

«Å arbeide alene i usikkerheten»

En kvalitativ studie om intensivsykepleieres opplevelse av følelsesmessige utfordringer og mestring i yrkesrollen under første smittebølge av Covid-19 pandemien.

ELLEN KRISTINE EIMIND JENSEN
GURO RØNNING LANGÅS

VEILEDER

Gro Frivold

Universitetet i Agder, 2022

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Master

Forord

Inspirasjonen til vår masteroppgave fikk vi gjennom egen arbeidserfaring i intensiv og akuttmottak ved koronapandemiens ankomst til Norge i mars 2020. Vi fikk begge erfare en endret arbeidshverdag preget av strenge smittevernrutiner. Med bakgrunn i dette ønsket vi å undersøke erfaringene intensivsykepleierne opplevde under første smittebølge, mens denne perioden fortsatt er friskt i minne.

Strenge smittevernrutiner har preget hele vårt studieforløp, med stengte skoler, digital undervisning og karantener som utfordringer underveis. Det har hele tiden vært en underliggende usikkerhet om hvorvidt helseforetaket, grunnet pandemiens arbeidsbelastning, skulle pålegge oss å begynne å arbeide før mastergraden var ferdig. Slik ble det heldigvis ikke.

Vi har hatt et godt og tett samarbeid. Arbeidsmengden er fordelt relativt likt, og vi har benyttet våre individuelle styrker underveis. Gjennom denne prosessen opplever vi å ha vokst som mennesker, og lært mye av hverandre. Vi har nå fått ny erfaring om forskning innen sykepleierfaget, håper den kommer til nytte.

Vi ønsker å rette en stor takk til alle informantene som har deltatt i studien. Tusen takk for at dere ville dele unike erfaringer med oss. Takk til lederne i intensivavdelingene for godt samarbeid om rekruttering. Det er forståelig at det kan være utfordrende å avse arbeidskraft i hverdagen under en pågående pandemi. Dere strakk dere langt for å få dette til.

Takk til våre familier som har tilrettelagt for at vi har kunne bruke tid på masterarbeidet. Til våre barn, takk for tålmodigheten, vi lover å være mer tilgjengelig etter skoletid fremover.

Til slutt vil vi ytre en stor takk til vår veileder Førsteamanuensis Gro Frivold, som har fulgt oss gjennom hele denne prosessen. Takk for ditt engasjement, dine konstruktive tilbakemeldinger og din tid. Vi har virkelig følt en god støtte i deg.

April, 2022.

Ellen Kristine Eimind Jensen & Guro Rønning Langås

Sammendrag

Bakgrunn: Vi har en reell mangel på intensivsykepleiere i Norge. Covid-19 pandemien har ført til ytterligere press på intensivavdelingene. Det er lite forskning på hvordan pandemiens første bølge har påvirket norske intensivsykepleiere.

Hensikt: Studiens hensikt har vært å undersøke hvilke erfaringer norske intensivsykepleiere har med følelsesmessige utfordringer og opplevelse av mestring av sitt arbeid under strenge smittevernrutiner. Kunnskapen vil kunne bidra til å forstå hvilke behov intensivsykepleiere har for å stå i yrkesrollen både under og etter en pandemi.

Metode: Det er benyttet et kvalitativt forskningsdesign, med en fenomenologisk/hermeneutisk tilnærming. Det ble foretatt semistrukturerte dybdeintervju av 8 intensivsykepleiere med klinisk erfaring fra første smittebølge. Datamaterialet ble analysert ved hjelp av Lindseth & Norbergs 3-trinns analysemetode.

Resultater: To hovedtema kom frem: *Følelsen av å være uforberedt, alene og usikker* og *å mestre gjennom kunnskap, samhold og egenomsorg*. Intensivsykepleierne måtte, ved hjelp av flyktig og mangelfull informasjon, forberede seg på det ukjente. Å arbeide alene på isolat opplevdes både fysisk og følelsesmessig utfordrende. Intensivavdelingen ble betraktet som et meningsfullt arbeidssted. Tilstrekkelig bemanning og intensivkompetanse lettet arbeidshverdagen. Kunnskap, erfaring og faglig trygghet gir grunnlag for mestring. Viktigheten av kollegialt samhold og en støttende leder blir belyst. Egenomsorg ved å sette egne grenser og koble av fra jobb er viktige mestringsfremmende faktorer.

Konklusjon: Systemutfordringer, i form av manglende pandemiberedskap og flyktig informasjon, har vært årsaker til utfordringer under første smittebølge av Covid-19 pandemien. Arbeid under strenge smitteverntiltak har vært utfordrende både fysisk og følelsesmessig. Mestring av yrkesrollen har vært av miljømessig og personlig karakter. Kunnskap og erfaring, bruk av problemløsende handlinger, samt følelsen av å stå samlet og gjøre en meningsfull jobb har vist seg å bidra til mestring i yrkesrollen.

Nøkkelord: Covid-19, erfaringer, intensivsykepleier, utfordringer, stress, mestring.

Abstract

Background: We have a known shortage of critical care nurses in Norway. The Covid-19 pandemic has led to further strain on the critical care units. There is limited research on how the pandemic's first wave has affected Norwegian critical care nurses.

Objective: The aim of this study was to explore Norwegian critical care nurses' emotional challenges and occupational coping during strict infection control routines. This knowledge could contribute to understanding the needs of critical care nurses in order to remain in their professional role both during and after a pandemic.

Methods: This study has a qualitative research design, with the use of phenomenological/hermeneutic approach. Semi structured interviews of 8 Critical care nurses with clinical experience from first wave have been conducted. The data material has been analyzed inspired by Lindseth & Norberg's 3 step analysis.

Results: Two main themes emerged: *the feeling of being unprepared, alone and insecure* and *mastering through knowledge, cohesion and self-care*. The intensive care nurses had to prepare for the unknown, with incomplete and fluctuating information. Working alone in isolation rooms was physically and emotionally challenging. The critical care unit was considered a meaningful workplace. Adequate staffing and critical care expertise eased everyday work. Knowledge, experience and professional skills provide a basis for coping. The importance of collegial cohesion and a supportive leader is highlighted. Self-care by setting your own limits and disconnecting from work are important coping factors.

Conclusion: System challenges, in the form of a lack of pandemic preparedness and volatile information, have been causes of challenges during the first wave of covid-19. Work under strict infection control measures has been challenging both physically and emotionally. Mastery of the professional role has been of an environmental and personal nature. Knowledge and experience, the use of problem-solving actions, as well as the feeling of standing together and doing a meaningful job have been shown to contribute to the mastery of the professional role.

Key words: Covid-19, experiences, critical care nurses, challenges, stress, coping.

Innhold

1.0 INTRODUKSJON	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Studiens hensikt	1
1.3 Problemstilling.....	2
1.3.1 Forskningsspørsmål	2
1.4 Avgrensninger og presiseringer	2
2.0 TEORETISK FORANKRING	3
2.1 Litteratursøk.....	3
2.2 Norske intensivsykepleieres yrkesrolle	3
2.3 Covid-19	4
2.4 Intensivbehandling ved koronasykdom	5
2.5 Arbeid under strenge smitteverntiltak	6
2.6 Følelsesmessige utfordringer	7
2.7 Utvikling av stress	8
2.8 Yrkesrelatert stress under Covid-19 pandemien.....	9
2.9 Mestring.....	10
2.10 Salutogenese på arbeidsplassen	13
2.11 Mestringsstrategier i pandemitid	13
2.12 Myndighetenes anbefalinger.....	14
3.0 METODE OG UTVALG	16
3.1 Vitenskapelig metode	16
3.2 Vår forforståelse	17
3.3 Utvalg og rekruttering	17
3.4 Datainnsamling	18
3.4.1 Intervju	18
3.4.2 Kontekst	19
3.4.3 Transkripsjon	19
3.5 Analyse	20
3.6 Forskningsetikk	23
3.6.1 Informert samtykke	23
3.6.2 Oppbevaring av data og konfidensialitet	23
3.6.3 Mulige konsekvenser for forskningsdeltagerne	24
3.6.4 Vår rolle som forskere.....	24

4.0 PRESENTASJON AV FUNN	25
4.1 Følelsen av å være uforberedt, alene og usikker.....	26
4.1.1 Å forberede seg på det ukjente.....	26
4.1.2 Å arbeide alene i usikkerheten	28
4.2 Å mestre gjennom kunnskap, samhold og egenomsorg	32
4.2.1 Intensivavdelingen – et meningsfullt arbeidssted	32
4.2.2 Når usikkerheten erstattes med erfaring, samhold og egenomsorg	35
5.0 DISKUSJON	39
5.1 Man burde vært bedre forberedt	39
5.2 Når arbeidsstedet blir utfordret av en pandemi	41
5.3 Følelsesmessige utfordringer og stress blant intensivsykepleiere ved arbeid under strengt smitteverntiltak.....	42
5.4 Mestring i yrkesrollen som intensivsykepleier i pandemitid.....	44
5.4.1 Opplevelse av sammenheng.....	45
5.5 Metodiske overveielser	48
5.5.1 Reliabilitet.....	48
5.5.2 Validitet.....	49
5.5.3 Refleksjoner rundt forskningsprosessen	49
5.5.4 Studiens relevans	50
6.0 KONKLUSJON	51
REFERANSELISTE	52
Vedlegg 1	
Vedlegg 2	
Vedlegg 3	
Vedlegg 4	
Vedlegg 5	
Vedlegg 6	
Vedlegg 7	
Vedlegg 8	

1.0 INTRODUKSJON

1.1 Bakgrunn

Den globale Covid-19 pandemien er forårsaket av det nye coronaviruset SARS-CoV-2, der dråpesmitte anses som viktigste smittevei. Viruset kan forårsake kritisk sykdom.

Respirasjonssvikt, koagulasjonsforstyrrelser, sepsis og annen organsvikt førte under første smittebølge, våren 2020, til at man antok at 15-35% av sykehusinnlagte covid-19 pasienter ville trenge intensivbehandling (Folkehelseinstituttet, 2021). Pandemien har preget arbeidshverdagen til intensivsykepleiere i Norge og resten av verden. Det er intensivsykepleiere, i samhandling med annet helsepersonell, som har stått i frontlinjen i kampen mot denne svært smittsomme sykdommen. Flere internasjonale studier beskriver at helsepersonell opplever fysiske og følelsesmessige utfordringer knyttet til dette arbeidet (Iheduru-Andersson, 2021; Gordon et al., 2021; Kandemir, 2021; Moradi, 2021; Şanlıtürk, 2021).

I følge funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier skal intensivsykepleieren «bidra i relevante fora med kritisk refleksjon og etisk bevissthet om spesialitetens kontekst, praksis og rammer». Det står videre at «intensivsykepleieren initierer, samarbeider om og tar ansvar for kvalitetsforbedring, fagutvikling og forskning» (Norsk Sykepleierforbund's landsgruppe av intensivsykepleiere, 2017). Samfunnet har blitt opplyst om at vi i Norge har en reell mangel på intensivsykepleiere. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (2010) belyste i sin rapport i etterkant av svineinfluensaen at intensivkapasiteten burde styrkes dersom man i fremtiden skulle klare å møte en mer omfattende pandemi. De presiserer også at det vil ta tid å sørge for spesialopplæring av kvalifisert intensivpersonell (DSB, 2010, s.173;187). Et viktig poeng blir derfor, som daværende helseminister Bent Høie skrev, «å rekruttere - og ikke minst - holde på, dyktige intensivsykepleiere» (Høie, 2021).

1.2 Studiens hensikt

Hensikten med studien er å undersøke intensivsykepleieres erfaringer med følelsesmessige utfordringer og stresserelementer relatert til arbeidshverdagen under Covid-19 pandemien. Kunnskapen vil kunne bidra til en økt forståelse for hva norske intensivsykepleiere har opplevd, utfordringer de har stått i, og hvilke mestringsstrategier de har brukt for å håndtere en hverdag preget av arbeid under strenge smittevernrutiner. Studien vil også kunne avdekke behov norske intensivsykepleiere har under en pandemi for å mestre yrkesrollen. Dette vil

muligens kunne relateres til senere liknende lokale, nasjonale -eller globale hendelser. Deres unike opplevelser og erfaringer kan gi kunnskap som er av betydning både på individ- og samfunnsmessig nivå. Ved å få innblikk i norske intensivsykepleieres levde erfaringer, vil ledere og myndigheter kunne få informasjon om hvilke behov de har, og sette inn konkrete tiltak for å forhindre frafall av intensivsykepleiere som følge av pandemien.

Det er forsket en del på intensivsykepleieres erfaringer med å arbeide under Covid-19 pandemien på verdensbasis, men det er fortsatt begrenset nordisk forskning om dette temaet. Studien vil kunne belyse om internasjonal forskning kan overføres til norske forhold, til tross for et lavere smittetrykk her til lands. Resultatene fra studien vil også kunne danne grunnlag for å identifisere områder som trenger ytterligere forskning på landsbasis.

1.3 Problemstilling

Hvilke erfaringer har norske intensivsykepleiere med følelsesmessige utfordringer og opplevelse av mestring i sitt arbeid under strenge smittevernrutiner relatert til Covid-19 pandemien?

1.3.1 Forskningsspørsmål

- Hvilke følelsesmessige utfordringer har norske intensivsykepleiere opplevd som følge av arbeid under strenge smitteverntiltak?
- Hvordan har norske intensivsykepleiere opplevd mestring i yrkesrollen relatert til arbeid i pandemitid?

1.4 Avgrensninger og presiseringer

Vi har valgt å forholde oss til første smittebølge av Covid-19 pandemien, for å få belyst denne tiden mens den fortsatt er relativt tidsmessig nærliggende.

Intervjuene er gjennomført på generelle intensivavdelinger på lokalsykehus, der det var et relativt lavt smittetrykk under første bølge. Likevel ble mange pasienter isolert som følge av uavklart smittestatus. Vi har derfor valgt å fokusere på arbeid under strenge smitteverntiltak fremfor direkte arbeid med pasienter med påvist covid-19 sykdom.

Det finnes mange etablerte stress- og mestringsteorier. Vi har i denne studien valgt å ha hovedfokus på Antonovskys teori for å drøfte funnene våre.

2.0 TEORETISK FORANKRING

I dette kapittelet vil vi presentere relevant forskning, lovverk og etablerte teorier som belyser studiens problemstilling.

2.1 Litteratursøk

Det ble utført søk etter tidligere forskning, med hjelp av bibliotekar, i databasene Cinahl og Medline via EBSCOhost. Søkeord som ble brukt, i forskjellige kombinasjoner var:

Critical care nurs*, intensive care nurs*, covid*, coronavirus*, pandemic, corona, coping*, experience*, profession*, role*, occupational stress* og coping mechanism*.

Deretter ble det utført søk i Oria og Google Scholar. Aktuell litteratur ble også funnet ved å følge såkalte «mesh terms», og ved å lese referanselister fra artiklene som fremkom av søkene. Forskningsartiklene vi endte opp med å bruke følger IMRAD-struktur, og var publisert i fagfelleverderte tidsskrift (Polit & Beck, 2018). Til slutt foretok vi generelle søk på internett, og fant da gjeldende lovverk og rapporter. Vi legger ved søkestreng for å vise fremgangsmåte for litteratursøk (se vedlegg nr. 1).

2.2 Norske intensivsykepleieres yrkesrolle

Intensivsykepleie er en spesialitet innen sykepleie. Spesialiteten krever avanserte kunnskaper og ferdigheter innen behandling av akutt kritisk syke pasienter (NSFlis, 2017). Alle intensivsykepleiere er underlagt rammer og regler i sin yrkesutøvelse. Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier, er derfor utarbeidet med hensikt å være førende for den kliniske utøvelsen av intensivsykepleie i Norge. Den bygger på prinsippene i ICNs etiske regler og FNs menneskerettserklæring (NSFlis, 2017).

Intensivsykepleiere i Norge er, som annet helsepersonell, underlagt helsepersonelloven og pasientrettighetsloven, og må utøve sitt arbeide innenfor de rammene lovverkene innebærer. Yrkesutøvelse skal være ut fra faglig forsvarlighet, og alle pasienter som mottar behandling i helsetjenesten har rett til å motta kvalitetssikret behandling (Helsepersonelloven, 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Intensivsykepleiere har etter endt utdanning kompetanse til å arbeide i intensivenheter på ulike nivå. Dette innebærer ulike intensivavdelinger, intermediære enheter, postoperative enheter og i prehospitaltjenester (NSFlis, 2017). I Norge har vi en arbeidsmiljølov som alle disse enhetene er underlagt for å sikre et trygt og helsefremmende arbeidsmiljø. Dens formål

er å blant annet sikre arbeidstageren en meningsfull og helsefremmende arbeidssituasjon, med trygghet mot psykiske og fysiske skadevirkninger (Arbeidsmiljøloven, 2005, §1-1).

2.3 Covid-19

Sykdommen Covid-19 forårsakes av viruset SARS CoV-2. Viruset ble først identifisert januar i 2020 og har medført en global pandemi med store sosiale og økonomiske konsekvenser (Folkehelseinstituttet 2022; World health organization, 2020).

Koronavirusfamilien omfatter flere ulike typer virus som kan gi luftveisinfeksjon. Noen slike virus som er kjent fra tidligere er MERS og SARS. Koronavirus finnes også hos dyr, og kan i sjeldne tilfeller overføres til mennesker. SARS CoV-2 kommer trolig fra flaggermus og ble overført til mennesker i slutten av 2019. Mange av koronavirusene forårsaker bare lettere forkjølelser, mens andre kan gi mer alvorlig sykdom og i noen tilfeller føre til død (FHI, 2022). Under første smittebølge fantes det ikke vaksine mot SARS CoV-2. Vaksine ble hasteutviklet for å hemme virusspredning og for å begrense alvorlig sykdom. Den kom til Norge helt i slutten av 2020. Utsatte pasientgrupper og helsepersonell ble prioritert for vaksinasjon (FHI, 2021).

Tradisjonelt har smittemåter vært inndelt i tre kategorier; kontakt, dråpe og luftsmitte. Under denne pågående pandemien er det gjennomført mye forskning på smittemåten til SARS-CoV-2. Dette har ført til at det som tidligere har vært definert som luft og dråpesmitte nå er mer overlappende enn tidligere. I stedet for å definere luft eller dråpesmitte har de europeiske og amerikanske smittvernsbyråene (ECDC og UC CDC) gått over til å beskrive smittemåten for luftveissykdommer i tre kategorier: Innånding, avsetning eller kontaktsmitte. Smitte av SARS-CoV-2 viruset skjer oftest ved nær kontakt med en smittet person ved at man blir utsatt for små eller store virusdråper fra luftveiene som innåndes. Viktige faktorer som har betydning for smitte, er dråpestørrelse og avstand til smitekilden. Dråper kan avsettes ved direkte hosting eller nysing fra en smittebærer. Det har også vist seg at man kan bli smittet ved direkte kontakt med viruset (FHI, 2022). Pasienter som er smittet med SARS-CoV-2 viruset skal smitteisolerers dersom de innlegges i sykehus. Vanligvis isoleres pasienter på enerom, men det er også mulig å kohortisolere. Det vil si å isolere flere pasienter som er bærer av samme smitteagens på samme areal (FHI, 2021; Phua et al., 2020).

2.4 Intensivbehandling ved koronasykdom

Koronavirus kan, som tidligere nevnt, føre til alvorlig respirasjonssvikt som krever intensivbehandling. Årsaken til dette er utviklingen av ARDS, ofte kombinert med sekundær bakteriell pneumoni og forhøyet inflammatorisk respons (Giæver, 2020).

SARS CoV-2 viruset kan også forårsake annen organsvikt, koagulasjonsforstyrrelser og sepsis (FHI, 2022). ARDS. står for «Acute respiratory distress syndrome» og er en lungesvikt tilstand som kan oppstå når lungevevet blir svært inflammet. Dette vanskeliggjør gassutveksling og medfører en respirasjonssvikt type 1, som innebærer vansker med oksygenering (Giæver, 2020).



Figur 1: 4 kriterier for diagnostisering av ARDS (Giæver, 2020)

Behandling ved ARDS er primært å sikre frie luftveier, adekvat ventilasjon og oksygentilførsel. Videre er rask og optimal behandling av utløsende årsak avgjørende for å hindre forverring av tilstandsgrad. Dette innebærer umiddelbar infeksjonsbehandling, samt korrigerende av sirkulasjonsforstyrrelser slik at skadet vev kan tilbys nok oksygen (Giæver, 2020).

Ofte er ikke ekstra oksygentilførsel og non-invasiv overtrykksventilasjon tilstrekkelig ved moderat til alvorlig ARDS, det kan raskt bli behov for intubasjon og invasiv respiratorbehandling. Det er godt dokumentert at skånsom ventilasjon med små tidalvolum bedrer overlevelse og forhindrer ventilator assosiert lungeskade. Ofte benyttes positivt endeekspiratorisk trykk (PEEP) for å bedre oksygeneringen, hindre dynamisk luftveiskollaps og atelektaser (Giæver, 2020). Behandling med forhøyet PaCO₂ tillates ofte uten alvorlige

konsekvenser, dette er imidlertid avhengig av at nyrene beholder sin funksjon. Dersom pasienten utvikler nyresvikt i forløpet kan dialyse bli nødvendig for å korrigere respiratorisk acidose og kontrollere væskebalanse (Giæver, 2020). Når pasienter med ARDS ligger i ryggleie vil det ofte utvikles både væskeansamlinger og atelektaser basalt, noe som medfører nedsatt oksygenering av bakre lungeavsnitt. De bakre delene er alltid best perfundert uavhengig av leie. Dette kan man utnytte ved å legge pasienten i mageleie (Giæver, 2020). Mageleie er dermed ikke bare en stillingsendring, men en medisinsk behandlingsform. Intervensjonen med å vende en intensivpasient i mageleie er krevende å gjennomføre, og krever god planlegging samt deltagelse av flere sykepleiere sammen med lege med spesialisert kompetanse på intervensjonen (Stubberud et al., 2020). Når en pasient ligger i mageleie er det mange viktige sykepleierobservasjoner og forebyggende intervensjoner som må ivaretas. Dette krever avansert kunnskap om patofysiologi, mulige komplikasjoner, og tilstrekkelig med ressurser (Nilsen et al., 2017).

2.5 Arbeid under strenge smitteverntiltak

Covid-19 pandemien har ført til en økt belastning på helsevesenet, som har resultert i en endret hverdag med arbeid underlagt strenge smitteverntiltak. Intensivavdelinger i hele verden har stått overfor utfordringer med tanke på både bemanning og intensivkapasitet. I tidlig pandemifase var det en alvorlig mangel på nødvendig beskyttelsesutstyr. En deskriptiv kvalitativ fenomenologisk studie fra USA har sett nærmere på denne utfordringen (Iheduru-Andersson, 2020). Det som er interessant er at svært få av informantene i studien vektla den fysiske belastningen dette innebar, men heller fremhevet de følelsesmessige utfordringene det medførte. Følelser som ble fremhevet var redsel, sinne, sorg, isolasjon, håpløshet, fornektelse, overveldelse, utbrenthet og en følelse av å være forrådt av ledelsen. Studien konkluderer med at sykepleiere trenger støtte og oppfølging fra ledelsen under og i etterkant av slike hendelser for å forhindre frafall av arbeidskraft (Iheduru-Andersson, 2020).

Dersom vi ser bort fra problematikken med manglende beskyttelsesutstyr, kan selve arbeidet under strenge smittvernsrutiner være både ubekvemt og fysisk slitsomt for helsepersonell. En annen amerikansk kvalitativ deskriptiv studie presenterer at ved bruk av personlig beskyttelsesutstyr rapporteres det om følelse av kortpusthet, svette, hodepine, fysisk utmattelse og søvnforstyrrelser (Gordon et al., 2021). Hyppig desinfeksjon, håndvask, fuktighet og friksjon er med på å skade hendenes hudoverflate. Beskyttelsesutstyr som masker, visir og briller utøver trykk mot huden og kan medføre hudproblemer (Langøen et al.,

2020). En kvalitativ deskriptiv studie fra Iran viser til at intensivsykepleiere har opplevd at beskyttelsesutstyret fører til at de ikke får spist eller gått på toalettet, spesielt på nattevakt. Dette har i noen tilfeller medført plager som obstipasjon og urinveisinfeksjoner hos sykepleiere (Moradi et al., 2021).

Etiske prioriteringsdilemma har også oppstått grunnet begrensede personalressurser, hyppige endringer i prosedyrer, og mangelfull behandling. Det er blitt rapportert om flere uønskede hendelser på bakgrunn dette. Beskyttende faktorer for helsepersonell som har opplevd etiske prioriteringsdilemmaer har vært: Tilgang på informasjon og veiledning, kollegial støtte og støtte fra ledelsen (Bergman et al., 2021). I tidlig fase av pandemien i Norge ble etiske prioriteringsdilemmaer beskrevet som hyppige. En norsk kvantitativ tverrsnittstudie har konkludert med at det trengs videre studier som kartlegger de etiske utfordringene med å jobbe direkte med covid-19 pasienter, og utfordringer knyttet til indirekte arbeid med denne pasientgruppen (Miljeteig et al., 2021).

2.6 Følelsesmessige utfordringer

Gordon et al., (2021) har belyst flere følelsesmessige utfordringer opplevd av sykepleiere som har arbeidet pasientnært under Covid-19 pandemien. Følelser som blir beskrevet er angst, stress, frykt, hjelpeløshet, bekymring og empati for pasientene.

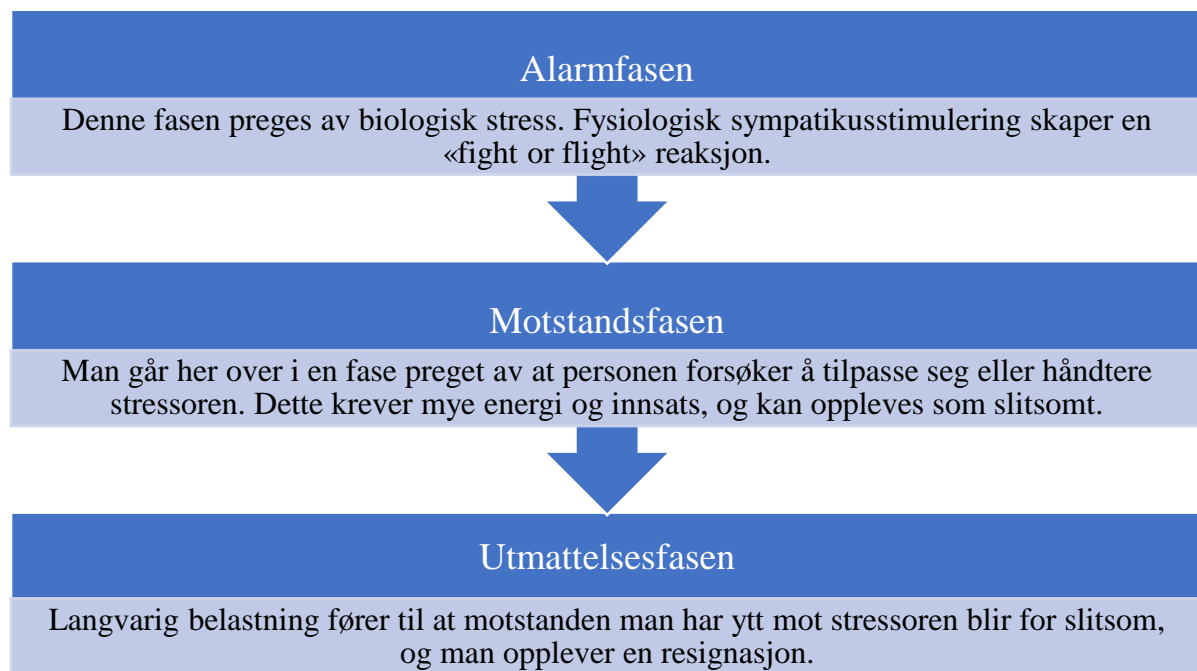
Svenske forskere har sett på sykepleieres erfaring med pleie av pasienter med Covid-19 på intensivavdeling. Informantene i denne mixed methods studien er hovedsakelig spesialsykepleiere innen intensiv eller anestesi. De har gitt uttrykk for en følelse av kaos og surrealisme, hvor de føler at de ikke er i stand til å tilby pasientene trygg og kvalitetsmessig pleie. Dette kommer som følge av økt pasientstrøm, og dermed for få spesialsykepleiere til å ta seg av de kritisk syke. De beskriver også at de har stått overfor etiske problemstillinger som følge av konstant prioritering av pasienter, grunnet mangel på ressurser som utstyr og nødvendige tekniske organstøttende behandlingshjelpemidler. Økende arbeidsbelastning og et dårligere arbeidsmiljø har vært svært belastende. Informantene har gitt uttrykk for at de konstant tenker på jobben, og at de dermed ikke har hatt overskudd til å gjøre noe på fritiden. Bekymringene har vært forårsaket av de fysiske kravene de har stått overfor, men ikke minst de psykiske følgene av etiske prioriteringer og dårligere behandlingstilbud. Natnlige mareritt ble trukket frem blant informantene (Bergman et al., 2020).

2.7 Utvikling av stress

Når vi i dette prosjektet skal utforske intensivsykepleieres følelsesmessige utfordringer og opplevelse av mestring i yrkesrollen, er det aktuelt å se på følelsesmessige utfordringer som spenninger og potensielle stressfaktorer som følge av arbeid under strenge smitteverntiltak.

Stress kan defineres på flere måter. Den kanadiske forskeren Hans Seyle definerte allerede i 1936 stress som “the non-specific response of the body to any demand for change” (Seyle, 1976, s. 15).

Seyle beskriver at det finnes to typer stress, såkalt eustress og distress. Eustress kan ses på som godt og oppbyggende stress, mens distress er det vi ser på som negativt og skadelig. Han utviklet stressmodellen General Adaptation Syndrome (GAS). Den beskriver biologisk rettet stressrespons, og består av en trefaset stimulusresponsprosess:



Figur 2: General Adaptation Syndromes tre faser (Seyle, 1976).

Hvis vi ser bort fra det rent biologiske aspektet ved stress, kan vi rette oss mot beskrivelsen gjort av Lazarus & Folkman (1984). De mener man opplever stress når det blir en uoverensstemmelse mellom en persons ressurser og kravene som stilles i en gitt situasjon. Stress oppstår altså i samspillet mellom en person, med dens opplevde ressurser, og denne personens opplevelse av miljøets forventninger.

Aaron Antonovsky, en amerikansk forsker innen medisinsk sosiologi, definerer en stressfaktor som «... en livsopplevelse preget av manglende sammenheng, under- og overbelastning og utestenging fra deltakelse i beslutningstaking» (Antonovsky, 2012, s. 50).

Stressfaktorer kan deles inn i tre typer. Stressende livsbegivenheter, daglige irritasjonsmomenter og kronisk stress. Stressende livsbegivenheter er av kort varighet. Når man opplever en slik begivenhet er det følgene av hendelsen som bestemmer om utfallet blir dårlig, nøytralt eller godt. Daglige irritasjonsmomenter kan også regnes som stressfaktorer eller spenning. Disse stressenelementene vil, på grunnlag av deres trivielle årsak, i mindre grad påvirke en persons helse. Dersom stressenelementene derimot er hyppige og vedvarende vil det kunne betegnes som kronisk stress. Kronisk stress, eller såkalt endemisk stress, vil ifølge Fried (1982) si «en tilstand av vedvarende endringer, krav, trusler eller berøvelser». (Fried, 1982, s.5). Tilstanden er ofte preget av mange små tilbakevendende stressfylte situasjoner, og kan være lite synlig. Kroniske stressenelementer er generaliserte og langvarige, og de kan lett la seg skjule av menneskers evne til tilpassing og bruk av mestringsstrategier. Ut ifra blant annet en persons temperament, personlighet, livssituasjon, sosiale rolle og gruppetilhørighet vil kroniske stressenelementer ha mulighet til å enten skape en generell motstandsressurs eller et motstandsunderskudd (Antonovsky, 2012; Fried, 1982).

2.8 Yrkesrelatert stress under Covid-19 pandemien

Intensivsykepleiere møter ulike yrkesrelaterte stressfaktorer i sitt daglige arbeid. Å jobbe med akutt og kritisk syke mennesker vil innebære akutte og stressende situasjoner. Det er ofte små marginer som skiller overlevelse fra død i intensivavdelingen. Covid-19 har lagt ytterligere byrder til intensivsykepleiernes skuldre. Stress på arbeidsplassen påvirkes av ledelsens evne til å skape et trygt miljø preget av respekt, kommunikasjon, samarbeid, medbestemmelse, anerkjennelse, og adekvat bemanning. Ubearbeidet stress kan i verste fall lamme en hel yrkesgruppe (Dimino et al., 2021).

En kvantitativ tverrsnittsstudie utført i Jordan, av Sharour & Daradas (2020), har funnet at 64% av sykepleiere har opplevd akutt stresslidelse (ASD) i forbindelse med Covid-19 pandemien, og befinner seg dermed i risiko for å utvikle posttraumatisk stressyndrom (PTSD). De fant også at de yngre sykepleierne opplevde mer yrkesrelatert stress enn de med lang erfaring. En tyrkisk kvantitativ onlinestudie, om yrkesrelatert stress blant intensivsykepleiere, har vist tilnærmet likt resultat (Şanlıtürk, 2021). Her har 62% av intensivsykepleierne respondert at de opplever moderat nivå av yrkesrelatert stress.

Stresselementer som kom frem fra denne studien var lange arbeidsdager, for få pleiere i forhold til pasienter, stor arbeidsmengde og mislykket behandling av Covid-19 pasientene. Opplevelsen av yrkesrelatert stress var høyest hos kvinnelige intensivsykepleiere uten barn, med 4-6 års ansiennitet i avdelingen, som arbeidet nattskift. De fant at lang arbeidserfaring var assosiert med en lavere opplevelse av arbeidsrelatert stress. Dette mener forskeren kan komme av at lang erfaring fører til økt klinisk kompetanse og bedre profesjonelle evner, som kan redusere opplevelsen av yrkesrelatert stress (Şanlıtürk, 2021).

Kandemir et al. (2021) har i sin kvantitative studie funnet at 72,3% av intensivsykepleiere har opplevd stress i forbindelse med arbeid i pandemitid. Intensivsykepleierne rapporterte også om depresjon (65,5%), angst (58,3%) og søvnvansker (39,7%). De har dermed konkludert med at stress blant intensivsykepleiere under Covid-19 har ført til angst, depresjon og søvnforstyrrelser.

Angst for selv å bli smittet, eller overføre smitte til andre har også blitt belyst i forskningen. Det interessante er at dette gjelder både for de som står for behandling og pleie av Covid-19 pasienter, men også de som ikke blir eksponert for smitte i samme grad (Binnie et al., 2021).

Informasjon fra det norske Helsedirektoratet (2020) støtter disse funnene. De beskriver mulige belastninger for medarbeidere under koronapandemien som følgende:

- Omfang: Økt press kan føre til at man må jobbe raskere, og kanskje ikke kan ta seg like god tid til å forberede prosedyrer og behandling som vanlig. Det kan resultere i følelsen av utilstrekkelighet, manglende mestring og redsel for å gjøre feil.
- Mangel på personell og utstyr: Hvis antall pasienter overstiger avdelingens kapasitet, kan det bli nødvendig å prioritere hvilke pasienter som skal få behandling. Dette er uvant, og kan føre til moralske dilemmaer som kan være vanskelig å håndtere.
- Arbeidsbelastning over tid: Kombinasjonen av høy arbeidsbelastning og forventninger knyttet til en endret hjemmesituasjon, kan føre til at man ikke får hvilt like mye mellom vaktene som vanlig og at man føler seg mer sliten og utmattet.
- Bekymring for egen familie: Mange kan være bekymret for smitte blant familiemedlemmer og å selv smitte egen familie. Familiemedlemmer i karantene eller isolasjon kan utgjøre en ekstra bekymring og belastning for medarbeidere som må være på jobb. (Helsedirektoratet, 2020)

2.9 Mestring

Tilværelsen byr på stadige stressfaktorer og utfordringer vi må håndtere. Hvordan man håndterer disse kan påvirke opplevelsen av mestring og personlig vekst. Når man opplever utfordringer og stresserelementer, enten det betegnes som stressende livsbegivenheter, daglige

irritasjonsmomenter eller kronisk stress, kan man håndtere det enten ved problemløsning eller følelsesregulering. Problemløsning anses som det mest konstruktive. Det innebærer at man identifiserer problemet og bruker sine tilgjengelige ressurser til å løse det. Dersom man føler man ikke har mulighet til å endre eller løse problemet, kan følelsesregulering bli en benyttet mestringsstrategi. Problemet, eller stresselementet blir værende, men man kan velge å undertrykke følelsene sine for problemet, eller ty til «trøst» som småspising, alkoholinntak eller annen helsemessig ugunstig atferd (Antonovsky, 2012).

Opplevelse av sammenheng (OAS) er et begrep som ble definert av Aaron Antonovsky i 1979. Han forsket da på 51 svært ulike personer, som alle hadde vært igjennom alvorlige traumer. Han tok i bruk et spørreskjema der han registrerte personenes tilnærming til livet. Ut ifra dette materialet kunne han trekke ut tre begreper som karakteriserer kjernekomponentene i OAS, og dermed kan indikere om mennesker har en sterk OAS eller en svak OAS. Teorien han kom frem til var at mennesker med et sterkt OAS kan mestre svært utfordrende situasjoner, og klare seg godt til tross for store påkjenninger i livet. Kjernebegrepene han trekker frem for å kartlegge en persons OAS kalles begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky, 2012).

Begripelighet dreier seg om i hvilken grad man opplever stimuli som velordnede, sammenhengende, kognitivt forståelige og klare. En person med høy skår på begripelighet vil forvente at fremtidige stimuli er forutsigbare, eller ha mulighet til å plassere dem i en forståelig sammenheng, og dermed kunne forklare dem. Disse personene vil dermed kunne oppleve stimuli og utfordringer som man er i stand til å møte og håndtere (Antonovsky, 2012).

Håndterbarhet, i denne sammenhengen, vil si i hvilken grad en person opplever å ha tilgang på tilstrekkelige ressurser for å kunne håndtere stimuliene eller utfordringene man blir utsatt for. En lav skår på håndterbarhet vil vise seg ved at personen kan føle seg urettferdig behandlet, eller som et offer for omstendighetene. En høy skår vil i motsatt retning vitne om at personen er i stand til å takle livets motbakker, stole på egne og nærliggende ressurser, bearbeide sorgen og komme seg videre (Antonovsky, 2012).

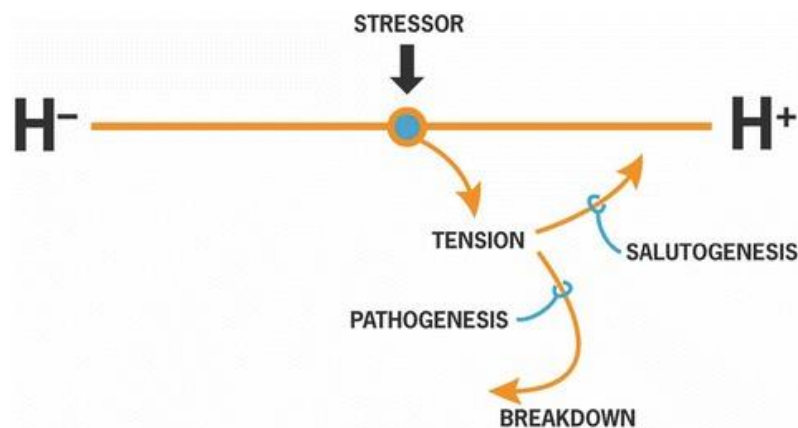
Meningsfullhet er motivasjonselementet i OAS-begrepet. Det tar for seg den følelsesmessige forståelsen av situasjonen. Dette innebærer at man har engasjement rundt situasjonen, og dermed er villig til å gjøre grep for å prøve å komme seg gjennom situasjonen eller endre den til det bedre (Antonovsky, 2012).

OAS blir definert slik:

Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i. (Antonovsky, 2012, s. 41)

Antonovsky ser på mestring gjennom et salutogent perspektiv. Det salutogene perspektivet innebærer at man fokuserer på hva som forårsaker helse, fremfor hva som forårsaker sykdom/uhelse. Salutogenese er dermed det motsatte av patogenese. Ved å benytte et salutogent perspektiv, vil man forsøke å forstå positive og helsefremmende aspekter ved menneskelige erfaringer og egenskaper, fremfor sykdomsfremkallende aspekter (Jenny et al., 2017).

Salutogenese bygger på at mennesker befinner seg på et kontinuum mellom uhelse og helse. Ingen har bare uhelse eller bare helse, men faktorer i livet gjør at man beveger seg frem og tilbake på dette kontinuumet (Antonovsky, 2012).



Figur 3: Helsekontinuumet basert på Antonovskys teori (Lindstrøm & Eriksson, 2015, s. 19).

Stimulus og spenninger kan oppleves som stress, men de kan også betraktes som noe positivt, helsefremmende og gledelig. En person med sterkt OAS vil ha lettere for å møte stimuli uten å oppleve det som stress, fordi en slik person vil føle på en mulighet for å kunne tilpasse seg, og har en iboende tro på at ting stort sett lar seg ordne. Han eller hun vil også gjerne benytte en tilgjengelig ressurs som egner seg godt til håndtering av den aktuelle stressfaktoren. De med sterkt OAS benytter dermed ofte en problemorientert mestringsstrategi. Antonovsky hevder at man kan se en sammenheng mellom en persons OAS og stressets påvirkning av deres fysiologiske helsetilstand. En person med sterkt OAS benytter oftere problemorientert

mestringsstrategi fremfor følelsesregulering med trøstespising, alkoholinntak og annen form for uheldig «trøst» (Antonovsky, 2012).

2.10 Salutogenese på arbeidsplassen

I følge Antonovsky kan en arbeidstakers OAS, og dermed helse, påvirkes av miljøet på arbeidsplassen. Dersom man opplever mening i det man er satt til å gjøre, føler man kan håndtere arbeidsoppgavene og forstår hva arbeidet innebærer, vil det være med på å styrke arbeidstakerens opplevelse av sammenheng. Han trekker frem viktigheten av forutsigbarhet, riktig arbeidsmengde og muligheten til å delta i diskusjoner og bestemmelser på arbeidsplassen som viktige OAS-styrkende faktorer. Arbeidsmiljøet har dermed innvirkning på forutsetningene for en persons mestring på arbeidsplassen, og dermed helse på bakgrunn av salutogenese (Jenny et al., 2017).

For å beholde en følelse av at arbeidet man gjør er meningsfullt trekker Antonovsky frem viktigheten av å få brukt sitt potensiale, evner og interesser. Dette vil kunne føre til et økt engasjement, og følelsen av at arbeidet man gjør blir verdsatt. Man vil med dette lettere finne sin plass og rolle i gruppen, og dermed kunne oppnå en bedre trivsel på arbeidsplassen. Arbeidstakere ønsker å føle seg trygge på at tilgjengelige ressurser er innen rekkevidde, og at man dermed kan håndtere kravene arbeidet medfører. Dersom arbeidssituasjonen i tillegg oppleves som strukturert, tydelig, forståelig og forutsigbar vil dette danne grunnlag for mestring. En følelse av god mestring av krevende arbeidsoppgaver vil kunne styrke en persons OAS og dermed fremme helse hos arbeidstakeren (Jenny et al., 2017).

Stresselementer kan være med på å svekke arbeidstakernes helse, men et styrket OAS vil kunne være helsefremmende for arbeidstakeren. En arbeidstaker som har et sterkt OAS vil kunne forstå, vurdere og mestre arbeidskrav med de spenninger de fører med seg. Kravene fra arbeidsplassen vil dermed kunne oppleves som en utfordring, og ikke nødvendigvis en trussel (Jenny et al., 2017).

2.11 Mestringsstrategier i pandemitid

Australske forskere har sett på mestringsstrategier benyttet av helsearbeidere som har arbeidet i fronten under kampen mot Covid-19. Smallwood et al. (2021) fant, i sin kvantitative online spørreskjemastudie, at de mest benyttede adaptive mestringsstrategiene var trening, yoga og sosiale relasjoner. Hele 26,3% av informantene oppga et økt alkoholforbruk, som er ansett som en negativ mestringsstrategi. Noen få benyttet apper for psykisk velvære eller søkte profesjonell hjelp av lege eller psykolog. Informantene som hadde barn hjemme, eller arbeidet

i landlige strøk viste seg å sjeldnere benytte negative adaptive følelsesmessige mestringsstrategier.

Å bruke kollegaer som støttespillere etter endt arbeidsdag har vist seg å være nyttig. Man lager da rom for å bearbeide følelser og erfaringer med andre som har stått i den samme situasjonen. Dette har bidratt til å hjelpe de involverte med å sette ord på, og prate seg gjennom negative hendelser. Det kan igjen føre til en følelsesmessig bearbeiding, felles forståelse og samhold i en utfordrende arbeidshverdag (Gordon et al., 2021).

Sharour & Dardas (2020) foreslår at ledelsen står i en særskilt posisjon til å hjelpe sykepleiere med stressreducerende strategier ved å være tilgjengelig for de ansatte, legge til rette for hviledager og sørge for at sykepleierne ruller på å ha ansvar for de mest komplekse pasientene. De foreslår også at ledelsen kan sikre sykepleiernes fysiske og psykiske helse ved å tilby tilstrekkelig sikkerhetsutstyr, gi sykepleierne positive tilbakemeldinger på vel utført arbeid, og fremstå som gode rollemodeller i håndteringen av pandemien.

2.12 Myndighetenes anbefalinger

Verdens helseorganisasjon (2021) har utarbeidet en midlertidig veiledning kalt «COVID-19: Occupational health and safety for health workers». Her står det at helsearbeidere kan få påvirket både sin fysiske og mentale helse av arbeid under Covid-19. De har kommet frem til spesifikke tiltak for å beskytte helsearbeideres mentale helse på arbeidsplassen:

- Iverksette overvåkingstiltak for å oppdage kritiske hendelser og redusere deres innvirkning på den mentale helsen til helsearbeidere.
- Sørge for at kvalitetskommunikasjon og nøyaktige informasjonsoppdateringer blir gitt til alle helsearbeidere, og rotere arbeidere fra funksjoner med høyere stress til lavere stress.
- Koble uerfarne arbeidere med erfarne kolleger, og sørg for at oppsøkende personell kommer inn i samfunnet i par.
- Sikre tilgjengeligheten av, og legge til rette for, tilgang til konfidensiell psykisk helse og psykososiale støttetjenester for helsearbeidere, inkludert tjenester som leveres eksternt eller på stedet.
- Legge til rette for tidlig og konfidensiell identifisering og håndtering av angst, depresjon og andre psykiske helsetilstander, og sette i gang psykososiale støttestrategier og førstelinjeintervensjoner.
- Fremme en psykisk helseforebyggende kultur blant helsearbeidere og helseledere.
- Sikre at helsearbeidere som utvikler psykiske helsetilstander og søker hjelp, kan komme tilbake til arbeidet uten stigma eller diskriminering. (WHO, 2021, s. 9)

I likhet med WHO har Helsedirektoratet (2020) kommet med anbefalinger for psykososial støtte til medarbeidere under Covid-19. Her rettes søkelyset mot hvordan kollegastøtte, samhold, samt kunnskap om stressreaksjoner og mestringsstrategier kan bidra til en økt følelse av mestring. Ledelsen bør sørge for god kriseledelse og støtte til sine medarbeidere. Det er anbefalt at ledere følger med på hvilke belastninger arbeidstakerne står i, og gjør tiltak for å unngå eller redusere disse belastningene. Ledere bør være synlige og tilgjengelige, samt gi god informasjon og begrunne tiltak som iverksettes. Ved å la medarbeidere få være med å bestemme, vil man bidra til økt engasjement og autonomi, som vil bidra til økt trivsel. De ansatte bør holdes oppdatert på endringer. Leder bør følge med på hvilke frustrasjoner medarbeiderne opplever, og være åpen for samtale om vanskelige forhold. For å hjelpe ansattgruppen til felles samhold og mestring er det viktig å fordele arbeidsbelastningen. Å vise omsorg ved å bry seg om de ansattes liv utenfor jobben og holde kontakt med medarbeidere i karantene er også viktig. Dette kan bidra til at de ansatte føler seg godt ivaretatt (Helsedirektoratet, 2020).

Medarbeidere bør støtte hverandre og samarbeide for å løse utfordrende arbeidsoppgaver. Godt teamarbeid, god forberedelse av vekten, god opplæring av nyansatte, og å sørge for en gjennomgang eller oppsummering ved vanskelige situasjoner er viktig for et godt samarbeid. Dette danner grunnlag for mestring. Støtte og motivasjon blant kolleger er viktig. Ved å ha en kultur med åpenhet rundt følelser og utfordringer vil man kunne lene seg på hverandre i vanskelige stunder, og hjelpe hverandre opp og frem. Humor kan dempe spenning og binde sammen gruppen, selv i svært utfordrende situasjoner (Helsedirektoratet, 2020).

Hver enkelt kan også gjøre tiltak for å bedre egenmestring. Det er viktig at man sørger for å få dekket sine grunnleggende behov, roer seg ned etter endt arbeidsdag, fremmer søvn og forsøker å stoppe negativ tenkning. Mange arbeidsplasser har opprettet hjelpetelefoner man kan benytte seg av hvis man har det vanskelig. Ellers finnes hjelpetelefon for mental helse, kirkens sos og arbeidslivstelefonen man kan benytte for å prate om utfordringer som oppleves i arbeidslivet (Helsedirektoratet, 2020).

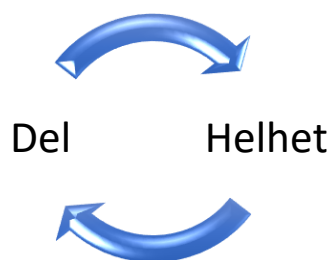
3.0 METODE OG UTVALG

Til denne studien er det benyttet et kvalitativt design med en fenomenologisk/ hermeneutisk tilnærming. Den har et retrospektivt perspektiv med fokus på første bølge av Covid-19 pandemien.

3.1 Vitenskapelig metode

Et kvalitativt design tar utgangspunkt i hermeneutisk og fenomenologisk filosofi, som baserer seg på den humanvitenskapelige tradisjon. Forskningsmetoder er ikke det samme som filosofi selv om det kan være sammenhenger mellom disse. Det kan derfor være misvisende å omtale kvalitative forskningsmetoder som hermeneutiske eller fenomenologiske, eller begge (Malterud, 2017, s. 29). På bakgrunn av dette velger vi å si at vår oppgave tar i bruk et kvalitativt design, inspirert av hermeneutisk og fenomenologisk filosofi.

Hermeneutikk kommer fra gresk og betyr forklaringskunst. Det er en metodelære for fortolkning av meningsfulle fenomener (Gilje & Grimen, 1993). Hermeneutikken omhandler studier av mennesket og menneskeskapte fenomener (Thomassen, 2006). En grunntanke i hermeneutikken er at vi aldri møter verden forutsetningsløst. Forutsetningene vi har bestemmer hva vi forstår. Begrepet forforståelse har sin opprinnelse fra den tyske filosofen Hans Georg Gadamer. Forforståelse er ansett å være et nødvendig vilkår for at forståelse overhodet skal være mulig (Gilje & Grimen, 1993). En annen viktig innsikt i hermeneutikken er at meningsfulle fenomener bare er forståelige i den sammenheng eller kontekst de forekommer i. Hermeneutisk fortolkning gjøres ved bruk av den hermeneutiske sirkel, som er en metode som ser forbindelsene mellom det som skal fortolkes, forforståelsen og sammenhengene. Fortolkningsprosessen består av stadige bevegelser mellom del og helhet sett i kontekst (Gilje & Grimen, 1993).



Figur 4: Hermeneutisk sirkel.

Fenomenologi er en kvalitativ forskningsmetode som har sine røtter fra filosofien og psykologien (Polit & Beck, 2018). Den har sitt opphav fra 1800-tallet hvor den ble utformet av filosofer som Edmund Husserl og Martin Heidegger (Malterud, 2017). Fenomenologi omhandler menneskers levde erfaringer. En fenomenologisk tilnærming til fortolkning er å tenke på hvordan menneskelige erfaringer oppleves, og se nærmere på hva de egentlig betyr (Polit & Beck, 2018). En fenomenologisk forutsetning for forståelse går ut på å sette tidligere kunnskap i bakgrunnen, for å deretter sette subjektive erfaringer i lys for å kunne forstå individets livsverden. Dersom en skal forsøke å beskrive et fenomen, er det viktig at essensen av fenomenet beskrives så nøyaktig som mulig, og ses i relasjon til andre fenomener (Malterud, 2017).

3.2 Vår forforståelse

I kvalitative studier er begrepet forforståelse, som tidligere beskrevet, sentralt. Vi er begge sykepleiere med egen arbeidserfaring fra intensiv- og akuttavdeling under covid-19 pandemien. Dette er et tema som står oss nært da vi har opplevd å arbeide med alvorlig syke koronapasienter. Vi har også erfart endringer i avdelingene vi arbeider på som følge av pandemien. En av oss ble i tillegg smittet på jobb under første smittebølge, og dro i den forbindelse med smitte hjem til familien. Vår erfaring, kan være en fordel siden vi kjenner forskningsfeltet med dets kontekst og begreper. Erfaringen og engasjementet vårt er for oss en motivasjon til arbeidet med denne studien. Samtidig setter det store krav til refleksivitet fra oss som forskere. Refleksivitet er en kompetanse som innebærer at forskere kan se betydning av egen rolle i samhandling med deltagere og egen forforståelses betydning for prosjektet (Malterud, 2017). Dette er særlig viktig i selve intervjusituasjonen, og ved tolkningen av datamaterialet. Vi ønsker å presisere at vi var bevisste på å forholde oss naive i intervjusituasjonen og unnlot å komme med egne erfaringer og refleksjoner, fordi vi ønsket å få frem en helhetlig og upåvirket beskrivelse fra informantene. Ved tolkning av datamaterialet har vi forsøkt å beskrive gjennomføringen så nøyaktig som mulig for å vise refleksivitet.

3.3 Utvalg og rekruttering

Utvalget i denne studien kan beskrives som et strategisk utvalg. Et utvalg kalles strategisk når det velges med oppfatning av at det på best måte kan belyse problemstillingen (Malterud, 2017). Vi ønsket å rekruttere 7-10 intensivsykepleiere med erfaring fra arbeid i intensivavdelingen under første smitte bølge av Covid-19 pandemien. Å velge et strategisk utvalg med god informasjonsstyrke gir godt grunnlag for utvikling av kunnskap. Informasjonsstyrken bestemmer hvor mange deltagere en studie trenger, dersom deltagerne har

høy informasjonsstyrke er det ikke behov for mange deltagere (Malterud, 2017). Med tanke på studiens omfang og problemstilling, mente vi dette utvalget ville kunne gi oss god metning av data. På bakgrunn av ulikt erfaringsgrunnlag og forskjeller i lokal praksis, fant vi det hensiktsmessig å intervjuer på to ulike generelle intensivavdelinger for å få en variasjonsbredde i utvalget vårt. Da aktuelle godkjenninger for studien var på plass, var neste steg å sende forespørsler til aktuelle avdelingsledere for bistand med rekruttering. Det ble avtalt at avdelingslederne skulle sende ut en felles informasjons e-post om studien til sine ansatte. E-posten inneholdt vår kontaktinformasjon (se vedlegg nr. 2). Dette ble gjort med mål om at vi skulle oppnå en frivillig rekruttering. Vi opplevde å få relativt rask respons fra intensivsykepleiere som ønsket å delta i studien. Vi ønsket å inkludere intensivsykepleiere av ulikt kjønn og med ulik erfaring, der informantene hadde minimum 2 års yrkeserfaring i intensivavdeling. Malterud (2017) sier at ved å vektlegge mangfold i et strategisk utvalg vil man kunne forbedre informasjonstyrken, samtidig som det vil kunne beskrive flere nyanser av samme fenomen.

3.4 Datainnsamling

Data ble samlet fra to ulike generelle intensivavdelinger på lokalsykehus i Sørøst-Norge. Vi fikk informanter av ulik alder, kjønn, og ansiennitet. Det ble intervjuet 8 personer, 6 kvinner og 2 menn. Alder på informantene var fra 25-65 år. Ansiennitet som intensivsykepleier varierte fra 3-25 år, med et gjennomsnitt på 15 år. Alle inkluderte informanter hadde arbeidet i intensivavdelinger i over 50% stilling under covid-19 pandemien. 7 av informantene hadde arbeidet på de representerte sykehusene under covid-19 pandemiens første smitte bølge, mens en informant har erfaring fra et annet sykehus med større smittetrykk i perioden.

3.4.1 Intervju

I studien har det blitt benyttet kvalitative forskningsintervju for å forske på de presenterte forskningsspørsmålene. Dette er hensiktsmessig for å kunne få frem intensivsykepleieres subjektive opplevelser, erfaringer og refleksjoner. Erfaringene som kommer frem i studien, vil forhåpentligvis kunne identifisere og belyse fenomener som kan være gjenkjennbare for andre i liknende situasjoner. Fenomener er noe som ikke kan tallfestes eller måles, men må beskrives med ord (Malterud, 2017; Polit & Beck, 2018).

Det ble benyttet individuelle semistrukturerte dybdeintervju for datainnsamling. Malterud (2017) sier at de rikeste erfaringer får man dersom man klarer å invitere deltagerne til å dele egne erfaringer, i form av en levd historie eller en konkret hendelse som hadde en spesiell betydning (Malterud, 2017, s 134). Individuelle dybdeintervju vil gi rom for å la deltageren

fortelle fritt uten forstyrrelser. Det gir også en tryggere, mer skjermet setting for utveking av personlige holdninger (Malterud, 2017).

For å strukturere intervjusituasjonen hadde vi forberedt en intervjuguide med utgangspunkt i forskningsspørsmålene (se vedlegg nr. 3). Intervjuguiden var semistrukturert og inneholdt åpne innledningsspørsmål om ulike temaer som vi ønsket data om. Vårt første innledningsspørsmål var: «Kan du fortelle om dine tanker og erfaringer fra arbeid som intensivsykepleier under første fase av Covid-19 pandemien?» For å forberede oss på intervjusituasjonen utførte vi et pilotintervju på en medstudent. Vi ble da bevisstgjort viktigheten av åpne spørsmål.

Under selve intervjusituasjonen ble deltagerne oppfordret til å beskrive og forklare egne erfaringer og opplevelser fritt innenfor temaene. Intervjuguiden var kun et hjelpemiddel som ble benyttet underveis i ulik grad for strukturering. Vi opplevde i flere tilfeller at informantene kom naturlig inn på de temaene som vi ønsket å undersøke nærmere i studien.

3.4.2 Kontekst

Det er alltid viktig å sikre at intervjusituasjonen skal foregå et sted der deltagerne er trygge og komfortable (Malterud, 2017). Det ble derfor tilrettelagt for at intervjuene kunne foregå der informantene selv ønsket. Alle intervjuene ble utført ved fysisk oppmøte på informantens arbeidsplass i arbeidstiden. En god intervjusituasjon kjennetegnes ved at den som intervjuer klarer å skape en god ramme for fortrolighet og en rolig atmosfære. Å få deltageren til å kjenne seg trygg og ivaretatt er en forutsetning for å kunne få rike og relevante empiriske data (Malterud, 2017). Vi ønsket å skape en trygg og god atmosfære. Vi begynte intervjusituasjonen med å presentere oss, og å tilby å hente noe å drikke. Deretter småpratet vi litt om dagligdagse temaer til informanten virket komfortabel. Da selve intervjuet begynte ble hensikten med studien gjentatt og poengtert, og informanten ble gjort oppmerksom på at intervjuet ville bli innspilt på lydopptak.

3.4.3 Transkripsjon

Etter datainnsamlingen skal materialet organiseres og gjøres tilgjengelig for analyse (Malterud, 2017). Lydfilene fra intervjuene hadde varighet på mellom 22 til 45 minutter. Intervjuene ble nøyaktig og ordrett transkribert til skriftlig form. Vi transkriberte etter beste evne, og var forsiktige med tolkninger der det som ble sagt var uklart. Transkripsjonen til denne studien ble gjennomført rett etter intervjuene, for å kunne husket det som ble fortalt. Vi oversatte dialekt til bokmål underveis for at det ikke skulle være mulig å gjenkjenne

informantene i sitater. «Gjennomføring og transkribering av kvalitative forskningsintervju kan være meget ressurskrevende» (Malterud, 2017, s.137). Dette var noe vi fikk erfare underveis. Arbeidsmengden med å transkribere intervjuene ble fordelt likt. Vi transkriberte kun intervju som vi selv hadde vært delaktige i, for å ivareta konteksten i intervjusettingen. For å sikre konfidensialitet ble personidentifiserbare opplysninger aidentifisert underveis.

3.5 Analyse

Kvalitativ analyse innebærer alltid en form for teksttolkning, uansett analysemetode. Man analyserer ved å bruke fortolkning til å utvikle beskrivelser som formidler mangfold, fellestrekk eller typiske egenskaper. Det ses også på beskrivelse, navn eller teoretiske modeller som åpner for innsikt i sammenhenger (Polit & Beck, 2018).

I søk etter en anvendelig forskningsmetode som kunne ivareta essensen i det enkelte menneskets levde erfaringer og gi rom for tolkning, endte vi opp med Lindseth og Norberg (2004) sin fenomenologiske-hermeneutiske analysemetode som inspirasjon i denne studien. Metoden er inspirert av Ricœur's (1976) teori om forståelse og tolkning av tekst, og fremhever tekstens betydning i forståelsen av språk som menneskelig uttrykk. (Ricœur, 1976).

Vi valgte Lindseth og Norberg (2004) sin analysemetode, da den legger særlig vekt på det enkelte menneskets fortelling og levde erfaring. Den har fokus på å tolke intervjutekster, som er dannet ved interaksjon mellom intervjuer og den som blir intervjuet. Det er ikke tekstene som er transkribert i seg selv som skal undersøkes, men man ønsker å se nærmere på meningen bak det som blir fortalt i selve intervjusituasjonen (Lindseth & Norberg, 2004).

Lindseth & Norberg 2004 sin analysemetode har tre trinn:

1) Naiv forståelse

I den første analysefasen er det viktig at man åpner opp for at teksten får tale til oss (Lindseth & Norberg, 2004). Vi begynte derfor denne prosessen med å lytte åpent uten forutsetninger gjennom lydopptakene våre. Deretter ble de transkriberte tekstene lest flere ganger for å kunne forstå den helhetlige meningen. Til slutt lagde vi et kort sammendrag av hva vi opplevde var den samlede essensen i tekstene. Dette utgjorde for oss det første steget i analyseprosessen inspirert av Lindseth & Norberg (2004) sin naive forståelse, som trenger en videre validering av en strukturell analyse.

2) Strukturell analyse.

Strukturell analyse innebærer å dele opp teksten i meningsenheter. En meningsenhet kan være en setning eller et avsnitt, men må være en enhet som utgjør en viss mening i teksten (Lindseth & Norberg, 2004). For å rydde i teksten og strukturere datamaterialet vårt i meningsenheter benyttet vi NVivo 12 pro, som er et anerkjent dataprogram brukt for kvalitativ tekstanalyse. Fremgangsmåten vår var å starte med å sortere ut meningsbærende enheter fra teksten, som ble kondensert eller fortettet. De ulike meningsenhetene ble deretter sammenliknet og sortert etter likheter og ulikheter, og dermed konsendert til meningskondensat. Meningskondensatene ble deretter kategorisert etter hva som foreløpig passet sammen. Slik ble subtemaer naturlig dannet underveis. Analysen innebærer videre flere omganger med bevegelser fra den naive forståelsen og temaene som fremkommer. Slik fortsetter prosessen inntil den naive forståelsen kan valideres gjennom den strukturelle analysen (Lindseth & Norberg, 2004). Ved å pendle mellom helhet og del, kom det frem for oss at vi kunne gjøre sammenfatning til 11 foreløpige subtema og 4 kategoriske hovedtema. Senere i analyseprosessen ved stadig refleksjon over fenomenene, så vi at vi kunne gjøre ytterligere sammenslåing av subtema og tema ved hjelp av NVivo. Vi stod dermed til slutt igjen med fire subtema og to hovedtema, som henholdsvis svarer på første og andre forskningsspørsmål. Disse vil presenteres under funn.

3) Helhetlig forståelse av teksten

I denne siste fasen skal hovedtema og subtemaer ses i sammenheng og reflekteres over i lys av aktuell litteratur og den naive forståelsen (Lindseth og Norberg, 2004). Drøfting av funn gjøres ved inspirasjon av Lindseth og Norberg (2004) sitt tredje trinn. Det reflekteres over aktuell litteratur, og det blir gjentatt vurdert om det vi har tolket ved første gjennomlesing faktisk samsvarer med de fire subtemaene og de to hovedtemaene vi endte opp med. Vi har under drøftingen satt funnene våre opp mot studiens kontekst, hensikt og forskningsspørsmål. Grunnet vår begrensede erfaring med forskningsarbeid, har vi valgt å hovedsakelig fokusere på analysens trinn 1 og 2, fremfor å løfte funnene våre til en ny forståelse eller teori.

Meningsenhet	Meningskon- nsat	Foreløpig subtema	Subtema	Tema
<p>«Jeg liker den variasjonen som er på jobb. Man kommer på jobb, og man vet ikke hva som er, som ligger her, og det synes jeg er gøy og utfordrende.»</p> <p>«Altså det er jo en givende jobb også. Hvis ikke så hadde en vel ikke holdt ut. Men det er jo spennende.»</p> <p>«Og så er det jo igjen, det faller på bemanning. Så må vi bare brette opp ermene da. Stå i det.»</p> <p>«Jeg vil ikke ha is eller kake på jobb. Jeg vil ha nok folk på jobb. Ja det er...liksom det som er det viktigste av alt.»</p> <p>«Det går ikke an å hive inn folk fra gata og tro at de kan ta covidpasienter. Det, det skal mer til. Det er avansert intensivmedisin med tunge covid-pasienter.»</p> <p>«Man merker at arbeidsmålene, planleggingen, gjennomføringen, og pasienten lander. Det blir bedre fra gang til gang. Man tenker jo kanskje tidligere for neste pasient. Man vil alltid i sånne prosesser lære noe mere, men kanskje dette ligger litt i underbevisstheten, i den tause kunnskapen. Her er det noe som ikke stemmer, kanskje vi bør, ja. Vi blir gradvis litt klokere.»</p> <p>«Dette her skal vi, nå bretter vi opp ermene, og dette skal vi takle. Og stå sammen»</p> <p>«Vår leder, som ser nedover og kjemper oppover, og er kjempetydelig i tale på godt og vondt. Men du vet hvor du har henne, og det er godt ment i forhold til hvordan helheten skal bæres. Og da vet man egentlig hva man har å spille på.»</p> <p>«Framfor å synke ned i den sofaen den helgen og, så gå faktisk ut og gjør noe. Så det nå å være på fjellet, å bade i sjøen, padle eller ja, gå på tur, henge i hengekøye. De tingene der er veldig fint. Et fristed å bare være, for da forholder man seg ikke til noe annet enn å holde seg varm, man skal drikke, man skal ha mat, og man skal ha en god samtale. Og altså, sånne enkle ting kan være en fin måte å gjøre. Ja. Så sånne ting, det er både privat, men også for å fungere litt i jobben da. Så det er jo mestrings det.»</p> <p>«Så var jeg veldig fokusert på at når jeg hadde vært der, la oss si en uke, da ville jeg gjøre noe annet. Da må vi, må vi trø til og fordele den belastningen».</p> <p>«Så har jeg tenkt at ok, jeg må ta min turn nå. Men når min turn er over, så skal jeg si ifra, jeg skal bli flinkere til å si ifra, fordi det var ikke, for jeg følte jeg stod på isolat fra midten av mars til godt uti juni egentlig, i 2020.»</p>	<p>Å jobbe på intensiv føles givende og spennende</p> <p>Å brette opp ermene og jobbe på når det er travelt</p> <p>Tilstrekkelig bemanning letter arbeidsdagen</p> <p>Viktigheten av at bemanningen har intensivkompetanse</p> <p>Erfaring med covidpasienter fører til mindre stress</p> <p>Faglig kompetanse - egen trygghet.</p> <p>Kollegialt samhold</p> <p>En ledelse som ser nedover og kjemper oppover</p> <p>Fysisk aktivitet hjelper for å koble av</p> <p>Viktigheten av rullering</p> <p>Viktigheten av å sette egne grenser</p>	<p>Intensivavdelingen - et variert og spennende arbeidsmiljø</p> <p>Bemanning er nøkkelen til alt</p> <p>Erfaring og kunnskap gir økt følelse av mestrings</p> <p>Viktigheten av kollegialt samhold og en støttende leder under pandemien</p> <p>Eget ansvar for å sette personlige grenser og koble av fra jobb</p>	<p>Intensivavdelingen - et meningsfullt arbeidssted</p> <p>Når usikkerheten erstattes med erfaring, samhold og egenomsorg</p>	<p>Å MESTRE GJENNOM KUNNSKAP, SAMHOLD OG EGENOMSORG</p>

Tabell 1: Eksempel på strukturell analyse ved hjelp av NVivo 12 pro.

3.6 Forskningsetikk

Prosjektet vårt ble, før oppstart, godkjent av Norsk Senter for Forschungsdata (NSD) og Fakultetets Etiske Komite (FEK) (se vedlegg nr. 4 & 5). Før intervjuene fant sted hadde vi sikret godkjenning fra personvernombudet ved det aktuelle helseforetaket (se vedlegg nr. 6). Det er etisk viktig at forskningsprosjekt gjennomføres på en måte som gir vitenskapelig kunnskap og sikrer god kvalitet på resultatene (Malterud, 2017, s. 217). Hvordan kvalitativ forskning skal gjennomføres er noe vi har satt oss inn i før forskningen fant sted. Vi utarbeidet en detaljert projektskisse, i samarbeid med vår veileder, som ble sendt til aktuelle forskningsetiske komiteer for godkjenning. Vi har utbedret alle endringer som NSD og FEK har ønsket slik at denne studien skal være innenfor forskningsetiske rammer.

3.6.1 Informert samtykke

Informert samtykke er en frivillig, uttrykkelig og informert erklæring om at deltageren godtar behandling av opplysninger om egen person. Dette forutsetter at deltageren er tilstrekkelig informert om situasjonen til å kunne samtykke, og er samtykkekompetent. Studier som involverer mennesker har strenge krav til informert samtykke (Polit & Beck, 2018). Informert samtykke må derfor ses som en prosess og ikke som en enkeltstående handling. For at forskningsdeltagere skal kunne gi informert samtykke er det viktig at informasjonen er formidlet på en tydelig og forståelig måte (Malterud, 2017). Deltagerne til denne studien, fikk i forkant av intervjuet tilsendt informert samtykkeskjema på e-post. Slik fikk de mulighet til å sette seg inn i hva studien innebar i god tid før selve intervjusituasjonen. Da deltagerne møtte til intervju ble skjemaet tildelt i papirform og kortfattet gjennomgått, før samtykke ble inngått både muntlig og skriftlig (se vedlegg nr.7).

3.6.2 Oppbevaring av data og konfidensialitet

Ved intervjustart ble deltagerne informert om at det de sier under intervjuet skal bli behandlet konfidensielt. Konfidensialitet vil si at sensitive opplysninger kun skal være tilgjengelig for autoriserte personer. Dette for å unngå at sensitiv informasjon kommer på avveie, og forhindre at personidentifiserende opplysninger offentliggjøres. (Malterud, 2017; Polit & Beck, 2018). Transkriberte intervjuer har ikke inneholdt navn eller kjennetegn som vil kunne avsløre forskningsdeltakerne. I studiens resultater vil alle bli benevnt som hun/henne uavhengig av kjønn. Lydfilene har blitt oppbevart trygt i Universitetet i Agders one-drive skylagringsystem, og vil slettes umiddelbart etter masteroppgaven er levert og vurdert. Samtykkeskjema har blitt oppbevart på Universitetet i Agder, innelåst etter prosedyre, og vil bli makulert i samsvar med gjeldende avtale med NSD.

3.6.3 Mulige konsekvenser for forskningsdeltagerne

Å vurdere mulige negative konsekvenser for deltagerne er et viktig etisk aspekt ved intervjustudier (Kvale & Brinkmann, 2015). Det var på forhånd vurdert at det var en risiko for at helseopplysninger kunne fremkomme under intervjusituasjonen. Tidligere forskning både nasjonalt og globalt har vist at covid-19 pandemien har vært en stor påkjenning for intensivsykepleiere (Miljeteig, 2020; Sharour & Daradas, 2020). Punktet behandling av helseopplysninger ble derfor hukket av på i søknaden til NSD. Vi tok videre kontakt med personvernombudet ved UiA, og fikk informasjon om rutinen for behandling av personlige opplysninger i forskning, samt informasjon om hvordan få tilgang til TSD, et system for lagring av sensitive personopplysninger i forskning. Vi var forberedt på at det kunne oppstå dialog rundt tema av sensitiv art under intervjuene. Vår oppfatning var at dersom dette skulle forekomme, skulle vi være klare til å tilby støtte, forståelse, informere om aktuelle hjelpetelefoner (Helsedirektoratet, 2020), og bedriftshelsetjenestens tilbud for psykososial støtte.

Det var ingen helseopplysninger som kom frem under intervjuene våre. Vi opplevde at to av informantene ble emosjonelt påvirket og gråt litt da de fortalte om ulike hendelser i sin arbeidshverdag under Covid-19 pandemien. Vi anser dette som en naturlig reaksjon på den belastningen pandemien har medført.

3.6.4 Vår rolle som forskere

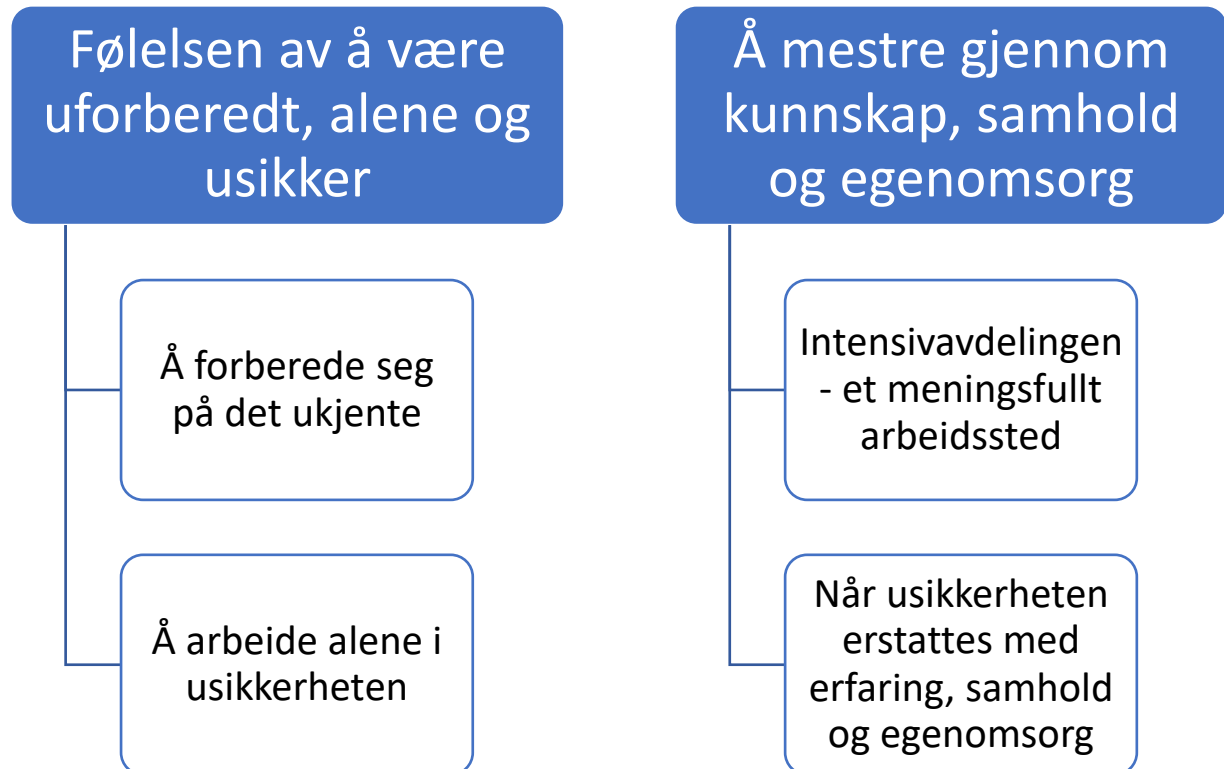
Under hele arbeidet med denne studien har vi forsøkt å være bevisst vår rolle som forskere. Forskningsfeltet har stått oss nært, og informantene tilhører en arbeidsgruppe vi snart skal bli en del av. Noen av informantene var også kjente for oss fra tidligere igjennom praktiske studier eller som kollegaer. Dette ble vurdert til å kunne bli utfordrende. Johnsen et al. (2009) presiserer at grunnet nærheten ved å forske blant sine egne kollegaer, kan det oppstå flere etiske dilemmaer. Åpenhet i forskningsprosessen er derfor spesielt viktig. Vi opplevde ingen åpenbare utfordringer i intervjusituasjonene hvor vi intervjuet kollegaer. Ved intervjustart ble rollen vår som forsker i denne sammenhengen presisert. Videre har vi vært bevisst de krav som stilles til en forsker, for å sikre kvaliteten på den kunnskapen som fremlegges i studien. Forskere har alltid en slags maktposisjon over intervjuobjektet (Malterud, 2017). Dette har medført et stort moralsk og etisk ansvar i møte med informantene, samt i fremstillingen av den dataen de har gitt oss.

4.0 PRESENTASJON AV FUNN

I dette kapittelet presenteres studiens funn. Dette innledes med vår intuitive forståelse, før strukturell analyse med hovedtema og subtema presenteres.

Vår intuitive forståelse var at informantene opplevde følelser som usikkerhet og redsel grunnet manglende beredskapsplaner og flyktig informasjon. Å jobbe på smitteisolat føltes ensomt, utrygt og fysisk slitsomt. Samtidig følte informantene at de møtte sannheten under sitt arbeid i intensivavdelingen. Situasjonens alvorlighet stod tydelig frem, men flere følte seg heldige over å jobbe i et område med lavt smittetrykk. Viktigheten av rulling og støtte fra kollegaer belyses for håndtering av arbeidshverdagen. Mangel på intensivkompetanse og bemanningsutfordringer fremheves som utfordrende. Medias fokus på intensivsykepleierens yrkesrolle oppleves som motiverende for informantene. Mestringsstrategier som fremkommer for å stå i yrkesrollen er: Fysisk aktivitet, avkobling med å ikke tenke på jobb hjemme, og det å kunne være sammen med familien.

Ved strukturell analyse ble det identifisert to hovedtema og fire subtema:



Figur 5: Presentasjon av hovedtema og subtema.

4.1 Følelsen av å være uforberedt, alene og usikker

Studien viste at intensivsykepleierne følte seg uforberedt under første smittebølge av Covid-19 pandemien. Dette førte til en usikkerhet rundt hvordan man skulle håndtere både Covid-19 viruset i form av smittevern, og pasientbehandling. Utfordringer viste seg å skyldes både praktiske, miljømessige- og mer personlige, følelsesmessige faktorer. Dette vil vi utdype i de neste punktene.

4.1.1 Å forberede seg på det ukjente

Det er lenge siden vi i Norge har stått ovenfor en global pandemi av alvorlig art. Våre informanter befant seg dermed, under første smittebølge, i en svært ukjent situasjon. Det kom tidlig frem informasjon om at Covid-19 pasientene kunne få store respiratoriske problemer under sykdomsforløpet. Viktigheten av intensivkompetanse for å behandle disse pasientene, i kombinasjon med at pandemien skulle begrenses i form av isoleringsregimer, førte til at intensivavdelingene måtte gjøre forberedelser før pandemien rammet Norge. Vi vil nå belyse hvordan informantene i denne studien opplevde tiden før de første covidpasientene begynte å melde sin ankomst på de aktuelle sykehusene.

Pandemiforberedelser hadde stort fokus i intensivavdelingene da Covid-19 var et faktum. Forberedelsene som ble gjort var mange. Et viktig funn i studien er at intensivsykepleierne opplevde en mangelfull tilgang til smittevernprosedyrer for håndtering av covidpasienter.

Man jobbet jo med å legge planer for, ja, for hvordan man skulle, jeg syns det manglet veldig mye. For eksempel det var jo ikke sånn, det var jo ikke sånn ferdig opplegg, på rutiner på hvordan man skulle kle på seg og av seg, for eksempel. Så visste vi jo ikke helt om det var luftsmitte eller dråpesmitte. Så det var jo sånn ja. Det manglet mye rutiner på sånne ting.

Det ble betegnet som merkelig at de som er ansvarlige for hygieneprosedyrer på sykehuset ikke hadde en klar plan på hvordan man skulle håndtere denne typen pasienter. Man opplevde at det ikke ble formidlet et klart svar da man henvendte seg til disse. Dette førte til usikkerhet om hvor utsatt man selv var for smitte. Det ble stilt spørsmål om man hadde tilstrekkelig og korrekt smittevernsbekledning for å unngå å bli smittet, og om gjeldende prosedyrer holdt mål. Mangelen på klare retningslinjer førte til at enkelte av intensivsykepleierne i avdelingene tok egne grep for å få på plass prosedyrer for å sikre best mulig smittevern. Det ble utarbeidet plakater som demonstrerte påkledning og avkledning av smittevernutstyr. Disse skulle henge synlig i avdelingen for å sikre at alle kledde seg på en trygg måte. Flere forteller om øvelser der de øvde på å kle på og av seg. Tilgangen på smittevernutstyr skulle tidlig bli et tema under

forberedelsesfasen. Det oppstod bekymringer rundt hvorvidt man ville kunne fremskaffe tilstrekkelig beskyttelsesutstyr til de ansatte.

Opplevelsen av manglende beredskapsplaner for pandemihåndtering ble belyst:

Jeg har tenkt mye på at, man burde hatt beredskap, for det er jo sånn som alle sier at det er jo en varslet krise på en måte. Og man vet jo at det kommer pandemier, med jevne eller ujevne mellomrom. Og man har jo på en måte, en slags plan. Men det er bare ikke god nok. Så husker jeg at jeg tenkte mye på at det var det som var skikkelig dårlig.

Som ledd i forberedelsene ble det derfor opparbeidet en kriseplan for pandemihåndtering.

Denne planen fremstod som urovekkende for informantene. De ble forespeilet at de i verste fall ville måtte ha ansvar for 4-5 intensivpasienter hver, noe som ble oppfattet som et skrekkszenarie. For å avhjelpe intensivavdelingen var det, ifølge kriseplanen, aktuelt å lære opp andre sykepleiere til å hjelpe intensivsykepleierne til å behandle covidpasientene. Dette førte til at en del av forberedelsene bestod i å lære opp personell fra andre avdelinger.

Resultatet var merarbeid for intensivsykepleierne, og en opplevelse av at støttepersonell viste misnøye med å bli omplassert. Intensivsykepleierne ble, grunnet fare for stor pasientpågang, forespeilet at det ville kunne bli nødvendig med nødturnus for å få bemanningssituasjonen til å gå opp. Det å skulle bli beordret til å arbeide ut over ordinær kontrakt fremstod som en stor inngripen i deres hverdag.

Videre viste våre funn at pandemiforberedelsene bestod av at sykehusets avdelinger ble omorganisert, og sengeposter forberedte seg på å trolig måtte avhjelpe intensivavdelingen med såkalte intermediærpasienter. «Så det ble litt sånn snudd opp ned på hele sykehuset egentlig» uttrykker en av informantene. Selve lokalene i intensivavdelingen ble evaluert. Man fant da raskt ut at det var for få smitteisoler i intensivavdelingene. Man ville måtte gjøre utbedringer for å sikre smittesluser og mulighet for kohortisolering.

Gjennom media fikk man se hvordan Covid-19 hadde veltet om på hele samfunn, og satt helsevesen under stort press. Våre informanter gav uttrykk for at de følte seg heldige og takknemlige for det lave smittetrykket man hadde i Norge. I avdelingene oppstod det en litt annerledes situasjon enn intensivsykepleierne var vant med. Innleggelse av «vanlige» intensivpasienter gikk ned. Det at pasientbelegget generelt gikk ned gjorde at man fikk god kapasitet til å forberede seg på pandemien, og at pasientbehandling var av god kvalitet. Dagene var likevel preget av usikkerhet over hva som ville møte dem, og når pasientene

skulle begynne å strømme på. Intensivsykepleierne gikk med blandede følelser, og ventet på det store innrykket som aldri kom. En av informantene beskriver det som:

Vi var i beredskap, sykehuset. Hvor operasjonsprogrammet var lagt ned, det var nesten ikke pasienter som ble lagt inn, og det var sånn der overraskende få pasienter. Og det var liksom, du hørte knappenålen liksom bare falle.

4.1.2 Å arbeide alene i usikkerheten

Små hendelser i arbeidshverdagen gjenspeiler følelsen av alvor i situasjonen. En av intensivsykepleierne forteller: «Anestesilegene var, plutselig så var alt av skjegg borte, ikke sant.» Og en annen: «Hun (avdelingsleder) gikk rundt og telte hanskebokser. Og det, da ble det litt sånn veldig konkret for meg. Jeg skjønnte alvorret.» Dette førte til at flere følte seg spente og litt engstelige for hva som ville komme.

Usikkerhet kom tidlig frem som et gjentakende og tydelig fenomen blant intensivsykepleierne i studien. Usikkerheten gjorde seg gjeldende både i form av manglende pandemierfaring og manglende kunnskap om det nye koronaviruset, både når det gjaldt smitteforebyggende tiltak og pasientbehandling. I starten av Covid-19 pandemien var det mye som var ukjent. Dette førte til et enormt informasjonsbehov som man følte man aldri fikk dekket. Flere av informantene gir uttrykk for at de benyttet media for å oppdatere seg på informasjon om pandemien. Det ukjente, og uvissheten rundt situasjonen ble også gjenspeilet av myndighetenes formidling av informasjon til befolkningen.

Jeg husker at han helsedirektøren sa på en av de første pressekonferansene at det er logiske brister i alt vi sier og gjør. Og det tenkte jeg var jo sånn det er, det var jo utrolig mange restriksjoner og regler, og vi fikk jo de vi hadde her, og de vi fikk fra myndighetene. Plutselig var jo Norge i en slags krigstilstand, det var jo sånne ting som man en måned før aldri ville tro komme til å skje.

Som arbeidstaker vendte informantene seg også til sykehusets ledelse for å innhente informasjon. Formidlingen av denne ble gjort på ulikt vis, og ble i starten generelt oppfattet som mangelfull. Dette kan det se ut som at skyldes flyktig informasjon, med hyppig endring i retningslinjer og behandlingsformer. Flere av informantene uttrykker at det trolig har vært utfordrende for ledelsen å holde seg oppdatert og deretter informere sine ansatte nettopp på grunn av usikkerheten rundt disse stadige endringene. Andre kilder til å holde seg oppdatert var helseforetakets intranett. Informantene opplevde å daglig få ny informasjon, og det første de gjorde ved vaktens start var å sjekke smitteverninformasjon på intranett. Det store informasjonsbehovet, og daglige endringer av informasjon, førte til at mye av tiden gikk med på å søke etter oppdateringer.

Da første bølge av Covid-19 pandemien kom til sykehusene hersket en følelse av kaos. En konkret hendelse som beskriver dette godt, er denne:

Når vi fikk pasienter meldt inn via akuttmottaket, så var det sånn at vi skulle ha det mottaket her oppe på intensiv. Og da kommer det en pasient med et tog med personale, som krasjlander inne på et rom. Og det er, ja, vi har på en måte akkurat fått renskrevet en prosedyre på om hvordan vi skal gjøre det, og vi klarer ikke å følge den. Vi må liksom bare jobbe etter hodet. Det er en situasjon hvor du føler at det er kaos.

Ved mottak av den første covid-pasienten beskrives en følelse av frykt og bekymring. Man visste ikke hva man hadde i vente. Å skulle stå alene på isolat førte til usikkerhet og redsel. Dette, kombinert med frykten for å ikke få hjelp i tide dersom man trengte utstyr eller assistanse, er et tydelig funn i studien. I tillegg uttrykker informantene at det var følelsesmessig krevende å se hvor syke covid-pasientene ble. Både alvorligheten av respirasjonssvikten og lengden på sykdomsforløpet overrasket intensivsykepleierne. En informant beskriver:

Det var en helt, helt oppegående mann som hadde jobbet som (...), ikke vel. Og sprek, sprek, sprek og ble syk. Og han hadde jeg mye. Men det er. Inntrykket da er jo at da kunne jo hvem som helst bli syke, da han ble syk. Også er du jo dårlig så lenge, det er ikke bare en uke, det er jo i ukervis. Han lå her i 4-5 uker.

Følelsen av å kunne bli smittet over alt, hele tiden, kom frem i flere intervjuer. De som arbeidet på isolat følte seg omgitt av enorme mengder virus. Pasientene var svært syke, og intensivsykepleierne forteller om hvordan de følte pasientens hosting førte til at smittebærende aerosoler hang igjen i luften. Hvordan «smitteauraen bare presset på».

Jeg følte det var enormt mye virus. Man merket at disse som kom var utrolig syke, hostet noe enormt. Og så måtte du være forsiktig med diverse utstyr, fordi det lagde masse aerosoler. De skulle helst ikke på NIV, de skulle rett på respirator. De skulle ikke ha fukting, eller de skulle ha fukting.

Samtidig kan det virke som intensivsykepleierne hadde en reell redsel for å ta med seg smitte hjem etter endt arbeidsdag. Flere forteller at de dusjet før de gikk hjem fra jobb. Likevel virker det som at venner og familie kan ha forsøkt å holde ekstra avstand til intensivsykepleierne i lys av deres potensielle smittefare grunnet arbeid med smittepasienter.

I starten av pandemien var det usikkerhet rundt manglende levering av smittevernsutstyr. Dette førte til en redsel for å gå tom, noe som igjen resulterte i at personell måtte oppholde seg lange perioder om gangen inne på isolat for å ikke bruke opp avdelingens beholdning. Av samme grunn oppstod det også en frykt for kompromittert kvalitet på det utstyret man faktisk fikk tilgang på.

Prosedyren for påkledning av smittevernutstyr følte utrygg og stressende.

Jeg kledde meg jo med alt jeg kunne, og var veldig nøye. Jeg husker at de sa dere trenger ikke å ha noe på hodet, og sko, men det følte jeg meg ikke bekvem med. Så jeg tok på meg sko og hette.

Under første bølge av pandemien ble alle pasienter med symptomer på Covid-19 isolert i opptil flere dager, i påvente av negativt PCR prøvesvar. Dette var krevende for intensivavdelingene, da disse pasientene ble isolert og behandlet ut ifra de samme strenge smittevernrutiner som for pasienter med påvist Covid-19 sykdom. Å arbeide på isolat under strenge smittevernstiltak under Covid-19 pandemien har vært både fysisk og følelsesmessig utfordrende for intensivsykepleierne i denne studien. Åndedrettsvernene følte stramme. Noen opplevde det som tungt å puste, og det førte til press i brystet. En stund ble man nødt til å gjenbruke disse maskene. De gir uttrykk for at det følte ekkelt og utrygt. En informant beskriver det slik:

Det var en stund vi var redd for at vi ikke hadde nok, sånn at da måtte vi legge om til gjenbruk av disse åndedrettsvernene, p3 maskene. Så da brukte vi faktisk et munnbind i 8 timer, med kirurgisk munnbind over. Sånn at da måtte vi inn på isolatene med dette på, og visir, og da kirurgisk munnbind over. Og så var det å ta dette av på en riktig måte, sånn at, når man skulle ut kunne legge dette pent sammen og bruke det om igjen. Skrive dato og klokkeslett, og antall timer det var brukt. Og så inn igjen og ta det der svette munnbindet på igjen.

Frakkene som ble benyttet førte til at de ble varme og klamme. Disse svette, våte smittefrakkene skulle brukes om igjen neste gang man skulle inn på isolatet. Å arbeide med visir viste seg å føre til utfordringer blant informantene, spesielt de som bruker briller.

Når man er dekket fra topp til tå med beskyttelsesutstyr blir selv basale behov som å få i seg nok drikke, og gå på toalettet en utfordring. En informant beskriver: «Du får litt sånn panikk. Tenk hvis jeg må tisse akkurat når jeg er på ei stue. Så må jeg ut. Skal ikke, tør ikke drikke for mye for du er redd du må på do. Du kan ikke bare gå inn og ut.» Å arbeide med covidpasienter viste seg også å være krevende i forhold til alt det tekniske utstyret som må ha plass i forhold til den begrensede størrelsen på rommene i intensivavdelingen. Plassmangelen, samt den manglende mulighet til å ta med personlige eiendeler inn på isolatet førte til en klaustrofobisk tilstand. En intensivsykepleier forteller:

Det var ei natt jeg satt i, i fjor i pinsa, satt jeg på en sånn stue ei natt, og bare tenkte nå hopper jeg snart ut av vinduet. Så mye utstyr, og det var lite å gjøre med pasienten. Men det å sitte i timevis på natta alene på ei stue. Ikke kan du lese og ikke kan du strikke. Hva skal du gjøre for noe? Og så var det så utrolig mye utstyr der inne, så du må egentlig bare gå frem og tilbake å prøve å holde deg våken.

Smittevernbekledningen kunne også føre til en følelse av avstand til pasienten.

Kommunikasjon ble et problem grunnet munnbind og visir. Pårørendesamarbeid viste seg å bli både en lettelse og en utfordring i pandemitid.

Vi har jo hatt totalt besøksforbud. I lange perioder. Så det var det som var det mest spesielle på en måte. At de ikke kunne ha besøk, men det synes jeg var. Det var liksom på en måte så gjorde det jo hverdagen vår litt lettere. For det er jo en stor del av jobben å ta på en måte imot pårørende og det kan jo være krevende også på en måte. Sånn på en måte var det sånn litt deilig (...) På en annen måte, så var det litt vondt, så det var veldig mange pasienter som du på en måte følte at hadde hatt behov for å ha besøk av sine pårørende da. Ja, og også de pårørende som du snakka med på telefon. Som du hørte at de var veldig fortvilet, og var livredde. For de hadde veldig dårlig pårørende på sykehuset. Så kunne de ikke komme å se de, og en måtte liksom ta alt det på telefonen.

Flere informanter har uttrykt at de mener informasjonsformidling til de pårørende har blitt bedre, da telefonsamtalene forberedes, og det settes av tid. Viktigheten av å skrive dagbok har også i den sammenheng blitt belyst.

Vi oppfatter at det har vært tungt og belastende for informantene å være mye på isolat. Å arbeide med intensivpasienter på isolat er også mer tungvint og krevende grunnet på – og avkledning av beskyttelsesutstyr. Det har kommet frem at rydding og desinfeksjon av utstyr har falt på intensivsykepleierne, og at dette følte som unødvendig og tidkrevende merarbeid.

Alt det utstyret som skal inn på de stuene. For det første så var det vanskelig intubering, så det var jo inn med CMAC og alt ekstra utstyr. Og alt må jo vaskes, og det er jo ingen, og det er jo ingen andre som gjør det. Du må jo gjør det, du som er på stuene. Og vaske alt med virkon og sette det ut her. Så det er, det er mye.

Når man jobber på smitteisolat kan det være utfordrende å klare hele jobben selv, og det tar ofte lang tid å få hjelp. Dette følte skummelt og utrygt, og er spesielt et problem dersom pasientens tilstand forverres. En informant forteller:

Da har du jo på en måte en pasient som er så dårlig, har så høye innstillinger på respiratoren, og de velger å relaksere pasienten for i det hele tatt få muligheten til å blåse opp luft. Og den har ligget på i over 10 dager allerede. De har valgt å legge luftveien på halsen, og han ligger i buklege, og du skal egentlig snu hodet hver annenhver time. Og du ikke får hjelp til å snu det hodet. Og det er risikabelt å snu det hodet med trakeostomi som henger på madrasskanten. Og du skal egentlig ha en kyndig luftveiansvarlig for kirurgisk luftvei, for å kunne klare å snu det ordentlig. Så da ble det å løfte på armer og ben av det du kunne, og massere nakken og sånne ting.

Informantene i denne studien viser til at ved normale tilstander kan det tidvis være krevende å jobbe som intensivsykepleier. Det er tydelig at presset på denne yrkesgruppen under covid bare har økt. Jobben er krevende, og det er flere som forteller at de har hatt lite overskudd til andre ting. Følelse av å være utmattet psykisk og fysisk kommer frem hos flere informanter. Under intervjuene erfarer vi at flere av informantene blir følelsesmessig berørt når de tenker over hvilket press de har vært under over lang tid. «Innledningsvis, så ble jeg plutselig litt berørt, og jeg ble litt overrasket. For det er vel noe med når man har gått i stress, og man har lagt litt lokket på det». En av intensivsykepleierne, med over 20 års erfaring som intensivsykepleier, ble overrasket over hvor stor innvirkning det gjorde å se tilbake på arbeid under første bølge av pandemien: «Jeg begynte å grine i stad jeg, jeg ble litt overrasket over det». Pandemien har ført til en slitasje på intensivsykepleiere.

Man kan si det totalt sett har vært et generelt forhøyet stressnivå i avdelingen under første smittebølge av Covid-19 pandemien. Stresset blir beskrevet som resultatet av usikkerheten rundt viruset og smittevern, frykten for at pasienten ikke skal få god nok behandling og pleie når man som intensivsykepleier står alene på smitteisolat, samt høy arbeidsbelastning. Det kunne vise seg som amper stemning blant kolleger. Noen gav høylytt uttrykk for sin frustrasjon, mens andre gikk hjem og la lokk på følelsene sine. Ufrivillig vekttaap har blitt beskrevet som et konkret tegn på stress under første smittebølge.

4.2 Å mestre gjennom kunnskap, samhold og egenomsorg

Studien viste at intensivsykepleierne, til tross for påkjenninger under første smittebølge av Covid-19 pandemien, satt igjen med en følelse av mestring. Dette viste seg å skyldes både aspekter ved deres arbeidsmiljø, og mer personlige kvaliteter og erfaringer.

4.2.1 Intensivavdelingen – et meningsfullt arbeidssted

Intensivsykepleiere er en mangelvare i det norske helsevesenet. Dette gjenspeiles i mange av utfordringene intensivavdelingene har hatt under Covid-19 pandemien.

Bemanningsutfordringer i intensivavdelingen viste seg tidlig å være et fenomen som stakk seg ut under intervjuene. Det trekkes frem at man burde ha tenkt på rekrutteringen av intensivsykepleiere for lenge siden. Dette har resultert i ledelsens stadige jag etter å få dekket vakter. Lav grunnbemanning, i tillegg til vanskeligheten med rekruttering, trekkes frem som mulige årsaker til bemanningsutfordringer knyttet til pandemien. Dette fører til at intensivsykepleierne i studien føler de i denne tiden har måttet brette opp ermene, og stå i det.

«Man kan jo ikke trylle frem folk. Hvis ikke vi er nok folk så er vi ikke nok folk». Det er tydelig funn i studien at tilstrekkelig bemanning letter arbeidshverdagen for denne arbeidsgruppen. En informant beskriver:

Nok folk og nok utstyr. Og gode planer selvfølgelig. Men det er jo det som er alfa og omega tenker jeg, det å ha nok folk og kvalifiserte folk på jobb. Det er jo det som gjør på en måte min hverdag, ok eller stressende.

Viktigheten av at bemanningen har intensivkompetanse og erfaring er fremtredende hos våre informanter. «En burde hatt flere spesialsykepleiere, egentlig bare spesialsykepleiere. For da hadde det egentlig, veien vært lettere altså. Det, det er en sånn følelse man har.» Flere ble provosert over hurtigopplæring av annet helsepersonell som skulle fungere som intensivsykepleiere. En informant sier: «Det går ikke an å hive inn folk fra gata og tro at de kan ta covidpasienter. Det skal mer til. Det er avansert intensivmedisin med tunge covid-pasienter.» Under første bølge av Covid-19 pandemien hadde intensivsykepleierne mange tunge skift fordi personell uten spesialkompetanse ikke kunne behandle så syke pasienter. Det ble dermed lite pusterom i en hektisk arbeidsdag.

Intensivavdelingen gir en variert arbeidshverdag. Man kan aldri vite hva dagen bringer. Intensivsykepleiere er vant til å jobbe med det ukjente. Vi opplever det som at informantene i denne studien synes det gir dem faglige utfordringer og spenning.

Det har nok litt med hvilken type sykepleier som trives med å jobbe her. Du liker at det skjer noe, at du liker at ting ikke er helt sånn A4. Du må like å stå i situasjoner som er uavklarte. Og så må man tenke at man må ikke ha dårlig samvittighet for at man liker det. Fordi at, man liker å stå i utfordrende situasjoner. Så ja, man kan gjerne føle på litt det der, man har lyst til å være der.

Intensivsykepleierne i studien belyser at yrkesrollen krever en evne til å prioritere, omprioritere, og gjøre så godt man kan i akutte situasjoner. Dette føler de seg godt rustet til. De viser også til at det lønner seg å ikke krisemaksimere eller bruke energi på feil ting. Evnen til å brette opp ermene og jobbe på når det er travelt blir beskrevet som viktig. Intensivavdelingen er preget av varierende arbeidspress. Travle topper er de vant med å mestre. De uttrykker viktigheten av å stå sammen, og gjøre en ekstra innsats når det røyner på. Mye kan tyde på at de aktivt har forsøkt å holde motet oppe, og heie hverandre frem under første bølge av pandemien.

Da landet stengte ned både kunne og måtte intensivsykepleierne gå på jobb, når alle andre var hjemme. Dette var en ny situasjon for intensivsykepleierne, både i sin rolle som yrkesutøvere, samfunnsborgere og familiemedlemmer. Bruk av dagens timer måtte prioriteres. Likevel kan

det virke som at dette hadde en positiv innvirkning på yrkesstoltheten: «Så det var jo noe, man kan jo liksom være stolt av at man jobber på intensiv. Jeg følte jo liksom at alle liksom lukket ned mens vi gjorde den viktigste jobben da.» Det å gå på jobb gav dem også en følelse av normalitet i hverdagen.

Det kom tydelig frem at det å jobbe på intensivavdelingen føles givende og spennende for våre informanter. Dette spilte en stor rolle for motivasjonen til å holde ut i en såpass krevende jobb, med mye ansvar. Vi kommer likevel ikke utenom at det har vært en høy arbeidsbelastning på intensivsykepleiere under Covid-19 pandemien. Her trekkes det igjen frem bemanningsutfordringer, krevende turnus med høy vaktbelastning, og stort behov for å jobbe ut over ordinær arbeidstid. Flere av informantene våre setter spørsmålstegn til om dette er bærekraftig i lengden. Mangelen på intensivkompetanse tynger våre informanter. De gir uttrykk for en følelse av at produksjonspresset trumfer behandlingen. Det etterlyses en bedre seniorpolitikk, med lavere vaktbelastning, for å kunne stå lengre i yrket.

Flere av informantene har ytret et ønske om å bli verdsatt økonomisk under pandemien. De fortalte at Covid-19 har medført at flere intensivsykepleiere har vurdert å si opp jobben. Høy arbeidsbelastning over tid, at andre sier opp, og dermed økende bemanningsutfordringer under pandemien, har ført til følelsen av en uoverkommelig oppgave å stå i. Det trekkes frem konkrete tiltak for å få intensivsykepleiere tilbake i yrket: «Hvis lønna hadde blitt bedre, hvis det hadde blitt bedre arbeidsforhold og kanskje lagt mer til rette. Så kan det jo være du hadde fått noen til å komme tilbake igjen til yrket.»

Et tydelig positivt utfall av Covid-19 pandemien er en økt profilering av intensivsykepleiere i media. Dette mener informantene kan bidra til økt rekruttering. Følelsen av å bli sett og få anerkjennelse for den jobben de gjør trekkes frem som viktig og motiverende. En informant forteller:

Ja du føler du har en slags moralsk oppbacking, og at du føler at det du gjør er viktig (...) For det tror jeg ikke, det føler jeg kanskje ikke i like grad ellers. Jeg føler kanskje en blir tatt litt for gitt, at det er mange som ikke egentlig skjønner hvor viktig den er den jobben vi gjør på intensivavdelingen.

4.2.2 Når usikkerheten erstattes med erfaring, samhold og egenomsorg

Et tydelig fenomen som kom frem av studien var at informantenes følelse av mestring kunne knyttes til opparbeidelse av erfaring, følelsen av kollegialt samhold og evnen til egenomsorg.

Ettersom man fikk mer kunnskap om Covid-19 viruset, samt erfaring med behandlingen av pasienter med alvorlig Covid-19 sykdom, oppgir samtlige informanter at de opplevde mindre følelse av stress i arbeidshverdagen. Dette gjør seg gjeldende både når det kommer til smittevernsprosedyrer og pasientbehandling. Mye tyder på at informasjonsformidlingen fra ledelsens side fikk bedre struktur når prosedyrer var etablert, og det ikke var like hyppige endringer. Tidvis har det blitt holdt daglige informasjonsmøter om covid-situasjonen og endringer i prosedyrer. Dette har jevnt over blitt oppfattet som et positivt tiltak for å nå ut til mange med siste nye informasjon. Faglige diskusjoner og undervisning trekkes også frem som en kilde til informasjon rundt nye prosedyrer og behandling.

Arbeid under strenge smittevernrutiner kan være belastende, men intensivsykepleierne i studien opplevde likevel ikke samme følelsesmessige stressnivå etter at de fikk erfaring med denne typen pasienter. De gir uttrykk for en følelse av mestring når det kommer til behandling av covidpasienter ut ifra eget erfaringsgrunnlag, med smarte, innarbeidede rutiner og nyervervet kunnskap om sykdommen. Med økt kunnskap fikk man etablert varige prosedyrer både innen smittevern og pasientbehandling.

Når det gjelder faglig utfordring og mestring, så er det jo noe med mengdetrening av alt det vi gjør. Det er klart vi har hatt pasienter som har ligget i bukleie før, med sånn ARDS pasienter. Det er klart at man fikk det jo mye mer inn i fingrene, altså det var ikke så big deal lenger. Man merker at arbeidsmålene, planleggingen, gjennomføringen, og pasienten lander. Det glir bedre fra gang til gang. Man tenker jo kanskje tidligere for neste pasient. Man vil alltid i sånne prosesser lære noe mere, men kanskje dette ligger litt i underbevisstheten, i den tause kunnskapen. Her er det noe som ikke stemmer, kanskje vi bør, ja. Vi blir gradvis litt klokere.

Man har nå opparbeidet seg erfaring fra arbeid i pandemitid, noe man kan få nytte av ved eventuelle nye smittebølger, eller andre pandemier.

Vi har jo lært masse om smittevern og masse, jeg tenker masse om hvordan. (...) hvis vi ser sånn i et større perspektiv så har jo intensivsykepleiere og intensivmedisin lært masse om hvordan en kan være forberedt og rustet til en ny pandemi.

I studien har det kommet frem at intensivsykepleiere er opptatt av faglig påfyll. I møte med covid-19 pasienter har flere av informantene belyst at faglig kompetanse gir egen trygghet. Det at SARS CoV-2 var et nytt virus, med et nytt og ukjent sykdomsbilde førte til en motivasjon til å lære mer. En informant beskrev det som «learning by doing». En annen

intensivsykepleier, med lang erfaring, følte seg trygg på behandlingen av denne pasientgruppen grunnet følelse av god faglig kompetanse og lang erfaring i yrket. Erfarne intensivsykepleiere opplevde det som positivt at de kunne dele av sin erfaring når de hadde med seg mindre erfarne kollegaer. Ved å ha fokus på faglig utvikling i en utfordrende arbeidshverdag har de opplevd å vokse på erfaringene de har gjort seg. «Det at man lærer noe nytt hver dag, ha det som fokus gjennom alt dette. Og selv kjenne at ja, til og med etter dette, så har jeg blitt enda mer robust.»

Fellesskapet i intensivavdelingene har vært preget av både felles engasjement og frustrasjon. Man får inntrykk av en felles kampvilje, der man bretter opp ermene med et mål om å takle Covid-19 i fellesskap. Samtidig har flere følt på en unison frustrasjon over situasjonen de har befunnet seg i. En informant forteller: «Så er det litt sånn for fellesskapet, så gjør en jo alt. Det er vel sånn sykepleiere gjør kanskje. Du strekker deg veldig langt.» Entusiasme og engasjement trekkes frem som motivasjons- og trivselsaspekter i intensivsykepleiegruppen. En informant forteller:

Altså vi trenger noe som skaper entusiasme og engasjement da. Og det, kan jo være liksom, ja, å liksom jobbe bra i team med en kjempedårlig pasient. Det kan jo liksom gjøre at du får gløden. Bra samarbeid, bra kommunikasjon og det å bli hørt, og det å bli møtt på en fin måte og det er viktig.

Kollegialt samhold har kommet frem som et funn, med tydelig positiv innvirkning på intensivsykepleierne i studien. Under første bølge, da alt var ukjent og skremmende opplyser informantene om at det følte det godt å ha samhold i arbeidsgruppen. Samholdet har vært positivt for arbeidsmiljøet i form av godt teamarbeid, der individene i gruppen ikke står låst i sin rolle, men hjelper hverandre mot et felles mål. På det personlige planet har det å ha en felles forståelse av situasjonen man står i ført til at man får en større grad av forståelse og medfølelse for de som arbeider inne på isolatene. Man blir mer bevisst hvor tungt det oppleves, noe som igjen fører til at man tilbyr hjelp og avlastning. Dette gir en følelse av å ikke stå alene i situasjonen. Man har både delt frustrasjon, stått sammen, og backet hverandre opp.

Og så er det hvorvidt man klarer å heie på hverandre, og gjøre det fint. Ja. Så det er vel en balanse mellom disse følelsene og stresset som er til stede så vil det jo også, det kollegiale som er unikt på en måte kunne veie opp og egentlig gjøre utrolig godt av og til. Vil egentlig understreke hvor viktig det er. En ting at vi skal lære av feil hele veien, fordi det er veldig skjerpene, veldig viktig å anerkjenne feil. Men når du på en måte kan heller kredde noen for noe man faktisk gjør bra, noe som er troverdig, så er det de situasjonene som er med på å, å bære oss videre.

Ledelsens evne til å ivareta de ansatte under en pandemi er viktig. En tydelig leder, som ser nedover og kjemper oppover blir presentert som ønskelig. Intensivsykepleierne i studien ønsker en tydelig leder, som ser den enkelte, tillater at man sier ifra, og gir anerkjennelse for den jobben man gjør. Det er også ønskelig at leder tar hensyn hvor mye hver enkelt blir satt til å arbeide inne på isolat, og at belastningen dette medfører blir fordelt på flest mulig. Når man arbeider alene på isolat kan man fort føle seg litt glemmt og overlatt til seg selv. Dersom man får spørsmål om avlastning eller «hvordan går det?», vil man føle seg inkludert og sett.

Viktigheten av egenomsorg er et tydelig funn med flere dimensjoner. Intensivsykepleierne har opplevd å arbeide under utfordrende forhold under første bølge av Covid-19 pandemien. De har erfart at de står på når det trengs, men at de også har hatt behov for å sette egne grenser når belastningen har blitt unødvendig stor. Flere forteller at de har måttet oppsøke leder for å få perioder med mindre belastende arbeid for å klare å hente seg inn igjen etter mange vakter med arbeid på isolat. Man kan ikke forvente at andre ser belastningen av arbeidet man står i, men er selv ansvarlige for å si ifra når belastningen blir for stor.

Det som var min erfaring, at til syvende og sist så er det faktisk opp til en selv. Selv om jeg jeg hadde satt pris på å bli spurt om hvordan jeg hadde det (...) så føler jeg det kanskje først og fremst er min oppgave å si ifra, fordi det kan være vanskelig og folk har individuell kapasitet. Det kan være mange ting som spiller inn i forhold til. Livssituasjon og ja, som gjør at man kanskje man er sterkere på et tidspunkt enn andre.

Videre viser funnene at egenomsorg også vil innebære å prioritere egne behov, og faktisk ha fri når man har fri. Dette innebærer å måtte si nei til overtidsvakter selv om man vet at avdelingen sliter med å få inn nok personell til å dekke vakter. Det er forståelig at intensivsykepleierne tidvis hadde et ønske om å ikke ha smittepasient på jobb. «Det er jo sånn av og til at hvis man vet at man skal på jobb, og man vet at det er en smittepasient, så håper man jo ikke å komme på det rommet» uttrykker en av våre informanter. Dersom man hadde hatt mange vakter på rad på isolat var det noen som selv måtte gi beskjed om dette.

Viktigheten av rulling kom derfor frem som et tydelig fenomen. Belastningen det innebærer å arbeide på isolat bør fordeles på flest mulig for at færrest mulig skal bli utslitt. Belastningen kan også bli mindre ved at man er to eller tre som deler på å være inne hos pasienten. Dette vil redusere tiden hver enkelt av dem er inne på selve isolatet, og dermed redusere belastningen dette medfører. Det kan virke som at de ansatte i intensivavdelingen fikk bedre forståelse, og økt følelse av viktigheten av rulling etter å selv ha stått alene på isolat over tid.

Vi er flinkere på å så ha sånne skifrutiner mellom de som er inne hos pasienten og de som er ute. De som er ute, skjønner veldig godt når en ber om hjelp. At den skal få hjelp med en gang, avhengig av hva det er. Ellers så ser man gjerne ting som på en måte går i rutinene her, som gjør at arbeidsmåten blir lettere når man ikke bare kan rekke opp en hånd liksom. Så jeg tror at vi har blitt smartere, jobber smartere.

Et annet aspekt flere av våre informanter belyste var viktigheten av å skille mellom jobb og privatliv. Det å klare å legge fra seg jobben når du er hjemme, og forsøke å ikke tenke jobb på fritiden var viktig for intensivsykepleierne. De beskriver hvordan de tar en dag av gangen, og forsøker å verne om fritiden sin.

Jeg gjør som jeg alltid gjør på en måte, jeg prøver å ikke tenke så mye på jobb, i hvert fall når jeg har fri. Jeg tenker at de utfordringene som oppstår, de tar jeg når jeg kommer på jobb. Det føler jeg at det er en av mine viktigste strategier for å ikke bli utslitt.

Verdien av å ha familie blir også i den sammenheng trukket frem. Det beskrives at familien var mye hjemme, og at man derfor gjorde en innsats for å finne på ting sammen, og ha det hyggelig. Fysisk aktivitet ble av de fleste informantene beskrevet som noe som hjelper for å koble av fra en hektisk og krevende arbeidsdag. Flere aktiviteter blir trukket frem. Blant annet å sykle, padle, klatre, jogge, gå tur, svømme og yoga mener informantene hjelper dem å koble av. Det blir beskrevet at aktiviteter, der man må ha fullt fokus, kan hjelpe mot tankekjør utløst av usikkerheten og belastningen man har stått i på jobb. En informant beskriver dette godt:

Framfor å synke ned i sofaen den helgen og, så gå faktisk ut og gjør noe. Så det nå å være på fjellet, å bade i sjøen, padle eller ja, gå på tur, henge i hengekøye. De tingene der er veldig fint. Et fristed å bare være, for da forholder man seg ikke til noe annet enn å holde seg varm, man skal drikke, man skal ha mat, og man skal ha en god samtale. Og altså, sånne enkle ting kan være en fin måte å gjøre. Ja. Så sånne ting, det er både privat, men også for å fungere litt i jobben da. Så det er jo mestring det.

5.0 DISKUSJON

I dette kapittelet diskuteres relevante funn ut ifra studiens hensikt og problemstilling. Hovedfunnene i studien var «Følelsen av å være uforberedt, alene og usikker» og «Å mestre gjennom kunnskap, samhold og egenomsorg». Disse blir satt opp mot tidligere forskning, aktuelle rapporter, lovverk og etablert teori.

5.1 Man burde vært bedre forberedt

Denne studien ønsker å undersøke følelsesmessige utfordringer intensivsykepleiere har opplevd fra sitt arbeid under første smittebølge av covid-19. Da kommer vi ikke utenom å se nærmere på pandemiforbereidelsene, som hadde et sentralt fokus i intensivavdelingene i denne perioden. Våre informanter fikk tidlig igjennom media et inntrykk av hvordan covid-19 hadde påvirket helsevesenet, og satt intensivavdelinger i store deler av verden under stort press. De gav på bakgrunn av dette uttrykk for at de følte seg heldige for det lave smittetrykket Norge erfarte under første bølge av pandemien. Arbeidshverdagen til intensivsykepleierne vi intervjuet innebar likevel en følelse av usikkerhet over hva som var i vente, og flere gikk og ventet på det de beskrev som «det store innrykket som aldri kom».

Det ble anslått at 15-35% av sykehusinnlagte covid-19 pasienter ville trenge intensivbehandling i starten av pandemien (FHI, 2021). Pandemiforbereidelser som våre informanter belyste var: Omorganisering av avdelingene, opplæring av støttepersonell, praktiske forberedelser på vending i mageleie og øving av på/avkledning av smittervernutstyr. Videre ble intensivavdelingenes utforming for smittehåndtering gjennomgått. Det ble etter hvert gjort tiltak for å utforme bedre slusemuligheter og etablering av kohortisolasjon. Informantene beskriver avdelingenes fysiske utforming som lite ideelle for å kunne ta imot et stort innrykk.

Vi har jo tidligere erfart å møte pandemier i Norge. Den mest nærliggende pandemien vi kjenner til, er den globale Svineinfluensapandemien som pågikk i Norge fra 2009-2010 (FHI, 2015). I etterkant av denne pandemien har folkehelseinstituttet, helsetjenesten og norske myndigheter utarbeidet en rekke rapporter, som ble benyttet i arbeid med den nasjonale pandemiplanen (FHI, 2015). Direktoratet for Samfunnssikkerhet og Beredskap (2010) har utarbeidet en rapport som viser til at Norge var på et overordnet nivå godt forberedt for Svineinfluensaen i 2009. Både nasjonale, regionale og lokale øvelser ble utført som

forberedelse. Den konkluderer likevel med at dersom det hadde blitt en mer alvorlig situasjon ville det kunne blitt utfordrende. Rapporten inneholdt derfor konkrete anbefalinger til fremtiden. Anbefalingene var blant annet at planscenario burde utvikles tidligere, og intensivkapasitet burde få en grundigere omtale i fremtidige pandemiplaner (DSB, 2010).

Sintef har kommet med en rapport fra første pandemifase av Covid-19. Rapporten baserer seg på en stor norsk spørreundersøkelse og 35 individuelle intervju blant sykepleiere, og ser på sykepleieres erfaringer under første bølge av koronapandemien (Melby et al., 2020). Den undersøker flere av de samme aspektene som vår studie. Sintef påpeker at til tross for den nasjonale pandemiplanens anbefalinger, opplevde sykepleiere manglende beredskap i starten (Melby et al., 2020). Denne opplevelsen bekrefter samtlige av våre informanter som forteller om systemutfordringer i form av manglende beredskapsplaner for pandemihåndtering som skapte frustrasjon og usikkerhet.

Intensivsykepleiere og deres spesialkompetanse viste seg raskt å være en mangelvare ved koronapandemiens ankomst (Melby et al., 2020). Sett i retrospektivt perspektiv hadde flere tiltak kunne blitt innført for å lette intensivsykepleierne arbeidsoppgaver under første smittebølge. Det kan stilles spørsmål om ressursbruken, eller nærmere bestemt intensivkompetansen ble brukt riktig. Tidligere forskning har vist at man, ved økt pasientpågang, bør lære opp personell fra andre avdelinger til å bistå intensivsykepleierne med pasientbehandling og indirekte pasientarbeid som kan utføres utenfor isolasjonsrommet (Phua et al., 2020). Vår studie belyser manglende retningslinjer for smittevern i møte med koronapasientene ved pandemistart. Det fremkommer fra våre informanter at det ble tatt eget initiativ fra intensivsykepleiere til å få dette på plass. Merarbeid for intensivsykepleierne med å vaske smitteutstyr i slusene blir også belyst. Det er tydelig at det med fordel kunne vært annet personell som tok ansvar for disse arbeidsoppgavene, både på bakgrunn av ressurser og kunnskap. Studien vår belyser pandemiforberedelser og ressursbruk som områder som bør undersøkes nærmere, med bakgrunn i disse erfaringene.

Tidligere forskning, og våre informanter opplyser om mangel på smittevernutstyr i starten av pandemien (Iheduru-Andersson, 2020; Melby et al., 2020). Flere av våre informanter opplevde en redsel for å gå tom for utstyr og en frykt for at noe av det utstyret de fikk tak i hadde kompromittert kvalitet. I likhet med Iheduru-Andersson (2020) sin studie vektlegger ikke våre informanter de fysiske utfordringene dette innebærer, men fremhever i stedet de følelsesmessige utfordringene. Studien til Iheduru-Andersson (2020) anbefaler oppfølging fra

ledelsen for å hindre frafall av intensivsykepleiere etter slike hendelser. Vi anbefaler at det utarbeides oppfølgingstilbud fra ledelsens side i samsvar med WHO (2021) og Helsedirektoratet (2020) sine anbefalinger om psykososial støtte, som tidligere presentert. Tiltak for å sikre nok utstyr og god kvalitet på utstyr bør også iverksettes for å kunne møte fremtidige pandemier (Melby et al., 2020).

5.2 Når arbeidsstedet blir utfordret av en pandemi

Denne studien har til hensikt å undersøke intensivsykepleieres levde erfaringer for å bidra med kunnskap som er av betydning for å kunne hindre frafall av intensivsykepleiere som følge av pandemien. I denne sammenheng kommer våre informanter med et tydelig utsagn, «bemanning er nøkkelen til alt». Bemanningsutfordringer viste seg tydelig å være et fenomen som uthevet seg under intervjuene. Tilstrekkelig bemanning er det som letter arbeidshverdagen for intensivsykepleierne i vår studie. Viktigheten av at bemanningen har intensivkompetanse fremheves. De opplever det som lite tilfredsstillende å få hurtigopplært personell fra andre avdelinger, slik som anbefalt av Phua et al. (2020). En informant påpeker: «når det er flere intensivsykepleiere sammen, da blir arbeidshverdagen lettere».

Ved koronapandemiens ankomst til Norge i mars 2020 informerte myndighetene om at viruset kunne forårsake ARDS, sepsis, koagulasjonsforstyrrelser og annen organsvikt som krever intensivbehandling (FHI, 2020). Giæver (2020) presiserer at ved moderat til alvorlig ARDS kreves det ofte invasiv respiratorbehandling, og det kan bli nødvendig å vende pasienten i mageleie for å bedre oksygenering. Dette krever avanserte respiratorkunnskaper og spesialiserte ferdigheter for å kunne utføre kvalitetssikret behandling, som pasienter har krav på (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1). I NSFlis funksjons og ansvarsbeskrivelse (2017) står det presisert at å være intensivsykepleier krever at man har avanserte kunnskaper og ferdigheter innen behandling av akutt og kritisk syke (NSFlis, 2017). Denne kunnskapen tar det tid å oppnå, og en kan stille spørsmål om dette er kunnskaper som kan tilegnes uten spesialkompetanse. Informantene våre forteller om tunge skift under første smittebølge grunnet støttepersonell, og uerfarne sykepleieres manglende evne til å behandle dårlige covid-19 pasienter på respirator. En av våre informanter sier det tydelig: «det tar tid å bli intensivsykepleier, men det tar enda lengre tid å få erfaring». Både våre informanter og tidligere forskning belyser at det er behov for flere intensivsykepleiere. Sykepleier -og intensivsykepleiermangelen er tidligere varslet av DSB (2010). Det anbefales på bakgrunn av dette å se nærmere på bemanningssituasjonen i intensivavdelingene.

Intensivsykepleiere er fra tidligere vant til å jobbe med det ukjente. Informantene i denne studien beskriver dette som spennende, en sier: «Det er en spesiell type mennesker som liker å arbeide i en slik avdeling». Flere informanter har belyst intensivsykepleiers unike evne til å brette opp ermene og jobbe på når det er travelt. Under koronapandemien har intensivsykepleierne vi intervjuet forsøkt å stå sammen for å holde motet oppe, men vi kommer likevel ikke utenom å påpeke at det har vært en høy arbeidsbelastning. Informantene belyser bemanningsutfordringer, krevende turnus med høy vaktbelastning, og et stort press på å jobbe ut over ordinær arbeidstid. Flere setter spørsmålsteget til om dette er bærekraftig i lengden. Informantene våre forteller at siden jobben var svært krevende under første smittebølge, har det ført til at de hadde mindre overskudd til andre ting etter jobb. Flere har på bakgrunn at dette opplevd en følelse av å være utmattet psykisk og fysisk. Dette beskriver også informantene i studien til Gordon et.al, (2020). Intensivavdelingene i Norge er som tidligere nevnt underlagt arbeidsmiljøloven, som skal sikre arbeidstakerne et helsefremmende arbeidsmiljø, med trygghet mot psykiske og fysiske skadevirkninger (Arbeidsmiljøloven, 2005, §1-1). Både erfaringene som fremkommer i vår studie og tidligere forskning, viser at lovverket i stor grad har blitt utfordret under koronapandemien. Studien til Bergman et. al, (2020) viser til at i første fase av koronapandemien i Sverige har den økende arbeidsbelastningen medført dårligere arbeidsmiljø i intensivavdelingene (Bergman et.al, 2020). Ifølge våre informanter har covid-19 pandemien, høy arbeidsbelastning over tid og økende bemanningsutfordringer ført til at flere vurderer å si opp jobben. Med bakgrunn i informasjonen som kommer frem i vår studie, og tidligere forskning, anbefales det å kartlegge pandemiens videre påvirkning av arbeidsmiljøet og bemanningssituasjonen i de norske intensivavdelingene. Dette anses som nødvendig for å kunne hindre frafall av intensivsykepleiere som følge av pandemien.

5.3 Følelsesmessige utfordringer og stress blant intensivsykepleiere ved arbeid under strenge smitteverntiltak

Intensivsykepleiere er, i lys av sin yrkesrolle, vant til å hankes med det Seyle (1976) beskriver som eustress. Covid-19 pandemien har ført til personlige utfordringer som har forskjøvet opplevelsen av eustress over mot distress. Motstanden intensivsykepleierne har utøvd for å overkomme utfordringene har vært langvarig og tidvis slitsom. Det har krevd mye innsats og energi for å komme seg gjennom utfordringene pandemien har bragt med seg. Tidvis har de opplevd trussel om manglende ressurser i form av utstyr og personell, samtidig

som samfunnet forventer at pleie og behandling skal inneha god kvalitet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1). Dette er derfor også grunnlag for opplevelse av stress ifølge Lazarus og Folkmans (1984) teori.

Det har kommet frem en rekke følelsesmessige utfordringer relatert til arbeid under første bølge av Covid-19 pandemien. Intensivsykepleierne i denne studien beskriver hvordan manglende pandemiberedskap førte til en følelse av kaos i arbeidsmiljøet. Grunnlaget for dette ser ut til å være usikkerhet, basert på manglende informasjon om viruset, både når det gjelder smitteforebyggende tiltak og pasientbehandling. Informasjonen som ble formidlet var i hyppig endring, og fremstod tidvis som mangelfull. Informantene beskriver dermed hvordan de føler seg engstelige med tanke på hva som vil komme. Opplevelse av kaos og surrealisme er også beskrevet i studien av Bergmann et al. (2020).

Vi har i denne studien funnet at de følelsesmessige utfordringene i flere tilfeller kan knyttes direkte til fysiske hindre ved å måtte jobbe på isolat under strengt smittevernregime. Arbeid med smittevernutstyr har, i likhet med studien til Gordon et al. (2021), gitt følelse av tungpust, svette, hodepine og utmattelse. Våre informanter har til forskjell fra Gordon et al. sine informanter ikke beskrevet søvnløshet som et problem. Flere informanter beskriver arbeid på smitteisolat som utfordrende i form av at de følte seg alene og isolert fra resten av arbeidsgruppen. Det beskrives også som klaustrofobisk å ikke ha muligheten til å forlate rommet. Vi stiller oss undrende til om tidlig etablering av kohortisolasjon kan bidra til at man føler seg mindre alene og isolert. I likhet med studien til Moradi et al. (2021) har også noen av våre informanter beskrevet manglende mulighet til å få dekket sine basale behov som mat, drikke og toalettbesøk ved isolatarbeid på nattevakt. Det beskrives også som utfordrende å yte god, kvalitetssikker helsehjelp når man står alene med pasient i mageleie (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 1-1).

Redselen for smitte hadde stor innvirkning på informantene. Denne redselen innebar både redsel for selv å bli smittet og det å bære med seg smitte til familien og samfunnet for øvrig. Det kan virke som at redselen for smitte kan relateres både til hyppig informasjonsendring og redsel for å gå tom for utstyr. Dersom man gikk tom for smittevernutstyr, ville det kunne medføre en stor personlig risiko for den enkelte å gjennom sitt arbeid skulle behandle alvorlig syke, smittsomme covidpasienter.

I motsetning til studier utført av Kandemir et al. (2021) og Sharour & Daradas (2020) har ingen av våre informanter beskrevet opplevelse av akutt stresslidelse eller depresjon som

følge av arbeid i pandemitid. De har heller ikke opplevd tydelige etiske utfordringer relatert til prioritering av pasienter for behandling, slik som Miljeteig et al. (2021). Dette skyldes mest sannsynlig det lave smittetrykket i landsdelen under første bølge av pandemien.

5.4 Mestring i yrkesrollen som intensivsykepleier i pandemitid

I vår studie har informantene beskrevet flere tiltak de har gjort for å håndtere utfordringene de har stått i. Alle har vist til problemløsende handlinger. De har identifisert aktuelle problem, og deretter anvendt tilgjengelige ressurser og personlige egenskaper for å løse det (Antonovsky, 2012). Samtlige informanter tok selv initiativ til å oppdatere seg på informasjon. Konkrete eksempler på problemløsende handlinger er at en informant selv har tatt initiativ til å utforme informasjonsplakat til bruk under påkledning og avkledning av smittevernsutstyr. En annen har bevisst spurt kollegaer om hvordan de har det, og foreslått rulling for å avlaste arbeidsbelastningen arbeid på isolat medbringer. Flere informanter trekker frem viktigheten av kollegialt samhold, og å si ifra dersom man føler seg sliten av belastningen isolasjonsarbeid medfører. Å aktivt forsøke å holde «spiriten» oppe i avdelingen blir også beskrevet som motiverende i arbeidskollegiet. En britisk kvalitativ sosiologisk studie har undersøkt helsepersonells erfaring med arbeid på intensivavdeling under første smittebølge av Covid-19 pandemien. Kollegialt samhold og gjensidig støtte blir også her beskrevet som et av de mest effektive virkemidlene for å møte pandemiens mange utfordringer (Montgomery et al., 2021). I vår studie vektlegges i tillegg faglig kompetanse, og nok erfarne spesialsykepleier på jobb på det enkelte vaktlaget, for å oppnå følelse av trygghet i arbeidet.

Det er likevel naturlig å anta at informantene også har måttet ty til følelsesregulering i møte med pandemiutfordringer som har pågått over lang tid. Følelsesregulering som mestringsstrategi kan oppstå dersom man har blitt utsatt for langvarig stress, og man befinner seg i en situasjon der man ikke føler man har mulighet til å løse det aktuelle problemet. Følelsesregulering kan vise seg som for eksempel trøstespising, rus eller annen helsemessig uheldig atferd (Antonovsky, 2012). Til forskjell fra den australske studien av Smallwood et al. (2021), der 26% av informantene beskrev et økt alkoholforbruk, har ingen av våre informanter fortalt om tilsvarende eller annen destruktiv adferd. De har heller forsøkt å fokusere på egenomsorg, der tid med familie og andre nære relasjoner har spilt en stor rolle. Fritidsaktiviteter har vist seg å bidra til avkobling fra jobb. Dette har gjerne vært knyttet til å være i fysisk aktivitet og komme seg ut i naturen.

5.4.1 Opplevelse av sammenheng

Sett opp mot Antonovskys teori om opplevelse av sammenheng (OAS) har vi delt opp funnene i utfordringer og mestringsstrategier. Ifølge denne teorien har mennesker ulik grad av OAS, som igjen gjenspeiles i deres evne til å mestre vanskelige situasjoner (Antonovsky, 2012).

Funn av utfordringer i studien, som kan virke negativt inn på OAS:

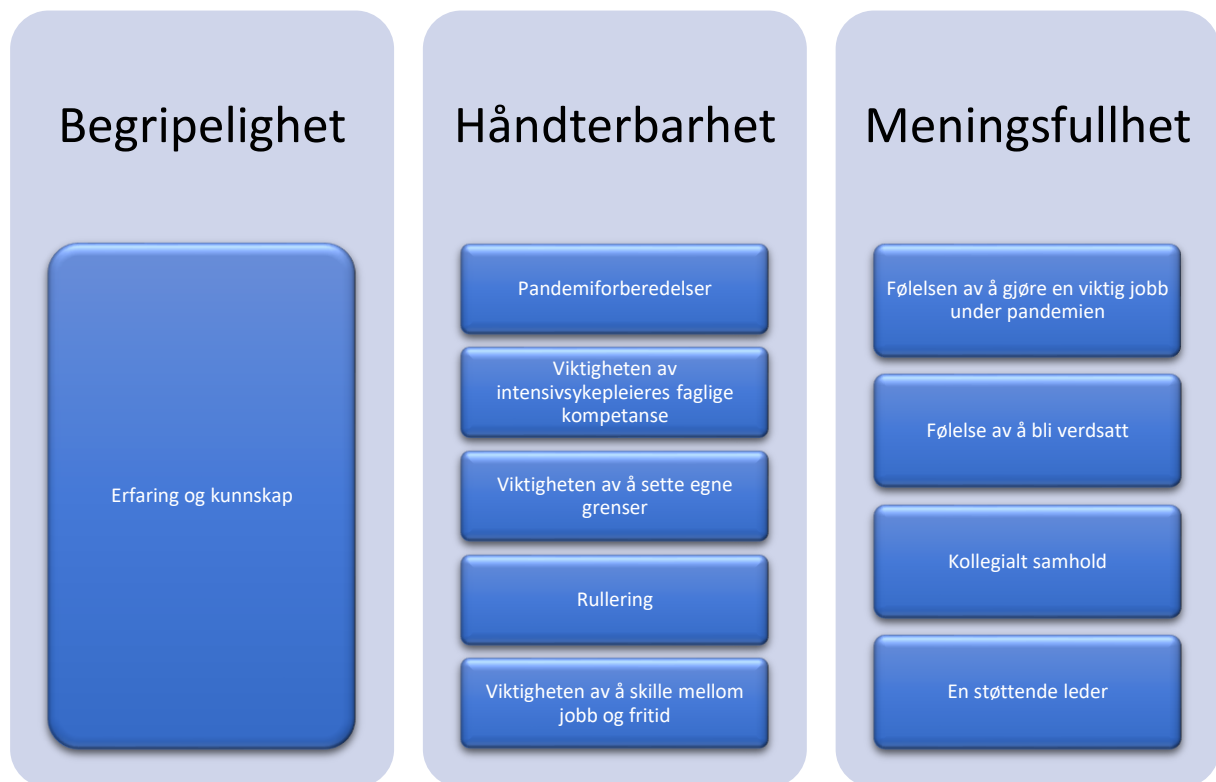
Begripelighet	Håndterbarhet	Meningsfullhet
<ul style="list-style-type: none">• Frykten for det ukjente:<ul style="list-style-type: none">- Smittevern- Covid-19• Usikkerhet førte til et stort informasjonsbehov• Hyppige informasjonsendringer• Tidkrevende å holde seg oppdatert	<ul style="list-style-type: none">• Frykt for å gå tom for smittevernsutstyr• Fysisk tungt å jobbe på isolat• Bemanningsutfordringer• Å stå alene på isolat med dårlig pasient	<ul style="list-style-type: none">• Redsel for å bli smittet/smitte andre

Figur 6: Utfordringer ved arbeid i pandemitid.

Vi ser at et av hovedfunnene i studien er at mye av de følelsesmessige utfordringene intensivsykepleierne opplevde skyldtes mangel på kunnskap om Covid-19 viruset. Både frykten, usikkerheten og hyppige endringer førte til utfordringer i forhold til begripelighetsaspektet i OAS. Håndterbarheten ble påvirket av de konkrete fysiske og følelsesmessige følgene av å måtte arbeide på isolat. Bemanningsutfordringer mener vi også kommer inn under denne kategorien, da manglende bemanning og kompetanse påvirker hvordan arbeidsdagen lar seg håndtere. Funnet vi mener kan virke negativt inn på OAS i form av manglende meningsfullhet er det faktum at noen av informantene i første bølge av pandemien følte at deres sikkerhet var kompromittert. De var redde for å selv bli smittet, smitte kollegaer, andre pasienter, eller familien sin.

På den andre siden, har vi funnet at intensivsykepleierne i studien har en unik evne til å fokusere på problemløsning. Vi vil dermed påstå at de jevnt over har et salutogent perspektiv når de ser tilbake på arbeid i pandemitid. Mange konstruktive og trivselsfremmende tiltak ble belyst. Disse kan man se på som konkrete mestringsfremmende tiltak, som kan tyde på et styrket OAS.

Funn fra studien som viser mestringsfremmende tiltak, som kan virke positivt inn på OAS:



Figur 7: Mestringsfremmende tiltak.

Begripelighet ble belyst som en av de største utfordringene med tanke på manglende kunnskap og informasjon. Det kom likevel tydelig frem i studien at intensivsykepleierens erfaring og faglige kunnskap gjorde dem rustet til å stå i behandlingen av alvorlig syke covidpasienter. En av informantene med lang ansiennitet forteller: «Jeg kan jo pasientene godt (...) Jeg var ikke så stresset på hvordan jeg skulle håndtere det.» Dette samsvarer med studien av Şanlıtürk (2021), som har belyst at lang erfaring kan redusere opplevelsen av yrkesrelatert stress grunnet økt klinisk kunnskap og kompetanse.

Håndterbarhet viste seg i form av flere miljømessige tiltak som ble innført på arbeidsplassen, og personlige egenskaper knyttet til problemløsning. Pandemiforberedelsene var konkrete tiltak som ble iverksatt i avdelingen i forkant av den store pasientstrømmen som var forventet. Dette medførte planlegging og utbedringer av avdelingen, etablering av smittevernsprosedyrer, og anskaffelse av tilstrekkelig med beskyttelsesutstyr. Da pasientene begynte å komme til intensivavdelingene merket intensivsykepleierne at de måtte prioritere egenomsorg for å ikke slite seg helt ut. De opplevde tidlig at det var viktig å sette egne grenser, og be om hjelp fra kollegaer og leder. Situasjonen opplevdes bedre når det var rullering på arbeid inne på isolatene. Grunnet koronapasientenes sykdomsbilde ble rulleringen

enklere å gjennomføre dersom det var nok intensivsykepleiere på jobb, da disse pasientene krevde behandling av intensivfaglig kompetent personell. Et annet tydelig funn innen håndterbarhet er viktigheten av å skille mellom jobb og fritid. Informantene kjente på et stort arbeidspress. Behovet for ekstra personell på jobb var tidvis stort. Det å hente krefter hjemme, prioritere fritidsaktiviteter og ikke bare tenke jobb førte til en følelse av å klare å stå lengre i en tung jobb under pandemien.

Studien viser at intensivsykepleiere føler meningsfullhet i sitt arbeid. I denne sammenheng trekkes følelsen av å gjøre en viktig jobb under pandemien frem. Gjennom media følte intensivsykepleierne seg sett og verdsatt. I likhet til studiene av Bergman et al. (2021) og Montgomery et al.(2021), har det også i vår studie kommet frem at kollegial støtte og samhold er avgjørende for mestring av arbeidssituasjonen i en utfordrende tid. Begrepet OAS kan videreføres til grupper. Intensivavdelingens ansatte har måttet stå sammen mot en felles fiende under pandemien. Det er blitt fortalt om både felles frustrasjon og engasjement. Dersom gruppen samlet sett har et sterkt OAS vil dette kunne styrke de enkelte gruppedlemmenes OAS. Gruppens OAS kan da være mer avgjørende enn den enkeltes OAS for hvordan utfordringer og spenning håndteres på arbeidsplassen (Antonovsky, 2012). En tydelig, trygg og støttende leder, som man kan si ifra til har i den sammenheng blitt fremhevet som positivt for gruppens arbeidsmiljø, mestring og trivsel.

Samlet sett kan vi si at dataene fra denne studien kan belyse norske intensivsykepleieres erfaring med følelsesmessige utfordringer og opplevelse av mestring relatert til pandemiarbeid. I fremtiden vil miljømessige utbedringer, samt systematisering av beredskap og informasjon kunne føre til mindre usikkerhet i personalgruppen dersom det skulle oppstå en ny pandemi. Bedre grunnbemanning, og sikring av god tilgang på spesialsykepleiere med intensivkompetanse og erfaring er avgjørende. Tidlig etablering av kohort ved flere smittepasienter vil trolig kunne forhindre følelsen av å stå alene uten tilgang på hjelp i akutte situasjoner. Vi foreslår at det ses på muligheten til at annet personell kan sørge for renhold og desinfeksjon, slik at intensivsykepleierne blir prioritert til direkte pasientarbeid. På det personlige planet vil intensivsykepleiere ha nytte av å stå sammen og sørge for egenomsorg for å kunne stå i yrkesrollen under liknende krevende omstendigheter. Kunnskapen og erfaringen man har fått fra arbeid i pandemitid vil trolig kunne danne grunnlag for personlig vekst, samt mestring av liknende lokale, nasjonale eller globale hendelser.

5.5 Metodiske overveielser

Begrep som validitet og reliabilitet er for mange forbundet med vurdering av kvantitativ forskning, og noen velger å benytte andre begrep for å vurdere kvalitative studier. Vi velger likevel å benytte disse begrepene for metodediskusjon, da de essensielle meningene bak er de samme, uavhengig av metodisk tilnærming.

5.5.1 Reliabilitet

Reliabilitet er et sentralt begrep innen forskning. Med reliabilitet menes det at forskningen skal være nøyaktig, troverdig, pålitelig og etterprøvbart. Begrepene reliabilitet og validitet henger tett sammen. Validitet omhandler forskningens gyldighet. Resultatene til en studie kan ikke være valide, dersom den ikke er reliabel (Kvale & Brinkmann, 2015; Polit & Beck, 2018). For å kunne vurdere reliabiliteten til en studie, er ærlighet om det en har gjort sentralt. (Malterud, 2017). For å ivareta dette i denne studien har vi forsøkt å vise transparens på hvordan vi har arbeidet under forskningsprosessen. Kvale & Brinkmann (2015) sier at det å vise transparenthet er med på å styrke reliabiliteten og validiteten til en studie.

Å skape en god intervjusituasjon vil alltid innebære en utfordring for nye og uerfarne forskere. Manglende erfaring med å intervju kan ha satt sitt preg på spørsmålene, som i utgangspunktet skulle være åpne og frie for føringer. Vi ser i etterkant at dette kan være svært vanskelig å gjennomføre i praksis. Det som kan ha vært med på å styrke våre intervjuferdigheter er at vi er begge erfarne sykepleiere som er vant til å være i dialog med mennesker. Da intervjuene var ferdige, transkriberte vi ordrett. Ordrett transkribering kan være med på å øke validiteten og reliabiliteten til en studie (Kvale & Brinkmann, 2015). Malterud (2017) hevder at det anbefales at flere øyne vurderer datamaterialet for å sikre en pålitelig analyse. Vi har derfor jobbet sammen under hele analyseprosessen for å forsøke å kvalitetssikre vårt arbeide. Resultatene er presentert så nøyaktig som mulig. Som uerfarne forskere er det likevel alltid en risiko for at vi kan ha oversett eller unngått nyanser i respondentenes utsagn, som kan trekke ned reliabiliteten i vår studie. Vi kan ikke med sikkerhet vite, men tror funnene våre er pålitelige. Om de er overførbare og kan bli reproduisert med samme resultat er det likevel ingen garanti for.

5.5.2 Validitet

Validitet er et annet sentralt begrep innen forskning. Begrepet validitet betyr gyldighet, som tidligere presentert over. Videre kan man gå inn på intern og ekstern validitet for å vurdere forskning. Intern validitet beskriver hvorvidt resultatene i en studie er gyldige i det utvalget som er undersøkt, mens ekstern validitet omhandler overføringsverdien (Kvale & Brinkmann, 2015; Polit & Beck, 2018). For at en studie skal være gyldig må den ha et tydelig formål og problemstilling. For å kunne svare på problemstillingen må man velge riktig design og forskningsmetode (Polit & Beck, 2018). Vi redegjør for denne studiens hensikt og problemstilling under innledning. Videre redegjøres det for valg av aktuell forskningsmetode under metodekapittelet. Vi mener det er valgt riktig metodisk tilnærming for studiens formål.

Å styrke intern validitet har vært en kontinuerlig prosess igjennom hele arbeidet med studien. Dette startet med et grundig forarbeid med prosjektskisse og intervjuguide. Deretter sikret vi rekruttering av informanter med god informasjonsstyrke. Videre har det omhandlet å være bevisst egen forforståelse i intervjusituasjonen og under analyseprosessen. Under dette punktet kommer også valg av tilpasset analysemetode og transparens inn som ledd i å øke studiens interne validitet (Kvale & Brinkmann, 2015; Polit & Beck, 2018). I kvantitative studier skal man diskutere generalisering av resultatene, mens i kvalitative studier er det opp til leseren å bedømme overføringsverdien av resultatene. Denne overføringsverdien kan omtales som ekstern validitet (Polit & Beck, 2018). For at leseren skal kunne vurdere overføringsverdien i studien, er det viktig at detaljene skal kunne studeres. Vi mener at det er oppgitt tilstrekkelig informasjon til at man skal kunne gjøre en slik vurdering. Noe som kan være med på å styrke denne studiens overførbarhet er Sintefs (2020) rapport, som viser mange av de samme funnene som denne studien.

5.5.3 Refleksjoner rundt forskningsprosessen

«Fleksibilitet og ettertanker er sentrale stikkord for kvalitative studier, der forskeren drar lærdom av erfaringer underveis i prosessen og justerer kursen i forhold til dette» (Malterud, 2017, s. 53). Vi brukte aktivt prosjektlogg underveis i forskningsprosessen. Med støtte i loggen vår har vi kunnet se tilbake på gamle prosjektutkast og finne tilbake til tidligere tanker og dialog som omhandler prosjektet. Dette har vært en god hjelp, når vi har måtte endre retning eller stått fast underveis. Videre har vi reflektert over at vi er sykepleiere og har forsket blant våre egne. Vi har, som tidligere nevnt, forsøkt å være bevisst egen forforståelse,

men kan likevel ikke garantere at dette ikke har påvirket datamaterialet vårt. Vår opplevelse var at alle våre deltakere fortalte fritt og troverdig om egne opplevelser og erfaringer, i tråd med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Vi tror og håper at vi har håndtert det som ble delt med oss på en måte som samsvarer med informantenes opprinnelige mening.

Vi stiller oss undrende til om dybdeintervju blant våre egne kan ha hemmet informasjonsformidling av mer sensitiv art. Man kan dermed lure på om vi ville ha fått belyst eventuelle negative mestringsstrategier for følelsesregulering, som for eksempel økt alkoholforbruk (Antonovsky, 2012; Smallwood et al., 2021), bedre ved en anonym spørreundersøkelse. En kvantitativ tilnærming ville likevel ikke kunne besvart alle de andre aspektene ved våre forskningsspørsmål.

5.5.4 Studiens relevans

Det publiseres kontinuerlig ny forskning på ulike aspekter rundt Covid-19 pandemien. Vi har under drøftingen spesielt hatt nytte av Sintefs rapport om sykepleieres erfaringer fra første pandemibølge (Melby et al., 2020). Likevel mener vi at denne studien viser spesifikk relevans for intensivsykepleiere, i motsetning til Sintefs rapport, som gjelder sykepleiere generelt. Som ledd i å oppdatere oss i forskningsfeltet har vi gjort jevnlig søk etter norske studier. En kohort studie utført av Lie et al. (2021) ser på norske intensivavdelingers pandemiforberedelser og arbeidsforhold under første smittebølge. Vi mener vår studie tilføyer et innblikk i pandemiens direkte påvirkning av intensivsykepleiere i lys av deres yrkesrolle.

6.0 KONKLUSJON

Denne studien har sett på hvilke erfaringer norske intensivsykepleiere har med følelsesmessige utfordringer og opplevelse av mestring i sitt arbeid under strenge smittevernrutiner gjennom første smittebølge av Covid-19 pandemien. Til tross for et relativt lavt smittetrykk i Norge under første bølge av Covid-19 pandemien, har de erfart systemutfordringer i form av manglende pandemiberedskap og flyktig informasjon. Pandemien har for intensivsykepleierne vært utfordrende både fysisk og følelsesmessig, spesielt under arbeid alene på isolat. Mestring av yrkesrollen har vist seg å være av både miljømessig og personlig karakter. Kunnskap om viruset og erfaring med pasientgruppen har styrket intensivsykepleiernes følelse av begripelighet. Dette førte til mindre usikkerhet i yrkesrollen. Samtlige informanter har vist til problemløsende handlinger av personlig karakter. De har dermed håndtert utfordringer på en hensiktsmessig måte. Følelsen av å gjøre en viktig jobb under en pandemi har vært viktig for opplevelsen av meningsfullhet i arbeidet.

For å beholde intensivsykepleiere foreslår vi:

- Beredskapsplan for pandemihåndtering bør gjennomgås. Det bør gjøres tiltak for å sikre tilstrekkelig smittevernsutstyr av god kvalitet for å kunne møte fremtidige pandemier.
- Rutiner for informasjonsformidling bør systematiseres.
- Ressursbruk bør utredes. For fremtiden bør det undersøkes om personalet kan organiseres på en mer hensiktsmessig måte, der intensivsykepleiere blir benyttet til direkte pasientarbeid, og annet personell settes inn for hjelp med renhold og logistikk.
- Det bør undersøkes nærmere om tidlig etablering av kohortisolering kan føre til mindre følelse av ensomhet og isolasjon ved arbeid med smittepasienter.
- Bemanningssituasjonen og arbeidsmiljøet i landets intensivavdelinger bør kartlegges, for å hindre frafall av intensivsykepleiere.
- Ledere bør ha en aktiv rolle i fordeling og rullering av arbeid på isolat.
- Det bør utarbeides et psykososialt oppfølgingstilbud til ansatte, i samsvar med myndighetenes anbefalinger.
- Motiverende tiltak som økonomisk kompensasjon og bedre tilrettelagt arbeidssituasjon for den enkelte kan trolig forhindre frafall.
- Det bør forskes ytterligere på landsbasis, for å undersøke følelsesmessige utfordringer og opplevelse av mestring i mer smitterammede områder, samt erfaringer fra senere faser av pandemien.

REFERANSELISTE

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium : den salutogene modellen*. Gyldendal akademisk
- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* (LOV-2005-06-17-62). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2005-06-17-62>
- Bergmann, L., Falk, A.-C., Wolf, A. (2021). Registered nurses' experiences of working in the intensive care unit during the COVID-19 pandemic. *Nurs Crit Care*. 2021;1–9. <https://doi.org/10.1111/nicc.12649e>
- Binnie, A., Moura. K., Moura, C., D'Aragon, F., Tsang, J.L.Y. (2021) Psychosocial distress amongst Canadian intensive care unit healthcare workers during the acceleration phase of the COVID-19 pandemic. *Plos one* 16(8), e0254708 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254708>
- Dimino, K., Learmonth, A.E., Fajardo, C.C. (2021) Nurse Managers Leading the Way: Reenvisioning Stress to Maintain Healthy Work Environments. *Critical Care Nurse*. 41(5), 52-58. <https://doi.org/10.4037/ccn2021463>
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (2010, november.) *Ny influensa A (H1N1) 2009 – Gjennomgang av erfaringene i Norge.* (DSB Rapport 2190) Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. <https://www.dsb.no/globalassets/dokumenter/rapporter/ny-influensa-a-h1n1-2009.pdf>
- Folkehelseinstituttet (2021, 11. februar). *Fakta om koronaviruset SARS-CoV-2 og sykdommen covid-19.* <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta-og-kunnskap-om-covid-19/fakta-om-koronavirus-coronavirus-2019-ncov/>
- Folkehelseinstituttet (2022, 6. januar). *Fakta om koronaviruset SARS-CoV-2 og sykdommen covid-19.* <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta-og-kunnskap-om-covid-19/fakta-om-koronavirus-coronavirus-2019-ncov/>
- Folkehelseinstituttet (2021, 21. desember). *Koronavaksine – informasjon til befolkningen.* <https://www.fhi.no/sv/vaksine/koronavaksinasjonsprogrammet/koronavaksine/>

- Folkehelseinstituttet (2015, 11 februar). *Om svineinfluensa A(H1N1)-pandemien i 2009 – 2010*. <https://www.fhi.no/sv/influensa/influensapandemier/om-svineinfluensa-ah1n1-pandemien-i/>
- Fried, M. (1982). Endemic stress: The psychology of resignation and the politics of scarcity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(1), 4. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb02660.x>
- Gilje, N. Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapens forutsetninger : innføring i samfunnsvitenskapens vitenskapsfilosofi*. Universitetsforlaget
- Giæver, P. (2020). *Lungesykdommer* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Gordon, J. M., Magbee, T., Yoder, L. H. (2021). The experiences of critical care nurses caring for patients with COVID-19 during the 2020 pandemic: A qualitative study, *Applied Nursing Research*, 59, 151418. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151418>
- Helsedirektoratet (2020, 20. januar) Psykososial støtte til medarbeidere, *I Koronavirus – beslutninger og anbefalinger*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/personell-kompetanse-og-rekruttering/kurs-og-opplaering/psykososial-stotte-til-medarbeidere-under-covid-19>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Høie, B. (2021, 16. februar). *Mitt svar til hun som ikke orket mer*, Dagens Medisin. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/02/16/mitt-svar-til-hun-som-ikke-orket-mer/>
- Iheduru-Anderson, K. (2021). Reflections on the lived experience of working with limited personal protective equipment during the COVID-19 crisis. *Nursing Inquiry*, 28(1). <https://doi.org/10.1111/nin.12382>
- Jenny, G. J., Bauer, G. F., Vinje, H. F., Vogt, K., & Torp, S. (2016). The application of salutogenesis to work. In *The Handbook of Salutogenesis*. https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6_20

- Johnsen, H. C., Halvorsen A. & Repstad, P. (2009). *Å forske blant sine egne. Universitet og religion - nærhet og uavhengighet*. Høyskoleforlaget
- Kandemir, D., Temiz, Z., Ozhanli, Y., Erdogan, H., Kanbay, Y. (2021) Analysis of mental health symptoms and insomnia levels of intensive care nurses during the COVID-19 pandemic with a structural equation model. *Journal of clinical nursing*. 31: 5-6
<https://doi.org/10.1111/jocn.15918>
- Kvale, S & Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg). Gyldendal akademisk
- Langøen, A., Landmark, I. S., & Günther, B. E. (2020). Covid-19: Helsepersonell får hudproblemer av beskyttelsesutstyret. *Sykepleien*, 108(81023)
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.81023>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer
- Lie, I., Stafseth, S., Skogstad, L., Hovland, I. S., Hovde, H., Ekeberg, Ø., & Ræder, J. (2021). Healthcare professionals in COVID-19-intensive care units in Norway: preparedness and working conditions: a cohort study. *BMJ open*, 11(10).
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049135>
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). *A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 145-153. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x>
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese : helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Melby, L., Thaulow, K. Lassemo, E., & Osborg S.O. (2020, 30. november) Sykepleieres erfaringer med første fase av koronapandemien Rapport (RAPPORT 2020:01213) SINTEF Digital Avd. Helse. <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/sKH8UPyCeoJa8acd5TKYOFcqykeFgXtDdIsNr6yPSSikR17Nls.PDF>

- Miljeteig, I., Forthun, I., Hufthammer, K. O., Engelund, I. E., Schanche, E., Schaufel, M., & Onarheim, K. H. (2021). Priority-setting dilemmas, moral distress and support experienced by nurses and physicians in the early phase of the COVID-19 pandemic in Norway. *Nursing Ethics*, 28(1). <https://doi.org/10.1177/0969733020981748>
- Montgomery, C. M., Humphreys, S., McCulloch, C., Docherty, A. B., Sturdy, S., & Pattison, N. (2021). Critical care work during COVID-19: a qualitative study of staff experiences in the UK. *BMJ open*, 11(5). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-048124>
- Moradi, Y., Baghaei, R., Hosseingholipour, K., Mollazadeh, F. (2021). Challenges experienced by ICU nurses throughout the provision of care for COVID-19 patients: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*. 29-5, 1159-1168
<https://doi.org/10.1111/jonm.13254>
- Nilsen, H. M., Rosnes, M., & Leonardsen, A. C. (2017). Pasienter med ARDS i mageleie. *Sykepleien*, 105(62644). <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.62644>
- Norsk Landsforening for intensivsykepleier (2017). *Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleier*. <https://www.nsf.no/Content/3653445/cache=20182305165052/Funksjons%20og%20ansvarsbeskrivelsen%20for%20intensivsykepleiere%20vedtatt%200september2017.pdf>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Phua, J., Weng, L., Ling, L., Egi, M., Lim, C. M., Divatia, J. Vasishata, J., Shrestha, B.R., Arabi, Y.M. Ng, M. J., Gomersal, C. D., Nishimura, M., Koh, Y., Du, B. & Asian Critical Care Clinical Trials Group. (2020). Intensive care management of coronavirus disease 2019 (COVID-19): challenges and recommendations. *The lancet respiratory medicine*, 8(5), 506-517. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30161-2](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30161-2)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice*, (9. Utg.). Wolters Kluwer.
- Ricœur, P. (1976). *Interpretation theory: discourse and the surplus of meaning*. Fort Worth, Texas Christian University Press.

- Şanlıtürk, D. (2021) Perceived and sources of occupational stress in intensive care nurses during the COVID-19 pandemic. *Intensive Critical Care Nursing*, 67, 103107. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103107>
- Seyle, H. (1976). *Stress in health and disease*. Boston: Butterworth.
- Shahrour G, Dardasm L.A. (2020) Acute stress disorder, coping self-efficacy and subsequent psychological distress among nurses amid COVID-19. *Journal of Nursing Management*, 28(7), 1686-1695. <http://doi.org/10.1111/jonm.13124>
- Smallwood, N., Karimi, L., Pascoe, A., Bismark, M., Putland, M., Johnson, D., Shyamali, C., Barson E., Atkin, N., Long, C., Ng, I., Holland, A., Munro, J., Thevarajan I., Moore, C., McGillion, A., & Willis, K. (2021). Coping strategies adopted by Australian frontline health workers to address psychological distress during the COVID-19 pandemic. *General hospital psychiatry*, 72, 124-130. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2021.08.008>
- Stubberud, D.-G., Bakkelund, J. & Thorsen, B. (2020). *Intensivsykepleierens funksjon og ansvar ved behandling av akutt respirasjonsvikt*. I D.-G. Stubberud & T. Gulbrandsen (Red.), *Intensivsykepleie* (4 utg., s. 305-325). Cappelen Damm akademisk.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal akademisk
- World Health Organization. (2020, 5. November). *WHO-convened Global study of the origins of SARS-CoV-2*. WHO. <https://www.who.int/publications/m/item/who-convened-global-study-of-the-origins-of-sars-cov-2>
- World Health Organization (2021, 2. februar). *COVID-19 Occupational health and safety for health workers*. WHO. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-HCW_advice-2021.1

Vedlegg 1

Litteratursøk

14/9-21	#	Query	Results
Søker på ord for populasjon: Intensivsykepleie	S1	TI (critical care nurs* OR intensive care nurs*)	67,687
Søker på ord for kontekst: covid, coronavirus eller pandemi i tittelen.	S2	TI (covid* OR coronavirus* OR pandemic* OR corona)	289,906
Kobles sammen, mange treff	S3	S1 AND S2	1,281
Innsnevrer søket til kvalitative studier.	S4	qualitative OR interview* OR phenomenolog* OR experience* OR themes OR thematic OR narrat* or grounded OR hermeneutic* OR "focus group*" or ethnogra* OR metasynthes* OR metaethnogr*	2,602,192
Kobler sammen populasjon, kontekst og metode.	S5	S1 AND S2 AND S4	1,281
Søker på ord for fenomen av interesse:	S6	(stress OR coping*) OR (stress AND coping*)	1.357.861
Populasjon, kontekst, metode og fenomen av interesse sammenkoblet.	S7	S1 AND S2 AND S4 AND S6	92
14/9-21- Breder søk			
Ord for intensivsykepleie, ikke bare i tittelen	S8	Critical care nurs* OR Intensive care nurse*	123,270
Ord i tittel for covid (S2).. AND erfaringer/kvalitative studier, (S4) AND fenomen av interesse (S6) AND intensivsykepleie (S8)	S9	S2 AND S4 AND S6 AND S8	160
Søker på flere ord for fenomen av interesse. Mer spesifikke.	S10	Experience* OR profession* OR role* OR occupational stress* OR coping mechanism*	5,959,227
Kobles sammen – enten ord fra S4 (kvalitative studier) eller andre ord for erfaringer (S10)	S11	S4 OR S10	1,876,943
Mange treff: Kobler sammen (S2) covid AND stress (S6) AND (S11) Breder søk om erfaringer	S12	S2 AND S6 AND S11	3,372
Smalere; også ord for intensiv sykepleie må forekomme i tittelen (S1)	S13	S1 AND S12	90

Link til (S7):

[https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&db=cmedm&bquery=\(TI+\(critical+AND+care+AND+nurs*\)+OR+\(intensive+AND+care+AND+nurs*\)\)+AND+\(TI+covid*+OR+coronavirus*+OR+pandemic+OR+corona\)+AND+\(qualitative+OR+interview*+OR+phenomenolog*+OR+experience*+OR+themes+OR+thematic+OR+narrat*+OR+grounded+OR+hermeneutic*+OR+%26quot%3bfocus+group*%26quot%3b+OR+ethnogra*+OR+metasynthes*+OR+metaethnogr*\)+AND+\(\(stress+OR+coping*\)+OR+\(stress+AND+coping*\)\)&type=1&searchMode=And&site=ehost-live](https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&db=cmedm&bquery=(TI+(critical+AND+care+AND+nurs*)+OR+(intensive+AND+care+AND+nurs*))+AND+(TI+covid*+OR+coronavirus*+OR+pandemic+OR+corona)+AND+(qualitative+OR+interview*+OR+phenomenolog*+OR+experience*+OR+themes+OR+thematic+OR+narrat*+OR+grounded+OR+hermeneutic*+OR+%26quot%3bfocus+group*%26quot%3b+OR+ethnogra*+OR+metasynthes*+OR+metaethnogr*)+AND+((stress+OR+coping*)+OR+(stress+AND+coping*))&type=1&searchMode=And&site=ehost-live)

Link til (S13):

[https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&db=cmedm&bquery=\(TI+\(critical+AND+care+AND+nurs*\)+OR+\(intensive+AND+care+AND+nurs*\)\)+AND+\(TI+covid*+OR+coronavirus*+OR+pandemic+OR+corona\)+AND+\(qualitative+OR+interview*+OR+phenomenolog*+OR+experience*+OR+themes+OR+thematic+OR+narrat*+OR+grounded+OR+hermeneutic*+OR+%26quot%3bfocus+group*%26quot%3b+OR+ethnogra*+OR+metasynthes*+OR+metaethnogr*\)+AND+\(\(stress+OR+coping*\)+OR+\(stress+AND+coping*\)\)&type=1&searchMode=And&site=ehost-live](https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&db=cmedm&bquery=(TI+(critical+AND+care+AND+nurs*)+OR+(intensive+AND+care+AND+nurs*))+AND+(TI+covid*+OR+coronavirus*+OR+pandemic+OR+corona)+AND+(qualitative+OR+interview*+OR+phenomenolog*+OR+experience*+OR+themes+OR+thematic+OR+narrat*+OR+grounded+OR+hermeneutic*+OR+%26quot%3bfocus+group*%26quot%3b+OR+ethnogra*+OR+metasynthes*+OR+metaethnogr*)+AND+((stress+OR+coping*)+OR+(stress+AND+coping*))&type=1&searchMode=And&site=ehost-live)

Vedlegg 2

Velkommen til deltakelse i den kvalitative intervjustudien «Norske intensivsykepleieres opplevelse av mestring i yrkesrollen, ved arbeid under strengt smittevernrutiner, relatert til Covid-19 pandemien»

FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Det er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å belyse intensivsykepleieres opplevelse av følelsesmessige utfordringer og mestring i yrkesrollen, ved arbeid under strenge smittevernrutiner.

Formålet med studien er å undersøke intensivsykepleieres erfaringer med følelsesmessige utfordringer og stresserelementer relatert til arbeidshverdagen under Covid-19 pandemien. Denne kunnskapen vil kunne bidra til en økt forståelse for hva norske intensivsykepleiere har opplevd, utfordringer de har stått i, og hvilke mestringsstrategier de har brukt for å håndtere en annerledes og stressende hverdag. Studien vil også kunne avdekke behov norske intensivsykepleiere har under og i etterkant av en pandemi for å oppleve mestring i yrkesrollen. Dette vil kunne relateres til senere liknende lokale, nasjonale -eller globale hendelser. Dine unike opplevelser og erfaringer kan gi kunnskap som er av betydning både på individ og samfunnsmessig nivå. Ved å få innblikk i norske intensivsykepleieres levde erfaringer, vil ledere og myndigheter kunne sette inn konkrete tiltak for å forhindre frafall av intensivsykepleiere som følger av pandemien.

Vi har vært i kontakt med din enhetsleder, som har hjulpet oss med distribuering av informasjon om studien.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

Dersom du velger å takke ja til å delta i forskningsprosjektet, innebærer det at du deltar i et individuelt intervju på ca. 45 minutter. Intervjuet vil bli gjort på ditt eget arbeidssted eller annet egnet sted etter ditt valg. Intervjuet vil kunne gjennomføres digitalt. Du vil bli intervjuet av enten Guro Rønning Langås eller Ellen Kristine Eimind Jensen, sykepleiere og masterstudenter i intensivsykepleie ved Universitetet i Agder.

Under intervjuet vil du bli bedt om å fortelle om egne erfaringer rundt arbeid som intensivsykepleier under Covid-19 pandemien. Du vil også bli spurt om du har opplevd konkrete følelsesmessige utfordringer knyttet til arbeid i pandemitid, hvordan du selv eller avdeling/helseforetak har håndtert det, og hvilke opplevelser som har ført til mestring i yrkesrollen.

Vi ønsker å be deg om tillatelse til å ta opp intervjuene på lydopptak, og at vi får ta notater underveis i intervjuet. Lydopptakene vil i etterkant bli skrevet ordrett over i tekstdokument. Dette ber vi deg om, fordi vi ønsker å sikre at ingen informasjon du har bidratt med blir utelatt.

Svarene dine vil inngå i en kvalitativ analyse der flere deltakers svar sammenfattes. Resultatene planlegges presentert som en masteroppgave ved Universitetet i Agder, i form av en monografi. De vil også kunne inngå i en fremtidig publikasjon.

I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg. Dette er for at vi skal kunne utføre valid (gyldig) forskning.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Ved å delta i prosjektet vil du ha mulighet til å være med på å belyse områder rundt intensivsykepleieres praksis og rammer, samt psykososiale utfordringer knyttet til arbeid i pandemitid. Resultatene fra studien vil kunne bidra til økt forståelse av intensivsykepleieres arbeidshverdag.

Vi vil tilstrebe at det ikke innebærer ulemper eller negative konsekvenser for deg å delta i studien.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet.

Ønsker du å delta som informant i vår intervjustudie, ber vi deg om å sende en e-post til Guro Rønning Langås (gurorl05@student.uia.no) eller Ellen Kristine Eimind Jensen (ekeimi03@student.uia.no), der du bekrefter at du er intensivsykepleier og har erfaring med pasientnært arbeid under Covid-19 pandemien. Vi ber deg også om å oppgi alder, kjønn og ansiennitet i intensivavdelingen i denne e-posten.

Dersom du blir inkludert i studien vil du i forkant av intervjuet motta informasjonen i dette skrivet på nytt, både muntlig og skriftlig. Vi vil da også innhente skriftlig samtykke fra deg. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket, vil det ikke forskes videre på dine opplysninger. Du kan kreve innsyn i opplysningene som er lagret om deg, og opplysningene vil da utleveres innen 30 dager.

Adgangen til å kreve sletting eller utlevering av opplysninger gjelder ikke dersom opplysningene er publisert. Denne adgangen kan også begrenses dersom opplysningene er inngått i utført analyse.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder (se kontaktinformasjon på siste side).

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet over. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg, og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og institusjonens personvernombud.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger (=kodete opplysninger). En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun Gro Frivold (PhD), Guro Rønning Langås og Ellen Kristine Eimind Jensen som har tilgang til denne listen.

Publisering av resultater er en nødvendig del av forskningsprosessen. Denne studien vil bli publisert som en masteroppgave på Universitetets nettsider. All publisering skal gjøres slik at enkeltdeltakere ikke skal kunne gjenkjennes, men vi plikter å informere deg om at vi ikke kan utelukke at det kan skje.

Prosjektet skal etter planen avsluttes i mai 2022. Vi vil imidlertid oppbevare opplysningene frem til 31.12.2025 med tanke på en eventuell publikasjon i form av artikkel i fagtidsskrift. Etter 31.12.25 vil opplysningene bli slettet.

GODKJENNINGER

NSD har vurdert at behandlingen av personopplysningene i dette forskningsprosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

FEK har foretatt etisk godkjenning av forskningsprosjektet.

Guro Rønning Langås, Ellen Kristine Eimind Jensen og prosjektleder Gro Frivold (PhD) er ansvarlig for personvernet i prosjektet. Vi behandler opplysningene basert på ditt samtykke.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte:

- Gro Frivold, Førsteamanuensis, PhD
Mail: gro.frivold@uia.no
Tlf: 91896844
- Guro Rønning Langås, masterstudent
Mail: gurorl05@student.uia.no
Tlf: 97525229
- Ellen Kristine Eimind Jensen, masterstudent
Mail: ekeimi03@student.uia.no
Tlf: 48279685

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved UiA:

- Johanne Warberg Lavold
Mail: personvernombud@uia.no
Tlf: 38141328
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS
Mail: personvertjenester@nsd.no
Tlf: 55582117

Med vennlig hilsen

Guro Rønning Langås og Ellen Kristine Eimind Jensen

Vedlegg 3

Intervjuguide:

Kan du fortelle om dine tanker og erfaringer fra arbeid som intensivsykepleier under første fase av Covid-19 pandemien?

Har du opplevd stress eller følelsesmessige utfordringer knyttet til arbeid under strenge smittevernrutiner?

- Følelser og tanker
- Prioriteringer
- Familie/venner
- Følelse av å bli ivaretatt av ledelse/helseforetak

Kan du beskrive noe du har gjort for å håndtere arbeidshverdagen under Covid-19?

Hvordan har du opplevd å mestre yrkesrollen under Covid-19?

- Positive erfaringer
- Har du noen konkrete forslag til endringer som kan hjelpe deg å mestre yrkesrollen som intensivsykepleier?

Vedlegg 4

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

Vurdering

Referansenummer

112167

Prosjektittel

Norske intensivsykepleieres opplevelse av mestring i yrkesrollen, ved arbeid under strenge smittevernrutiner, relatert til Covid-19 pandemien

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Gro Frivold, gro.frivold@uia.no, tlf: 91896844

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Ellen Kristine Eimind Jensen, ekeimi03@student.uia.no, tlf: 48279685

Prosjektperiode

20.08.2021 - 31.05.2022

Vurdering (1)

23.08.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjema med vedlegg 23.8.2021, samt i meldingsdialog mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold frem til 31.5.2022. Etter dette vil personopplysningene oppbevares ved Universitetet i Agder frem til 31.12.2025 for forsknings-/publiseringsformål.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Kontaktperson hos NSD: Lasse Raa

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 5



Ellen Kristine
Eimind Jensen

Besøksadresse:
Universitetsveien 25
Kristiansand

Ref: [object Object]

Tidspunkt for godkjenning: : 21/09/2021

Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - Norske intensivsykepleieres opplevelse av mestring i yrkesrollen, ved arbeid under strenge smittevernrutiner, relatert til Covid-19 pandemien

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Kommentar fra godkjenner:

Hilsen
Forskningsetisk komite
Fakultet for helse - og idrettsvitenskap
Universitetet i Agder

UNIVERSITETET I AGDER

POSTBOKS 422 4604 KRISTIANSAND

TELEFON 38 14 10 00

ORG. NR 970 546 200 MVA - post@uia.no -

www.uia.no

FAKTURAADRESSE:

UNIVERSITETET I AGDER,

FAKTURAMOTTAK

POSTBOKS 383 ALNABRU 0614 OSLO

Vedlegg 6

Fra: Rune Nesdal Jonassen <Rune.Nesdal.Jonassen@sshf.no>

Sendt: 24. oktober 2021 18:31

Til: Vivi Haavik Tønnessen <Vivi.Tonnessen@sshf.no>

Emne: SV: 21/08982-1 - Søknad om datainnsamling - Masteroppgave - Intensivsykepleiers opplevelse av mestring i yrkesrollen - Guro Rønningen Langås og Ellen Kristine Eimind Jensen

Hei. Har lest igjennom papirene og støtter vurderingene til NSD:

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger omhelseforhold frem til 31.5.2022. Etter dette vil personopplysningene oppbevares ved Universitetet i Agder frem til 31.12.2025 for forsknings-/publiseringsformål.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til formog innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om også samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20). Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

Jeg har ingen kommentarer eller spørsmål utover dette til denne søknaden og jeg gir med dette min tilrådning til at datainnsamlingen kan gjennomføres.

Mvh



Vedlegg 7

Velkommen til deltakelse i den kvalitative intervjustudien «Norske intensivsykepleieres opplevelse av mestring i yrkesrollen, ved arbeid under strengt smittevernrutiner, relatert til Covid-19 pandemien»

FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Det er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å belyse intensivsykepleieres opplevelse av følelsesmessige utfordringer og mestring i yrkesrollen, ved arbeid under strenge smittevernrutiner.

Formålet med studien er å undersøke intensivsykepleieres erfaringer med følelsesmessige utfordringer og stresserelementer relatert til arbeidshverdagen under Covid-19 pandemien. Denne kunnskapen vil kunne bidra til en økt forståelse for hva norske intensivsykepleiere har opplevd, utfordringer de har stått i, og hvilke mestringsstrategier de har brukt for å håndtere en annerledes hverdag. Studien vil også kunne avdekke behov norske intensivsykepleiere har under og i etterkant av en pandemi for å oppleve mestring i yrkesrollen. Dette vil kunne relateres til senere liknende lokale, nasjonale -eller globale hendelser. Dine unike opplevelser og erfaringer kan gi kunnskap som er av betydning både på individ og samfunnsmessig nivå. Ved å få innblikk i norske intensivsykepleieres levde erfaringer, vil ledere og myndigheter kunne sette inn konkrete tiltak for å forhindre frafall av intensivsykepleiere som følge av pandemien.

Vi har vært i kontakt med din enhetsleder, som har hjulpet oss med distribuering av informasjon om studien. Vi har valgt ut deg på bakgrunn av din erfaring med å arbeide under strenge smittevernrutiner under Covid-19-pandemien. Vi mener du har viktig informasjon å bidra med til dette prosjektet.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

Dersom du velger å takke ja til å delta i forskningsprosjektet, innebærer det at du deltar i et individuelt intervju på ca. 45 minutter. Intervjuet vil bli gjort på ditt eget arbeidssted eller annet egnet sted etter ditt valg. Intervjuet vil kunne gjennomføres digitalt. Du vil bli intervjuet av enten Guro Rønning Langås eller Ellen Kristine Eimind Jensen, sykepleiere og masterstudenter i intensivsykepleie ved Universitetet i Agder.

Under intervjuet vil du bli bedt om å fortelle om egne erfaringer rundt arbeid som intensivsykepleier under Covid-19 pandemien. Du vil også bli spurt om du har opplevd konkrete følelsesmessige utfordringer knyttet til arbeid i pandemitid, hvordan du selv eller avdeling/helseforetak har håndtert det, og hvilke opplevelser som har ført til mestring i yrkesrollen.

Vi ønsker å be deg om tillatelse til å ta opp intervjuene på lydopptak, og at vi får ta notater underveis i intervjuet. Lydopptakene vil i etterkant bli skrevet ordrett over i tekstdokument. Dette ber vi deg om, fordi vi ønsker å sikre at ingen informasjon du har bidratt med blir utelatt.

Svarene dine vil inngå i en kvalitativ analyse der flere deltakeres svar sammenfattes. Resultatene planlegges presentert som en masteroppgave ved Universitetet i Agder, i form av en monografi. De vil også kunne inngå i en fremtidig publikasjon.

I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg. Dette er for at vi skal kunne utføre valid (gyldig) forskning.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Ved å delta i prosjektet vil du ha mulighet til å være med på å belyse områder rundt intensivsykepleieres praksis og rammer, samt psykososiale utfordringer knyttet til arbeid i pandemitid. Resultatene fra studien vil kunne bidra til økt forståelse av intensivsykepleieres arbeidshverdag.

Vi vil tilstrebe at det ikke innebærer ulemper eller negative konsekvenser for deg å delta i studien.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket, vil det ikke forskes videre på dine opplysninger. Du kan kreve innsyn i opplysningene som er lagret om deg, og opplysningene vil da utleveres innen 30 dager.

Adgangen til å kreve sletting eller utlevering av opplysninger gjelder ikke dersom opplysningene er publisert. Denne adgangen kan også begrenses dersom opplysningene er inngått i utført analyse.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder (se kontaktinformasjon på siste side).

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet over. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg, og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og institusjonens personvernombud.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjenner opplysninger (=kodete opplysninger). En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun Gro Frivold (PhD), Guro Rønning Langås og Ellen Kristine Eimind Jensen som har tilgang til denne listen.

Publisering av resultater er en nødvendig del av forskningsprosessen. Denne studien vil bli publisert som en masteroppgave på Universitetets nettsider. All publisering skal gjøres slik at enkelt deltakere ikke skal kunne gjenkjennes, men vi plikter å informere deg om at vi ikke kan utelukke at det kan skje.

Prosjektet skal etter planen avsluttes i mai 2022. Vi vil imidlertid oppbevare opplysningene frem til 31.12.2025 med tanke på en eventuell publikasjon i form av artikkel i fagtidsskrift. Etter 31.12.25 vil opplysningene bli slettet.

GODKJENNINGER

NSD har vurdert at behandlingen av personopplysningene i dette forskningsprosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Guro Rønning Langås, Ellen Kristine Eimind Jensen og prosjektleder Gro Frivold (PhD) er ansvarlig for personvernet i prosjektet. Vi behandler opplysningene basert på ditt samtykke.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å trekke deg fra deltakelse, kan du kontakte:

- Gro Frivold, Førsteamanuensis, PhD
Mail: gro.frivold@uia.no
Tlf: 91896844
- Guro Rønning Langås, masterstudent
Mail: gurorl05@student.uia.no
Tlf: 97525229
- Ellen Kristine Eimind Jensen, masterstudent
Mail: ekeimi03@student.uia.no
Tlf: 48279685

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved UiA:

- Johanne Warberg Lavold
Mail: personvernombud@uia.no
Tlf: 38141328
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS
Mail: personverntjenester@nsd.no
Tlf: 55582117

Med vennlig hilsen

Gro Frivold, Guro Rønning Langås og Ellen Kristine Eimind Jensen

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Norske intensivsykepleieres erfaring med å arbeide under strenge smittevernrutiner relatert til Covid-19-pandemien», og har hatt anledning til å stille oppklaringsspørsmål. Jeg samtykker dermed til

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, innen 31.12.2025.

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Vedlegg 8

Arbeidsfordeling

Begge studenter har aktivt deltatt i alle deler og prosesser som gjelder denne masteroppgaven. Arbeidsoppgaver har blitt jevnt fordelt. Vi har begge har vært aktivt med i planlegging av studien, søkeprosessen, og funnet frem tilgjengelig litteratur med hjelp av bibliotekar. Begge har lest utallige sider med forskning som ledd i planlegging og gjennomføring av arbeidet. Vi har fordelt ulike oppgaver for selvstendig arbeid. Når tekst har blitt produsert selvstendig har dette blitt delt med den andre studenten, for kommentarer og tilbakemeldinger. Vi utarbeidet en fremdriftsplan, og møttes på ukesbasis for evaluering av prosjektets fremgang. Arbeidet har blitt utført som følger: Teorikapittelet ble fordelt likt for selvstendig arbeid. Guro skrev om intensivavdelingen og covid-19 sykdom. Ellen Kristine skrev om stress og mestring. Intervjuene gjorde vi sammen. Transkripsjon av innsamlet data ble fordelt likt. Guro hadde hovedansvar for metodekapittelet. Analyseprosessen ble utført i felleskap. Ellen Kristine hadde hovedansvar for presentasjon av funn. Drøfting av funn og metodediskusjon ble utført ved at vi sammen laget en disposisjon, for å så fordele arbeidet likt. Vi har gjennom hele prosessen evaluert hverandres arbeid slik at det foreligger en samstemthet i det ferdige sluttproduktet.