

Fra trussel til kontroll – anestesisykepleieres erfaringer med å bli omplassert eller tildelt nye oppgaver under covid-19-pandemien i Norge

Theresa Falkenberg Kjær Andersen

Universitetet i Stavanger, Norge

E-post: theresafka@gmail.com

Britt Sætre Hansen

Stavanger universitetssykehus, Norge

Aina L. B. Lekens

Universitetet i Stavanger, Norge

Sammendrag

Bakgrunn: I mars 2020 erklærte Verdens helseorganisasjon utbruddet av covid-19 som en global pandemi. Anestesisykepleiere har blant annet spesialkompetanse innen luftveishåndtering, og ble raskt flyttet til frontlinjen blant annet ved intensivavdelingene for å ivareta håndteringen av smittede pasienter.

Hensikt: Hensikten med denne studien var å få en dypere forståelse for anestesisykepleierenes erfaringer med midlertidig å bli omplassert fra en anestesivdeling og/eller å få tildelt andre arbeidsoppgaver under covid-19-pandemien i Norge.

Metode: Det er anvendt en kvalitativ metode med eksplorerende design og induktiv tilnærming. Datainnsamling ble gjort via individuelle dybdeintervju av seks anestesisykepleiere ved et universitetssykehus i Norge. Dataanalysen ble utført ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse.

Resultat: Dataanalysen resulterte i ett overordnet tema: *Fra trussel til kontroll*, og fire kategorier: *Å stå i front i ukjent terreng*; *Sammen er vi sterke*; *Moralsk plikt til å bidra*; *Med ledelsen i ryggen*. Hver kategori ble også utdypet med sub-kategorier.

Konklusjon: Innledningsvis var omplasseringen forbundet med usikkerhet, engstelse og uforutsigbarhet, samtidig som anestesisykepleierne opplevde en sterk moralsk plikt til å bidra i front. Etter hvert ble følelsene erstattet med yrkesstolthet, opplevelsen av å være en ressurs, ny læring og opplevelsen av kontroll. Ledelsen har et særlig ansvar for at det er tilstrekkelig personale, tilrettelegge for medvirkning, opplæring og kompensasjonsordninger ved eventuell lignende situasjon i fremtiden.

Nøkkelord: covid-19; pandemi; anestesisykepleiere; omplassering; erfaringer

Abstract

From threat to control – nurse anesthetists' experiences of being redeployed or assigned new tasks during the Covid-19 pandemic in Norway

Background: In March 2020, the World Health Organization declared the outbreak of Covid-19 a global pandemic. Nurse anesthetists have, among other things, advanced expertise in airway management, and were quickly moved to the front line, including the intensive care units to care for infected patients.

Aim: The aim of this study was to gain a deeper understanding of nurse anesthetists' experience of being temporarily relocated from an anesthesia department and/or being assigned other work tasks during the Covid-19 pandemic in Norway.

Method: A qualitative method with exploratory design and inductive approach has been used. Data collection was done via individual in-depth interviews with six nurse anesthetists at a university hospital in Norway. The data analysis was carried out using qualitative content analysis.

Results: The data analysis resulted in one overarching theme, *From threat to control*, and four categories: *To stand in front in unfamiliar terrain*; *Together we are strong*; *Moral duty to contribute*; *Supportive management*. Each category was also elaborated with sub-categories.

Conclusion: Initially, the relocation was associated with uncertainty, anxiety and unpredictability, while at the same time they experienced a strong moral duty to contribute to the front. Gradually, the feelings were replaced with professional pride, the experience of being a resource, new learning, and the experience of control. Having a supportive management was absolutely crucial. The management has a particular responsibility in ensuring that there are sufficient staff, facilitating participation, training and compensatory arrangements in the event of a similar situation in the future.

Keywords: Covid-19; pandemic; nurse anesthetists; redeployment; experiences

Introduksjon

I mars 2020 erklærte Verdens helseorganisasjon (WHO) utbruddet av SARS-CoV-2, eller covid-19, som en global pandemi (1). Sykepleiere har hatt en sentral rolle i kampen mot covid-19, gjennom forebygging av smitte, pleie av smittede pasienter og omsorg for pårørende. Dette arbeidet har påvirket deres oppmerksomhet, beslutningstaking og evne til å yte sykepleie, og mange har rapport om angst og psykologiske problemer (2,3). Mange elektive operasjoner ble avlyst for å redusere smittespredning og re-allokere utstyr og personale for å håndtere omfanget av pandemien. Anestesisykepleiere er spesialisert i luftveishåndtering, og ble derfor raskt en del av frontlinjen, blant annet i intensivavdelingene (4). Hensikten med denne studien var å få en dypere forståelse for anestesisykepleieres erfaring med midlertidig å bli omplassert fra en anesthesiologisk avdeling eller å få tildelt andre arbeidsoppgaver under pandemien i Norge. Denne kunnskapen kan være nyttig med hensyn til læring og hvordan strukturer og organisering i spesialisthelsetjenesten kan innrettes for en eventuell lignende situasjon i fremtiden.

Bakgrunn

Funn fra internasjonale studier publisert under pandemiens første fase, viser at anestesisykepleiere ble satt til å fungere som intensivsykepleiere. Det ble forventet at de brukte sine avanserte ferdigheter – som håndtering av luftveier, intubasjon, respiratorbehandling, anleggelse av sentrale venekatetre, administrering av intravenøse infusjoner,

utvikling av protokoller for pleie av covid-19-pasienter og veiledning av annet helsepersonell – i utførelse av korrekt smittevern (5,6). En dansk kartleggingsstudie viser til at det kliniske personale opplevde at de stod i et spenningsfelt mellom frivillighet og tvang. Noen følte seg presset til å utføre arbeidsoppgaver de mente de ikke hadde kompetanse til, mens andre opplevde det som en utfordring og mulighet til å løfte egen kompetanse og lære noe nytt (7). Helsepersonell generelt har opplevd økt arbeidsbelastning, fysisk utmattelse, frykt, søvnløshet, angst, depresjon isolasjon, tap av sosial støtte, bekymring for å smitte familie og venner samt det å skulle ta etisk vanskelige beslutninger (8–10). Tidlig opprettelse og implementering av teambaserte sykepleiemodeller ble sentralt for å utføre sykepleie til kritisk syke covid-19-pasienter (11). Flere sykehus utviklet intervensjonsprogrammer for å bistå helsepersonell i regulering av følelser og forhindre forekomsten av psykiske lidelser (12,13).

Anestesisykepleie er forankret i de internasjonale etiske reglene for sykepleiere (14). Videre har anestesisykepleiere som samfunnsaktør ansvar for samarbeide med annet helsepersonell for å styrke nasjonal og samfunnsmessig innsats for å møte befolkningens behov for helsetjenester (15,16). En anestesisykepleier er en spesialsykepleier med avanserte kunnskaper, ferdigheter og kompetanse ut over det som forventes av en sykepleier på bachelornivå, og kan dermed betraktes som en ekspert (17–19). Ekspertrollen kan bli utfordret når man blir satt i nye roller eller bytter arbeidsplass. Ifølge Patricia Benners beskrivelser av kompetansenivåer i praksis, vil den kompetente anestesisykepleieren kjennetegnes ved å ha vært beskjeftiget med noenlunde det samme i to til tre år (19). Erfaring kommer når forutinntatte meninger og forventninger utfordres, avklares eller avkreftes i den konkrete situasjonen. Anestesisykepleie-eksperten oppfatter situasjonen ut fra dens hele og anvender tidligere konkrete opplevelser uten å måtte følge en regel eller retningslinje. Når en anestesisykepleier kommer inn i et klinisk område der hen mangler erfaring, vil denne kunne bli begrenset til novise-stadiet.

Metode

Design

Studiet har et kvalitativ eksplorerende design for å utforske anestesisykepleiernes mangfold, nyanser og subjektive erfaringer (20). En induktiv tilnærming ble valgt, der erfaringer fra enkeltpersoner tolkes og anvendes for å lære oss noe om andre (21). *Consolidated criteria for reporting qualitative research checklist* (COREQ) ble anvendt for å kvalitetssikre studien (22).

Rekruttering og utvalg

Data ble samlet inn ved et mellomstort regions- og universitetssykehus med akuttfunksjon, kontinuerlig døgndrift og en høyteknologisk intensivavdeling. Anestesiavdelingen er organisert i seksjoner, der de fleste anestesisykepleierne inngår i en rulleringsordning. Under pandemien ble flere anestesisykepleiere omplassert fra anestesiavdelingen til enten oppvåkningsenheten, intensiv- eller barneavdelingen (grunnet unormal høy forekomst av RS-virus over en periode). Anestesisykepleierne ble også involvert i opplæringsprogrammer

og tilpasning av prosedyrer. Deltakerne ble rekruttert i et strategisk utvalg via avdelings-sykepleier. Inklusjons- og eksklusjonskriterier er beskrevet i tabell 1.

Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> Anestesisykepleiere med mastergrad og/eller videreutdanning Anestesisykepleiere som enten har vært omplassert eller fått tildelt andre arbeidsoppgaver under pandemien Menn og kvinner 	<ul style="list-style-type: none"> Deltakere som under pandemien arbeidet for hjelpeorganisasjoner Ledere og fagutviklingssykepleiere

Datainnsamling

Seks semistrukturerte individuelle intervju ble gjennomført i perioden fra desember 2021 til januar 2022, og foregikk på deltakernes arbeidsplass i arbeidstiden. Demografiske data er gjengitt i tabell 2. Det ble gjort lydopptak, der førsteforfatter ledet samtalen og sisteforfatter tok notater underveis. Ett pilotintervju ble gjennomført, og inngår i data. Intervjuene varte mellom 23 til 45 minutter. Deltakerne ble i hovedsak spurt om å beskrive erfaringer knyttet til arbeidssituasjonen, muligheter for selv å påvirke, hvilke utfordringer de møtte på, hva de hadde lært og betydningen av organisasjon og ledelse. Deltakerne generelt gav uttrykk for at det var godt å få dele sine erfaringer, da pandemien hadde preget dem både som yrkesutøver og privatperson. Samtalene bar preg av god flyt, og det var enkelt å få dem i tale og gå i dybden.

Tabell 2 Demografiske data

Kjønn	
Kvinner	4
Menn	2
Alder	
35-40 år	2
45-50 år	3
> 60 år	1
Utdannelsesnivå	
Videreutdanning	2
Mastergrad	4
Arbeidserfaring som anestesisykepleier (antall år)	
< 5 år	2
5-9 år	1
10-19 år	2
> 30 år	1
Nåværende stillingsprosent	
50-80 %	2
90 %	2
100 %	2

Analyse

Intervjuene ble umiddelbart transkribert og eventuelt omtalte personer eller steder aidentifisert. Data ble analysert ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse (23,24). Førsteforfatter leste den transkriberte teksten gjentatte ganger for å bli kjent med materialet. Teksten ble så delt inn i meningsenheter, abstrahert og merket med koder. Andre- og sisteforfatter ble så involvert i merking av koder, kategorier og tema. Her beveget vi oss over i mer latent innhold, som omfavner mer abstraksjon og fortolkning. Kvalitativ innholdsanalyse er ikke en lineær prosess, og det ble derfor gått frem og tilbake i dekontekstualisering og rekontekstualisering, der alle tre forfatterne deltok i prosessen (23,24). Et eksempel på denne prosessen er illustrert i tabell 3.

Tabell 3 Eksempel på prosessen ved dataanalyse

Meningsenheter	Kondenserte meningsenheter	Subkategori	Kategori	Tema
<i>Jeg var borte de to første ukene fordi jeg hadde vært i nærkontakt med en med korona. Da jeg kom tilbake, fikk jeg beskjed om å legge en venflon på en koronapasient. Da var det en kollega som reagerte på hvordan jeg reagerte. Så hun påtok seg oppgaven og gikk for meg. Jeg trodde det skulle bli «spanske tilstander». Det var nok følelsen av at dette kommer til å bli krig. Og så ble det ikke sånn.</i>	<i>Jeg var borte de to første ukene. Ved den første meldte venflon påtok en kollega seg oppgaven. Spanske tilstander. Det kommer til å bli krig</i>	Smitteangst	Å stå i front i ukjent terreng	Fra trussel til kontroll
<i>Det er lettere, altså den barriere som ofte er mellom profesjoner, den brytes veldig fort ned, i hvert fall for meg. Det handler jo om at kommunikasjonen blir lettere, når vi kjenner hverandre og har brutt den barrieren.</i>	<i>Barrierer brytes ned og kommunikasjonen blir lettere</i>	Kollegastøtte	Sammen er vi sterke	
<i>Jeg har hatt mine allierte hvor du bare kan si at åh shit, i dag var det sånn, og det var stressende og flaut.</i>	<i>Har hatt mine allierte hvor du bare kan si det var stressende og flaut</i>			
<i>Faglig stolthet vil jeg også si jeg har opplevd. Når du på en måte får en generell aksept fra folk som kanskje ikke vet hva vi driver med. At folk tenker wow, det er megakult det dere gjør. Det er jo det det handler om, at man blir verdsatt og at ens arbeid blir belønnet. For det arbeidet vi gjør et forbundet med usikkerhet.</i>	<i>Har opplevd faglig stolthet. Når du får en generell aksept fra folk, at man blir verdsatt og belønnet for arbeid forbundet med usikkerhet</i>	Faglig stolthet		
<i>Jeg hadde allerede den kunnskapen som anestesisykepleier i forhold til lungefysiologi og sånne ting, og så kunne jeg bygge videre med opplæringsprogrammet.</i>	<i>Hadde allerede kunnskapen som anestesisykepleier og kunne bygge videre med opplæringsprogrammet</i>			

Etiske vurderinger

Prosjektet er godkjent av klinikkssjef, avdelingssykepleier og personvernombud ved det aktuelle sykehuset. Forespørsel om deltakelse ble formidlet via avdelingssykepleier.

Deltakerne mottok skriftlig og muntlig informasjon om prosjektets formål, aidentifisering, datalagring og retten til enhver tid å kunne trekke seg fra prosjektet uten noen form for konsekvenser. Intervjuene ble tatt opp ved hjelp av diktafon-app (Nettskjema-diktafon). Samtykkeskjema, demografiske skjema, transkribert tekst og lydfiler ble kryptert, lagret separat og etter hvert slettet i tråd med institusjonens retningslinjer for personvern.

Resultater

Hensikten med denne studien var å få en dypere innsikt i anestesisykepleierne erfaringer med å være midlertidig omplassert eller å få tildelt andre oppgaver under covid-19-pandemien. Analysen resulterte i ett overordnet tema: *Fra trussel til kontroll*, og fire kategorier: *Å stå i front i ukjent terreng*; *Sammen er vi sterke*; *Moralsk plikt til å bidra*; *Med ledelsen i ryggen*; i tillegg til tretten subkategorier, som vist i tabell 4. Resultatene gjen-speiler en tidslinje, der pandemiens første bølge beskrives som å skulle gå i kamp mot en usynlig fiende. For anestesisykepleierne betydde dette en ekstraordinær innsats med en samtidig overhengende trussel for eget liv og helse. Etter hvert som tiden gikk, ble trusselen erstattet med opplevelse av kontroll.

Tabell 4 Oversikt over tema, kategorier og subkategorier

Tema	Kategorier	Subkategorier
Fra trussel til kontroll	Å stå i front i ukjent terreng	Smitteangst Nye roller og ukjente rutiner Novisen
	Sammen er vi sterke	Bedre tverrfaglig samarbeid Kollegastøtte Ny læring Faglig stolthet
	Moralsk plikt til å bidra	Mangel på spesialsykepleiere Noen vegrer seg
	Med ledelsen i ryggen	Tydelig ledelse Medbestemmelse Savnet et system for kompensasjon og rulleringsordning Å avsette tid og ressurser til å øve

Å stå i front i ukjent terreng

Anestesisykepleierne stod i en helt ny arbeidssituasjon og befant seg i førstelinjen for behandling av akutt kritisk syke med både påvist og uavklart smittestatus. Samtidig var de bekymret for egen og familiens helse.

Smitteangst

Tilgangen på smittevernustyr var begrenset, og det ble generelt innført rutiner for rasjonering av forbruksmateriell. Anestesisykepleierne opplevde at de var en særskilt utsatt gruppe med hensyn til selv å kunne bli smittet med covid-19 (eksempelvis ved

gjennomføring av aerosoldannende prosedyrer som intubasjon og mottak av akutt dårlige pasienter med uavklart smittestatus), samt å bringe smitte videre til sine nærmeste. Frykten ble ytterligere forsterket av intens pågang av nyhetsreportasjer, regjeringens pressekonferanser og sosiale medier.

Jeg trodde det skulle bli «spanske tilstander». Det var nok følelsen av at dette kommer til å bli krig. Og så ble det ikke sånn. (A4)

Nye roller og ukjente rutiner

I takt med pandemiens utvikling, ble anestesisykepleierne omplassert til andre avdelinger, heriblant intensivavdelingen, postoperativ avdeling og barneavdelingen. Å gå inn i nye roller i andre avdelinger, ble beskrevet som utfordrende. Det innebar nye kolleger, ukjente rutiner og prosedyrer og opplevelsen av å ikke være godt nok forberedt. Mange brukte fritiden til å lese seg opp for å være bedre forberedt til å gå på arbeid.

Vi hadde folk på lett respiratorbehandling i denne perioden. Det har jeg ikke vært vant til og jeg kjente ikke engang til maskinene. (A5)

På oppvåkningen vet du ikke hvor utstyret er. Du kjenner ikke rutinen for hvor lenge pasientene skal ligge; er det tre timer, er det fire timer? Det var nesten slik at jeg tenkte, at jeg i perioder måtte komme på arbeid litt før, nettopp for å lese igjennom disse prosedyrene, som ble endret. (A1)

Ettersom de fikk mer erfaring, økte også mestringsfølelsen. Kollegial veiledning og støtte gjorde at de etter hvert opplevde seg selv som en ressurs.

At vi under tilsyn eller veiledning og samarbeid med folk som arbeider der fast, faktisk kan være en ressurs på andre områder, uten at det skal føles utrygt. (A6)

Der ble jeg møtt mye mer som en ressurs, og de syntes det var helt fantastisk at du kom med ekstra kunnskap som for eksempel venfloninnleggelse og luftveisproblematikk. (A4)

Novisen

Enkelte anestesisykepleiere opplevde å være en form for assistent. Dette kunne oppfattes positivt og trygt, da de aldri var alene med pasientene. Samtidig kunne det også gi en følelse av å være nederst på rangstigen. Dette kom gjerne til uttrykk dersom de stilte mange spørsmål, gjorde noen feil eller ble satt til å utføre arbeidsoppgaver for at det faste personalet skulle kunne ta pauser sammen. Intensivavdelingen ble pekt på som en spesielt utfordrende med hensyn til å kunne fungere selvstendig. Det var derfor positivt at det etter hvert ble etablert et opplæringsprogram.

At de på oppvåkningen hadde forståelse for at vi på en måte var noviser og kun var der for å hjelpe til som en assistent. (A1)

De gangene jeg følte at det var en kjedelig dag, var når jeg gikk med en intensivsykepleier som ikke lot meg utfordres nok [...]. De tok for gitt at de skulle gjøre alle slike ting selv, og at jeg bare var en assistent. (A3)

Sammen er vi sterke

Omplassering til andre avdelinger opplevdes som spesielt utfordrende, da de manglet oversikt og brukte mye energi på å skaffe seg kontroll over egen situasjon. Ettersom tiden gikk og de fikk et bedre overblikk, fikk de også øynene opp for hva andre spesialsykepleiere står overfor i sin arbeidshverdag.

Bedre tverrfaglig samarbeid

Omplasseringen førte til bedre forståelse på tvers av faggrupper og avdelinger i form av nedbrytning av barrierer, bedret kommunikasjon og overlevering av rapport, raskere avklaringer og gjensidig forståelse, eksempelvis for når oppvåkningsavdelingen ikke hadde kapasitet til å ta imot flere pasienter.

Det er lettere, altså den barrieren som ofte er mellom profesjoner, den brytes raskt ned, i hvert fall for meg. Det handler jo om at kommunikasjonen blir lettere når vi kjenner hverandre og har brutt den barrieren. (A3)

Å bli kjent med dem som arbeider der har vært en kjempefordel, fordi da er det lettere med rapport og mye kjekkere å komme innom. Det blir sånn at vi er sammen om dette og har forståelse fra begge sider, mer enn at det er oss og dem. (A4)

Kollegastøtte

Anestesisykepleierne følte seg sjelden alene og hadde alltid noen de kunne spørre om råd. De ble stort sett tatt godt imot, og det var forståelse for at de var nye. For noen var det av stor betydning å få tildelt en del ansvar, mens andre mente det var utfordrende å få tildelt fullt ansvar og bevare overblikket for intensivpatientene. Det var trygt å ha noen i nærheten som de kunne støtte seg til.

Jeg må jo si at det skjedde ting på intensiv som jeg var glad for at jeg ikke stod alene med. (A3)

Det var aldri noe sånn der debriefinger, men det var egentlig ganske lav terskel for å komme med bekymringer og diskutere praktiske ting med flere av mine kolleger. (A1)

Ny læring

Deltakerne gav uttrykk for at de også hadde et personlig utbytte av omplasseringen, med muligheter for ny læring. For eksempel kunne det oppleves overveldende å se hvor alvorlig

syke pasienter med covid-19 faktisk var. Samtidig innså de at de behersket mer enn de først trodde. De var bevisst på at de hadde med seg sin grunnutdannelse som sykepleiere. Det var viktig å ikke gjøre det mer komplisert, men ta utgangspunkt i tidligere erfaringer og overføringsverdi, eksempelvis tidligere erfaring med smitteførende pasienter.

Vi har jo lært at vi i stor grad behersker mer enn hva vi tror. (A6)

Det var ikke en covid-pasient, men det var en annen syk; det var veldig fasinerende, hvordan de balanserte. De var realistiske og imøtekommende; viste empati i møtet med dem. Så det var sterkt. (A3)

De lærte også flere konkrete ferdigheter som de mente var overførbare til den friske operasjonspasienten, og som de ville ta med seg videre tilbake til anestesivdelingen også etter pandemien. Et eksempel var en av deltakerne som observerte forskjellen på å klemme av endotracheal-tuben versus det å koble fra til åpen luft under snuing til mageleie av marginale covid-19-pasienter. Dette var en ny kunnskap som kunne overføres til lungefriske operasjonspasienter med hensyn til å forebygge postoperative komplikasjoner også hos disse.

Én konkret ting, det er jo bevaring av PEEP på disse pasientene. De snudde dem i mageleie og klemte av tuben for å holde den lille PEEP-en som er i lungene intakt. [...] Ved en normalt lungefrisk pasient går det fint, men det er jo også fare for atelektase hos dem [operasjonspasientene]. Så jeg har veldig stor respekt for å finne noe å klemme av tuben med. Det har vært et stort læringsmoment. (A3)

Faglig stolthet

Anestesisykepleier-tittelen gav dem en faglig stolthet og følelse av profesjonstilhørighet, og at de i stor grad var skolert til å påta seg de nye oppgavene. Deres kunnskaper innen anestesisykepleie kunne overføres til behandlingen av covid-19-pasienter i tillegg til andre pasienter innlagt på intensivavdelingen, oppvåkningen og barneavdelingen. Det var en anerkjennelse av deres bidrag til pandemien.

Jeg hadde allerede den kunnskapen som anestesisykepleier i forhold til lungefysiologi og sådanne ting. Og så kunne jeg bygge videre med opplæringsprogrammet. (A3)

Når du på en måte får en generell aksept fra folk, som kanskje ikke vet hva vi gjør. At folk tenker at wow! Dette er mega-kult, det dere gjør! Det er jo det, det handler om. At man blir verdsatt, og at ens arbeid blir anerkjent, da det arbeidet vi utfører er forbundet med usikkerhet. (A1)

Moralsk plikt til å bidra

Deltakerne i vår studie var villige til å strekke seg langt. Særlig i begynnelsen av pandemien opplevde de at plikten til å bidra i front var sterkere enn deres egen frykt for smitte. Etter hvert som de ble slitne, hadde de behov for en pause.

Mangel på spesialsykepleiere

Personalmangel skyldtes i hovedsak lang karantenetid for de ansatte (før man fikk tilgang til hurtigtester) og at utenlandske vikarer uteble. Samtidig var det behov for ekstra folk i avdelingen for å ivareta smittevern, og det var mange vakter som skulle dekket. Dette ble fremhevet som en ekstra byrde, og det opplevdes vanskelig å si nei til å jobbe ekstra.

Vi har samtidig hatt høyt sykefravær blant de ansatte på grunn av at folk måtte være hjemme med lette luftveissymptomer og teste seg. (A6)

Selv om samfunnet åpnet opp og det ikke var så stort press med covid-pasienter, så var det at det ikke kom danske og svenske vikarer, som de vanligvis støtter seg til. (A3)

Noen vegrer seg

Blant de anesthesisykepleierne som ble intervjuet, var det enighet om at alle skulle bidra ut over sine ordinære oppgaver.

Det er nå vi bretter opp armene og arbeider, og så går jeg tilbake til anesthesiavdelingen. (A3)

Du visste at det var behov for at intensivsykepleierne på oppvåkningen ble flyttet til intensiv fordi de hadde mange covid-pasienter, så tenker jeg, at det er en plikt jeg har å komme og hjelpe til. (A6)

Samtidig hadde deltakerne inntrykk av at det blant personalet var ulike holdninger til det å la seg omplassere. Ikke alle var like positivt innstilte. Dette kunne skyldes tidligere erfaringer eller holdninger til den aktuelle avdelingen, men også usikkerhet i forhold til hva som ventet dem.

Jeg satte meg ikke på bakbeina, for det vet jeg at det var noen som gjorde, som nektet, og sa at intensiv er helt uaktuelt, eller at oppvåkningen fast er helt uaktuelt. (A1)

Jeg tror at vi som anesthesisykepleiere er litt delte. Mange synes det er naturlig og fint å kunne hjelpe til på andre avdelinger, mens andre opplever at det ikke er ok for dem å bli satt til å jobbe på andre avdelinger. (A6)

Med ledelsen i ryggen

Flere deltakere gav uttrykk for at det kanskje var ledelsen som fikk den største belastningen. Særlig i begynnelsen var det stor usikkerhet knyttet til organiseringen av arbeidet, da ledelsen var dårlig forberedt. Ledelsens håndtering av situasjonen og dialogen med de ansatte, ble likevel beskrevet som god. Å kjenne at de hadde ledelsen i ryggen var helt avgjørende for hvordan de håndterte pandemien. Samtidig hadde de en forventning om at ledelsen sørget for en rettferdig fordeling av ressurser og arbeidsbelastning.

Tydlig ledelse

Ledelsen opplevdes å være synlig, tydelig og innstilt på å organisere arbeidet på best mulig vis. Det var en dialog omkring fordelingen av arbeidet, der anestesisykepleierne stort sett fikk tildelt oppgaver som stemte overens med deres kompetanse. Ledelsen forsøkte å omdisponere personell til avdelinger med behov for hjelp, der hvor anestesisykepleierne gjerne hadde erfaring fra tidligere. Dette ble opplevd som positivt.

Ledelsen har vært dyktig til å forklare og prøve å finne endringer på ting, som vi måtte ta ad hoc. (A5)

Min leder var veldig oppmerksom på at det skulle være klare retningslinjer i forhold til hvordan min turnus skulle bli. (A3)

Medbestemmelse

Omplasseringen var i høy grad basert på frivillighet og anledning til innflytelse på omplasseringen, hvilket hadde stor betydning for anestesisykepleierne og gav dem en følelse av trygghet. Når personalet ble gitt et valg eller følelse av medbestemmelse, ble det også lettere å si ja.

At du fikk være med i bestemmelsen, tror jeg var viktig for meg. Jeg vet ikke om jeg hadde vært like positiv dersom jeg ble sendt på intensiv. (A5)

Jeg følte jeg ble løftet opp på en gullstol gjennom anesthesiavdelingen fordi jeg meldte meg frivillig til å gå. (A3)

Savnet et system for kompensasjon og rulleringsordning

Flere anestesisykepleiere hadde etter hvert jobbet langt ut over deres stillingsprosent. Det ble gitt uttrykk for forskjellsbehandling, da de første til å melde seg ikke ble ekstra kompensert, i motsetning til dem som satt litt på gjerdet og først meldte seg etter at kompensasjonsordningene kom på plass. Dette førte til stor frustrasjon, som også ble tatt med hjem privat. Dette påvirket motivasjonen. Det var fint å arbeide ekstra for en avgrenset periode, men ettersom pandemien strekte seg ut over lang tid, følte de seg utbrent og hadde behov for en *timeout*. De ønsket at ledelsen hadde etablert en vaktordning der belastningen ble mer likt fordelt mellom de ansatte.

Hadde man brukt virkemidler som lønn, som de brukte på andre sykehus eller avdelinger, så ville det kanskje ha ført til et bedre resultat. Så hadde de kanskje fått litt flere motiverte, eller fått flere som sa ja til det. (A5)

Jeg forstår ikke at det ikke kan være en rulleringsordning. For nå føler jeg at jeg har viet hele mitt liv til sykehuset, og de styrer meg og flytter meg og gjør akkurat som de vil med mine vakter, og hvor jeg skal arbeide. (A4)

Å avsette tid og ressurser til å øve

Anestesisykepleierne ønsket mer introduksjon innen de ble omplassert. Det var en ekstra belastning å bytte avdeling, og de brukte mer av seg selv. Noen opplevde at opplæringen de fikk var mangelfull, og at ledelsen burde ha satt av mer tid til dette.

Jeg tenker at de må avsette tid og ressurser til det, at folk får tid til å øve like mye som vi arbeider med hjerte-lunge-redning og alt annet vi øver på. (A2)

Jeg skulle ha en opplæringsvakt med et personale, men så var det allikevel nesten ikke rom for opplæring. (A5)

På barneavdelingen fikk jeg fem timers opplæring, og så kom jeg på nattevakt og fikk tildelt mine tre pasienter og hell og lykke. Jeg kunne nok godt ha tenkt meg mer opplæring før jeg kom. (A4)

Diskusjon

Intervjuene i dette studiet ble gjennomført på et tidspunkt der pandemien hadde vart i halvannet år og var inne i den fjerde bølgen. Våre data gjenspeiler dermed en tidslinje der erfaringene og refleksjonene har hatt anledning å endre seg over tid. Første fase var sterkt preget av engstelse og usikkerhet, som etter hvert gikk over i kontroll og mestring, men samtidig også tegn på utbrenthet. Mer kunnskap om viruset, tydelig støtte fra ledelsen samt tilgang på vaksiner og behandling, ser ut til å ha vært helt avgjørende for hvordan den enkelte rapporterer sine erfaringer.

Å gå inn i nye og ukjente roller og samtidig forholde seg til usikkerhet knyttet til smitte- risiko, kan forstås som å gå inn i ukjent terreng med en overhengende fare. Engstelsen for selv å bli smittet og ta med seg smitten hjem, samt bekymringen for om smittevernuttstyret var godt nok, kombinert med økt arbeidsbelastning, beskrives også i andre internasjonale studier (25–29). Angsten skyldtes primært det ukjente, og ble forsterket av mangelfull og til dels motstridende informasjon fra arbeidsgiver, medier og regjering.

Anestesisykepleierne i dette studiet beskrev seg selv som noviser eller at de ble behandlet som noviser ved omplassering til nye avdelinger. Samtidig var det flere som ønsket mer ansvar ut over det å være en assistent. Dette kan ut fra Benners teori tolkes som at de identifiserer seg selv som anestesisykepleiere på et nivå som *kyndig* eller *ekspert*, men at de degraderes til noviser når de blir plassert i nye omgivelser, med ny dagsrytme og nye rutiner. Ønsket om mer ansvar tyder på at tidligere erfaringer har gitt dem et intuitivt grep som setter dem i stand til å se sammenhenger på tvers av nye situasjoner (19). Redusert ansvar ved omplassering kan også oppleves som befriende gjennom at ekspertrollen legges litt vekk, samtidig som det gir mer trygghet og demper forventningene til egen rolle (7). Sett i lys av at anestesisykepleiere er spesialsykepleiere med kompetanse ut over en alminnelig sykepleier på bachelornivå, kan det også oppleves utfordrende å skulle gå fra å være den til daglig kompetente på eget område, til plutselig

å skulle leve opp til både egne og andres forventninger i en ny kontekst og et endret arbeidsmiljø. Tvil knyttet til egen kompetanse er også identifisert i andre tilsvarende studier, og kunne fremkalle frykt for å gå glipp av noe, bekymring for redusert kvalitet på pleien og for å forårsake pasientskade (29,30). Mange opplevde tunnelsyn og utviklet en adferd med å dobbelkontrollere seg selv og pasientenes medisinske status. Dette understøtter betydningen av tilstrekkelig introduksjon og opplæring for å skape trygghet blant medarbeiderne.

Funnene i denne studien viser også at anestesisykepleierne opplevde en sterk moralsk plikt til å bidra i front. Dette kan forstås som at anestesisykepleiere først og fremst identifiserer seg som sykepleiere, dypt forankret i et felles faglig og etisk verdigrunnlag (14). Plikten til å bidra overgikk frykten for smitte, men ettersom pandemien trakk ut, stod de også i fare for å bli utbredt. Dette er i tråd med internasjonale studier, der sykepleiere fremhevet en personlig og sosial forpliktelse til å handle, men også i solidaritet med andre kolleger (25,26,31). På den andre siden finner vi også beretninger om sykepleiere som følte på skam over at de ikke meldte seg frivillig til å la seg omplassere (28). Dette er også en skildring av kontraster, hvor man på den ene siden så hva som foregikk inne på sykehusene, kontra det som skjedde ute blant befolkningen der helsepersonell ble hyllet fra balkongene og i sosiale medier (32,33). At offentligheten viste støtte og solidaritet medvirket til å øke motivasjonen i en ellers krevende tid (25,28).

Ifølge våre funn førte omplassering til bedre samarbeid, ny læring, inspirasjon, mestring og yrkesstolthet, noe som tyder på at kollektive kriser fører til samhold og innovasjon. Dette samsvarer med funn fra andre studier, der både anestesisykepleiere og vanlige sykepleiere opplevde styrket teamarbeid og kollegastøtte. Det å jobbe under samme press og befinne seg på samme sted mentalt og for et felles mål var helt avgjørende for utholdenhet (31,34,35). Betydningen av fleksibilitet og gode samarbeidsevner, som kommunikasjon og støttende lederskap, blir særskilt viktig når man til stadighet blir satt til å jobbe i nye team med varierende kompetansenivåer (27,30). Anestesisykepleierne gav også uttrykk for en faglig stolthet som fulgte med deres yrkestittel, samtidig som denne ble utfordret under omplasseringen. Dette har også blitt identifisert i andre studier der deltakerne beskrev omplasseringen som en personlig investering med mulighet for vekst, styrket yrkesstolthet og opplevelse av mening. Samtidig, dersom den personlige investeringen ikke gav mening, arbeidsbyrden var for stor eller det var mangelfull restitusjon, kunne følelsen gå over til frustrasjon, manglende fellesskapsånd og følelse av urettferdighet (26,28). Videre kunne også storsamfunnets idealisering av helsepersonell påvirke arbeidsgleden ved at de følte seg utilpass og ikke greide leve opp til idealet (7). Når anestesisykepleierne gir uttrykk for at de følte at de ikke hadde nok kunnskaper til å utføre de nye oppgavene på tilfredsstillende vis, kan dette også forstås som uttrykk for moralsk stress (26,29,36,37). Støtte fra omgivelsene, både på arbeid og privat, bidro til å redusere motstanden til omplassering og endrede arbeidsoppgaver (31). Den positive betydningen av ny læring og erfaring, hvor spesielt det å kunne vokse faglig og lære av hverandre, trekkes frem som særskilt nyttig (27,30).

Vi fant at tydelig støtte i ledelsen i form av god dialog, vaktplanlegging, fordeling av arbeid og tilstrekkelig opplæring var avgjørende. Forskning viser at ledelsen har en nøkkelrolle i å trygge og forebygge moralsk stress når personalet skal omplasseres (28,37). Mangelfull medvirkning og opplæring kan føre til en opplevelse av å bli behandlet som et objekt (30). I en spørreundersøkelse gjort blant norske anestesisykepleiere under pandemien, fremkom det at anestesisykepleierne syntes det var vanskelig å skulle hoppe inn og bidra ved komplekse pasienter (38). Opplæringen var stort sett begrenset til 20–45 minutter, andre fikk opplæring via e-læringskurs. Samtidig oppgav de å ha kunnskaper i forhold til å vurdere pasienter og handle ut fra dette. Dette kan tyde på ledelsen må være tydelig i sine forventninger i forkant, og at det må settes av mer tid til opplæring via strukturerte opplæringsprogrammer. Videre fant vi at økonomisk kompensasjon og rettferdig fordeling av arbeidsbyrden var en viktig motivasjonsfaktor, og leder ytterligere til spørsmål om hvorvidt slike kompensasjonsordninger bør inngå som del av beredskapsplaner. Manglende interesse og verdisetting fra ledelsen kan føre til devaluering av eget arbeid og arbeids glede og en følelse av å bli etterlatt (28,31,39). Psykologisk støtte, medbestemmelse, avlastning og rettferdig fordeling av byrden kan altså se ut til å være avgjørende for å kunne holde ut over lengre tid. Bedre kartlegging og oversikt over tilgjengelig kompetanse, bør være en prioritet ved en eventuell fremtidig mobilisering (25). Simulering bør anvendes rutinemessig for å forberede anestesipersonalet til å håndtere scenarier som ikke inngår i de daglige rutinene, da dette har vist seg å være til fordel for pasienter med behov for avansert pleie under covid-19-utbruddet (40).

Metodiske vurderinger

Dette er en liten studie med kun seks deltakere. Det aktuelle sykehuset ligger i en region som ikke var av de hardest rammete med hensyn til smittetrykk og dødelighet, noe som må tas i betraktning med hensyn til overførbarhet. Data ble innhentet i en periode der alle ledd i helsetjenestene opplevde en generelt stor belastning, og det var begrenset mulighet til å få innpass i klinikkene til å samle data til forskning. Flere deltakere, fra ulike sykehus og regioner, ville styrket studiens troverdighet. Samtidig gav deltakerne utfyllende og rikholdige data innen en smal, avgrenset problemstilling. Vi vurderer derfor informasjonsstyrken som god (21). God bredde med hensyn til kjønn, alder og yrkeserfaring bidrar til variasjon og øker troverdigheten. Selve intervjuene ble gjennomført halvannet år etter pandemiens utbrudd. Dette kan være en svakhet med hensyn til at minner og følelser kan ha bleknet, men kan også være en styrke, da deltakerne har hatt tid til å bearbeide inntrykk og dermed er mer reflekterte. Presentasjon av analysen og resultat er avgjørende for at leseren skal kunne ha tillit til studiens troverdighet og gyldighet. Analyseprosessen er synliggjort ved hjelp av tabeller og sitater fra samtlige deltakere. Hensikten med dette er å vise sammenheng mellom data og resultat (41). Første og siste forfatter kjenner den aktuelle anesesiavdelingen godt, enten som student eller som tidligere ansatt. Denne forforståelsen var nyttig ved gjennomføring av intervjuene, da vi kjenner til konteksten og deltakerne var allerede positivt innstilt til prosjektet. Som

forsker må man samtidig alltid ha et aktivt forhold til konsekvensen av å forske i eget miljø. Vi hadde flere refleksive diskusjoner underveis, der også egne erfaringer som spesialsykepleiere og posisjon som forskere ble tatt i betraktning (41).

Konklusjon

Erfaringer fra denne studien viser at anestesisykepleiere som ble omplassert eller fikk nye oppgaver i pandemiens start opplevde usikkerhet, engstelse og uforutsigbarhet. Etter hvert som de skaffet seg med erfaring, ble dette erstattet med yrkesstolthet, opplevelsen av å være en viktig ressurs, mulighet for læring og opplevelse av kontroll. De fleste lot seg frivillig omplassere, da de opplevde en moralsk plikt til å bidra i front. Samtidig har ledelsen et stort ansvar for å sørge for at det er tilstrekkelig personale, tilrettelegge for medvirkning, opplæring og kompensasjonsordninger. Samlet sett har anestesisykepleierne ferdigheter og engasjement vært sentralt i håndteringen av covid-19-pandemien. Deres erfaringer er verdifulle innspill som bør tas med inn i en fremtidig beredskapsplanlegging.

Implikasjoner for praksis og videre forskning

Deltakerne hadde et tydelig budskap om at dette var en ny situasjon de aldri hadde vært i tidligere, og at de ønsker å komme med fremtidige råd for en eventuelt lignende situasjon. Motivasjon og opplevelse av kontroll er sterkt knyttet til tydelig og nærværende ledelse. Rettferdig fordeling av arbeidsbelastning må kombineres med gode kompensasjonsordninger. Det må legges til rette for undervisning, opplæring og teamsamarbeid. Å trene sammen «i fredstid» vil kunne styrke beredskapen og forberede til «kamp».

Studien har kun seks deltakere som representerer en enkelt arbeidsplass. Det er derfor ønskelig med flere lignende studier, eventuelt systematiske kunnskapsoppsummeringer som kan bidra til å generalisere funn og forbedre praksis. Det er også behov for mer kunnskap om hva som kan være årsaken til at enkelte helsearbeidere vegret seg. Videre forskning med hensyn til hvordan ledelsen ved anestesivdelingen erfarte håndteringen av covid-19-pandemien vil også være nyttig med hensyn til fremtidig planlegging og beredskap.

Referanser

1. Cucinotta D, Vanelli M. WHO declares COVID-19 a pandemic. *Acta Biomed.* 2020;91(1):157–60. <https://doi.org/10.23750/abm.v91i1.9397>
2. Chen H, Sun L, Du Z, Zhao L, Wang L. A cross-sectional study of mental health status and self-psychological adjustment in nurses who supported Wuhan for fighting against the COVID-19. *JCN.* 2020;29(21–22):4161–70. <https://doi.org/10.1111/jocn.15444>
3. Rekatsina M, Paladini A, Moka E, Yeam CT, Urits I, Viswanath O, et al. Healthcare at the time of COVID-19: a review of the current situation with emphasis on anesthesia providers. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2020;34(3):539–51. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2020.07.002>

4. Ouersighni A, Ghazali DA. Contribution of certified registered nurse anaesthetists to the management of the COVID-19 pandemic health crisis. *Intensive Crit Care Nurs.* 2020;6:102888. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102888>
5. Everson M, Wilbanks BA, Hranchook AM, Hirsch M, Clayton BA, Jordan LM, et al. From the operating room to the front lines: shared experiences of nurse anesthetists during the coronavirus pandemic. *AANA Journal.* 2021;89(2):109–16. <https://www.aana.com/publications/aana-journal/past-issues-2020-onward>
6. Callan V. Impact of COVID-19 pandemic on certified registered nurse anesthetist practice. *AANA Journal.* 2021;89(4):334–40. <https://www.aana.com/publications/aana-journal/past-issues-2020-onward>
7. Beck M, Busk H, Geisler A, Krogsgaard M, Kjerholt M, Mortensen CB, et al. FRONTLINE – et forsknings- og udviklingsprogram om personalets erfaringer med COVID-19 på Sjællands Universitetshospital. Sjælland: Forskningsstøtteenheden Region Sjælland; 2020.
8. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsi E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun.* 2020;88:901–7. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
9. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(3):e14. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X)
10. Pham QT, Le XTT, Phan TC, Nguyen QN, Ta NKT, Nguyen AN, et al. Impacts of COVID-19 on the life and work of healthcare workers during the nationwide partial lockdown in vietnam. *Front Psychol.* 2021;12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.563193>
11. Marks S, Edwards S, Jerge EH. Rapid deployment of critical care nurse education during the COVID-19 pandemic. *Nurse Leader.* 2021;19(2):165–9. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2020.07.008>
12. WHO. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak [Internet]. Genève: WHO; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1>
13. Priede A, López-Álvarez I, Carracedo-Sanchidrián D, González-Blanch C. Mental health interventions for healthcare workers during the first wave of COVID-19 pandemic in Spain. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental.* 2021;14(2):83–9. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.01.005>
14. ICN. The ICN code of ethics for nurses [Internet]. Genève: International Council of Nurses; 2021. Tilgjengelig fra: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf
15. Gelb AW, Morriss WW, Johnson W, Merry AF, Gelb AW, et al. World Health Organization – World Federation of Societies of Anaesthesiologists (WHO-WFSA) International standards for a safe practice of anesthesia. *Anesth Analg.* 2018;126(6):2047–55. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002927>
16. Anestesisykepleierne NSF. Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere [Internet]. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/zQCAUnQvcUEpG7XzVJXOgvrSk28s29Kom2gG4EZxhW7s5zspvF.pdf>
17. Meeusen V, Ouellette S, Horton B. The global organization of nurses in anesthesia: The International Federation of Nurse Anesthetists. *Trends Anaesth Crit.* 2016;6:20–5. <https://doi.org/10.1016/j.tacc.2016.03.001>
18. ICN. Guidelines on advanced practice nursing – nurse anesthetists. I: Stuwert D, Horton BJ, Madsen RL, Rowles JS, Akalu L, Debout C, Yang HJ, Schober M. & Turale S, red. Genève: International Council of Nurses; 2021. Tilgjengelig fra: https://www.icn.ch/system/files/documents/2021-05/ICN_Nurse-Anaesthetist-Report_EN_WEB.pdf
19. Benner P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. California: Addison-Wesley; 1984.

20. Polit DF, Beck CT, Polit DF. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 11. utg. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2021.
21. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
22. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349–57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
23. Graneheim UH, Lindgren B-M, Lundman B. Methodological challenges in qualitative content analysis: a discussion paper. *Nurse Educ Today*. 2017;56:29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
24. Lindgren B-M, Lundman B, Graneheim UH. Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *Int J Nurs Stud*. 2020;108:103632. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>
25. Veerapen JD, Mckeown E. Exploration of the views and experiences of research healthcare professionals during their redeployment to clinical roles during the COVID-19 pandemic. *JAN*. 2021;77(12):4862–75. <https://doi.org/10.1111/jan.14998>
26. Liu YE, Zhai ZC, Han YH, Liu YL, Liu FP, Hu DY. Experiences of front-line nurses combating coronavirus disease-2019 in China: a qualitative analysis. *PHN*. 2020;37(5):757–63. <https://doi.org/10.1111/phn.12768>
27. Bergman L, Falk A-C, Wolf A, Larsson I-M. Registered nurses' experiences of working in the intensive care unit during the COVID-19 pandemic. *Nurs Crit Care*. 2021;26(6):467–75. <https://doi.org/10.1111/nicc.12649>
28. Grimshaw-Aagaard S, Knøfler I-L. Left behind or at the front line of COVID-19: a descriptive phenomenological study. *Nord J Nurs Res*. 2021;51(1):1–10. <https://doi.org/10.1177/20571585211061926>
29. Nilsson U, Odom-Forren J, Ring M, Van Kooten H, Brady JM. Stress of conscience of COVID-19 among perianesthesia nurses having worked in a COVID-ICU during the coronavirus pandemic: an international perspective. *BMC Nursing*. 2022;21(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00862-w>
30. Hallgren J, Larsson M, Kjellén M, Lagerroth D, Bäckström C. «Who will do it if I don't?» Nurse anaesthetists' experiences of working in the intensive care unit during the COVID-19 pandemic. *Aust Crit Care*. 2022;35(1):52–8. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00862-w>
31. Robinson KR, Jensen GA, Gierach M, McClellan C, Wolles B, Bartelt S, et al., editors. The lived experience of frontline nurses: COVID-19 in rural America. *Nurs Forum*; 2022. <https://doi.org/10.1111/nuf.12727>
32. Lambertsen O-F, Rønning O. Samlet folk over hele landet for å hylle helsevesenet [Internett]. Oslo: NRK; 15. mars 2020 [hentet 3. februar 2023]. Tilgjengelig fra: https://www.nrk.no/nordland/korona_-hele-norge-klapper-for-helsevesenet-klokka-18-1.14945484
33. Pettersen JS. Frontkæmpere hyldes på international mærkedag: «Covid-19 viser, at arbejdsmiljøet er livsvigtigt.» København: A4 Arbejdsmiljø; 28. april 2020 [hentet 3. februar 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.a4medier.dk/arbejdsmiljoe/artikel/stoetfrontlinjen>
34. Rollison S, Horvath C, Gardner B, McAuliffe M. Redeployment of certified registered nurse anesthetists during the coronavirus disease 2019 pandemic. *AANA Journal*. 2021;89(2):133. <https://www.aana.com/publications/aana-journal/past-issues-2020-onward>
35. Simoni I, Jensen UG, Fredskild TU. Sygeplejerskernes oplevelser under Covid-19-pandemien. *Forstyrrelsen*. 2021;6(11–15):11.
36. Sugg HVR, Russell A-M, Morgan LM, Iles-Smith H, Richards DA, Morley N, et al. Fundamental nursing care in patients with the SARS-CoV-2 virus: results from the 'COVID-NURSE' mixed methods survey into nurses' experiences of missed care and barriers to care. *BMC Nursing*. 2021;20(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00746-5>

37. Lake ET, Narva AM, Holland S, Smith JG, Cramer E, Rosenbaum KEF, et al. Hospital nurses' moral distress and mental health during COVID-19. *JAN*. 2022;78(3):799–809. <https://doi.org/10.1111/jan.15013>
38. Leonardsen A-C, Aanes M-A, Forwald A, Ramstad JP, Saltnes C, Skalleberg HA, et al. Slik er anestesisykepleie under covid-19-pandemien. *Sykepleien*. 2021;109(87887). <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.87887>
39. Sommer C. Stolthed i kaos. *Sygeplejersken*. 2021:20–2. <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2021-1/stolthed-i-kaos>
40. Tewfik G, Shulman S, Bachmann T. The use of simulation to prepare for changes in emergent airway management in the early days of the Covid-19 outbreak. *Trends Anaesth Crit Care*. 2020;33:23. <https://doi.org/10.1016/j.tacc.2020.04.003>
41. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105–12. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>