blev som familjemedlemmar till döende patienter, de fick sitta hos patienten och dela upplevelsen med patientens familj genom telefon eller surfplatta. Det ökande antalet dödsfall, att dö ensam eller att se vänner, familj och kollegor dö var svåra upplevelser för sjuksköterskor (Kelley et al., 2021). Sjuksköterskor fick ta rollen som familjemedlemmar under isoleringen, att engagera sig mer känslomässigt i patienterna ledde till större trötthet och svårighet att vara empatisk (Arcadi et al., 2021).

Erfarenheter av arbetsmiljö och arbetsledning under pandemin

Under pandemin blev sjuksköterskor frivilligt eller ofrivilligt omplacerade till COVID-19 avdelningar ofta med kort varsel och utan förberedelser. Sjuksköterskor hade en hög arbetsbelastning på grund av stort antal patienter, personalbrist och dåligt anpassade lokaler. Arbetsledningsstöd har varierat, från god stöttning och ledning till dålig kommunikation och koordination. Sjuksköterskors arbetsrätt har nekats eller tagits bort, ekonomiska ersättningar har ibland inte betalats ut. Teamarbetet har varit mycket viktigt och sjuksköterskor har upplevt en ny unik solidaritet med sina kollegor.

Omplacering, frivilligt och ofrivilligt

Covid-19 avdelningar blev snabbt öppnade vilket ledde till att sjuksköterskor blev ofrivilligt omplacerade med kort varsel. Det var svårt att acceptera att de inte hade något val (Spect et al., 2021). De som frivilligt blivit omplacerad beskrev att de ville göra en skillnad för samhället och för patienter, bekämpa COVID-19 viruset, att de kände att det var en kall, en plikt mot nationen, att det var som att gå ut i krig och att vara hjältemodig. De sjuksköterskor som blivit ofrivilligt omplacerade kände sig vilsna, övergivna och förråda. De började tvivla på sin egen kompetens och förmåga och det påverkade deras egenförmåga. (Thrysoee et al., 2021). Sjuksköterskor som blev akut omplacerade kände sig kallade till frontlinjen utan att få tid till förberedelse. Vissa blev väldigt hastigt omplacerade med några timmars varsel. Detta ledde till blandade känslor som rädsla för det okända, att känna sig otillräcklig och okvalificerad. Brist på information ledde till att sjuksköterskor själva fick försöka att lära sig själva och lösa situationer (Danielis et al., 2021). Sjuksköterskor var arga för att de kände att det var orättvist vilka som omplacerades till COVID-19 avdelningar och hur beslutet kommunicerades. Att bli omplacerad utanför sitt kompetensområde ledde till att sjuksköterskor fick anpassa sig till något helt nytt eller

skapa ny ordning i en miljö de inte visste något om (Yildirim et al., 2021). Rädslan för att vara inkompetent var störst hos de sjuksköterskor som blivit omplacerade från helt andra kliniker och det var värst i början av omplaceringen (Spect et al., 2021).

Arbetsbelastning och ej anpassade lokaler

Sjuksköterskor blev trötta och utmattade på grund av långa arbetspass, hög arbetsbelastning, brist på personal och störda sömncykler (Rathnayake et al., 2021; Yildirim et al., 2021). Arbetsbelastningen ökade i takt med att patienterna överväldigade systemet och när sjuksköterskor själva blev utsatta för smitta eller blev sjuka i COVID-19, skapades det mer personalbrist (Kelley et al., 2021). Planerade ledigheter drogs in och det fanns lite eller ingen tid för återhämtning. Schemaändringar gjordes med kort varsel och bidrog till negativa konsekvenser för vardagslivet då sjuksköterskor inte visste när de skulle jobba eller vara lediga (Spect et al., 2021). Vanliga avdelningar som gjordes om till isoleringsavdelningar var inte anpassade för isoleringsvård vilket gjorde det svårt att till exempel ta av och på skyddsutrustning på korrekt sätt (Chau et al., 2021). Sjuksköterskor rapporterade om dåliga lokaler med brist på rum, toaletter och städmaterial (Rathnayake et al., 2021). Den fysiska arbetsmiljön upplevdes som en krigszon (Kelley et al., 2021). Sjuksköterskor utvecklade psykiska och fysiska problem som sömnstörningar, aggression, depression och huvudvärk (Akkus et al., 2021). Negativa känslor som oro, rädsla, frustration, skuld, stress, ångest, traumatiserade och överväldigade. Många av de negativa känslorna var förknippade med utmaningarna i samband med död och döende (Kelley et al., 2021).

Arbetsledning och teamarbete

Sjuksköterskor uppskattade stödet från vårdenhetscheferna, att de upplevde att närmaste chef var expert och använde tidigare erfarenheter av krishantering när de organiserade

covid 19 vården (Rathnayake et al., 2021). Sjuksköterskor fick erkännande av avdelningschefer och ledningen. Speciellt att få stöd av avdelningschef och specialistsjuksköterska framhölls betydelsefullt för hur sjuksköterskor hanterade att vara på en COVID-19 avdelning (Thrysoee et al.,2021). Stöd från ledningen var viktigt, speciellt viktigt att få information om varför vissa beslut togs för att reducera missnöje och negativa känslor (Chau et al., 2021). Sjuksköterskor tyckte att de fick bristande stöd av vårdorganisationen. Vissa berömde ledarskapet och förstod att det fanns begränsade resurser, medan andra var bekymrade och frustrerade av brist på information, personal och utrustning. Sjuksköterskorna tyckte att de blev allt för patienterna och organisationen samtidigt som ledningen behandlade dem som förbrukningsvara. Sjuksköterskor hade ansträngd relation till arbetsledningen på grund av brist på information och transparens i beslutsfattande, upplevd respektlöshet och orättvisa. Detta ledde till misstro och stress (Kelley et al., 2021). Ledningen var osynlig, det saknades klara riktlinjer, sjuksköterskor fick klara sig själva (Arcadi et al., 2021). Sjuksköterskor positiv uppskattning från patienter men inte från chefer, ledningen och myndigheter (Rathnayake et al., 2021). Sjuksköterskor upplevde att de inte fick något stöd från sin egen avdelningschef, de upplevde att de inte blev hörda, förstådda, stöttade och kände sig ignorerade (Thrysoee et al.,2021). Sjuksköterskor berättade att de blivit negativt diskriminerade under pandemin, att deras yrkesrättigheter har blivit nekade och att de blivit utarbetade. De var speciellt missnöjda med lön och arbetsbörda (Akkus et al., 2021). Sjuksköterskor blev hyllade som hjältar men fick inte ut övertid och semesterersättning, inte heller något extra risktillägg (Rathnayake et al., 2021). Sjuksköterskor tyckte att det var orättvist att de inte blivit ekonomiskt kompenserade för deras ansträngningar och risktagande (Spect et al., 2021; Yildirim et al., 2021).

Sjuksköterskor upplevde en ny unik solidaritet med sina kollegor som berodde på att de kunde dela den känslomässig och fysiska utmattningen i de mest svåra stunderna av pandemin, 'alla var i samma båt', de blev mer beroende av varandras olika kompetenser och kunskaper. Klimatet var mer öppet och mindre regelmässigt (Thrysoee et al., 2021). Sjuksköterskor var stolta över teamarbetet med sina kollegor som var en källa till glädje och belöning (Kelley et al., 2021). Stöd och samarbete från sjuksköterskekollegor hade stor betydelse för deras fysiska och psykiska hälsa. Det var viktigt att med samarbete för att lära upp nya kollegor som kom från andra avdelningar (Chau et al., 2021).

Sjuksköterskor upplevde stöd och tröst inom sjuksköterskegruppen för att de kunde dela den känslomässig och fysiska utmattningen i de mest svåra stunderna av pandemin (Arcadi et al., 2021). Sjuksköterskor upplevde en ny sammanhållning och ömsesidig solidaritet med andra yrkesgrupper. Gränserna till andra yrkesgrupper suddas ut och alla arbetade mot ett gemensamt mål tillsammans med patienter. Både patienter, sjuksköterskor och andra yrkesgrupper stöttade varandra (Akkus et al., 2021; Arcadi et al., 2021). Det blev spända relationer till andra yrkesgrupper på grund av ömsesidig brist på kunskap, tillit och förtroende. Det krävdes ansträngningar i att skapa gemensam vårdstandard eftersom det skiljde sig från olika avdelningar (Danielis et al., 2021). Läkare och andra yrkesgrupper gick inte in till patienterna vilket ledde till ansträngda relationer (Akkus et al., 2021, Kelley et al., 2021). Sjuksköterskor kände sig inte respekterade, blev arga och kände att de var som en förbrukningsvara. Även om de förstod behovet av att begränsa exponering av personal tyckte de inte att tillräckliga åtgärder hade tagits för att skydda sjuksköterskor mot smitta (Kelley et al., 2021).

Erfarenheter av påverkan på sjuksköterskans yrkesroll, yrkesidentitet och privatliv

Sjuksköterskor var rädda för att bli smittade och att smitta sin familj. Rädsla för smitta sin familj ledde till att många sjuksköterskor valde att isolera sig och inte bo hemma. Att vara isolerad från sin familj påverkade sjuksköterskors privatliv. Många sjuksköterskor upplevde stigmatisering från både familj, vänner, grannar och allmänheten. Under pandemin uppmärksammade sjuksköterskor att deras profession var viktig, kände sig stolta över att vara med och bekämpa COVID-19 och tyckte att de vuxit i sin yrkesroll och yrkesidentitet, fått ny kunskap och självsäkerhet. Sjuksköterskor var med om svåra etiska situationer och hade olika sätt för att hantera stress.

Rädsla för smitta, social isolering och stigmatisering under pandemin

Den första reaktionen när pandemin startade var panik på grund av smittspridning av COVID-19, brist på information om sjukdomen, svårigheter att få fram skyddsutrustning och osäkerhet om framtiden (Akkus et al., 2021). De flesta sjuksköterskor beskrev starten på pandemin som ett våldsamt nedslag som ledde till känslor som otillräcklighet och hjälplöshet, brist på information om viruset och hur de skulle ta hand om patienter (Arcadi et al., 2021). Sjuksköterskor upplevde brist på personlig skyddsutrustning och isoleringsavdelningar som den största utmaningen i starten av pandemin, vanliga känslor var frustration och maktlöshet (Chau et al., 2021). Att vårda svårt sjuka patienter med en ny sjukdom med okända faktorer och med nya kollegor gjorde att sjuksköterskor kände sig pressade och osäkra i starten på pandemin. De visste inte vad som skulle möta dem under dagen och om deras kompetens skulle räcka (Spect et al., 2021). Sjuksköterskor kände intensiv rädsla och ångest under starten av pandemin (Yildirim et al., 2021). I starten på pandemin undanhölls information om att patienter med covid-19 var inlagda på sjukhuset.

Detta plus att antalet patienter ökade, rädslan för smitta för sig själv och familjen och den stora mediabevakningen av covid-19 gjorde sjuksköterskor stressade och distraherade från vården. Vissa sjuksköterskor vägrade att gå in till patienter med COVID-19 (Zamanzadeh et al., 2021). I början kände sjuksköterskor ångest och rädsla för att bli smittad eller smitta andra (Akkus et al., 2021). De flesta kände stor oro och ångest över att eventuellt ta hem smittan till nära och kära och valde därför att självisolera sig (Arcadi et al., 2021). Många sjuksköterskor bodde på hotell för att inte smitta sin familj. De kände sig ensamma och isolerade från sina vänner och familj. Sjuksköterskor var rädda för smitta när de vårdade patienter, speciellt i högrisk procedurer (Chau et al., 2021). Sjuksköterskor upplevde att covid-19 var en skrämmande sjukdom, att de hade högre risk att bli smittade och att det var oundvikligt. Medias rapportering av att hälsoarbetare dog av sjukdomen i världen förvärrade rädsla för smitta. Sjuksköterskor var rädda för att smitta sin familj och isolerade sig, detta upplevdes outhärdligt speciellt att inte få träffa sina barn. (Rathnayake et al., 2021). Sjuksköterskor var rädda för att göra misstag, för att inte kunna hantera situationen med medkänsla och empati, att själv bli smittad eller smitta sin familj. Vissa sjuksköterskor beskrev att deras partner och vänner inte ville träffa dem p.g.a. risk för att bli smittad. Andra isolerade sig från sin familj och bodde någon annanstans. Sjuksköterskor beskrev att det var svårt för barnen att förstå varför deras mamma inte kom hem och det gjorde dem rädda och otrygga. För ensamstående mammor som inte hade någon som kunde ta hand om deras barn var det extra stressfullt p.g.a. rädslan att smitta sitt barn (Thrysoee et al., 2021). Sjuksköterskor isolerade sig och bodde inte hemma för att förhindra smitta till familjen. Det ledde till stress hos familjemedlemmar, en nedgång i barnens resultat i skolan och rädsla att situationen skulle hålla på länge (Zamanzadeh et al., 2021). Sjuksköterskors isolering från sina föräldrar och barn ledde till stress att inte kunna hjälpa och stötta sin familj. Sjuksköterskor vidtog många åtgärder för att inte smitta sin familj och andra. De

bodde någon annanstans eller i ett separat rum därhemma. De städade mer och tvättade sina uniformer i höga temperaturer (Akkus et al., 2021). Sjuksköterskor som arbetade på COVID-19-avdelning fick inte lov att gå hem efter arbetsdagens slut. I stället blev de satta i karantän för att inte sprida smittan vidare. Detta ledde till att vissa sjuksköterskor inte hade träffat sin familj på över tre månader och saknaden var stor (Gunawan et al., 2021). Arbetsbelastningen fortsatte efter slutet av skiftet för många sjuksköterskor. De var tvungna att byta kläder, tvätta extra, desinficera sina hem, hemundervisa sina barn och vidta extra försiktighetsåtgärder med äldre vuxna familjemedlemmar som bodde hos dem. (Kelley et al., 2021). Stigmatiseringen att bli ansedd som en infektionsrisk gjorde sjuksköterskors isolering värre. Sjuksköterskor märkte att folk höll avstånd och de som vanligtvis inte hade masker hade det om de närmade sig (Akkus et al., 2021). Vissa var rädda att bli socialt avvisade av sina vänner, att bli ansedda som 'smutsiga' p.g.a. sin arbetsplats, detta resulterade i negativa känslor och tankar (Chau et al., 2021). Deras vänner, kollegor och familj tog avstånd och vägrade att prata med dem eftersom de var rädda för att bli smittade av viruset. Många upplevde också att sjuksköterskor som arbetade på andra vårdavdelningar på samma sjukhus undvek dem för att inte bli smittade av COVID-19. Sjuksköterskor ville inte att allmänheten skulle få veta deras identitet på grund av rädsla för att människor skulle ta avstånd och att något skulle hända deras familj (Gunawan et al., 2021). Sjuksköterskor upplevde att familj, vänner, annan hälsovårdspersonal, grannar och allmänheten tog avstånd från dem, att de blev behandlade som att de hade COVID-19. Även butiker, taxi, avvisade dem. De undvek att berätta att de arbetade på en COVID-19 avdelning (Rathnayake et al., 2021). Sjuksköterskor fick beröm i samhället och i media, stöd från familj och vänner. Samtidigt tog människor i samhället avstånd från dem och behandlade dem som infekterade när de åkte taxi eller var på offentliga platser, en del släkt och vänner bröt kontakten. Sjuksköterskor som blev smittade av covid-19 uppgav falsk

adress då myndigheter kom och desinficerade byggnader, trappor och andra ställen och de vara rädda för vad grannarna skulle tycka (Zamanzadeh et al., 2021). I en studie av Benbenishty et al. (2021) uttryckte 38,4% av deltagande sjuksköterskor (n=247) att de var rädda för att smitta sin familj och 43,3% uttryckte att deras familj var rädd för att bli smittade via dem. Sjuksköterskor uttryckte att personer höll fysiskt avstånd till dem såsom partner (5,3%), familjemedlem (11%), grannar (20,4%) och allmänheten (32,9%). Sjuksköterskor uttryckte ensamhet (22,6%) men 24,4% kände stöd från allmänheten. Vid mätning av sinnesstämning uttryckte 45,7% att de kände sig nedstämda, 71% rapporterade extrem, mycket eller ganska mycket depression och 54,2% uttryckte utmattning. Statiska skillnader fanns på generellt sämre välmående på de som arbetade på COVID-19 avdelning ($p = 0.046$) och de uppvisade högre grad av social isolering ($p = 0.001$) jämfört med de som inte arbetade där.

Förändringar i yrkesroll och yrkesidentitet

Sjuksköterskor uppfattade att deras profession var avgörande för framgången av behandlingen av COVID-19 och att detta uppmärksammades av organisationen och media (Arcadi et al., 2021). Sjuksköterskor blev medvetna om sitt värde i pandemin, att de var nyckelpersoner (Spect et al., 2021). Sjuksköterskor förstod hur viktiga de var för att få kontroll på COVID-19, de kände sig stolta och glada att ha deltagit i vården och kände att deras värde hade blivit bekräftat. De tyckte att det fanns en bättre förståelse för deras yrke nu (Zhang et al., 2021). Sjuksköterskors arbete på en covid-19 avdelning gjorde skillnad och gav en känsla av tillfredsställelse och att vara del i något större (Spect et al., 2021). Trots rädsla för smitta kände sjuksköterskor ett starkt professionellt ansvar att bidra till kampen mot pandemin och hade tro till deras förmåga att skydda sig själva och andra. De arbetade hårt för att ta hand om sin egen hälsa och använda skyddsutrustning,

infektionskontroll och förbereda och planera alla vårdinsatser (Chau et al., 2021). Sjuksköterskor hade en yrkesidentitet sen innan pandemin och tog avstånd från rollen som hjältinnor (Arcadi et al., 2021). Sjuksköterskor rapporterade att de hade vuxit i sin yrkesroll genom att de fick ny kompetens, ökade sin förmåga att ta självständiga beslut och stärktes i sin yrkesidentitet (Danielis et al., 2021). Sjuksköterskor upplevde att arbetet på en COVID-19 avdelning stärkt dem professionellt och personligt. De hade lärt sig vårda svårt sjuka patienter med covid-19 och hanterat den extrema situationen (Spect et al., 2021). Sjuksköterskor tyckte att de utvecklats personligt och professionellt (Yildirim et al., 2021). Sjuksköterskors kunskaper i omvårdnad hade stärkts efter att ha arbetat på en covid-avdelning och de var inte lika rädda för att ta hand om akut sjuka och infekterade patienter. De tyckte att de hade blivit bättre på kommunikation och professionellt självförtroende och att de hade tränat och stärkts psykiskt så att de kände sig säkrare att hantera liknande nödsituationer i framtiden. De kände sig stolta och glada över att ha jobbat på en COVID-19 avdelning, att de hade gjort sin plikt att vårda de sjuka och rädda de döende. (Zhang et al., 2021). Sjuksköterskor önskade bevara minnet av pandemin trots svårigheter och smärta eftersom de ansåg att upplevelsen var viktig för deras professionella och privata liv (Arcadi et al., 2021). Sjuksköterskor uttryckte att upplevelsen av att komma tillbaka till sin egen avdelning efter den första vågen av COVID-19 var en lättnad eller upplevde det som väldigt påfrestande och stressigt. Ett fåtal sjuksköterskor uttryckte att de inte var samma sjuksköterska eller person efter att de kommit tillbaka till sin egen avdelning. De upptäckte att de inte längre hade samma energi och kände att de inte hörde hemma (Thrysoee et al., 2021). Sjuksköterskor hade 4 månader efter att ha arbetat på COVID-19 avdelning återkommande ofrivilliga minnen från isoleringsavdelningen, rädslan för smitta och patienter som dog. När sjuksköterskor återvände till sina ordinarie arbeten var negativa känslor som skuld och depression vanliga. Sjuksköterskor ångrade sig att de hade arbetat

på COVID-avdelning (Zhang et al., 2021). Sjuksköterskor ifrågasatte sitt yrkesval och ville inte längre fortsätta utan sluta så fort som möjligt (Yildirim et al., 2021).

Etiska problem och hantering av stress

Sjuksköterskor beskrev olika moraliska dilemma som till exempel konflikt mellan att ge patienten rätt omvårdnad och att då utsätta sig själv för smitta/fara. Att inte veta vad som var etiskt eller inte ledde till frustration och ångest. Sjuksköterskor kunde inte arbeta som de brukade med till exempel döende patienter p.g.a. nya rutiner för att skydda personal och familj mot smitta, detta ledde till moralisk stress. Sjuksköterskor utsattes för svåra etiska situationer där de inte kunde vårda patienter på så sätt som de ansåg var rätt (Kelley et al., 2021). Sjuksköterskor beskrev att deras stöd kom från kollegor, arbetskamrater, familj, vänner och grannar. Yngre sjuksköterskor fick hjälp av äldre. Familjen uppmuntrade dem att arbeta och hjälpte till att ta hand om deras barn. Sjuksköterskor lyfte fram att de utövade sin religion och fann styrka i den (Rathnayake et al., 2021). Stöd och support kom från grannar, familj och vänner, men också från allmänheten. Meddelande skickades till sjuksköterskor via sociala medier, brev och telefon (Zamanzadeh et al., 2021). Stöd från familj, vänner och support från andra sjuksköterskor var nödvändigt för deras mentala hälsa, för att lindra oro och ångest (Chau et al., 2021). Beroende på sjuksköterskors intressen försökte de hantera stress genom att läsa, promenera, trädgårdsarbete, be, titta på dokumentärer, skriva dagbok, lyssna på musik, chatta, prata i telefon, göra pilates, lägga pussel och dansa. En sjuksköterska hade börjat röka, en annan hade skrivit sitt testamente. Många sjuksköterskor anpassade sig snabbt till situationen efter att pandemin hade startat (Akkus et al., 2021). Sjuksköterskor hanterade stress genom att ta hand om sig själv på flera sätt hemma, ägna sig åt sina husdjur, träna, äta näringsrikt, meditera och försöka distansera sig från allt med COVID-19. Genom kamrattstöd på jobbet och genom teamarbete utanför

jobbet som att träna tillsammans online och prata om andra saker än COVID-19. Över tid fungerade detta sämre, deltagarna beskrev att de kände sig traumatiserade. Sjuksköterskor beskrev att de börjat missbruka, undertrycka känslor, distansera sig känslomässigt och försöka 'begrava' traumat. Sjuksköterskor hade sökt hjälpt med terapi och medicinering (Kelley et al., 2021). Sjuksköterskor med psykosociala svårigheter var medvetna om att de behövde hjälp men det fanns ingen hjälp att få (Akkus et al., 2021). Det var brist på handledning för de som behövde det (Rathnayake et al., 2021). Sjuksköterskor betonade vikten av att få handledning för emotionellt stöd (Yildirim et al., 2021).

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med en metoddiskussion är att visa att trovärdigheten i litteraturstudien har kunnat säkerställas genom hela skrivprocessen. Det är betydelsefullt att ha ett kritiskt förhållningssätt och diskutera styrkor och svagheter (Henricson, 2017). Trovärdigheten i studien beskrivs och diskuteras via fyra begrepp: tillförlitlighet (credibility), verifierbarhet (dependability), pålitlighet (confirmability) och överförbarhet (transferability) (Polit & Beck, 2017).

Med tillförlitlighet menas att studiens resultat överensstämmer med verkligheten och att studien undersöker det som avsågs (Shenton, 2004). Sökningar gjordes i databaserna Cinahl Complete, PubMed och PsycINFO som inriktar sig på forskning inom omvårdnad, medicin och psykologi (Forsberg & Wengström, 2016). Att söka i flera databaser stärker trovärdigheten då det ökar chansen att hitta relevanta studier (Henricson, 2017). Ingen manuell sökning har gjorts på grund av stort antal träffar i databaserna, vilket kan vara en

svaghet. Relevanta sökord för studien har använts och översattes till engelska med översättningsprogram. Sökningarna gjordes i block med fritext, trunkering och ämnesord för att få så exakt sökning som möjligt. Dubbletter hittades i Cinahl Complete och i PsychINFO vilket styrker tillförlitligheten av sökningen. På grund av för stort antal träffar tidsbegränsades sökningen till tre månader; 1 juli-30 september 2021 för att hitta ett hanterbart antal studier till litteraturöversikten. Detta kan vara både en styrka då det är aktuella studier och en svaghet i att tidsperioden blir för kort. Studierna som valdes ut var peer-reviewed och granskades med granskningsmallar som stärker tillförlitligheten i studierna. Båda författarna har läst och granskat studierna och haft tät telefonkontakt för att diskutera dem. Alla studier har varit på engelska vilket inte är författarnas modersmål vilket kan vara en svaghet då vissa begrepp ibland kan vara svåra att översätta och förstå. Andra studenter, handledare och examinator har granskat litteraturstudien på handledningar och seminarium under arbetets gång vilket stärker tillförlitligheten.

Begreppet verifierbarhet innebär att visa att om studien upprepas i samma sammanhang, med samma metoder och med samma deltagare skulle liknande resultat erhållas (Shenton, 2004). I den här litteraturstudien redovisas inklusionskriterier och sökningarna i databaserna redovisas i sökscheman. Analysen är gjord i tre steg med inspiration från Friberg (2017) och är beskriven. Tabell finns för att visa exempel från analysen. Författarna har genomfört analysen först för sig själva och sedan jämfört och diskuterat resultatet, vilket stärker verifierbarheten.

Pålitlighet är en bedömning att resultaten i studien är deltagarnas sanning och inte författarnas tolkning/fördomar. En beskrivning av författarnas förförståelse finns redovisad i litteraturstudien, ingen av författarna har förförståelse i hur det är att vårda patienter med COVID-19, det kan vara både en styrka att inte vara färgad av hur det är på ens arbetsplats och en svaghet eftersom det då är svårare att bedöma att resultatet är

rimligt. Sjukvården skiljer sig från olika länder i kapacitet och personalstyrka och pandemin har slagit till olika hårt men författarna blev förvånade hur lika resultatet blev trots detta. Båda författarna har deltagit i såväl sökprocess som analysprocess som sedan diskuterades över telefon minst en gång i veckan. I resultatet redovisas ett par studier från Turkiet, Iran och Kina. Författarna diskuterade om dessa studier var pålitliga då full yttrandefrihet inte råder i dessa länder och om dessa studier blivit förskönade för att läsaren skulle uppleva att ländernas hälso- och sjukvårdspersonal inte blivit lika hårt drabbade som deras kollegor i de andra länderna. Författarna valde ändå att ha studierna med i resultatet eftersom de har blivit publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Det fanns kritik mot att till exempel det inte är tillåtet med fackföreningar i Turkiet och att myndigheterna inte informerade att det fanns COVID-19 patienter på sjukhuset i Iran och studierna hade likvärdigt resultat med de andra studierna vilket stärker pålitligheten (Polit & Beck, 2017).

Sista begreppet är överförbarhet och förklaras med att studiens innehåll kan överföras till andra liknande verksamheter eller grupper (Polit & Beck, 2017). Studier från 10 olika länder har använts och detta stärker överförbarheten. Sociodemografiska fakta finns inte redovisat i alla studier vilket sänker överförbarheten. Kontexten vårdavdelning, infektionsavdelning och COVID-19 avdelning kan överföras till Sverige och andra länder, då sjukvårdsorganisationer har tvingats till omorganisation och öppna speciella COVID-19 avdelningar för att kunna hantera det stora antalet patienter. Alla deltagare är sjuksköterskor vilket stärker överförbarheten men det finns skillnader mellan utbildning och arbetsvillkor vilket kan sänka överförbarheten. Pandemin har spridit sig över världen under kort tid vilket stärker överförbarheten då studierna är gjorda under samma tid.

Resultatdiskussion

Utifrån de studier som har inkluderats har det framkommit tre områden som centrala i sjuksköterskors erfarenheter. Det första området är sjuksköterskors egen rädsla för att bli smittade, användningen av skyddsutrustningen samt stödet från kollegor och arbetsledning.

I majoriteten av studierna (n=13) är sjuksköterskor rädda för att bli smittade eller att smitta sin familj, blir socialt isolerade och utsatta för stigmatisering. I en tidigare studie som beskrev sjuksköterskors erfarenheter kring att vårda patienter med MERS, visade det sig att sjuksköterskor upplevde en stor rädsla för att själva bli smittade eller att ta hem smittan till familjen. Studien visade också att sjuksköterskor blev utsatta för negativa kommentarer från familj och vänner (Kang et al., 2018). I en annan studie som gjordes av Lee, Hong och Park (2020) under SARS-epidemin som pågick i Korea 2015 kom författarna fram till att sjuksköterskor kände sig stressade och att de ofta hade en känsla av ovisshet gällande sjukdomens förlopp. I denna studie framkom att sjuksköterskor ofta kom i konflikt med sig själva eftersom de satte omvårdnaden av den sjuke patienten i första hand trots stor rädsla för att bli smittade. Detta överensstämmer med McCormack och McChance (2021) teori om personcentrerad vård om engagemang och vilja hos sjuksköterskan för att kunna ge den bästa vården för patient och närstående. Detta kan dock leda till en krock inom vårdteamet på avdelningen och göra så att sjuksköterskan känner att hen kämpar i motvind vilket i sin tur kan leda till besvikelse och missnöje över vården som ges. Enligt WHO (2021) har 80000–180000 sjukvårdspersonal avlidit i COVID-19. ICN (2020) påpekar i sin studie från att minst 1 000 sjuksköterskor i 44 länder runt om i världen har avlidit till följd av COVID-19. I en delrapport från Folkhälsomyndigheten (2021) framkom det att 3,082 sjuksköterskor per 100 000 personer blev smittade av COVID-19 i Sverige. Enligt WHO:s rapport (2020) har de flesta länder bra patientsäkerhet och förebygger infektioner men bristande arbetsrätt för vårdpersonal.

Enligt Arbetsmiljölagen är arbetsgivaren ansvarig för att se till så långt det är möjligt att arbetstagaren inte utsätts för ohälsa eller olycksrisk på sitt arbete. Enligt Smittskyddslagen (2004:168) ska förebyggande åtgärder vidtas för att inte smittspridning ska ske. I samband med COVID-19-utbrottet konstaterade WHO (2020) att risken för att smittas med COVID-19 ökade markant om vårdpersonal arbetade på en högriskavdelning för COVID-19-patienter, om COVID-19-smitta konstaterades sent hos patienten, långa arbetsdagar för personal, brist eller felaktig användning av skyddskläder och minskade åtgärder och kontroller av infektioner samt bristande handhygien. Något som kan kopplas samman med rädslan för att bli smittade är den bristande tillgången på och användningen av skyddsutrustningen. Sjuksköterskor upplever många svårigheter med skyddsutrustningen. Det är svårt att kommunicera med patienten, det hindrar vårdrelationen och sjuksköterskor påverkas starkt fysiskt. En annan aspekt av att behöva använda skyddsutrustning är att sjuksköterskor inte har möjlighet att få sina basala behov tillgodosedda. Det kan vara som att gå på toaletten, ta en paus för att äta och dricka eller för vila. Många vittnar också om att det inte ges någon utbildning i hur en skyddsutrustning ska sättas på. I stället får sjuksköterskor lita på sina arbetskamrater eller titta på internet för att få den kunskapen. I enlighet med WHO (2020b) rekommendationer ska all hälso- och sjukvårdspersonal ges adekvat utbildning i hur skyddsutrustning ska användas innan kontakt med smittade patienter. I Patientlagen (2014:821) står det bl.a. att patienten har rätt till information kring vård och behandling samt att patient och närstående ska vara delaktiga i vården. God omvårdnad bygger på mellanmänniska färdigheter såsom kommunikation mellan patient och sjuksköterska. Iförd skyddsutrustning kan inte sjuksköterskan förmedla det hen vill och patienten kan få det svårt att uttrycka sina önskemål eftersom hen inte ser eller hör sjuksköterskan. Detta leder till en dålig kommunikation och patientens utsatthet ökar (McCormack & McCance,

2021). Arbetsmiljöverket (2022) kräver att arbetsgivaren ska stå för adekvat skyddsutrustning som också ska vara godkänd inom Europeiska unionen (EU). Arbetsgivaren är också skyldig att tillgodose att varje arbetstagare får utbildning i hur skyddsutrustningen ska användas.

Resultatet i litteraturstudien visar att stödet från arbetsledning till sjuksköterskor varierar. På vissa avdelningar tvingas sjuksköterskor att gå in på rummen ensamma eftersom ingen annan, till exempel läkare eller fysioterapeuter inte vill gå in till patienterna. Detta skapar naturligtvis osämja på vårdavdelningarna. Däremot visade resultatet att en dålig arbetsledning gjorde att det kollegiala stödet stärktes sjuksköterskor emellan. Trots denna positiva utveckling lämnade naturligtvis pandemin stora, negativa spår hos sjuksköterskor. Viktiga aspekter inom vården är att sjuksköterskor har inflytande och kontroll över det egna arbetet. Detta kan leda till att stressen inte påverkar arbetet, utan det blir positivt att gå till arbetet trots stora påfrestningar. Finns medmänskligt stöd d.v.s. trygghet, närhet, känsla av att vara omtyckt och känsla av tillhörighet kan konflikter och osämja undvikas på arbetet (Arbetsmiljöverket, 2002). Socialstyrelsen (2022b) skriver att omvårdnadsarbetet inte ska utföras ensamt utan vara ett kollegialt samarbete olika professioner emellan. Ett bra teamarbete medför en ökad patientsäkerhet. McCormack och McCance (2021) bekräftar i sin modell att vårdteam på avdelning måste sträva efter samma mål inom den personcentrerade vården. Finns det motsättningar inom vårdteamet kommer detta att avspeglas på omvårdnaden kring patienten. I ICN:s etiska koder (SSF 2022a) står det att det är sjuksköterskans ansvar att se till att patient och närstående skyddas när andra medarbetare handlande riskerar att påverka den sjukes hälsa. Det framkommer också i HSL (2017:13) att verksamhetsledningen är skyldig att se till så att det finns en god kontakt mellan patienten och sjukvårdspersonalen.

Det har publicerats många studier om sjuksköterskors och annan sjukvårdspersonal erfarenheter men det behövs göras systematiska översiktsstudier för att sammanställa resultat för ökad generaliserbarhet/överförbarhet. Det behöver forskas på hur sjuksköterskor mår efter en längre tid, d.v.s. om ett till två år efter att pandemin har försvunnit. Utifrån vad författarna till den här litteraturstudien har sett, behövs forskning kring vad svenska sjuksköterskor har för erfarenheter kring att vårda COVID-19-patienter. Det behövs också forskning om bättre skyddsutrustning, pandemiberedskap, arbetsledning under kriser och utbildning om infektionsutbrott.

Slutsats

COVID-19 pandemin pågår fortfarande. Det är uppenbart att mycket behöver förbättras inför eventuellt nästa pandemi. Bättre kris- och pandemiplaner för sjukvården, lager av skyddsutrustning, bättre organisation för att hantera snabba omställningar i vården, bättre organisation för att ta fram information och snabbutbilda sjuksköterskor i infektionsvård. Ett annat behov som också behöver bli bättre är stöd till sjuksköterskor när det gäller tillfällig bostad, transporter, livsmedel, psykologiskt stöd och handledning.

Referenser

(*) = ingår i resultatet.

*Akkuş, Y., Karacan, Y., Güney, R. & Kurt, B. (2021). Experiences of nurses working with COVID-19 patients: a qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 00, 1-15.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15979>

Arbetsmiljöverket. 2002. *Systematiskt arbetsmiljöarbete mot stress*.
<https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/bocker/systematiskt-arbetsmiljoarbete-mot-stress-bok-h351.pdf>

Arbetsmiljöverkets föreskrift *Systematiskt arbetsmiljöarbete mot stress (AFS 2001:1)*
<https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/systematiskt-arbetsmiljoarbete-foreskrifter-afs2001-1.pdf>

Arbetsmiljöverkets föreskrift *Smittrisker (AFS 2018:4)*.
https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/smittrisker_afs_2018_4.pdf

Arbetsmiljöverket. (16 februari 2022). *Personlig skyddsutrustning som skydd mot covid-19*. <https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/sjukdomar-smitta-och-mikrobiologiska-risker/smittrisker-i-arbetsmiljon/coronaviruset/personlig-skyddsutrustning-som-skydd-mot-covid-19/#3>

*Arcadi, P., Simonetti, V., Ambrosca, R., Cicolini, G., Simeone, S., Pucciarelli, G., Alvaro, R., Vellone, E. & Durante, A. (2021). Nursing during COVID-19 outbreak: A phenomenological study. *Journal of nursing management*, 29(5), 1111-1119.
<https://doi.org/10.1111/jonm.13249>

Beck, I., Blomqvist, K. & Orrung Wallin, A. (2016b) *HKR:s granskningsmall för kvantitativa studier*. Högskolan Kristianstad

*Benbenishty, J., Ashkenazy, S., Avital Lev Dov, I., Jakobsen, L., Kolpak, O. & Ganz DeKeyser, F. (2021). Nurses' perceptions of social rejection, resilience and well-being during COVID-19: a national comparative study. *Journal of Clinical Nursing*, (00), 1-9. <https://doi.org/10.1111/jocn.16034>

Bernild, C., Missel, M., Dagarayan, I., Christensen, W., S. & Berg, K., S. (2021). In the Eye of the Hurricane - A Qualitative Study on What Is at Stake for Close Family Members to Patients Hospitalized with COVID-19. *American Journal of Nursing Science*, 10(4), 201-210. <https://doi.org/10.11648/j.aajns.20211004.11>

Blomqvist, K., Orrung Wallin, A. Beck, I (2016a). *HKR:s granskningsmall för kvalitativa studier*. Högskolan Kristianstad.

Britten N, Ekman I, Naldemirci Ö, Javinger M, Hedman H, Wolf A (2020). Learning from Gothenburg model of person centred healthcare *BMJ* 2020; 370 [doi:10.1136/bmj.m2738](https://doi.org/10.1136/bmj.m2738)

*Chau Chun Pak, J., Lo Shan Hoi, S., Saran, R., Leung Yau Ho, C., Lam Yu Kwun, S. & Thomson R, D. (2021). Nurses' experiences of caring for people with COVID-19 in Hong Kong: a qualitative enquiry. *BMJ Open*, 11(8), Artikel e052683. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052683>

Chun B, Wong T, Suen E, Chung J. (2005). SARS: caring for patients in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing* 14 510–517. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01072.x>

Corley A, Hammond N, Fraser J, (2009). The experiences of health care workers employed in an Australian intensive care unit during the H1N1 Influenza pandemic of 2009: A phenomenological study. *International Journal of Nursing Studies*, 47(5) 577-585. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.11.015>

*Danielis, M., Peressoni, L., Piani, T., Colaetta, T., Mesaglio, M., Mattiussi, E. & Palese, A. (2021). Nurses' experiences of being recruited and transferred to a new sub-intensive care unit devoted to COVID-19 patients. *Journal of Nursing Management*, 29(5), 1-10. <https://doi.org/10.1111/jonm.13253>

Folkhälsomyndigheten. (31 januari 2022). *Förekomst av covid-19 i olika yrkeskategorier – delrapport 2*.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/2196ac08bde24bc4bc7d4abfd6775001/forekomst-covid-19-olika-yrkeskategorier-delrapport-2.pdf>

Folkhälsomyndigheten. (7 januari 2022). *Antal fall av covid-19 i Sverige*. [FOHM Covid-19](#)

Folkhälsomyndigheten. b. (23 februari 2022). *Pandemisk influensa*. [Pandemisk influensa — Folkhälsomyndigheten \(folkhalsomyndigheten.se\)](#)

Folkhälsomyndigheten.c. (23 februari 2022). *Sjukdomsinformation om coronavirus inklusive sars, mers och covid-19*. [Sjukdomsinformation om coronavirus inklusive sars, mers och covid-19 — Folkhälsomyndigheten \(folkhalsomyndigheten.se\)](#)

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (4 uppl.). Natur & kultur.

Friberg, F (Red.). (2017). *Dags för uppsats Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (upplaga 3). Studentlitteratur.

*Gunawan, J., Aunguroch, Y., Marzilli, C., Fisher L, M., Nazliansyah. & Sukarna, A. (2021). A phenomenological study of the lived experience of nurses in the battle of COVID-19. *Nursing outlook*, 69(4), 652-659.
<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.01.020>

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Socialdepartementet.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag_sfs-2017-30

International Council of Nurses (31 januari 2022). *Protecting nurses from COVID-19 a top priority: A survey of ICN's national nursing associations*
<https://www.icn.ch/news/new-icn-report-shows-governments-are-failing-prioritize-nurses-number-confirmed-covid-19-nurse>

Internetmedicin. (27 maj 2021). *Covid-19*.

<https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/infektion/covid-19/>

John Hopkins University. (7 januari 2022). *Covid-19 Dashbord*.

<https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/dashboards/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>

Kang, S. H., Son, D. Y., Chae, S-M. & Corte, C. (2018). Working experiences of nurses during the Middle East respiratory syndrome outbreak. *International Journal of Nursing Practice*, 24, 1-8. <https://doi.org/10.1111/ijn.12664>

*Kelley, M. M., Zadvinskis M. I., Miller S. P., Monturo, C., Norful A. A., O'Mathúna, D., Roberts, H., Smith, J., Tucker, S., Zellefrow, C. & Chipps, E. (2021). United States nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A grounded theory. *Journal of Clinical Nursing*, 00(15), 1-14. <https://doi.org/10.1111/jocn.16032>.

Key, T., Kulkarni, A., Kandhari, V., Jawad, Z., Hughes, A. & Mohanty, K. (2021). The Patient Experience of Inpatient Care During the COVID-19 Pandemic: Exploring Patient Perceptions, Communication, and Quality of Care at a University Teaching Hospital in the United Kingdom. *Journal of Patient Experience*, 8, 1-6.

<https://doi.org/10.1177%2F2374373521997742>

Larsson, G., Nilsson, S. & Waaler, G. (2018). Moralisk stress - professionella möten med moraliskt laddade situationer. *Necesse*, 3,(1), 32-37. <https://doi.org/10.21339/2464-353x.3.1.32>

Lee, J. Y., Hong, J. H., & Park, E. Y. (2020). Beyond the fear: Nurses' experiences caring for patients with Middle East Respiratory Syndrome: A phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(3349–3362). <https://doi.org/10.1111/jocn.15366>.

McCormack, B., & McCance, T. (Red).(2021). *Personcentrerade arbetssätt inom vård - teori och praktik*. (1 uppl.). Studentlitteratur.

Patientlagen. (SFS 2014:821). Socialdepartementet.

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Pei H, Wu Q, Xie Y, Deng J, Jiang L, Gan X. A Qualitative Investigation of the Psychological Experiences of COVID-19 Patients Receiving Inpatient Care in Isolation. *Clin Nurs Res.* 2021 30(7):1113-1120. doi: [10.1177/10547738211024807](https://doi.org/10.1177/10547738211024807)

Porta, M (Red.). (2008). *A Dictionary of Epidemiology* (upplaga 5). International Epidemiological Association. https://books.google.se/books?id=s7R-MLMyEgwC&printsec=frontcover&hl=sv&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Polit, D.F., Beck, C.T. (2017). *Nursing research. Generating and assessing evidence för nursing practice* (10 uppl.). Wolters Kluwer.

*Rathnayake, S., Dasanayake, D., Maithreepala, D. S., Ekanayake, R. & Basnayake, L. P. (2021). Nurses' perspectives of taking care of patients with Coronavirus disease 2019: A phenomenological study. *Plos One*, 16(9), Artikel e0257064. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257064>

Shenton, A, K. (2004). **Strategies** for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information* 22(2004), 63–75.

Smittskyddslagen. (SFS 2004:168). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/smittskyddslag-2004168_sfs-2004-168

*Specht, K., Primdahl, J., Jensen, H.I., Elkjaer, M., Hoffmann, E., Boye, L.K. & Ravnborg-Thude, B. (2021). Frontline nurses' experiences of working in a COVID-19 ward - a qualitative study. *Nursing open*, 8(6), 3006–3015. <https://doi.org/10.1002/nop2.1013>

Socialstyrelsen. (7 januari 2022a). *Vård och covid-19. Faktablad- Statistik om slutenvårdade patienter med covid-19.* <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistik-om-covid-19/statistik-om-slutenvard-av-patienter-med-covid-19/>

Socialstyrelsen. (16 februari 2022b). *Ledarskap, team och individ.* <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/arbetsakerhet/sakerhetskultur/ledarskap-team-och-individ/>

Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg (SOF 2015:10).

Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmannah-rad/2015-5-10.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (24 maj 2021). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.*

<https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (12 februari 2022a). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor.*

<https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns%20etiska%20kod%20f%C3%B6r%20sjuksk%C3%B6terskor%202017.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (12 februari 2022b). *Omvårdnad och god vård.*

<https://www.swenurse.se/download/18.5c16b8c4176843245032c40c/1609769547454/Omv%C3%A5rdnad%20och%20god%20v%C3%A5rd.pdf>

Systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1). Arbetsmiljöverket.

<https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/systematiskt-arbetsmiljoarbete-foreskrifter-afs2001-1.pdf>

*Thrysoe, L., Dyrehave, C., Christensen, H.-M., Jensen B, N. & Nielsen S, D. (2021). Hospital nurses' experiences of and perspectives on the impact COVID-19 had on their professional and everyday life - A qualitative interview study. *Nursing Open*, 00, 1-10. <https://doi.org/10.1002/nop2.1053>

Vetenskapsrådet (2017). *God forskningssed*. <https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2017-08-29-god-forskningssed.html>

World Health Organization. (16 februari 2022). *WHO calls for healthy, safe and decent working conditions for all health workers, amidst COVID-19-pandemic.*

<https://www.who.int/news/item/28-04-2020-who-calls-for-healthy-safe-and-decent-working-conditions-for-all-health-workers-amidst-covid-19-pandemic>

World Health Organization. (20 december 2020b). *Rational use of personal protective equipment (PPE) for coronavirus disease (COVID-19)*. Rational use of personal protective equipment. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338033>

World Health Organization. (31 januari 2022). *The impact of COVID-19 on health and care workers: a closer look at deaths*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345300>

World Medical Association. (9 Juli 2018). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects>

*Yildirim, N., Aydogan, A., & Bulut, M. (2021). A qualitative study on the experiences of the first nurses assigned to COVID-19 units in Turkey. *Journal of Nursing Managment*, 29(6), 1366-1374. <https://doi.org/10.1111/jonm.13291>

*Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., Khajehgoodari, M. & Bagheriyeh, F. (2021). Nurses' experiences during the COVID-19 pandemic in Iran: a qualitative study. *BMJ Bilaga 1 Nursing*, 20(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00722-z>

*Zhang, X., Sheng, Q., Wang, X., & Cai, C. (2021). The experience of frontline nurses four months after COVID-19 rescue task in China: A qualitative study. *Arch Psychiatr Nurs*, 35(4), 358-363. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.05.007>

Sökschema

Bilaga 1

Databas: Pubmed Datum: 20211115			
Syfte: Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med COVID-19 på sjukhus.			
Sökning nr och namn	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
1. Sjuksköterska	Nurses [MeSH] nurse [title/abstract] OR nurses [title/abstract] OR	326164	
2. Erfarenhet	experience [title/abstract] OR experiences [title/abstract] OR perception [title/abstract] OR perceptions [title/abstract]	1147959	
3. Covid-19	COVID-19 [MeSH] COVID-19 [title/abstract] OR	186668	
4. Sjukhus	Hospitals [MeSH] hospital (fritext) OR clinic (fritext) OR ward (fritext) OR	9795702	
5.	1 AND 2 AND 3 AND 4	767	
Begränsningar	1 July- 30 September 2021, English	203	13

Sökschema

Databas: Cinahl			
Datum: 20211115			
Syfte: Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med COVID-19 på sjukhus.			
Sökning nr och namn	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
1. Sjuksköterska	Nurses [MH] nurs* [abstract]	410845	
2. Erfarenhet	Perceptions [MH] experience*[abstract] OR perception* [abstract]	508373	
3. Covid-19	COVID-19 [MH] COVID-19 [abstract]	47220	
4. Sjukhus	Hospitals [MH] hospital* (fritext) OR clinic* (fritext) OR ward* (fritext) OR	1944069	
5.	1 AND 2 AND 3 AND 4	727	
Begränsningar	1 July- 30 September 2021, English, peer-reviewed	123	5 ⁽¹⁾

¹ 5 dubletter i PubMed

Sökschema

Databas: PsycINFO Datum: 20211115			
Syfte: Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med COVID-19 på sjukhus.			
Sökning nr och namn	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
1. Sjuksköterska	Nurses [Thesaurus] nurs* [NOFT] OR	187245	
2. Erfarenhet	Perception [Thesaurus] experience*[NOFT] OR perception* [NOFT] OR	1229171	
3. Covid-19	COVID--19 [Thesaurus] COVID-19 [NOFT] OR	11110	
4. Sjukhus	Hospitals [Thesaurus] hospital* (fritext) OR clinic* (fritext) OR ward* (fritext) OR	1331981	
5.	1 AND 2 AND 3 AND 4	213	
Begränsningar	1 July- 30 September 2021, English, peer-reviewed	36	3 (3)

3 dubletter i PubMed

Tabell: Sammanfattning av kvalitetsgranskade empiriska studier (n=13)

bilaga 2

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Akkuş, Y Karacan, Y Güney, R Kurt, B</p> <p>Experiences of nurses working with COVID-19 patients: A qualitative study</p> <p>Turkiet, 2021</p>	<p>Att identifiera erfarenheter och utmaningar som möter sjuksköterskor som arbetar på COVID-19 avdelningar under pandemin.</p>	<p>Snöbollsurval. 19 sjuksköterskor. Inklusionskriterier Arbeta aktivt som sjuksköterska på en COVID-19 avdelning. Vara samarbetsvillig och öppen för kommunikation. Ge medgivande till att delta i studien. Exklusionskriterier: Ha något språk, tal eller hörsel problem som skulle kunna hindra kommunikation. Semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Intervjuerna genomfördes i maj-sept 2020 genom mobilappen Whatsapp och tog i genomsnitt 31,9 min. Två pilotintervjuer gjordes. Två av forskarna genomförde alla intervjuer, frågeformulär finns. Intervjuerna spelades in och transkriberades verbatim. Tematisk analys i steg definierade av Braun och Clarke. Induktiv process. Varje steg beskrivs i studien. Analysen gjordes av 4 forskare. Forskningsetisk tillstånd finns.</p>	<p>Stor psykosocial press på sjuksköterskor. Djupare relationer med patienter och deras familjer. Den första paniken uppstod p.g.a. ovisshet kring sjukdom, brist på skyddsutrustning och ovissheten inför framtiden. Oroliga för att bli smittade och föra smittan vidare. Personal stöttade varandra. Isolering från familjen. Citat finns.</p>	<p>Tillförlitlighet: Stärks, syftet svarar på studien, citat finns, pilotintervjuer gjordes. Sänks, intervjuer via mobilapp. Verifierbarhet: Stärks, frågor finns redovisade, analys beskriven. Pålitlighet: Stärks, flera forskare har analyserat resultat. Överförbarhet: Stärks, överförbar till liknande situationer under en pandemi.</p>
<p>Arcadi, P Simonetti, V Ambrosca, R Cicolini, G Simeone, S Pucciarelli, G Alvaro, R Vellone, E Durante, A</p> <p>Nursing during the COVID-19 outbreak: A phenomenological study</p> <p>Italien, 2021</p>	<p>Att undersöka italienska sjuksköterskors erfarenheter av att ha vårdat patienter med COVID-19 under pandemi utbrottet.</p>	<p>Strategiskt urval. 20 sjuksköterskor rekryterade från nyinrättade COVID-19 sjukhus i Italien som alla vårdade patienter med COVID-19. 13 män, 7 kvinnor. Sociodemografiska variabler redovisade. Inklusionskriterier: Sjuksköterskor som vårdade patienter med COVID-19 mellan mars-april 2020. Semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Intervjuerna via videosamtal, som spelades in och transkriberades ord för ord. Intervjulängd 27-90 minuter, medellängd 50 min. Frågeformulär finns. Fenomenologisk-hermeneutisk analys enl Cohen. Steg beskrivs i studien, analys gjordes av flera forskare. Extern expert har granskat preliminär resultatet. Forskningsetiskt tillstånd finns.</p>	<p>I starten på pandemin kände sjuksköterskorna osäkerhet, rädsla oförmåga och hjälplöshet. Tidsperspektiv förändrades. Sjuksköterskorna gjorde mer för patienten, var påverkade av patienternas situation. Yrkesroller och teamarbete förändrades. Kände sig övergivna av ledningen. Citat finns.</p>	<p>Tillförlitlighet: Stärks, syftet svarar på studien, citat finns. Sänks, intervjuer via videosamtal. Verifierbarhet: Stärks, frågor finns redovisade, analys beskriven. Pålitlighet: Stärks, flera forskare har analyserat resultat, extern expert har granskat preliminärt resultat. Överförbarhet: stärks, kan överföras till liknande situationer under pandemin.</p>

Författare Titel, Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Benbenishty, J Ashkenazy, S Avital L, I Jakobson, L Kolpak, O Ganz D, F</p> <p>Nurses' perceptions of social rejection, resilience and well-being during COVID-19: A national comparative study.</p> <p>Israel, 2021</p>	<p>Att avgöra nivån på social distansering och välmående hos sjuksköterskor och se om det finns samband med motståndskraft jämföra sjuksköterskor på covid-19 avdelningar vs vanliga avdelningar.</p>	<p>Snöbollsurval. 247 Sjuksköterskor, demografiska data finns redovisade. 45,6% arbetat på COVID-19-avd. Inklusionskriterier: leg. sjuksköterskor som bodde i Israel under pandemin. Fyra instrument användes: A Social rejection questionnaire, the Brief Resilience Scale, the General Well-being Schedule och ett sociodemografiskt formulär.</p>	<p>Frågeformuläret distribuerades via sociala medier. Svarande ombads att vidarebefordra formuläret till sina kollegor. Tidsperiod oktober-december 2020. Deskriptiv statistik. Oberoende t-tester och variansanalys användes för att fastställa skillnader mellan grupperna. Pearson-korrelationskoefficienten analyserade sambanden mellan intervallnivån. Ingen powerberäkning finns. Forskningsetiskt tillstånd finns.</p>	<p>Socialt avvisande: 38.4%, (n=104) uppgav att de var oroliga föra smittan vidare till familjen (M 2.89 ± SD 1.4). 22,6% (n = 45) kände sig ensamma Motståndskraft: 53,1% (n = 129) uppgav att de hade svårt att komma över svåra händelser. Välbefinnande: de flesta 71.0% (n =174) uppgav att de kände sig extremt, mycket eller ganska mycket deprimerade.</p>	<p>Intern validitet: stärks då det svarar på syftet. Sänks eftersom internt bortfall redovisas inte. Reliabilitet: stärks, då analyserna är rimliga. Instrumenten är psykometriskt testade. Objektivitet: sänks, ingen powerberäkning finns. Stärks, redovisning av signifikanta och icke-signifikanta värden. Extern validitet: sänks, då landet var inne i tredje vågen av pandemin och många sköterskor avböjde att medverka p.g.a trötthet samt användningen av snöbollsurval. Sänks, då undersökningen inte kan generaliseras alla sköterskor.</p>
<p>Chau, J Lo, S Saran, R Leung, C Lam, S Thompson, D</p> <p>Nurses' experiences of caring for people with COVID-19 in Hong Kong: a qualitative enquiry</p> <p>Hong Kong, 2021</p>	<p>Att undersöka sjuksköterskors erfarenhet att vårda patienter med eller misstänkt COVID-19 under pandemin första 6 månader i HongKong.</p>	<p>Strategiskt urval. 39 sjuksköterskor från akutsjukhus eller på vårdavdelning i Hong Kong. Sociodemografiska variabler finns redovisade. Inklusionskriterier: att vårda patienter med eller misstänkt COVID-19, prata kantonesiska och givit sitt medgivande att delta i studien. Semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Intervjuerna genomfördes i juni- augusti 2020 per telefon av en forskare och varade mellan 35-89 min. (median 60 min). Intervjuguide finns. Intervjuerna transkriberades ord för ord av en annan av forskarna som också analyserade med temaanalys enl Braun och Clark i sex steg. Alla forskare diskuterade sedan resultatet. Intervjuer genomfördes tills datamättnad hade uppnåtts. Intervjuerna översattes från kantonesiska till engelska. Forskningsetiskt tillstånd finns. Förförståelse finns inte.</p>	<p>De intervjuade uppgav att få fram skyddsutrustning var ett stort problem., men också att platsbrist upplevdes som ett problem. Deltagarna hade vana att vårda patienter med olika virussjukdomar, men COVID-19 gjorde att de fick lära sig mycket nytt på kort tid. Detta var en stor utmaning. Likaså att detta kunde ändra sig från dag till dag. Sjuksköterskor bodde på hotell för att inte riskera att familjen blev smittad. Ledde till isolering och ensamhet. Samhällets åtgärder för att minska smittan var viktiga. Citat finns.</p>	<p>Tillförlitlighet: Stärks, frågorna redovisade. Resultatet stämmer överens med syftet. Citat finns Verifierbarhet: Stärks, då metoden är väl beskriven. Tabell finns över demografi och de olika arbetsrollerna inom sjukvården. Pålitlighet: Stärks, då alla forskare deltagit i analysen. Överförbarhet: Generaliserbart till liknande situationer under pandemin.</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Danielis, M Peressoni, L Piani, T Colaetta, T Mesaglio, M Mattiussi, E Palese, A</p> <p>Nurses' experiences of being recruited and transferred to a new sub-intensive care unit devoted to COVID-19 patients.</p> <p>Italien, 2021</p>	<p>Att beskriva sjuksköterskors erfarenhet att bli hastigt och tvingade till omplacering till nyöppnad sub IVA COVID-19 avdelning.</p>	<p>Strategiskt urval. Totalt 28 sjuksköterskor valdes ut, 4 tackade nej. Sjukhus i nordöstra Italien. Sjuksköterskorna delades in i 4 grupper. Intervjuerna stoppades när data saturation uppnåts.</p> <p>Inklusionskriterier: sjuksköterskor som arbetade på nyöppnad sub-IVA.</p>	<p>Intervjuerna genomfördes i grupp om 6 st sjuksköterskor, i ca 60 min (50-75 min), 21 mars - 24 april 2020.. Inspelade intervjuer som transkriberades av 3 forskare. Analysen gjordes var för sig för att sedan komma fram till olika teman. En fjärde forskare deltog för att lösa meningsskiljaktigheterna mellan de 3 forskare.</p> <p>Tematisk analys användes. Studien gjordes enligt Helsingforsdeklarationen. Inget forskningsetiskt tillstånd finns då patienter inte var inblandade. Citat finns. Förförståelse finns ej.</p>	<p>Många uttalade en saknad av information och att de inte fick en möjlighet att förbereda sig för vad som skulle komma. Sköterskorna försökte hjälpa patienterna med att hålla sig lugna och avslappnade, de implementerade nya sätt för patienterna att kommunicera med anhöriga för att motverka ensamheten hos patienterna. Många sköterskor tog hjälp av onlinekursen och varandra för att lära sig att ta hand om patienterna. De lärde sig också många nya saker som stärkte dom i rollen som sjuksköterska.</p>	<p>Tillförlitlighet: stärks, då citat finns. Urvalet av deltagare stämmer gentemot syftet. Frågorna redovisade. Verifierbarhet: stärks, alla steg kan följas i metodbeskrivningen, sänks, då analysmetoden är rörligt beskriven och ibland svår att förstå. Pålitlighet: stärks, analysen gjordes med hjälp av en 3:e person som ej medverkade på intervjuerna. Sänks, då förförståelsen inte är beskriven. Överförbarhet: stärks, då studien kan överföras till andra, liknande sammanhang.</p>
<p>Gunawan, J Aungsroch, Y Marzilli, C Fisher L, M Nazliansyah Sukarna, A</p> <p>A phenomenological study of the lived experience of nurses in the battle of COVID-19.</p> <p>Indonesien, 2021</p>	<p>Att undersöka sjuksköterskors erfarenhet av att bekämpa COVID-19 i Belitung, Indonesien.</p>	<p>31 sjuksköterskor tillfrågades och 17 st valdes ut genom strategiskt urval.</p> <p>Inklusionskriterier: leg. sjuksköterska och vårdat COVID-19 patienter mellan mars och juni 2020 på sjukhus. De sköterskor som skulle delta fick ett SMS samt ett samtal från författarna om tid och plats för intervjun.</p> <p>Semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Intervjuerna genomfördes online, i ca 30-60 minuter. Deltagarna fick frågorna på papper. Indonesiska till engelska. Van Manens 6-steps analys användes. Alla intervjuer spelades in och skrevs ner. Författarna diskuterade svaren tillsammans.</p> <p>Fenomenologisk-hermeneutisk analys. Forskningsetiskt tillstånd finns samt tillstånd från sjukhuset. Förförståelse redovisas ej. Citat finns.</p>	<p>Flera olika sorters känslor fanns hos deltagarna; stress, ledsamhet, nervositet, rädsla och stolthet. Många uppgav också att de saknade skyddsutrustning. De flesta av deltagarna upplevde att de blev ratade av den närmsta familjen och vänner p.g.a. vad de jobbade med och kunde därmed vara smittbärare. Många saknade sina hem då de efter jobbet blev satta i karantän. De kände sig också lurade av samhället när det började öppna upp trots den höga smittorisken i landet. Citat finns.</p>	<p>Tillförlitlighet: stärks, då citat finns. Urvalet av deltagare. Deltagarna har fått läsa igenom resultatet innan publicering. En utomstående läst för att försäkra ingen bias fanns. Sänks, då citaten inte är djupa och är basala. Verifierbarhet: stärks, då det går att följa alla stegen i studien. Lista över ställda frågor finns. Pålitlighet: Stärks, metoden och analysen är väl beskriven. 3 personer ingick i analysprocessen. Överförbarhet: stärks, kan överföras till liknande situationer under pandemin.</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmeto d	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Kelley, K Zadvinskis M, I Miller S, P Monturo, C Norful A, A O' Mathúna, D Roberts, H Smith, J Tucker, S Zellefrow, C Chippis, E</p> <p>United States nurses' experiences during the COVID-19 pandemic; A grounded theory USA, 2021</p>	<p>Att undersöka sjuksköterskors erfarenheter och uppfattningar på utvalda sjukhus i USA under COVID-19 pandemin.</p>	<p>Strategiskt urval. 43 sjuksköterskor deltog i åtta olika fokusgrupper med deltagare antal (n=4-7). Sjuksköterskorna kom från 3 större universitetssjukhus och ett mindre vanligt sjukhus i olika delar av USA. Inklusionskriterier: Sjuksköterskor med minst 6 mån yrkeserfarenhet. Semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Fokusgrupperna genomfördes digitalt via ZOOM 7:e juli - 10:e december 2020, intervjuerna tog 90–120 minuter. Forskarna deltog i alla fokusgrupperna.. Intervjuguiden pilottestades och finns redovisad. Intervjuerna spelades in, transkriberades och fördes över till ett datorprogram för analys. Forskningsteamet förde också anteckningar under intervjuerna. Analysmetod var grounded theory, konstant jämförande analysmetod enl Bryant och Charmaz. Kodningen gjordes av fem i teamet, alla deltog i diskussioner. Deltagarna tillfrågades om feedback angående resultatet. Förståelse ej redovisad. Forskningsetisk godkännande finns.</p>	<p>Sjuksköterskorna upplevde att arbetsmiljön ändrades fort, det kom nya saker hela tiden, "som att vara i en krigzon", ökad arbetsbörda, svåra erfarenheter med att vårda isolerade döende patienter som ibland var vänner, kollegor, familj. Svårigheter med arbetsledning Bra samarbete med andra sjuksköterskor men bristande samarbete med andra yrkeskategorier som vägrade gå in till patienterna. Känslor som stress, ångest, rädsla, även glädje, stolthet och hopp. Svåra etiska dilemman. Citat finns.</p>	<p>Tillförlitlighet: Stärks, syftet svarar på studien, citat finns, intervjuguide pilottestades, deltagare har fått ge feedback på resultat. Sänks, intervjuer via ZOOM. Verifierbarhet: Stärks, intervjuguide finns redovisad. Analysmetod väl beskriven. Pålitlighet: Stärks, flera forskare deltog i analysen. Överförbarhet: stärks, kan överföras till liknande situationer under pandemin.</p>
<p>Rathnayake, S Dasanayake, D Sujeewa, Dilhani, M Ekanayake, R Pradeepa, Lakmali, B</p> <p>Nurses' perspectives of taking care of patients with Coronavirus disease 2019: A phenomenological study</p> <p>Sri Lanka, 2020</p>	<p>Undersöka sjuksköterskors erfarenheter att vårda COVID-19 patienter under första perioden i Sri Lanka.</p>	<p>Första urvalet skedde genom sociala medier för att sedan övergå till snöbollsurval. 14 sjuksköterskor deltog. Inklusionskriterier: sjuksköterskor som arbetar med COVID-19-patienter. Arbeta på offentliga sjukhus på Sri Lanka. Förstå Sinhala. Exklusionskriterier: sjuksköterskor som jobbar på privata sjukhus. Semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Intervjuer som spelades in, transkriberades och analyserades. Intervjuerna gjordes i juni 2020 tog mellan 50-75 minuter. Deltagarna fick ta del av intervjun för att läsa igenom och godkänna. Colazzis fenomenologiska analysmetod användes. Förståelse finns ej beskrivet. Forskningsetiskt tillstånd finns.</p>	<p>Bortstötta av släktingar, medarbetare och grannar. Undvek att berätta vad de jobbade med för att inte bli diskriminerade. Oroliga för att föra smittan vidare till sin familj eller bli smittade, ledde till ångest. Brist på personal, information, ökad arbetsbörda ledde till fysisk och psykisk trötthet. Många kände en hög arbetsmoral. Kunskap och skyddsutrustning saknades. Robotar användes för att servera maten på salarna och medicinutdelning. Citat finns.</p>	<p>Tillförlitlighet: stärks, svarar på syftet, de medverkande fick kopia av transkriberingen för att godkännas. Citat finns. Verifierbart: stärks då alla steg i att analysera är beskrivna på ett tydligt sätt. Tabell finns. Lista över intervjufrågor. Pålitlighet: stärks då författarna använder sig av fastställd analysmetod, Colazzis fenomenologiska metod. Diskussioner fördes ständigt mellan alla författarna. Frågorna redovisas. Överförbarhet: stärks, generaliserbar till liknande sammanhang under pandemin.</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmeto d	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Specht, K Primdahl, J Jensen, H I Elkjaer, M Hoffman, E Boye, L K Tude Ravnborg, B</p> <p>Frontline nurses' experiences of working in a COVID-19 ward– A qualitative study</p> <p>Danmark, 2021</p>	<p>Att utforska hur sjuksköterskor upplevde att arbeta i en nyinrättad COVID-19 avdelning med högriskpatienter under en ny och okänd pandemi.</p>	<p>Strategiskt urval. Av 200 sjuksköterskor, inbjöds 36 med max variation av ålder, år av erfarenheter, arbetsplats. 7 svarade ej, 6 tackade nej. 23 sjuksköterskor från 3 sjukhus tackade ja. Inklusionskriterier: Sjuksköterskor som arbetat på nyinrättade COVID-19 avdelning. Semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Telefonintervjuer under juni-juli 2020, 27-82 min långa, inspelade och transkriberade verbatim. Intervjuguiden med öppna frågor utvecklades från en pilot fokusgrupp med 4 sjuksköterskor. Frågor finns beskrivna. 3 av forskarna intervjuade. Data sorterades med hjälp av dataprogram av 2 forskare. Analys narrativ och tolkande i tre steg enl Ricoeur, steg finns beskrivet, alla forskarna deltog i analysen. Etiska övervägande finns, forskningsetisk godkännande behövdes ej enl dansk lag. Förförståelse ej beskriven</p>	<p>Sjuksköterskorna kände sig pressade och osäkra när de vårdade kritisk sjuka patienter i en för dom ny vårdssituation, kände sig inte tillräckligt kvalificerade. Osäkerhet kring skyddsutrustning. Sjuksköterskorna fick en bild i media som sen inte stämde i verkligheten. Sjuksköterskorna kände att de utvecklade i sin yrkesroll. Träningsprogram hjälpte till att känna sig mer säkra. Sjuksköterskorna kände att de inte hade några rättigheter, blev tvångsplacerad, fick inte veta arbetstider, kände inte att de fick ekonomisk kompensation för sina insatser.</p>	<p>Tillförlitlighet: Stärks, syftet svarar på studie, citat finns, varierat urval, pilot fokusgrupp, Sänks, telefonintervjuer. Verifierbarhet: Stärks, frågor finns redovisade, analys beskriven. Pålitlighet: Stärks, flera forskare deltog i analysen, Sänks förförståelse finns ej beskriven. Överförbarhet: stärks, kan överföras till liknande situationer under pandemin.</p>
<p>Thrysoee, L Dyrehave, C Christensen, H.-M Jensen B, N Nielsen S, D</p> <p>Hospital nurses' experience of and perspectives on the impact COVID-19 had on their professional and everyday life - A qualitative interview study</p> <p>Danmark, 2021</p>	<p>Att undersöka hur sjuksköterskor upplevt sin arbetsituation under första vågen av COVID-19 och hur det påverkade deras arbets- och vardagsliv.</p>	<p>Strategiskt urval 19 sjuksköterskor. Inklusionskriterier: Vårda COVID-19 patienter på en specialiserad COVID-19 avdelning. Tematisk semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>13 individuella intervjuer och 2 fokusgrupper med 3 sjuksköterskor, 45-80 minuter under april-augusti 2020. Tematisk intervjuguide med 5 teman som finns beskrivna. 4 forskare i teamet gjorde intervjuerna. Intervjuerna spelades in och transkriberades ord för ord. Tematisk analys med kritisk psykologi, analyssteg finns beskrivna. Alla forskare deltog i analysen. Etisk godkännande finns. Förförståelse ej beskriven.</p>	<p>Olika upplevelser beroende på om sjuksköterskorna var frivilligt eller ofrivilligt omplacerade från att känsla av att delta i ett krig, bekämpa covid-19 till att vara vilse, övergiven och sviken. Ny unik solidaritet mellan sjuksköterskorna, "vara i samma båt". Nya erfarenheter att vårda patienter som är isolerad, som var deprimerade, ensamma. Stressigt och ångestfyllt att bestämma när anhöriga skulle få komma till döende patienter. Behov av bekräftelse från ledningen. Känsla av att vara en schackpjäs som flyttades runt. Stor påverkan på vardagslivet, många isolerade sig från sin familj. Citat finns.</p>	<p>Tillförlitlighet: Stärks, studien svarar på syftet. Citat finns. Verifierbarhet: Stärks, frågor finns redovisade, analys beskriven. Pålitlighet: Stärks, alla forskare deltog i analysen. Sänks, förförståelse ej beskriven. Överförbarhet: stärks, kan överföras till liknande situationer under pandemin.</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Yıldırım, N Aydoğan, A Bulut, M</p> <p>A qualitative study on the experiences of the first nurses assigned to COVID- 19 units in Turkey</p> <p>Turkiet, 2021</p>	<p>Att undersöka sjuksköterskors erfarenhet som blev placerade på covid-19 avdelningar under första tiden av COVID-19 pandemin</p>	<p>Strategiskt och snöbollsurval. 21 sköterskor bjöds in, 4 tackade nej av olika orsaker. Inklusionskriterier: leg. sjuksköterskor som arbetar med COVID-19-patienter och ville delta frivilligt i studien. De ska ha jobbat minst en månad med dessa patienter. Exklusionskriterier: leg. sjuksköterskor som inte arbetar med COVID-19 patienter eller var COVID-19-smittade. Semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Intervjuerna genomfördes mellan 27 maj och 25 augusti 2020 via Skype. Alla intervjuerna spelades in, och transkriberades inom 24h. Intervjuerna tog cirka 45-60 min. Analysen skedde med Colaizzis 7-stepsanalys. Resultatet presenterades innan publicering för deltagarna. Etiskt godkännande finns. Förförståelse ej beskriven. Frågorna redovisas.</p>	<p>Många kände sig osynliga för patienterna, vissa tackade bara läkarna. Deltagarna uppgav också att de saknade utrustning de första veckorna. De fick inte heller något stöd från cheferna, vilket gjorde att de kände sig ensamma och hjälplösa. Trötthet var också en förekommande sak som togs upp. Långa skift, ingen ledighet och störd nattsömn. Många uppgav ångest och rädsla, men övergick sedan i ilska. Alla deltagarna uppgav att de var mycket arga över hur kommunikationen skett för övergången till COVID-avd, men också över lönen och schemat. Citat finns.</p>	<p>Tillförlitlighet: Stärks, studien svarar på syftet. Urvalet motsvarar det klientel som efterlyses i syftet. Olika datainsamlingsmetoder användes. Analysmetoden är väl beskriven. Deltagarna fick läsa igenom studien innan publicering. Citat finns. Sänks, intervjuerna genomfördes via Skype. Verifierbart: stärks, alla stegen i metoden är väl beskrivna. Frågorna redovisas. Pålitlighet: stärks, flera personer deltar i analysen. Sänks, förförståelsen beskrivs ej. Överförbarhet: stärks, kan överföras till liknande situationer under pandemin.</p>
<p>Zamanzadeh, V, Valizadeh, L Khajehgoodari, M Bagheriyeh, F</p> <p>Nurses' experiences during the COVID-19 pandemic in Iran: a qualitative study</p> <p>Iran, 2021</p>	<p>Att undersöka sjuksköterskors erfarenhet av att vårda patienter med COVID-19 i Iran.</p>	<p>Strategiskt- och snöbollsurval. Deskriptiv kvalitativ studie. 20 sjuksköterskor valdes ut genom kontaktnät som fanns mellan forskare och sjukhuset. Inklusionskriterier: arbetat 1 år på sjukhus och minst 2 veckor på COVID-avdelning samt viljan att delta i studien. Semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Intervjun gjordes på telefon mellan april och oktober 2020 och tog ca 45-60 min. att genomföra. Alla intervjuerna spelades in utom en (deltagaren vägrade) och skrevs ned. Zhang och Wildemuths analysmetod användes. Två externa forskare läste igenom arbetet och lämnade sina åsikter kring det. Förförståelse redovisas delvis. Etiskt tillstånd finns.</p>	<p>Ovissheten kring sjukdomen i och rädslan för att bli smittad gjorde att omvårdnaden kring patienterna blev lite sämre början av pandemin. Många satte sig i karantän efter jobbet och det ledde till saknad av familj och vänner. Dålig skyddsutrustning, inga raster och ökat patientantal ledde till olika psykiska problem för sköterskorna. Många upplevde också stöd från anhöriga och vänner. Några fick dock uppleva att vänner och familjemedlemmar tog avstånd. Citat finns.</p>	<p>Trovärdighet: stärks, citat finns. Analysmetoden är väl beskriven. Resultat motsvarar syftet i studien. Två externa forskare fick läsa studien. Sänks, då intervjuerna genomfördes via telefon. Verifierbart: stärks, metoden är väl beskriven. Frågorna redovisas. Pålitlighet: stärks, flera personer har ingått i analysen, även externa. Förförståelsen är delvis redovisad. Inslag av förvåning är dokumenterad. Överförbarhet: stärks, kan överföras till liknande situationer under pandemin.</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Zhang, X Sheng, Q Wang, X Cai, C</p> <p>The experience of frontline nurses four months after COVID-19 rescue task in China: A qualitative study</p> <p>Kina 2021</p>	<p>Att undersöka sjuksköterskornas erfarenheter efter fyra månaders arbete med COVID-19 patienter i Kina.</p>	<p>Strategiskt urval. 15 sjuksköterskor Demografisk tabell finns. Inklusionskriterier: jobbat i akutvården för COVID-19 i minst 1 vecka och fortsatt med detta i minst 4 månader. Ha en god kommunikationsförmåga och kan utförligt beskriva de psykologiska påfrestningar i arbetet samt delta frivilligt i studien, Exklusionskriterier: om deltagarna var diagnostiserade med psykisk ohälsa. Semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Intervjuerna gjordes vid två tillfällen, öga mot öga mellan 10 juli till 28 augusti 2020 av en forskare och tog mellan 30-45 min. Två pilotintervjuer gjordes. Intervjuerna spelades in och transkriberades. Alla deltagare fick ta del av studien innan publicering. Analys enligt Colazzis analysmetod., steg finns beskrivna, alla forskare deltog i analysen. Forskningsetiskt tillstånd finns. Förförståelse redovisas ej.</p>	<p>Många deltagare vittnade om ofrivilliga minnen kring pandemin, rädslan för viruset, dödsögonblicket hos patienter och isoleringsavdelningen. Många hade också svårt för att sova efter ett arbetspass. Depressioner, känsla av skyldighet och negativa känslor. Deltagarna uppgav att de kände mer säkra i sin professionella roll efter pandemiarbetet. De kände också en professionell stolthet i att vara sjuksköterska och glädje över sitt arbete. Citat finns.</p>	<p>Trovärdighet: Stärks, citat finns, pilotstudie är gjord. Intervjuerna är gjorda öga mot öga. Sänks, citaten är korta. Verifierbart: Stärks, metoden är väl beskriven. Frågorna redovisas. Pålitlighet: Stärks, flera forskare har ingått i analysen. Sänks då förförståelsen inte är redovisad. Överförbarhet: stärks, kan överföras till liknande situationer under pandemin.</p>