

MASTEROPPGAVE

Emnekode: Masteroppgave i spesialsykepleie - SYK360H
Navn: Lovisa Stenberg & Helga Bentzen

«Det er så godt å vite, vi står sammen i det her»

En kvalitativ studie om hvordan intensivsykepleierne opplevde yrkesutøvelsen i første bølge av pandemien Covid-19

Dato: 18. mai 2020

Totalt antall sider: 65

Forord

Som en siste del av masterforløpet intensivsykepleie utarbeides et forskningsprosjekt. Vår karrierestart som intensivsykepleiere ble ikke som forventet, da hele verden ble rammet av en pandemi. Det førte til at vår profesjon ble av stor og kritisk betydning. Det aktualiserte og inspirerte oss til å velge et tema knyttet til situasjonen, med fokus på intensivsykepleiernes opplevelser. Samfunnet er helt avhengig av profesjonens kompetanse, som spesielt synliggjøres under pandemien som fortsatt pågår.

Arbeidet har vært en lang og krevende prosess, også med hensyn til den spesielle situasjonen samfunnet har vært, og står i. Likevel har masteroppgaven bidratt til nyttig og lærerik utvikling både personlig og faglig.

Takk til vår veileder Knut Dybvik for støtte og veiledning under prosessen. Spesiell takk til alle informanter som deltok, tross en krevende og hektisk periode. Vi takker de som har lest korrektur, og de som har heiet oss frem til målet.

Sist men ikke minst takker vi hverandre for godt samarbeid, for all frustrasjon, tålmodighet og et fortsatt godt bevart vennskap!

Sammendrag

Bakgrunn: Viruset SARS-COV-2 kan hos enkelte føre til akutt viral pneumoni og akutt lungesviktsyndrom, en kritisk tilstand som krever intensivbehandling. Intensivsykepleiere har en avgjørende rolle og kompetanse for å ivareta dem som blir hardest rammet. I første bølge av pandemien Covid-19, opplevde derfor intensivavdelinger økt pasientbelegg. Det eksisterer lite kunnskap om hvordan intensivsykepleierne opplever yrkesutøvelsen under pågående pandemi.

Hensikt: Få innsikt i intensivsykepleiernes opplevelse av yrkesutøvelsen, under Covid-19-pandemiens første bølge.

Metode: Kvalitativt deskriptivt design med fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Det ble gjennomført to fokusgruppeintervju med semistrukturert intervjuguide, hvor åtte intensivsykepleiere fra generelle intensivavdelinger ble rekruttert. Fenomenologisk-hermeneutisk analyse av Lindseth og Nordberg ble benyttet for å analysere datamaterialet.

Resultat: Analysen resulterte i fire tema; en ekstraordinær arbeidssituasjon, endret arbeidshverdag, stressfaktorer og intensivsykepleie som samfunnskritisk profesjon. Den helhetlige forståelsen av datamaterialet er intensivsykepleiernes sterke yrkesidentitet, med dedikasjon og lojalitet til pasienter og kollegiet, uavhengig av omstendighetene.

Konklusjon: Intensivsykepleierne har opplevd usikkerhet, redsel og kaos, men også en stolthet av profesjonen. Enestående lagånd og lojalitet for både kollegiet og pasientene var fremtredende. Forbedret beredskap, økt bemanning med riktig kompetanse og belønning for arbeidet kan optimalisere fremtidig opplevelse. Studien impliserer praksis ved å synliggjøre hvordan intensivsykepleierne opplever yrkesutøvelsen, og kan derav bidra til en bedret håndtering av pågående og eventuelle fremtidige pandemier.

Nøkkelord: Kvalitativ forskning. Fokusgruppeintervju. Intensivsykepleie. Covid-19.

Abstract

Background: The SARS-COV-2 virus can lead to acute viral pneumonia and acute lung distress syndrome, a critical condition that requires intensive care. Intensive care nurses have a crucial role and competence in caring for these critical patients. Therefore, during the first wave of the pandemic, intensive care units experienced an increased number of patients. There is little knowledge about how intensive care nurses experienced the profession during the ongoing pandemic.

Aim: To gain insight in the intensive care nurses experiences of the profession during the first wave of the Covid-19-pandemic.

Methods: Qualitative descriptive design with a phenomenological hermeneutic approach. Two interviews were conducted in focus groups with a semi-structured interview guide. Eight intensive care nurses were recruited. They work in general intensive care units. The phenomenological hermeneutic method for analyzing data, by Lindseth and Nordberg, was used.

Results: The analysis resulted in four themes: an extraordinary work situation, changed working day, stress factors and intensive care as a socially critical profession. The holistic understanding is that intensive care nurses have a strong professional identity, with dedication and loyalty to the patients and the colleagues, regardless of the circumstances.

Conclusion: The intensive care nurses have experienced insecurity and chaos, and pride of their profession. A remarkable team spirit and loyalty was prominent. Increased preparedness and staffing with proper competence and sufficient wages are measures that can optimize the future experience of intensive care nurses. The study implies practice by making these experiences visible, and thereby contributes to a better managing of ongoing and possible future pandemics.

Key words: Qualitative research. Focus group interviews. Intensive care. Covid-19.

Innholdsfortegnelse

Forord	
Sammendrag	
Abstract	
1.0 Introduksjon.....	1
1.1 Hensikt.....	2
1.2 Problemstilling med avgrensning	2
2.0 Teoretisk forankring	3
2.1 Litteratursøk	3
2.2 Tidligere forskning.....	3
2.2.1 Pandemi og mentale påvirkninger	3
2.2.2 Beskyttende faktorer	4
2.3 Sykepleieteoretisk perspektiv.....	4
2.3.1 Patricia Benner's sykepleiefilosofi	4
3.0 Metode.....	6
3.1 Forskningsdesign og metodisk tilnærming	6
3.2 Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming.....	6
3.2.1 Forforståelse.....	7
3.3 Utvalg og rekrutteringsprosess.....	7
3.4 Datainnsamling.....	8
3.5 Databearbeiding.....	9
3.6 Analyseprosessen	10
3.6.1 Naiv forståelse av datamaterialet.....	11
3.6.2 Strukturell analyse.....	11
3.6.3 Formulering av helhetlig forståelse.....	12
3.7 Etske overveielser	13
3.8 Validitet og pålitelighet.....	13
4.0 Resultat.....	15
4.1 En ekstraordinær arbeidssituasjon.....	15
4.1.1 Beredskap.....	15
4.1.2 Usikkerhet.....	16
4.1.3 Isolert på isolat.....	16
4.1.4 Verdien av kollegial lojalitet.....	16
4.2 Endret arbeidshverdag.....	17
4.2.1 Faglig erfaring.....	17
4.2.2 En annerledes pårørendekontakt.....	17
4.2.3 De nye kollegaene.....	17
4.3 Stressfaktorer	18
4.3.1 Psykososiale påvirkning	18
4.3.2 Undertrykkelse av primære behov	18
4.4 Intensivsykepleier som samfunnskritisk profesjon	19
4.4.1 Yrkesstolthet	19
4.4.2 En tilpasningsdyktig profesjon	19
4.5 Formulert helhetlig forståelse	19
5.0 Diskusjon	20

5.1 Diskusjon av funn.....	20
5.2 Metodediskusjon.....	22
6.0 Konklusjon	24
6.1 Implikasjoner for praksis.....	24
6.2 Behov for videre forskning.....	24
Referanser.....	25
Vedlegg 1 – Artikkelmanus	
Vedlegg 2 – Forfatterveiledning Sykepleien forskning	
Vedlegg 3 – Informasjonsskriv	
Vedlegg 4 – Semistrukturert intervjuguide	
Vedlegg 5 – Utdrag fra analyseprosessen	
Vedlegg 6 – Innvilget søknad fra NSD	
Vedlegg 7 – Oversikt over litteratursøk	

1.0 Introduksjon

Mars 2020 defineres som starten på en pandemi, forårsaket av viruset SARS-Cov-2 (Covid-19) (World Health Organization, 2020). Angivelig stammer det fra flaggermus, med utgangspunkt i Wuhan, Kina (Folkehelseinstituttet, 2020). Covid-19 smitter i hovedsak via kontakt og dråpe, og gir et varierende sykdomsbilde. Flere blir rammet av viral pneumoni som utvikler seg til akutt lungesviktsyndrom - en diffus, inflammatorisk prosess i lungene med kompleks patologi. Tilstanden blir raskt kritisk hvor respirasjonsstøttende tiltak er avgjørende (Flatlandsmo & Hetmann, 2020). Pasientene som blir hardest rammet innlegges på intensivavdelinger, hvor en kompleks, avansert og kompetent behandling iverksettes.

Intensivsykepleierne har en behandlende, rehabiliterende og lindrende funksjon i møte med pasienter (NSFs Landsgruppe av intensivsykepleiere, 2017). I følge Gulbrandsen og Stubberud (2015) ivaretar de en pasientgruppe der sykdom eller skade oppstår brått, utvikler seg raskt og kan gå fort over, mens i andre tilfeller foreligger en kritisk tilstand som er livstruende. Intensivsykepleiere med sin kompetanse ble derfor en avgjørende ressurs med de konsekvensene det medførte. Under SARS-pandemien ble helsepersonell utsatt for mentale påkjenninger i ulik grad. Tilstedeværelsen av de psykiske symptomene kunne settes i direkte sammenheng med eksponering av smittede pasienter (Su et al., 2007). Det er gjeldende også under pågående Covid-19 pandemi, hvor helsepersonell stadig må tilpasse seg endringer og forberedelser til økt kapasitet og ressursbruk (Phua et al., 2020).

Pandemien Covid-19 utsetter helsevesenet for enorme påkjenninger med omstrukturering, omdisponert personell og økt pasientbelegg. Intensivsykepleierne opplever en arbeidshverdag i ny kontekst med ulike faktorer som bidrar til økt totalbelastning (Fernández-Castillo, González-Caro, Fernández-García, Porcel-Gálvez & Garnacho-Montero, 2021). Profesjonen anses som samfunnskritisk og avgjørende i bekjempelse av Covid-19. Imidlertid finnes det få studier som spesifikt omhandler intensivsykepleiernes opplevelser, og det er derfor behov for økt kunnskap og forståelse på området.

1.1 Hensikt

Å belyse utfordringer, følelser og erfaringer intensivsykepleierne sitter igjen med etter første bølge av pandemien. Det er behov for å synliggjøre utfordringer i yrkesutøvelsen, men også hva som er velfungerende. Målet er å bidra med kunnskap som kan føre til bedret utøvelse av yrket, og bedret håndtering av nåværende og eventuelle fremtidige pandemier.

1.2 Problemstilling med avgrensning

Følgende problemformulering ble etablert: *“Hvordan opplever intensivsykepleierne yrkesutøvelsen i første bølge av pandemien Covid-19?»*

Denne studien omhandler intensivsykepleiere som jobber på intensivavdeling, med ansvar for intensivpasienter smittet av Covid-19, hvor respirasjonsstøttende tiltak som non-invasiv eller invasiv ventilasjon er iverksatt.

2.0 Teoretisk forankring

Herunder beskrives litteratursøk, tidligere forskning og sykepleieteoretisk perspektiv.

2.1 Litteratursøk

Pandemien Covid-19 er av svært ny dato, noe som gjenspeiles i utførte litteratursøk. Det ble utført via universitetsbiblioteket i databaser som PubMed, CINAHL, SweMed og Google Scholar. Grunnet tema av nyere dato ble det brukt et utvidet tidsrom, 2004-2021.

Helsepersonell i studiene omfatter ikke bare intensivsykepleiere, da det var vanskelig å finne studier som bare var basert på dem. Vi brukte også referanselistene til de ulike artiklene som ble lest. Norsk, svensk og engelsk-språklige artikler ble inkludert i søket, alt annet ekskludert grunnet risiko for feilaktig oversettelser. Der det var mulig ble søkene avgrenset til å gjelde full tekst og fagfelleverdert. Søkeord og MeSH-termer blir nærmere beskrevet i vedlegg 7. De fleste artiklene som ble inkludert var publisert i vitenskapelig tidsskrift nivå 1, et par er fra nivå 2 (NSD., 2021).

2.2 Tidligere forskning

Litteratursøket avdekket et kunnskapshull, både fordi temaet er av ny dato, men også fordi svært få studier var tilspisset intensivsykepleiere, men heller helsepersonell generelt.

2.2.1 Pandemi og mentale påvirkninger

Flere studier viser at helsepersonell i frontlinjen utsettes for enorme påkjenninger, som påvirker den mentale helsen. Det er derfor av betydning at beredskapsplaner også fokuserer på helsepersonellens psykiske helse (Phua et al., 2020). Utfordringene forekommer i ny arbeidskontekst og høy arbeidsbelastning, frykt og isolasjon (Fernández-Castillo et al., 2021; Liu et al., 2020). Helsepersonell rapporterer om angst, depresjon og søvnløshet (Lai et al., 2020). Selv motstandsdyktige og erfarne sykepleiere opplevde mental ustabilitet under nåværende pandemi (Leng et al., 2020). En studie viser til stressfaktorer som stor informasjonsflyt, uklar og overveldende kommunikasjon, relateres til negativ innflytelse på den mentale helsen (Crowe et al., 2020). Samme effekt har smittefrykt, de generelle restriksjonene og følelsen av hjelpeløshet i møte med pasienter (Arnetz, Goetz, Arnetz & Arble, 2020). I tillegg ses et høyere stressnivå jo lengre helsepersonell må ha på seg smittevernutstyr (Hoedl, Eglseer & Bauer, 2020). En annen studie viser til forskjeller i ulike

profesjoner, blant annet at leger rapporterer konsekvent bedre mental helse enn sykepleiere (Greenberg et al., 2020).

2.2.2 Beskyttende faktorer

Som flere studier viser er helsepersonellet avhengig av beskyttende faktorer, for å takle arbeidshverdagen under en pandemi. Sterk sosial og familiær støtte, trygge og strukturerte arbeidsforhold kan bidra til reduksjon av angst (Ni et al., 2020; Su et al., 2007). I studien til Su et al. (2007) rangerte sykepleierne blant annet insomnia og negative følelser som lavere ved studiens slutt, sammenlignet med starten, som kan indikere gradvis psykologisk adaptasjon. En annen studie viser også til at økt kunnskap, og gode smittevernrutiner reduserer stress, og bidrar til adaptiv respons (Siew E Chua et al., 2004).

2.3 Sykepleieteoretisk perspektiv

Sykepleieteoretikeren Patricia Benner har utviklet modellen «*From novice to expert*». Her konkretiseres de ulike kunnskapsforventingene som foreligger til ulike kompetansenivå. Perspektivet i denne studien er fra et ekspertnivå, intensivsykepleierens opplevelser og erfaringer.

2.3.1 Patricia Benners sykepleierfilosofi

Modellen er inspirert av Dreyfus-brødrene som studerte hvordan sjakkspillere og piloter ervervet kunnskap, ved å bevege seg gjennom ulike stadier. Benners modell brukes på sykepleierens utvikling av kvalifiserte ferdigheter bygget på klinisk skjønn, og presenteres som fem stadier; novise, avansert nybegynner, kompetent, profesjonell og ekspert. Det innebærer dyktighet i utførelse av ferdigheter, som baserer seg på erfaring og utdanning (Benner, 1984). I novisestadiet mangler en erfaring i situasjonen som skal mestres, handlingene er knyttet til reglene, og det å vurdere en handling til fordel for en annen er vanskelig. Novisen er *usmidig* - tolker det som læres fra teori, i samtidig mangel av erfaring og handlingskompetanse (Benner, 1984). Som avansert nybegynner sees det noe erfaring, men samtidig ikke kapabel til å vurdere en handling som viktigere enn en annen. Det er først i tredje stadiet, som kompetent utøver, at selvstendighet og evne til å vurdere situasjoner og handlinger utenfor reglene foreligger (Benner, 1984). Ekspertsykepleieren, som i denne

studien relateres til intensivsykepleieren, har en evne til å effektivt håndtere skiftende situasjoner, observerer endringer i pasientens tilstand, og med sin erfaring tenker seg til videre forløp. En slik ekspertsykepleie baserer seg på et helhetlig blikk over situasjonen, erfaring og den tause kunnskapen (Benner, 1984).

Alle som møter situasjoner uten handlingskompetanse grunnet mangel på erfaring, vil finne seg selv i novisestadiet. På bakgrunn av dette vil novisen føle på usikkerhet og utfordringer med å takle situasjoner (Benner, 1984). Pandemi er en ekstraordinær situasjon og en utfordring for intensivsykepleiere. Ekspertsykepleiere kan ha mindre erfaringsgrunnlag i denne situasjonen, og kan kanskje befinne seg i et annet stadium. Derimot vil de fortsatt handle ut fra klinisk skjønn og intuisjon, ved å benytte tidligere kliniske erfaringer som en veileder. Ekspertstadiet er en sammensmelting mellom teoretisk og praktisk kunnskap, og der det finnes lite erfaring på et område vil ekspertsykepleieren ta i bruk analytiske ferdigheter (Benner, 1984).

3.0 Metode

Kapitlet beskriver metodevalg, utvalg, datainnsamling og håndtering av datamaterialet. Det redegjøres også for studiens validitet og pålitelighet.

3.1 Forskningsdesign og metodisk tilnærming

Kvalitative metoder egner seg til utforsking av menneskelig erfaring og mening (Malterud, 2012). For å undersøke intensivsykepleierens opplevelser ble derfor kvalitativ metode med deskriptivt design benyttet. Metoden er hensiktsmessig siden det er måten mennesker forstår og opplever erfaringer i den verden de lever i som undersøkes (Holloway & Galvin, 2017). Det var ønskelig å oppnå rike beskrivelser av fenomenet i dets kontekst, og derfor ble deskriptivt design valgt.

Vi valgte fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode, hvor informanter samles til diskusjon, med ambisjon om å utnytte samhandlingen i gruppen til å få frem fortellinger og erfaringer. Det er delte meninger om hva som defineres som en fokusgruppe. Enkelte mener at en hvilken som helst gruppediskusjon kan kalles fokusgruppe, så lenge forskeren aktivt oppmuntrer til og forholder seg til gruppeinteraksjonen (Malterud, 2012). Metoden egner seg til å belyse erfaringer og synspunkter i miljø der mange mennesker samhandler, som intensivsykepleiere aktualiserer i denne studien (Halkier, 2016). Fokusgruppen har ikke til formål å komme til enighet eller presentere løsninger, men å få frem forskjellige synspunkter på aktualisert tema (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2015). Forskerens rolle er litt nedtonet sammenlignet med individuelle intervju, da data hentes gjennom samspillet og meningsutvekslingene mellom informantene (Halkier, 2016). Det kan skape dynamisk interaksjon hvor informantene blir påminnet egne meninger og opplevelser, og responsen fra hverandre kan spontant generere nye ideer. Slik sett kan fokusgrupper produsere mer data på samme tid som individuelle intervju (Holloway & Galvin, 2017).

3.2 Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming

I denne studien er en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming valgt, da fokus er på levde erfaring, med formål om økt forståelse av fenomenet ved å få frem dens meningsessenser. Fenomenologi handler om den levde erfaringsverden, med oppmerksomhet rettet mot verden,

slik den konkret oppleves fra et subjektperspektiv (Polit & Beck, 2017). Tradisjonen ble grunnlagt av Edmund Husserl, som angir at forforståelsen vår må «settes i parentes» for å undersøke et fenomen. Målet er å nå frem til fenomenets særegenhet, altså essensen (Thornquist, 2018). Fenomenologi ble etter hvert videreutviklet av flere, deriblant Paul Ricoeur. Gjennom skriftlige arbeid utviklet han seg etter hvert i en mer hermeneutisk retning. Her er filosofen Gadamer sentral som utvikler av generell filosofisk hermeneutikk. Gadamer fremhever at all mening og forståelse er strukturert av en ikke bevisst forforståelse. Retningen kan hjelpe oss å forstå hvordan vi forstår, og hvordan verden gir mening, og derav være egnet til innsamlings- og bearbeidingsmetode i møte med menneskers livsverden (Thornquist, 2018). Fenomenologisk regnes menneskers erfaringer som gyldige, som innebærer en lojalitet til informantens erfaringer og uttrykk. Hermeneutisk søker man en fortolkning av det som uttrykkes (Malterud, 2011).

Riceur mente at forståelsen av et menneske og dets ytringer, som et selvfortolkende vesen, krevde en hermeneutisk tilnærming. Riceour mente at det menneskelige subjekt lever i og gjennom språket, og ved å utsette seg for teksten og motta den, oppdages nye ting (Thornquist, 2018). Tolkningen av teksten innebærer å entre den hermeneutiske sirkel, som gjennom vårt valg av analyseredskap, Lindseth og Norberg (2004), innebærer tre metodiske steg. Disse blir senere utdypet.

3.2.2 Forforståelse

I følge Lindseth og Norberg (2004) er det ikke mulig å frigjøre seg fra sin forforståelse, fordi vi bare er bevisst noe av den. Som forskere har vi en forforståelse av fenomenet da vi begge er intensivsykepleiere. Intensivenheten vi jobber på har vært påvirket av første bølge av pandemien. Derfor har vi gjennom kritisk refleksjon og tydeliggjøring av egen forforståelse, økt bevisstheten og tilstrebet mer åpenhet for det som fremtrer for oss (Lindseth & Norberg, 2004).

3.3 Utvalg og rekrutteringsprosess

Utvalget er strategisk og homogent, hvor informantene innehar lignende karakteristikk og bakgrunn. Valget er basert på at utvalget skal ha best mulig potensial og forutsetning til å belyse problemstillingen. Homogent utvalg ble valgt med hensyn til at informantene vil lettere

gjenkjenne og identifisere seg med hverandres erfaringer, som øker assosiasjonseffekt. I tillegg blir det mindre strategisk kommunikasjon, til fordel for substansiell kommunikasjon som omhandler tema (Malterud, 2012). Inklusjonskriteriene ble derfor intensivsykepleiere som jobber med pasienter som er isolert grunnet Covid-19, i den grad at respirasjonsstøttende tiltak er iverksatt. I et pandemirammet helsevesen ble rekrutteringsprosessen lengre og vanskeligere enn vi hadde tenkt. Det ble sendt e-post til flere avdelingsledere ved ulike intensivavdelinger i Norge, med beskrivelse av studien og inklusjonskriterier. Åtte intensivsykepleiere ble rekruttert fra et regionsykehus og et lokalsykehus, og disse ble fordelt på to fokusgruppeintervju. Gruppene ble dannet med fire informanter i hver, såkalte eksisterende grupper hvor deltakerne er kollegaer fra før. Fordelen med det er at konteksten stemmer bedre med dagliglivets rammebetingelser, og deltakerne kan trekke på et større repertoar av felles erfaringer enn når man møtes som fremmede. Det kan også bidra til bedre flyt i diskusjonen (Malterud, 2012)

Informantene varierer i alder og arbeidserfaring, alt fra nyutdannet til over 20 år i yrket. Ingen av dem har arbeidet under en pandemi før. Alle er kvinner, noe som kanskje er naturlig med tanke på kvinnedominans i yrket.

3.4 Datainnsamling

Etter at avdelingsleder hadde godkjent gjennomførelse av studien, kontaktet vi informantene via e-mail. Her fikk de informasjon om studiet, områder som var tenkt å bli diskutert samt samtykkeskjema (vedlegg 3). Med hensyn til smitterisiko og nærkontakt ble fokusgruppeintervjuene gjennomført via videokonferanse. Det er høyst relevant og gjennomførbart å bruke innenfor helseforskning. Man kan oppnå sensitivitet og samarbeid og det åpner opp for geografisk spredning (Gissum & Drageset, 2020). Informantene fikk tilsendt en brukermanual for mulige tekniske utfordringer, og en sikkerhetsrutine hvor vi utvekslet telefonnummer for eventuelle problemer. Vi informerte om at det bare ble gjort lydopptak med stemmeopptaker.

Ved gjennomføring av videokonferansen valgte vi et rom uten innsyn for å fremme en trygg kontekst, og ivareta anonymiteten til informantene. De valgte selv et rom på deres arbeidsplass. Første intervju ble utført i juni 2020, og da deltok kun en av oss forskere, samt veileder. Dette grunnet tidligere arbeidsforhold. Det andre intervjuet ble utført i oktober 2020,

hvor begge forskere deltok, som moderator og sekretær. Moderator-rollen var helt ny og utfordrende for oss, og derfor valgte vi å ha med veileder som støttespiller. I et fokusgruppeintervju har moderator en litt annen rolle enn i et individuelt intervju. Fokuset vårt var å sørge for en trygg setting, ha kontroll på den sosiale dynamikken og gi alle deltakere mulighet til å snakke. Vi fokuserte også på å virkelig lytte, en god balanse mellom innlevelse og distanse, for å innhente best mulig data. Fokusgruppeintervju er bedre egnet for analyse når informantene presenterer personlige opplevelser, med høy grad av integritet og personlig forankring (Malterud, 2012).

Fokusgruppeintervju kan struktureres på flere måter, men vi valgte en løs struktur hvor forsker er «en profesjonell lytter», da vi var mest interessert i informantenes egne diskusjoner (Halkier, 2016). Vi utarbeidet en semistrukturert intervjuguide i forkant, ikke for å følge rigorøst, men til hjelp for å holde fast ved tema og flyt under intervjuet (vedlegg 4). Sammenlignet med individuelt intervju kan et fokusgruppeintervju gi forsker mindre kontroll og utfordringer i gjennomføringen. Utførelsen ble derfor basert på fem faser fra Finch et al, sitert i Holloway og Galvin (2017, s. 218). Vi startet med introduksjon av studien, påminnet om gjensidig taushetsplikt for det som fortelles og hvem som deltar. Vi etablerte grunnregler og informantene ble introdusert for hverandre. Deretter åpnet vi intervjuet med et nøytralt tema, og deretter nærmere diskusjon av forskningstema, og til slutt en debrifing.

Halkier (2016) anbefaler en varighet på maks to timer. Våre fokusgruppeintervju varte i 50 minutter. Erfaringer fra online fokusgrupper er at de kan skape komplekse interaksjoner grunnet forsinkelse av tid, slik at stemmer overlapper hverandre, og derav gi utfordringer for moderator og i transkriberingsprosessen (Gissum & Drageset, 2020). Vi erfarte minimalt med tekniske utfordringer. Enkelte ganger var det vanskelig å høre informantene, men det løste vi med å be dem gjenta det som ble sagt. Dynamikken i gruppene var god, de gav hverandre tid og plass til å delta i intervjuet, og et inntrykk av å være komfortable med å dele sine opplevelser. Som forskere var vi objektive, og vår forforståelse bevisst, slik at samtalen ikke ble styrt ubevisst (Malterud, 2011).

3.5 Databearbeiding

I kvalitativ forskning oversettes fortolkningen av virkeligheten fra muntlig tale til tekst (Malterud, 2011). Fokusgruppeintervjuene ble transkribert verbatim av forskerne selv

umiddelbart etter hvert intervju. Dette for å gjenoppleve intervjuene og se materialet fra en ny side (Halkier, 2016). Non-verbale uttrykk som tenkepauser og bekreftende lyder ble også skrevet ut, da det ifølge Lindseth og Norberg (2004) kan ha betydning for meningen. Informantene ble anonymisert og det ble brukt bokmål slik at dialekter ikke ble gjenkjent.

Transkripsjonsprosessen formet og strukturerte datamateriale for videre analyse. Ved å høre på opptakene flere ganger merket vi oss tema som gikk igjen, dog presentert på forskjellig vis av informantene. Lydkvaliteten på opptakene var optimale, slik at materialet ble nøyaktig overført til tekst. Dette gjør at informantenes meninger og erfaringer er best mulig ivarettatt (Malterud, 2011). Til sammen utgjorde det et datamateriale på ca. 30 sider innholdsrik og håndterbar data.

3.6 Analyseprosessen

Analyseprosessen bygger bro mellom rådata og resultater, gjennom et materiale som organiseres, fortolkes og sammenfattes (Malterud, 2011). Prosessen er åpen og induktiv med samtidig refleksjon og bevisstgjøring av for forståelsen. I følge Malterud (2012) er det ingen bestemt metode som er best egnet for fokusgruppeintervju. Datamaterialet i denne studien ble analysert ut fra Anders Lindseth og Astrid Nordbergs fenomenologiske hermeneutiske metode for kvalitativ forskning innen «levde erfaringer». Narrative intervjuer er ifølge Lindseth og Norberg (2004) en god metode for å avdekke mening i levd erfaring. Målet er å finne mening og forståelse gjennom levde erfaringer, som samsvarer med vår problemstilling og hensikt med denne studien. Essensiell mening er noe mennesker gjenkjenner i det praktiske livet, og som uttrykkes gjennom levemåte, handlinger, fortellinger og refleksjon. For forskningsmål må levd erfaring skrives ned som tekst, og krever alltid fortolkning. Informantens opplevelser er sanne, mens vi som forskere ser bak uttrykkene i forsøk på å oppnå forståelse gjennom fortolkning (Lindseth & Norberg, 2004).

Videre blir analysemetoden beskrevet gjennom tretrinns-modellen. Her entres den hermeneutiske sirkelen, hvor trinnene bygger på hverandre mellom helhet, del og helhet – for så å ende i en horisontsammensmelting, en helhetlig forståelse (Lindseth & Norberg, 2004).

3.6.1 Naiv forståelse av datamaterialet

Først erverves en naiv forståelse av materialet (Lindseth & Norberg, 2004). Den prosessen startet allerede under intervjuene. Datamaterialet ble lest flere ganger – og med bevisst naivitet oppnådde vi åpenhet for nye og uventende fenomener. Utfordringen var å finne den *virkelige* meningen, og hele tiden fokusere på at det er informantenes tema, og ikke forskerens. Intervjuene ble lest hver for seg og sammen for å se etter ulikheter og likheter. Et helhetlig og fordomsfritt førsteinntrykk av teksten ble formet, som ble validert eller ugyldiggjort i den påfølgende strukturelle analysen (Lindseth & Norberg, 2004).

3.6.2 Strukturell analyse

I den strukturelle analysen ble teksten delt inn i meningsenheter, deretter en trinnvis fortetning av teksten, kalt kondenserte meningsenheter. Disse kunne være en del av en setning, en setning eller et avsnitt som formidlet bare en betydning. Deler av enkelte meningsenheter handlet ikke direkte om forskningsspørsmålet, de ble tatt i betraktning under analysen, men ikke som et bidrag til formuleringen av temaer (Lindseth & Norberg, 2004). Meningsenhetene ble lest gjennom og reflektert rundt på bakgrunn av en etablert naiv forståelse, for å få frem den essensielle betydningen av hver enkelt meningsenhet. Dette tok mye tid, og vi fant det vanskelig å finne de riktige ordene som fanget informantenes meninger. De kondenserte meningsenhetene ble så sortert til subtema og tema, som er utgangspunktet for presentasjonen av resultatene (tabell 1 & vedlegg 5). For å fange betydningen av levd erfaring formulerte vi temaene som kondenserte beskrivelser, ikke abstrakte begreper. Formuleringen avslører meningen, og derfor ble teksten behandlet så objektivt så mulig (Lindseth & Norberg, 2004).

Det ble mye refleksjon om temaene validerte eller ugyldiggjorde den naive forståelsen. Hvis strukturanalysen ugyldiggjorde, ble hele teksten lest på nytt i forsøk på å oppnå ny naiv forståelse – som igjen ble kontrollert av ny strukturanalyse. Dette ble gjentatt til at den naive forståelsen var validert gjennom strukturanalysen (Lindseth & Norberg, 2004).

Tabell 1. Eksempel på prosess fra meningsenhet til tema

Meningsenheter	Kondensering	Sub-tema	Tema
<i>Det å ha en våken koronapasient (...) Det blir veldig annerledes å ha på respirator da, å håndtere helt andre problemer, kanskje mer på det psykiske, den biten der og.. Men du hadde jo de som var styggdårlig, de som hadde svær oksygeneringssvikt (...) veldig utfordrende og håndtere med respiratoren og de tingene der. Men de var veldig forskjellige.</i>	Den komplekse Covid-pasienten	Faglig erfaring	Endret arbeidshverdag
<i>«Jeg tror alle er stolt over å være intensivsykepleiere, alle som sitter her. Jeg kjente veldig på det å bli provosert, at man kunne ta dette «crashkurset», gjøre samme jobben som vi gjør, det var utrolig provoserende. Jeg følte meg alltid stolt».</i>	En avgjørende kompetanse	Yrkesstolthet	Intensivsykepleier som samfunnskritisk profesjon

3.6.3 Formulering av en helhetlig forståelse

I siste trinn ble en helhetlig forståelse av datamaterialet formulert. Teksten ble forsøkt forstått ut fra helheten, i lys av naiv forståelse, analyseprosessen og kritisk refleksjon av forforståelse (Lindseth & Norberg, 2004). Den presenteres i kapittel fire.

3.7 Etiske overveielser

Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) godkjente prosjektet i mai 2020 (vedlegg 6), referansenummer 966749. Denne studien ble muntlig godkjent for gjennomføring av avdelingsledere på de respektive sykehusene. Det ble tatt telefonisk kontakt med Regional komite for Medisinsk forskningsetikk Nord (REK), som bekreftet at prosjektet ikke behøvde godkjenning fra dem. Det foreligger ingen interessekonflikter.

De generelle forskningsetiske retningslinjene, og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere har vært grunnlaget i utførelsen (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Det var viktig å skape tillit til informantene, og ivareta deres integritet. Derfor sikret vi informert samtykke til deltakelse, konfidensialitet og reflekterte rundt eventuelle konsekvenser studien kunne ha for informantene (Kvale et al., 2015). De fikk informasjon muntlig og skriftlig om å kunne trekke seg fra studien når som helst, og at alle data ville bli slettet. Da vi valgte videokonferanse, måtte vi være bevisst muligheten for digital sporing og eventuell tilgang til sensitiv informasjon (Gissum & Drageset, 2020). Informantene ble fullstendig anonymisert, og datamaterialet ble konfidensielt behandlet. Opplysninger som kan være avslørende ble ikke lagret på opptaksutstyr eller i ferdig transkripsjon. Alle lydbåndopptak ble slettet ved ferdigstilling av masteroppgaven. Vi bevisstgjorde også informantene om gjensidig konfidensialitet i fokusgruppen (Galvin & Holloway, 2017).

3.8 Validitet og pålitelighet

Validitet gjengir den grad metode og funn reflekterer formålet samt representerer virkeligheten. Det er vanskelig å forstå et fenomen uten å kjenne til konteksten (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015). I så måte er studiens indre validitet styrket da vi som forskere i utgangspunktet har kjennskap til informantenes fagfelt. I følge Halkier (2016) anbefales analytisk generalisering ved fokusgruppeintervju, der funnene brukes som en anordning i en lignende situasjon. Denne studien er liten, men kan fortsatt nyttiggjøre og ha overførbarhet. Vi tror at intensivsykepleiere kan kjenne seg igjen i opplevelsene og erfaringene, kanskje også andre profesjoner som har jobbet ved Covid-enheter. Generalisering vil avhenge sykehusets størrelse og i hvilken grad det er rammet av pandemien.

Pålitelighet relateres til nøyaktigheten av studiens data, hvilke data som brukes, innsamling og bearbeiding (Christoffersen et al., 2015). Det er ikke et mål i seg selv innenfor kvalitativ forskning å argumentere for gjenskapelse av funn, men produksjon av gjennomskuelig data for andre gir styrket pålitelighet (Halkier, 2016). Derfor har vi beskrevet konteksten nøye, samt gitt en detaljert fremstilling av hele forskningsprosessen. I kvalitativ forskning er forskeren instrumentet, som gjør at ingen andre kan tolke data på samme måte (Christoffersen et al., 2015). Vi har redegjort for egen forforståelse, og vært oss selv bevisst i den grad det kan påvirke resultatene, for å få frem informantenes opplevelser så sannferdig som mulig. Likevel må resultatet ses i lys av at vi som forskere er intensivsykepleiere i utgangspunktet.

4.0 Resultat

Den strukturelle analysen resulterte i fire tema. I dette kapitlet vil disse presenteres med direkte sitater fra informantene for validering. Temaene er som følger; en ekstraordinær arbeidssituasjon, endret arbeidshverdag, stressfaktorer og intensivsykepleie som samfunnskritisk profesjon. Den helhetlige forståelsen blir også presentert.

4.1 En ekstraordinær arbeidssituasjon

Den vanlige arbeidshverdagen var plutselig ikke til å kjenne igjen. I starten av pandemien regjerte usikkerhet, bekymringer og kaos. Det var overveldende og ukjente situasjoner på flere områder for informantene, og de opplevde at yrkesutøvelsen ble påvirket.

4.1.1 Beredskap

Allerede før pandemien startet opplevdes ressursene som magre. Informantene bekymret seg for bemanning, turnus og økt pasientbelegg. De opplevde at beredskapen ikke var god nok. Smittevernutstyr måtte rasjoneres, det kunne bli mange flere pasienter enn det som var. Derfor var det vanskelig å forestille seg forsvarlig håndtering av pandemien. Ved eventuell ny bølge må organisering bedres, og intensivsykepleiere inkluderes i planlegging da de har forståelse for hvor ressurskrevende en smittepasient er. Problemet er ikke å håndtere selve pasienten, men uklare prosedyrer, mangel på utstyr, og uklar kommunikasjon fra ledelsen er viktige ting å forbedre. Informantene angir også et behov for veiledningsgrupper for refleksjon. Enkelte engster seg ikke for en ny bølge, men anser totalbelastningen som å «brenne lyset i begge ender».

Smittevernutstyrets kvalitet og kvantitet skapte i starten forvirring og skepsis. Tanken på å hele tiden spare på det, ulike prosedyrer og beskytter det nok? En av informantene opplevde en maske som ikke holdt mål, og måtte i karantene. I tillegg opplevde de at utstyret gav sår og merker i huden. Egen sikkerhet i yrkesutøvelsen ble høyt prioritert og bidro til trygghet; «(..) *det er viktig i en slik situasjon å ta vare på hverandre (...) vi skal ha riktig beskyttelsesutstyr til de prosedyrene vi skal gjøre, vi skal ikke ta noen risiko på det (...) en brannmann slukker ikke en brann uten å ha riktig verneutstyr på seg, det samme gjelder for oss. Det må vi huske på, at vi skal ikke gamble på vår egen helse oppi det her*».

4.1.2 Usikkerhet

Informantene opplevde en enorm informasjonsflyt og manglende struktur, som i starten resulterte i høy temperatur seg imellom. Flere ulike informasjonskanaler, ofte med oppdateringer en gang om dagen, resulterte i en overordnet usikkerhet. Informantene angir at scenariotrening ville bidratt til mindre usikkerhet, men det ble utelatt i frykt for å bruke opp smittevernutstyr; *«Vi fikk tilsendt en video på det intranettet vårt. På kompetanseportalen fikk vi se på hvordan folk kledte på seg smittevernutstyr. Det er jo inspirerende (ler). Jeg kan ikke sitte å se på en video hvordan man lærer seg å strikke, og så si at jeg kan strikke etterpå. Man må faktisk erfare med egne hender.»*

4.1.3 Isolert på isolat

Yrkesutøvelse på isolat i smittevernutstyr resulterte i opplevelsen av å stå mer alene i ansvaret. Informantene var mye alene inne på rommet, måtte stole mer på seg selv, og ha en strategi på hvordan de skulle løse eventuelle akutsituasjoner; *«Da slo ryggmargsrefleksjonen min inn, jeg tenkte meg ikke spesielt om, åpnet glassdøren og sprang inn (...) to skritt inn i rommet hører jeg bare (lager en lyd) så hadde han koplet seg av respiratoren (...) Da ble det karantene på meg (...) Er du i en akutsituasjon så var du veldig alene. Da var det også veldig vanskelig å stå utenfor».* Enkelte opplevde at legene var mindre tilgjengelige, i tillegg tok det lengre tid når de først skulle inn på isolatet.

4.1.4 Verdien av kollegial lojalitet

Informantene opplevde den kollegiale lojaliteten som avgjørende. De nevnte samhold, humor og god stemning. Lagånden tilrettela for mestring i arbeidshverdagen, og de følte seg veldig passet på av hverandre. De sto sammen i det, og flere nevnte teamfølelsen der alle yter sitt beste; *«(...) avdelingen ble reddet ved at faste ansatte jobbet doble vakter og tok masse ekstra. Det var jo en kjempeinnsats fra alle faste ansatte, og selvfølgelig vikarer og alle de som kom utenifra (...) Uten teamarbeidet så hadde det rast sammen. Så der er sykepleiere fleksible (...) vi er alt for fleksible kanskje?».*

4.2 Endret arbeidshverdag

I starten av pandemien tilpasses arbeidshverdagen nye rammer for å ivareta beredskap, men også for å sikre forsvarlighet. Enkelte informanter opplever suboptimale løsninger som i praksis utfordrer yrkesutøvelsen.

4.2.1 Faglig erfaring

Selv om de fleste av informantene angir å være trygg i smittesituasjoner, ble denne situasjonen noe annet. Interessen for intensivsykepleie som fag var en tydelig motivator, hvor pasientene omtales som spennende og lærerike. Det var skremmende å se hvor dårlige de ble av akutt lungesviktsyndrom, med stor oksygeneringssvikt og derav veldig utfordrende å håndtere på respirator. I tillegg var det vanskelig når intensivbehandlingen ble forlenget i den grad at etiske dilemmaer oppsto. Det var uvisshet fra legene om hvor lenge behandlingen skulle vare, og derfor opplevde informantene frustrasjon fordi deres perspektiv ikke alltid ble hørt; (...) *prognosen var i utgangspunktet dårlig (..) det synes jeg var veldig tungt. Når du da står og snur i mageleie gang på gang (...) så var det tøft synes jeg*». Informantene opplever at intensivbehandlingen som gis er kompleks, og derfor viktig at når den ikke lykkes må pasientene få en verdig slutt.

4.2.2 En annerledes pårørendekontakt

Pårørendekontakten måtte tilpasses. Regler i forhold til fysisk besøk var i starten ikke fastslått, og mye av kontakten ble telefonisk. Noen pårørende måtte stå utenfor rommet å kikke inn. Informantene opplevde at det hadde vært lettere å forholde seg til hvis det ble bestemt at ingen fikk komme. De erfarer at optimal kommunikasjon oppnås best ved å se pårørende fysisk; «*de pasientene som ligger på respirator, blir du mindre kjent med, fordi du blir jo kjent med pasienten gjennom pårørende (...). Det er grunnleggende for mange pasienter at pårørende er til stede. Så du trenger den biten*».

4.2.3 De nye kollegaene

Informantene måtte forholde seg til flere nye kollegaer, og enkelte opplevde det som det mest stressende med hele pandemien. Det var ekstremt mye folk uten mål og mening, mange

hender, men ikke alltid riktig eller nok kompetanse. Planen var å hjelpe til, men til syvende og sist kunne de ikke håndtere respiratorpasienten alene. Informantene uttrykker at det var slitsomt å finne gode oppgaver til dem, og samtidig gjøre sin egen jobb. Det ble en ytterligere belastning, men pandemien kunne øke i omfang, og derfor var det nødvendig at de ble kjent i avdelingen; *«(...) så for meg hvordan det skulle bli når jeg skulle ha to pasienter og ha to halvveis vettskremte utkommanderende kollegaer som sier «hvordan gjør man det og det». Jeg måtte ta vare på dem i tillegg til disse to pasientene. Spesielt i starten. (...) å mestre det altså. (...) det synes jeg var vanskelig å tenke på».*

4.3 Stressfaktorer

Informantene opplever en totalsituasjon som har påvirket den mentale helsen i ulik grad.

4.3.1 Psykososial påvirkning

I starten av pandemien opplever informantene usikkerhet i hvordan viruset smitter, hvor hardt det rammer og hvor smittsomt det er. Derfor opplevde de et stort ansvar for å unngå å smitte seg selv og andre; *«Samtidig så var jeg enda mer skjerpa på smittevern. (...) Man er jo veldig redd for, det er faktisk det rette ordet – å bringe smitten på sin side av døra. Så det at jeg skulle på et vis klare å smitte meg selv eller ikke gjøre meg ren nok i det jeg gikk ut. Det var et stort ansvar med det å komme ut av isolatet».* I tillegg ble privatlivet påvirket, hvor informantene isolerte seg, var kalkulerende i hva de gjorde, og opplevde at familien måtte ta mye hensyn til deres jobb.

4.3.2 Undertrykkelse av primære behov

Informantene måtte planlegge ut fra sannsynlige pauser fra isolatet. Ved mangel på riktig kompetanse hos medkollega kunne det bli flere timer sammenhengende inne på isolat. Det opplevdes som tøft, og primære behov måtte kalkuleres; *«(...) Det gjorde noe med at du planla når du spiste, hvor mye du drakk, slik at du ikke måtte ut midt i, du fikk jo ingenting å drikke eller spise i den perioden (...) de var rimelig både tørste og sultne når de kom ut, nesten litt desperate».*

4.4 Intensivsykepleier som samfunnskritisk profesjon

Informantene opplever at pandemien har bidratt til bedre profilering av intensivsykepleie, og samtidig avslørt en kritisk mangel.

4.4.1 Yrkesstolthet

Informantene utviser en sterk yrkesidentitet. De fremmer profesjonen som en avgjørende kompetanse, og at intensivsykepleie som fag fortjener publisiteten. Likevel erfarer de at det er vanskelig for «andre» å sette seg inn i arbeidshverdagen; *«Hvis noen i organisasjonen sier: Jo, men jeg vet hvordan du har det på jobb, så blir jeg provosert. Fordi det kan de ikke vite, vi har en så spesiell jobb og er en så lukket enhet. Jeg forventer ikke at de vet hva vi holder på med. Det at det blir profilert i media med bilder og video, så skjønner de jo faktisk hvor avansert dette er. Det blir man jo litt stolt av (...). Vi kjører hjertemaskiner, lungemaskiner og nyremaskiner. Vi vet ikke helt hvordan vi setter på tvén, men dette har vi faktisk peiling på».* Samtidig uttrykte informantene frustrasjon over at det forventes innsats uten ekstra kompensasjon, som gjorde at de følte seg lite verdsatt. De opplever at intensivsykepleiere vurderer andre stillinger, som konsekvens av hvordan de har blitt behandlet i denne perioden. I tillegg foreligger det frustrasjon over at profesjonen ikke ble nok anerkjent; *«Det var en halv dags opplæring de fikk, de som skulle støtte oss om det ble fryktelig mange pasienter. Det er provoserende, at de mener at det er nok (...).».*

4.4.2 En tilpasningsdyktig profesjon

Informantene opplever en helt annen avdeling å jobbe på etter noen uker. Det er mindre smittefrykt, større erfaring i bruk av smittevernustyr og tryggere rammer. Arbeidshverdagen var mer etablert og systematisert; *«Vi var ikke godt forberedt i det hele tatt. Det ble bedre etter hvert. Når det har vært noen pasienter der, man har gått igjennom noen feiltrinn og så hva som funket og ikke, så fløt det godt på en måte».*

4.5 Formulert helhetlig forståelse

En etablert helhetlig forståelse av datamaterialet er intensivsykepleierens sterke yrkesidentitet, med dedikasjon og lojalitet til kollegaer og pasienter, uavhengig av omstendighetene.

5.0 Diskusjon

Hensikten med denne studien var å belyse intensivsykepleierens opplevelser i første bølge av pandemien. Gjennom resultatene besvares både hensikt og problemstilling, som viser til komplekse opplevelser av yrkesutøvelsen. Flere av funnene sammenfaller med andre studier, og vil i dette kapitlet diskuteres i lys av teoretisk forankring.

5.1 Diskusjon av funn

Ble Norge overveldet? I følge Phua et al. (2020) er det avgjørende å være forberedt på betydelig økt kapasitet for kritisk omsorg. Det skal foreligge planer ved økt intensivvirksomhet i Norge, med klare tiltak (Norsk Anestesiologisk Forening & NSF's landsgruppe av intensivsykepleiere, 2014). Funnene i denne studien indikerer at beredskapen ikke var tilstrekkelig i starten av pandemien, med mangel på både utstyr og kompetent personell. I tillegg måtte avdelinger ombygges til kohorter. I følge Liu et al. (2020) møter ikke raskt ombygde avdelinger kriterier og mangler utstyr. Informantene understreket at personalet ikke skal gamble på egen helse, og beredskapen bør tilrettelegge for smittevernutstyr med tilstrekkelig kvalitet og kvantitet. Helsepersonell som er trygg på infeksjonskontroll viser også lavere stressnivå (Siew E. Chua et al., 2004). Informantene angir stressfaktorer som påvirket yrkesutøvelsen, deriblant smittefrykt og fysisk ubehag av smittevernutstyret. Crowe et al. (2020) bekrefter at utstyret gav økt angst hos helsepersonell. Høyest stressnivå ble funnet hos sykepleiere som hadde maskene på lengre enn åtte timer (Hoedl et al., 2020).

Beredskap skal også fokusere på beskyttelse av personalet (Phua et al., 2020). Funn i denne studien antyder mangler i det henseende, og viser til en arbeidshverdag med enorm informasjonsflyt og lite struktur, som resulterer i usikkerhet og stress. Flere studier bekrefter at usikkerhet under pandemien bidrar til ytterligere stress og angst for helsepersonell (Arnetz et al., 2020; Crowe et al., 2020). Usikkerheten kan gi følelse av tap av kontroll, og kan påvirke yrkesutøvelsen negativt (Fernández-Castillo et al., 2021). Som funn fra denne studien viser til, vil mer scenariotrening være en bidragende faktor for økt trygghet. I tillegg indikerer funn at lojaliteten til pasienter og kollegiet førte til en fremragende lagånd, som ble en motivator for å fortsette tross utfordringene. Det sammenfaller med flere studier, hvor dedikasjonen til teamet defineres som en styrke (Crowe et al., 2020; Leng et al., 2020; Liu et al., 2020).

Et annet vesentlig funn indikerer at intensivsykepleiere står mer alene i ansvaret i yrkesutøvelsen, i kombinasjon med mindre tilgjengelige leger. Det bekreftes i studien til Leng et al. (2020) og Liu et al. (2020). Et interessant perspektiv er at leger rapporterer godt mentalt velvære under pandemien sammenlignet med annet helsepersonell, og at sykepleiere viser større sannsynlighet for å møte kriterier for depresjon og angst (Greenberg et al., 2020). Kanskje det kan relateres til kombinasjonen av smittevernutstyr i flere timer og følelsen av å stå mer alene i ansvaret for kritisk syke pasienter? I tillegg oppleves utfordringer knyttet til intensivbehandlingen. Det bekreftes gjennom studien til Arnetz et al. (2020) der sykepleierne følte på hjelpeløshet og utilstrekkelighet i forhold til pasientene. Helsepersonell opplevde depressive følelser og maktesløshet ved forverring, og lettelse ved bedring (Liu et al., 2020). Crowe et al. (2020) viser til utfordringer i å møte de fysiske, psykiske og relasjonelle behovene til pasientene uten pårørende til stede. Det sammenfaller med funn fra denne studien der optimal kommunikasjon oppnås enklere ved fysisk tilstedeværelse av pårørende.

En høy intensivaktivitet med for lite personale er assosiert med økt dødelighet av pasienter (Phua et al., 2020). Funn fra denne studien viser at riktig kompetanse har en avgjørende betydning i forhold til forsvarlighet. De nye kollegaene kan sammenlignes med å sende noen i krig uten våpen (Fernández-Castillo et al., 2021). De kan ses på som den *usmidige* novisen, der handlingene baseres på det som læres, men handlingskompetansen er fraværende (Benner, 1984). Å forutse problemer og tenke fremover er manglende egenskaper hos novisen, men er med på å definere ekspertsykepleieren. Samtidig opplever kanskje informantene i sin ekspertsykepleie å møte novisestadiet, da enkelte aspekt av pandemien ikke er en del av deres erfaring. Derav kan kollegaer med riktig kompetanse, gi et bedre grunnlag for å takle påfølgende usikkerhet og utfordringer i yrkesutøvelsen. Funnet bekreftes i flere studier, hvor personale uten riktig kompetanse gav negative erfaringer for intensivsykepleierne, og bidro til stress (Crowe et al., 2020; Fernández-Castillo et al., 2021). Helsepersonell er nervøse og manglet selvtillit i arbeidet, da patologi og behandling ikke er godt nok forstått (Liu et al., 2020).

Yrkesstolthet fremtrer av informantene som en motivator i en vanskelig tid. Det sammenfaller med studien til Crowe et al. (2020) hvor sykepleierne følte stolthet og dedikasjon som gjorde at de orket å fortsette tross utmattelse. Leng et al. (2020) fant at teamarbeidet bidro til trygghet under pandemien. Samtidig indikerer funnet fra denne studien en frustrasjon over

innsats uten kompensasjon, som kan gi konsekvenser av at man mister intensivsykepleiere. Det er alarmerende, spesielt når pandemien er bevis for det økte behovet for profesjonen (Fernández-Castillo et al., 2021).

Informantene opplevde en gradvis adaptasjon av situasjonen. Helsepersonell må tilpasse seg stadige endringer og forberedelser til økt kapasitet og ressursbruk (Phua et al., 2020). For at situasjonen skal mestres, trengs det ifølge Benner (1984) erfaring, og graden fra novise til ekspert, kan ses i relasjon med pandemiens start og slutt. I starten forelå et novisestadie, mye av handlingene ble knyttet til reglene. Etter hvert ble informantene tryggere i situasjonen, de taklet situasjonen som den ekspertsykepleieren de er, med evne til effektiv håndtering av skiftende situasjoner. Su et al. (2007) fant signifikant reduksjon av insomnia og negative følelser mot slutten av SARS-pandemien, på samme tid forelå økt kunnskap og forståelse. Det sammenfaller med funn fra denne studien, med en forbedret avdeling og yrkesutøvelse etter noen uker indikerer gradvis psykologisk adaptasjon.

5.2 Metodediskusjon

Antall fokusgruppeintervju kan være en svakhet. Antallet ble begrenset av masteroppgavens tidsramme og et pandemirammet helsevesen, og utvalget ble derfor mindre enn planlagt. Flere fokusgruppeintervju med eventuelt flere informanter kunne bidratt til mer utfyllende data. Det kan også stilles spørsmål til forskernes rolle som førstegangs-moderator. Større grupper kan generere flere ideer, samtidig kan små grupper føre til at alle informantene lettere griper ordet, noe vi som forskere opplevde. Det homogene utvalget styrker i så måte, da sjansen for bidrag fra alle informanter kan bli større (Galvin & Holloway, 2017). Det er en styrke at data er hentet fra regionalt og lokalt sykehus, som var ulikt rammet av pandemien, men hadde flere lignende opplevelser av yrkesutøvelsen under Covid-19. Det kan bidra til bedret generalisering. Det er også av betydning når denne studien er utført, altså etter første bølge. Funnene kan ha vært differensiert ved utførelse ved et annet tidspunkt.

At informantene formet dynamiske grupper, hvor ingen dominerte, førte til mindre risiko for skjevhet (Holloway & Galvin, 2017). Validiteten kan være påvirket av at studiens utgangspunkt er forskernes fagfelt. Det kan ha innvirket i analyseprosessen og hvordan vi tolket resultatene, samtidig er det en styrke da vi lettere kan forstå informantene under intervjuet (Kvale et al., 2015). Fokusgrupper er blitt kritisert for å gi overfladisk data, men

informantene gav rike og varierte beskrivelser (Galvin & Holloway, 2017). Noen er mer komfortable med å snakke fremfor en skjerm sammenlignet med fysisk tilstedeværelse, man sparer tid og det er enklere å delta. Dette styrker avgjørelsen om bruk av videokonferanse. En annen styrke er at vi har vært to forskere i hele prosessen, som gir større refleksjon og kvalitetssikring. Slik opplevde vi at vi klarte å ivareta den objektive forskerrollen.

6.0 Konklusjon

Denne studien belyser intensivsykepleiernes opplevelser av yrkesutøvelsen i første bølge av pandemien Covid-19. Gjennom analyse av to fokusgruppeintervju oppnås studiens hensikt. Ekspertsykepleieren treffer kanskje sin egen noviserolle i en kompleks, usikker og kaotisk arbeidshverdag. Intensivsykepleierne håndterer sin livs utfordring med enestående lagånd, der lojalitet til kollegiet og pasientene er drivkraften. En samfunnskritisk profesjon må ivaretas videre, også med tanke på eventuelle fremtidige pandemier, og slik kan studien implisere dagens praksis. Optimalisering avhenger ytterlig bedret beredskap, økt bemanning med riktig kompetanse og bedre lønnsvilkår.

6.1 Implikasjoner for praksis

Studien tydeliggjør opplevelsene intensivsykepleierne har, og bidrar til forbedret arbeidshverdag og kontinuering av det som oppleves som velfungerende. Det er høyst aktualisert for å sikre forsvarlig håndtering av fremtidige pandemier, men også for å sikre ivaretagelse av intensivsykepleierne som innehar livsviktig kompetanse.

6.2 Behov for videre forskning

Som forslag til videre forskning vil det være interessant å gjennomføre en større studie på samme tema når pandemien erklæres som over. For å få frem et annet perspektiv ville pasientenes opplevelse av intensivsykepleiernes yrkesutøvelse også vært interessant.

Referanser

- Arnetz, J. E., Goetz, C. M., Arnetz, B. B. & Arble, E. (2020). Nurse Reports of Stressful Situations during the COVID-19 Pandemic: Qualitative Analysis of Survey Responses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 8126.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert : excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, Calif: Addison-Wesley.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forl.
- Chua, S. E., Cheung, V., Cheung, C., McAlonan, G. M., Wong, J. W., Cheung, E. P., . . . Tsang, K. W. (2004). Psychological Effects of the SARS Outbreak in Hong Kong on High-Risk Health Care Workers. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(6), 391-393. doi: 10.1177/070674370404900609
- Chua, S. E., Cheung, V., Cheung, C., McAlonan, G. M., Wong, J. W. S., Cheung, E. P. T., . . . Tsang, K. W. T. (2004). Psychological Effects of the SARS Outbreak in Hong Kong on High-Risk Health Care Workers. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(6), 391-393. doi: 10.1177/070674370404900609
- Crowe, S., Howard, A. F., Vanderspank-Wright, B., Gillis, P., McLeod, F., Penner, C. & Haljan, G. (2020). The effect of COVID-19 pandemic on the mental health of Canadian critical care nurses providing patient care during the early phase pandemic: A mixed method study. *Intensive Crit Care Nurs*, 102999. doi: 10.1016/j.iccn.2020.102999
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019, 10.02.2019). *Generelle forskningsetiske retningslinjer* Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
- Fernández-Castillo, R. J., González-Caro, M. D., Fernández-García, E., Porcel-Gálvez, A. M. & Garnacho-Montero, J. (2021). Intensive care nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Nurs Crit Care*. doi: 10.1111/nicc.12589
- Flatlandsmo, K. S. & Hetmann, F. (2020). Slik behandles covid-19-smittede med respirasjonssvikt *Sykepleien Forskning*(108), (81179):(e-81179)(doi: 10.4220/Sykepleiens.2020.81179.
- Folkehelseinstituttet. (2020, 27.04.2020). *Fakta om viruset og sjukdommen (covid-19)*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta-og-kunnskap-om-covid-19/fakta-om-koronavirus-coronavirus-2019-ncov/?term=&h=1>
- Galvin, K. & Holloway, I. (2017). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare* (4). Chichester, West Sussex, UK John Wiley & Sons, Ltd
- Gissum, K. R. & Drageset, S. (2020). Fokusgruppeintervju fungerer utmerket som videokonferanse *Sykepleien*. doi: 10.4220/Sykepleiens.2020.82752

- Greenberg, N., Weston, D., Hall, C., Caulfield, T., Williamson, V. & Fong, K. (2020). The mental health of staff working in intensive care during COVID-19. *medRxiv*, 2020.2011.2003.20208322. doi: 10.1101/2020.11.03.20208322
- Gulbrandsen, T. & Stubberud, D.-G. (2015). *Intensivsykepleie* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Halkier, B. (2016). *Fokusgrupper* (3. udg.). Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Hoedl, M., Eglseer, D. & Bauer, S. (2020). Associations between personal protective equipment and nursing staff stress during the COVID-19 pandemic. *medRxiv*, 2020.2008.2006.20164129. doi: 10.1101/2020.08.06.20164129
- Holloway, I. & Galvin, K. (2017). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*. Hoboken: Hoboken: John Wiley & Sons, Incorporated.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., . . . Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976-e203976. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
- Leng, M., Wei, L., Shi, X., Cao, G., Wei, Y., Xu, H., . . . Wei, H. (2020). Mental distress and influencing factors in nurses caring for patients with COVID-19. *Nurs Crit Care*. doi: 10.1111/nicc.12528
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 145-153. doi: 10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x
- Liu, Q., Luo, D., Haase, J. E., Guo, Q., Wang, X. Q., Liu, S., . . . Yang, B. X. (2020). The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *The Lancet Global Health*. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30204-7
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- Ni, M. Y., Yang, L., Leung, C. M., Li, N., Yao, X. I., Wang, Y., . . . Liao, Q. (2020). Mental health, risk factors, and social media use during the COVID-19 epidemic and cordon sanitaire among the community and health professionals in Wuhan, China. *JMIR Public Health Surveill*. doi: 10.2196/19009

- Norsk Anestesiologisk Forening & NSF's landsgruppe av intensivsykepleiere. (2014). *Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge.* . Hentet fra <https://docplayer.me/128523912-Retningslinjer-for-intensivvirksomhet-i-norge.html>
- NSD. (2021). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler* Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTreffliste.action?xs=journal+of+psyc+hiatric+research&tv=true>
- NSF's Landsgruppe av intensivsykepleiere. (2017). *Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier.* : NSF's Landgruppe av intensivsykepleiere
- Phua, J., Weng, L., Ling, L., Egi, M., Lim, C.-M., Divatia, J. V., . . . Du, B. (2020). Intensive care management of coronavirus disease 2019 (COVID-19): challenges and recommendations. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(5), 506-517. doi: 10.1016/S2213-2600(20)30161-2
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research, Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10). Philadelphia Wolters Kluwer
- Su, T.-P., Lien, T.-C., Yang, C.-Y., Su, Y. L., Wang, J.-H., Tsai, S.-L. & Yin, J.-C. (2007). Prevalence of psychiatric morbidity and psychological adaptation of the nurses in a structured SARS caring unit during outbreak: a prospective and periodic assessment study in Taiwan. *Journal of psychiatric research*, 41(1-2), 119-130. doi: 10.1016/j.jpsychires.2005.12.006
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- World Health Organization. (2020, 04.05.2020). *Coronavirus* Hentet fra https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1

Vedlegg 1 – Artikkelmanus

«Det er så godt å vite, vi står sammen i det her»

En kvalitativ studie om hvordan intensivsykepleierne opplever yrkesutøvelsen i første bølge av pandemien Covid-19

Forfattere:

Lovisa Maren Stenberg. Intensivsykepleier ved Nordlandssykehuset Bodø. Masterstudent i intensivsykepleie.

Helga Bikset Bentzen. Intensivsykepleier ved Nordlandssykehuset Bodø. Masterstudent i intensivsykepleie.

Medforfatter:

Knut Dybwik. Dr. Philos/Intensivsykepleier ved Nordlandssykehuset Bodø.

Kontaktperson:

Navn: Lovisa Stenberg

Postadresse: Hålogalandsgata 100, 8008 Bodø.

E-post: lms_92@hotmail.com

Telefonnummer: 97572882

Antall ord: 2898 ord.

Antall tegn (inkludert mellomrom): 20881.

Antall figurer: 2

Antall tabeller: 2

Link til tidsskriftet:

<https://sykepleien.no/forskning>

Til redaktøren

Forfatterne vil presentere følgende forskningsartikkel; «*Hvordan opplever intensivsykepleieren yrkesutøvelsen under første bølge av Covid-19-pandemien?*».

Artikkelen er et resultat av vår masteroppgave i intensivsykepleie. Vi ble ferdig utdannet desember 2019, og allerede da var viruset Covid-19 et tema. Tre måneder senere ble det erklært pandemi, noe som skulle vise seg å påvirke vår profesjon, som ble av stor betydning. Det aktualiserte og inspirerte til forskningsprosjektet. Litteratursøk avslørte mangel på kunnskap på området, enkelte artikler fra andre land ble funnet, men vi kunne ikke finne noe skandinavisk publisert. I tillegg er det meste av tidligere forskning om opplevelser fra helsepersonell generelt, ikke spesifikt intensivsykepleiere. Artikkelen vil gi et innblikk i en intensivsykepleiers arbeidshverdag under pandemien, som kan bidra til bedre håndtering av nåværende og fremtidige pandemier. I tillegg vil den sette fokus på en yrkesgruppe som det er stor mangel av, som kanskje kan bidra til fremtidig rekruttering.

Resultatene er presentert i en masteroppgave som skal leveres 18. mai 2021. Vi vil klausulere denne i to år, forutsatt at artikkelen blir vurdert/akseptert for publisering.

Hovedforfatterne, Lovisa Stenberg og Helga Bikset Bentzen, er begge utdannet intensivsykepleiere. Vi har utført fokusgruppeintervju, transkripsjon, analyse og formulering av artikkel og kappe til masteroppgaven. Medforfatter, Dr. Philos/intensivsykepleier Knut Dybvik, har vært vår veileder gjennom hele prosessen.

Hvis artikkelen blir aktuell for dere vil vi anbefale følgende fagfeller da de begge har relevant erfaring. Habilitet er ikke et problem.

- Siv Stafseth. Intensivsykepleier ved OUS, postoperativ/intensiv. Ph.d.
- Brit Sjøbø. Intensivsykepleier ved Haukeland.

Sammendrag

Bakgrunn: Viruset SARS-COV-2 kan hos enkelte føre til akutt viral pneumoni og akutt lungesviktsyndrom, en kritisk tilstand som krever intensivbehandling. Intensivsykepleiere har en avgjørende rolle og kompetanse for å ivareta dem som blir hardest rammet. I første bølge av pandemien Covid-19, opplevde derfor intensivavdelinger økt pasientbelegg. Det eksisterer lite kunnskap om hvordan intensivsykepleierne opplever yrkesutøvelsen under pågående pandemi.

Hensikt: Få innsikt i intensivsykepleiernes opplevelse av yrkesutøvelsen, under Covid-19-pandemiens første bølge.

Metode: Kvalitativt deskriptivt design med fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Det ble gjennomført to fokusgruppeintervju med semistrukturert intervjuguide, hvor åtte intensivsykepleiere fra generelle intensivavdelinger ble rekruttert. Fenomenologisk-hermeneutisk analyse av Lindseth og Nordberg ble benyttet for å analysere datamaterialet.

Resultat: Analysen resulterte i fire tema; en ekstraordinær arbeidssituasjon, endret arbeidshverdag, stressfaktorer og intensivsykepleie som samfunnskritisk profesjon. Den helhetlige forståelsen av datamaterialet er intensivsykepleiernes sterke yrkesidentitet, med dedikasjon og lojalitet til pasienter og kollegiet, uavhengig av omstendighetene.

Konklusjon: Intensivsykepleierne har opplevd usikkerhet, redsel og kaos, men også en stolthet av profesjonen. Enestående lagånd og lojalitet for både kollegiet og pasientene var fremtredende. Forbedret beredskap, økt bemanning med riktig kompetanse og belønning for arbeidet kan optimalisere fremtidig opplevelse. Studien impliserer praksis ved å synliggjøre hvordan intensivsykepleierne opplever yrkesutøvelsen, og kan derav bidra til en bedret håndtering av pågående og eventuelle fremtidige pandemier.

Nøkkelord: Kvalitativ forskning. Fokusgruppeintervju. Intensivsykepleie. Covid-19.

Studiens kunnskapsbidrag

Hva visste man fra før?

- Pandemien har påvirket en hel verden på mange områder, men spesielt rammet er helsepersonell
- Intensivsykepleiere har en avgjørende kompetanse ved akutt, kritisk syke pasienter
- Intensivsykepleiere opplever økt arbeidsbelastning, ny og utfordrende arbeidskontekst, som påvirker yrkesutøvelsen

Hva ble gjort?

- To fokusgruppeintervju med til sammen åtte intensivsykepleiere fra Helse Midt og Helse Sør-Øst.

Hva er studiens bidrag/hva tilfører den, til hva eller hvem?

- Studien beviser at pandemien har utfordret et allerede overbelastet helsevesen, spesielt akuttberedskapen på intensivavdelinger.
- Intensivsykepleiere må håndtere kritisk syke pasienter med Covid-19 i en kompleks kontekst med smittevernustyr på isolat. Det har utfordret yrkesutøvelsen.
- Studien viser at det er avgjørende at helsevesenet innehar intensivsykepleierens kompetanse, spesielt i samfunnskriser som pågående pandemi
- Økt bemanning med *riktig* kompetanse, bedre beredskapsplaner og lønnskompensasjon kan bedre intensivsykepleierens arbeidshverdag.

Bakgrunn

11. mars i 2020 erklærte Verdens helseorganisasjon pandemi (1). Viruset SARS-COV-2 resulterte i akutt viral pneumoni og akutt lungesviktsyndrom (2). Tilstanden kan raskt bli kritisk, med behov for intensivbehandling, med invasive eller non-invasive respirasjonsstøttende tiltak (3). Tidligere pandemier har påvirket den mentale helsen til helsepersonell, med angst, posttraumatisk-stress-syndrom og depresjon i varierende grad. Beskyttende faktorer er økt kunnskap, strukturert arbeidshverdag og familiær støtte (4, 5).

Pågående pandemi har ført til at intensivsykepleiere utfordres i ny arbeidskontekst og høy arbeidsbelastning (6, 7). Omdisponert personell, økt pasientbelegg og omstrukturering er faktorer som preger arbeidshverdagen (6). Belastningen pandemien forårsaker gir en negativ påvirkning på helsepersonellens mentale helse (8-10). Viruset krever at yrkesutøvelsen skjer i smittevernutstyr på isolat, som er en bidragende faktor til økt stressnivå (8). Helsepersonell må også takle smittefrykt, restriksjoner og følelse av hjelpeløshet, der sosial støtte og egne strategier er vist å redusere blant annet angst og depresjon (7, 11, 12).

Intensivsykepleierne er en samfunnskritisk profesjon i et pandemirammet samfunn. Målet med studien er å få frem deres opplevelser.

Hensikten med studien

Det er foreløpig gjort lite forskning på intensivsykepleiernes opplevelse av pandemien, og vi kunne ikke finne skandinavisk publisert forskning på området. Det er derfor behov for mer kunnskap på dette området. Studien vil kunne ha ringvirkninger som bedret yrkesutøvelse og bedret håndtering av nåværende og fremtidige pandemier. Hensikten med studien er å få et innblikk i intensivsykepleiernes utfordringer, følelser og erfaringer etter at første bølge av pandemien var over. Følgende forskningsspørsmål ble formulert; «*Hvordan opplever intensivsykepleierne yrkesutøvelsen i første bølge av pandemien Covid-19?*».

Metode

Studien har et kvalitativt, beskrivende design (13). Fokusgruppeintervju ble benyttet som metode, hvor fenomener med felles erfaring og holdninger utforskes i et miljø det flere mennesker samhandler (14). Vi utarbeidet en semistrukturert intervjuguide (tabell 1), ikke for å følge rigorøst, men for å ha som støtte under intervjuene. Formålet var at informantene selv skulle styre samtalen og utforske egen kunnskap og opplevelse (15). Tilnærmingen er fenomenologisk-hermeneutisk, der essensiell mening studeres og åpenbares i fortolkning av transkribert tekst, hvorav hovedkonsepter ved levd erfaring fremtrer (16).

Tabell 1. Noen spørsmål fra intervjuguiden

-
- **Beskriv deres opplevelser med å jobbe som intensivsykepleier under pandemien**
 - **Beskriv deres følelser knyttet til yrkesutøvelsen under pandemien**
 - **Hvordan har det påvirket dere?**
 - **Hvordan følte det å være på isolat?**
-

Utvalg

Utvalget er strategisk og homogent for best mulig potensial og variasjon til å belyse problemstillingen (13). Avdelingsledere på respektive intensivavdelinger foreslo aktuelle kandidater, med følgende inklusjonskriterier; intensivsykepleiere som har vært ansvarlige for pasienter på isolat grunnet Covid-19, i den grad at respirasjonsstøttende tiltak var iverksatt. Åtte kvinnelige intensivsykepleiere ble inkludert, alle med ulik erfaring fra intensivavdelinger, men ingen hadde tidligere jobbet under en pandemi.

Datainnsamling

Intervjuene ble gjennomført via videokonferanse for å unngå nærkontakt med smitterisiko. Det er høyst relevant og gjennomførbart innenfor helseforskning, med oppnåelse av sensitivitet og samarbeid (15). Informantene fikk tilsendt en «brukermanual» for oppkobling, og en sikkerhetsrutine med utveksling av telefonnummer ved eventuelle problemer. For å ivareta anonymitet utførte vi intervjuene i et rom uten innsyn.

Vi hadde en løs struktur der forskerne var «profesjonell lytter», og hadde informantenes diskusjoner i fokus (17). Første intervju ble utført juni 2020. To av forfatterne deltok, en som moderator og en som sekretær, dette grunnet tidligere arbeidsforhold. I det andre intervjuet, oktober 2020, deltok alle forfatterne. Begge hadde varighet på 50 minutter, og ble tatt opp med stemmeopptaker som ble slettet etter ferdig analyse. Som forskere var vi vår forforståelse som intensivsykepleiere bevisst slik at samtalen ikke ble styrt ubevisst (14).

Analyse

Transkripsjonen ble utført verbatim av hovedforfattere rett etter gjennomføring av fokusgruppeintervjuene. Transkriptene ble aidentifisert og forsvarlig oppbevart. Lindseth og Nordberg har utviklet en fenomenologisk hermeneutisk metode for tekstanalyse som vi benyttet oss av (figur 1) (18). Målet er å finne mening og forståelse gjennom levde erfaringer, og en helhetlig forståelse av datamaterialet gjennom en tretrinnsmodell;

Figur 1. Lindseth og Norbergs tretrinnsmodell (18)

Trinn 1: Naiv lesing av datamaterialet – se etter likheter/ulikheter, skape et helhetlig og fordomsfritt førsteinntrykk av teksten, som valideres eller ugyldiggjøres i den strukturelle analysen

Trinn 2: Strukturell analyse – teksten deles inn i meningsenheter og blir kondensert og abstrahert for å forme sub-tema og tema

Trinn 3: Helhetlig forståelse av innsamlet materiale formuleres

Meningsenhetene var en del av en setning, en setning eller et avsnitt, som formidlet bare en betydning. Disse ble lest igjennom og reflektert rundt på bakgrunn av en etablert naiv forståelse, for så å bli kondensert. Deretter ble de kondenserte meningsenhetene sortert til subtema og tema (tabell 2) (18). Til slutt ble en helhetlig forståelse av datamaterialet utformet fra naiv lesing, analyse og kritisk refleksjon av forforståelse.

Tabell 2: Eksempel fra analysen: fra meningsbærende enhet til tema

Meningsenheter	Kondensering	Sub-tema	Tema
<i>«Man var vel mye alene inne på rommet, det var man, og man følte seg (...) ganske alene, men samtidig så var vi jo satt opp to og to (...) som hadde ansvar for en pasient. Det var fint at det var slik (...) Så da var man kanskje heldig at man ikke hadde så mange pasienter i slengen da»</i>	Kunsten å stole på seg selv	Isolert på isolat	Ekstraordinær arbeidssituasjon
<i>Det å ha en våken koronapasient (...) Det blir veldig annerledes å ha på respirator da, å håndtere helt andre problemer, kanskje mer på det psykiske, den biten der og.. Men du hadde jo de som var styggdårlig, de som hadde svær oksygeneringssvikt (...) veldig utfordrende og håndtere med respiratoren og de tingene der. Men de var veldig forskjellige.</i>	Den komplekse Covid-pasienten	Faglig erfaring	Endret arbeidshverdag

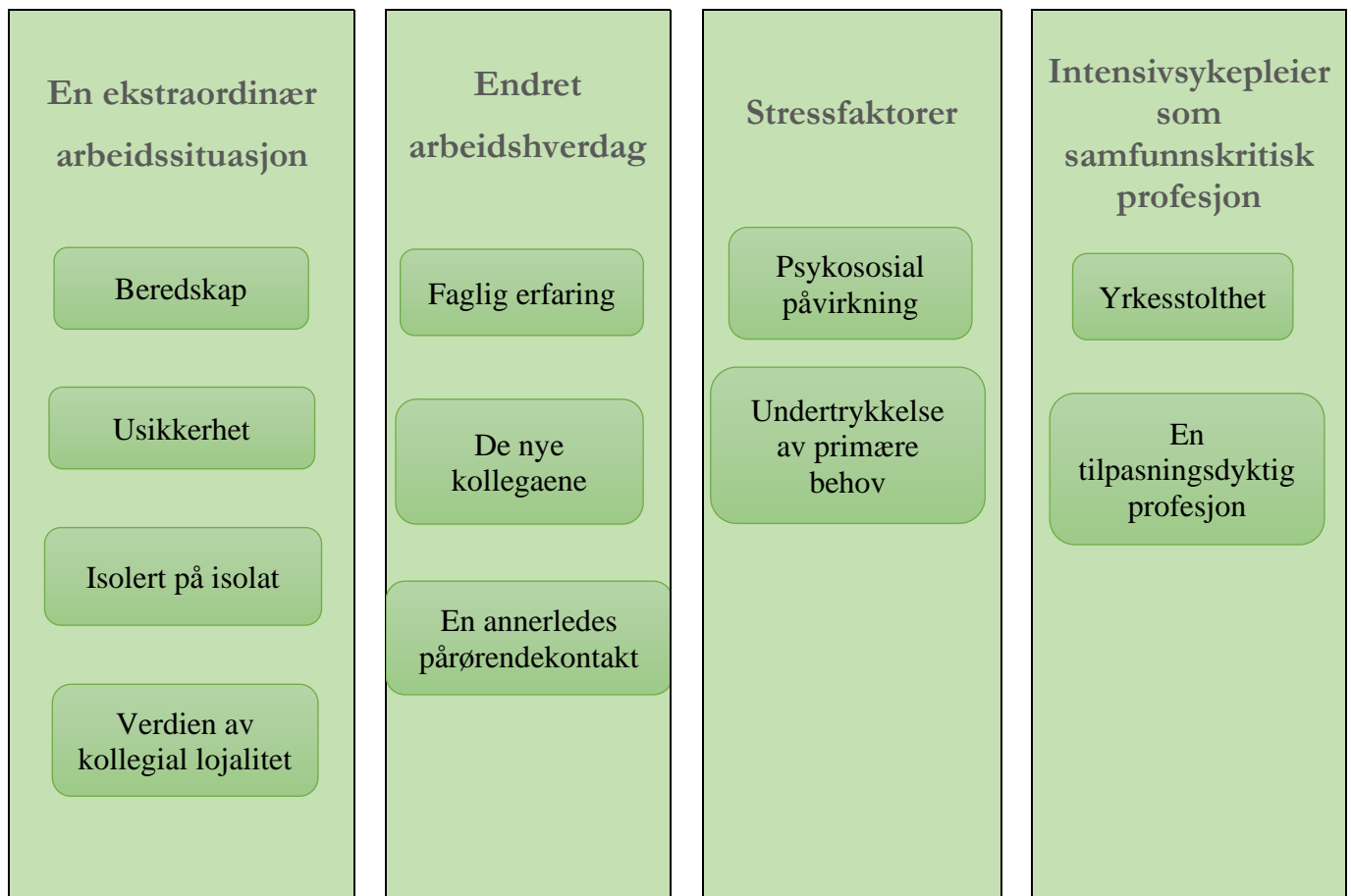
Etiske overveielser

Studien ble tilrådet av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD), referansekode 966749. Det ble gitt muntlig godkjenning for prosjektet av avdelingsledere på respektive intensivavdelinger. De generelle forskningsetiske retningslinjene danner bakgrunnen for studien (19). Informantene undertegnet samtykkeerklæring etter muntlig og skriftlig informasjon om studien.

Resultater

Analysen identifiserte fire temaer med to til fire sub-tema (figur 2). Den helhetlige forståelsen av datamaterialet er at intensivsykepleierne har en sterk yrkesidentitet, med dedikasjon og lojalitet til pasienter og kollegiet, uavhengig av omstendighetene.

Figur 2. Resultat presentert som tema med sub-tema:



En ekstraordinær arbeidssituasjon

Informantene opplevde beredskapen som utfordrende allerede før pandemien startet.

Potensielt kunne det bli et pasientbelegg som ble vanskelig å håndtere forsvarlig. Derfor uttrykte de bekymring for bemanning og turnus. Ved eventuell ny bølge opplever informantene at organisering må bedres, hvor intensivsykepleiere involveres i planlegging da de forstår hvor ressurskrevende en smittepasient er. De opplever at uklare prosedyrer, mangel på utstyr og uklar kommunikasjon fra ledelsen er viktige ting å forbedre. Informantene opplever også et behov for veiledningsgrupper til refleksjon.

Kvantitet og kvalitet på smittevernutstyret var en bekymring. En av informantene fikk en maske som ikke holdt mål, og måtte i karantene. I tillegg gav utstyret sår og merker i huden. Egen sikkerhet i yrkesutøvelsen ble høyt prioritert og bidro til trygghet; *«det er viktig i en slik situasjon å ta vare på hverandre (...) vi skal ha riktig beskyttelsesutstyr til de prosedyrene vi skal gjøre, vi skal ikke ta noen risiko på det (...) en brannmann slukker ikke en brann uten å ha riktig verneutstyr på seg, det samme gjelder for oss. Det må vi huske på, at vi skal ikke gamble på vår egen helse oppi det her».*

I starten forelå en enorm informasjonsflyt og manglende struktur som resulterte i høy temperatur i kollegiet, og følelsen av å gå litt på «tå hev». Flere ulike informasjonskanaler med hyppige oppdateringer resulterte i en overordnet usikkerhet. Informantene angir at scenariotrening ville bidratt til mindre usikkerhet, men ble utelatt grunnet rasjonering av smittevernutstyr; *«vi fikk tilsendt en video på intranettet vårt. På kompetanseportalen fikk vi se hvordan folk kledde på seg smittevernutstyr. Det er jo inspirerende (ler). Jeg kan ikke sitte å se på en video hvordan man lærer seg å strikke, og så si at jeg kan strikke etterpå. Man må faktisk erfare med egne hender.»*

Yrkesutøvelse på isolat i smittevernutstyr førte til opplevelse av å stå mer alene i ansvaret. Enkelte uttrykte at legene var mindre tilgjengelig, og når de først skulle inn på isolatet tok det lengre tid. Informantene måtte stole mer på seg selv, og ha en strategi på hvordan de skulle løse eventuelle akutsituasjoner alene; *«Da slo ryggmargsrefleksen min inn, jeg tenkte meg ikke spesielt om, åpnet glassdøra og sprang inn (...) to skritt inn i rommet hører jeg bare (lager en lyd) så hadde han koplet seg av respiratoren (...) Da ble det karantene på meg (...) Er du i en akutsituasjon så var du veldig alene. Da var det også veldig vanskelig å stå utenfor». Arbeidshverdagen ble håndtert takket være kollegial lojalitet, samhold og lagånd. De følte seg passet på av hverandre; *«(...) avdelingen ble reddet ved at faste ansatte jobbet doble vakter og tok masse ekstra. Det var jo en kjempeinnsats fra alle faste ansatte, og selvfølgelig vikarer og alle de som kom utenfra (...) Uten teamarbeidet så hadde det rast sammen. Så der er sykepleiere fleksible (...) vi er alt for fleksible kanskje?».**

Endret arbeidshverdag

Informantene opplevde pasientene som spennende og lærerike. Det var skremmende å se hvor dårlige de ble av akutt lungesviktsyndrom, med stor oksygeneringssvikt og derav en

utfordring å håndtere på respirator. Samtidig fant informantene seg i etiske dilemmaer og opplevde en usikkerhet fra legene om hvor lenge behandlingen skulle vare. Derfor oppsto frustrasjon fordi informantene ikke alltid følte seg hørt; «(...) prognosen var i utgangspunktet dårlig (..) det synes jeg var veldig tungt. Når du da står og snur i mageleie gang på gang (...) så var det tøft synes jeg».

Pårørendekontakten måtte tilpasses, og mye av kontakten ble telefonisk. Regler var ikke fastslått, og informantene opplevde at det hadde vært lettere å forholde seg til hvis det ble bestemt at ingen fikk komme. En optimal kommunikasjon var lettere å oppnå ved fysisk tilstedeværelse av pårørende; «de pasientene som ligger på respirator, blir du mindre kjent med, fordi du blir jo kjent med pasienten igjennom pårørende (...). Det er grunnleggende for mange pasienter at pårørende er til stede. Så du trenger den biten».

Informantene opplevde nye kollegaer som det mest stressende med hele pandemien. Det var ekstremt mye folk uten mål og mening, mange hender men ikke alltid riktig eller nok kompetanse. De nye kollegaene kunne ikke håndtere respiratorpasienten alene. Det ble en ytterligere belastning for informantene, men pandemien kunne bli forverret, og derfor var det nødvendig så de ble kjent i avdelingen; «(...) så for meg hvordan det skulle bli når jeg skulle ha to pasienter og ha to halvveis vettskremte utkommanderende kollegaer som sier «hvordan gjør man det og det». Jeg måtte ta vare på dem i tillegg til disse to pasientene. Spesielt i starten. (...) å mestre det altså. (..) det synes jeg var vanskelig å tenke på».

Stressfaktorer

I starten av pandemien opplever informantene usikkerhet i hvordan viruset smitter, hvor hardt det rammer og hvor smittsomt det er. Ansvar for å unngå å smitte seg selv og andre var stort; «Samtidig så var jeg enda mer skjerpa på smittevern. (...) Man er jo veldig redd for, det er faktisk det rette ordet – å bringe smitten på sin side av døra. Så det at jeg skulle på et vis klare å smitte meg selv eller ikke gjøre meg ren nok i det jeg gikk ut. Det var et stort ansvar med det å komme ut av isolatet». Privatlivet ble påvirket, informantene isolerte seg, var kalkulerende i hva de gjorde, og opplevde at familien måtte ta mye hensyn til deres jobb.

Informantene måtte planlegge ut fra sannsynlige pauser fra isolatet. Mangel på riktig kompetanse kunne føre til flere timer sammenhengende inne på isolat; «det gjorde noe med at

du planla når du spiste, hvor mye du drakk, slik at du ikke måtte ut midt i, du fikk jo ingenting å drikke eller spise i den perioden (...) de var rimelig både tørste og sultne når de kom ut, og nesten litt desperate».

Intensivsykepleier som samfunnskritisk profesjon

Informantene utviser sterk yrkesidentitet, og fremmer profesjonen som en avgjørende kompetanse; *«Hvis noen i organisasjonen sier: Jo, men jeg vet hvordan du har det på jobb, så blir jeg provosert. Fordi det kan de ikke vite, vi har en så spesiell jobb og er en så lukket enhet. Jeg forventer ikke at de vet hva vi holder på med. Det at det blir profilert i media med bilder og video, så skjønner de jo faktisk hvor avansert dette er. Det blir man jo litt stolt av (...). Vi kjører hjertemaskiner, lungemaskiner og nyremaskiner. Vi vet ikke helt hvordan vi setter på tvén, men dette har vi faktisk peiling på».* Informantene opplevde seg lite verdsatt, at en slik innsats forventes uten ekstra kompensasjon. De uttrykte at intensivsykepleiere vurderte andre stillinger, som konsekvens av hvordan de har blitt behandlet. I tillegg foreligger frustrasjon over at profesjonen intensivsykepleie ikke ble nok anerkjent; *«Det var en halv dags opplæring de fikk, de som skulle støtte oss om det ble fryktelig mange pasienter. Det er provoserende, at de mener at det er nok (...).»*

Noen uker ut i første bølge av pandemien oppleves yrkesutøvelsen som bedret med mindre smittefrykt, større erfaring i bruk av smittevernustyr og bedre struktur. De adapterte seg til en annerledes arbeidshverdag; *«vi var ikke godt forberedt i det hele tatt vil jeg si. Det ble bedre etter hvert. Men når det har vært noen pasienter der (...) man hadde gått igjennom noen feiltrinn og så hva som funket og ikke, så fløt det godt på en måte.»*

Diskusjon

En tilstrekkelig beredskap?

Tidlig forberedelse av betydelig økt kapasitet for kritisk omsorg vil minske risikoen for å bli overveldet av pandemien (20). Funn i denne studien indikerer at beredskapen ikke var tilstrekkelig i starten av pandemien, med mangel på utstyr og kompetent personell.

Avdelingen måtte tilpasses for logistikk, det kunne bli behov for mer utstyr enn det som var tilgjengelig. Liu, Luo (7) fant at avdelinger som raskt ble ombygd møtte ikke kriteriene og manglet utstyr når de ble satt opp, noe som sammenfaller med informantenes opplevelser. En del av beredskapen var omdisponert personell. En høy intensivaktivitet med for lite personell er assosiert med høy dødelighet av pasienter (20). Det kan sammenlignes med å sende noen i krig uten våpen (6). Funn fra denne studien indikerer at riktig kompetanse har en avgjørende betydning i forhold til forsvarlighet. De omdisponerte var nervøse og manglet selvtillit i arbeidet da patologi og behandling ikke var godt nok forstått (7).

Beredskap skal også fokusere på beskyttelse av personalet (20). Funn fra denne studien viser at smittevernutstyr hadde mangler ved kvalitet og kvantitet, og gav fysisk ubehag. Det bekreftes i flere studier, som også refererer til økt angst, med høyeste stressnivå rapportert hos sykepleiere som hadde maskene på lengre enn 8 timer (9, 21, 22). Et annet funn avdekker en arbeidshverdag med enorm informasjonsflyt og lite struktur. Flere studier viser til at usikkerheten gir ytterlig stress og påvirker yrkesutøvelsen negativt (6, 9, 11). Informantene angir at mer scenariotrening ville vært en bidragende faktor for økt trygghet.

Alene i ansvaret?

Et annet vesentlig funn indikerer at intensivsykepleiere står mer alene i ansvaret i yrkesutøvelsen, i kombinasjon med mindre tilgjengelige leger. Det bekreftes i studien til Leng, Wei (23) og Liu, Luo (7). Et interessant perspektiv er at leger rapporterer godt mentalt velvære under pandemien sammenlignet med annet helsepersonell, og at sykepleiere viser større sannsynlighet for å møte kriterier for depresjon og angst (10). Kanskje er det kombinasjonen av smittevernutstyr i flere timer og følelsen av å stå mer alene i ansvaret for kritisk syke pasienter? I tillegg oppleves utfordringer knyttet til intensivbehandlingen.

Pasientene omtales som spennende og lærerik av informantene, likevel vanskelig å håndtere ved forlenget behandling. Arnetz, Goetz (11) fant også at sykepleiere følte på hjelpeløshet og utilstrekkelighet i forhold til pasientens tilstand og behandling. I tillegg ble også pårørendekontakt en utfordring i forhold til smitterisiko og rasjonering av smitteutstyr. Ved avslutning fikk de være til stede, men ellers ble telefonisk kontakt opprettholdt. Det er utfordrende å møte de psykiske og relasjonelle behovene til en pasient uten pårørende til stede (9). I tillegg vil smittevernutstyr gjøre det vanskelig for pasienten å identifisere sykepleieren, som kan forsterke relasjonelle problemer (6). Det sammenfaller med funn fra denne studien, som viser til enklere oppnåelse av optimal kommunikasjon ved fysisk tilstedeværelse av pårørende.

Beskyttelse mot stressfaktorer

Faktorer som smittevernutstyr, smittefrykt og ny arbeidskontekst er mentale stressfaktorer (7). Funn fra denne studien indikerer at stressfaktorene også ble en del av privatlivet, informantene følte på et ansvar utenfor arbeidstiden, spesielt i forhold til å smitte seg selv eller andre. De håndterte situasjonen gjennom lojalitet til kollegiet og pasienter hvor en fremragende lagånd ble formet. Dette sammenfaller med flere andre studier, hvor dedikasjon til teamet var en styrke og en motivator for å fortsette arbeidet (7, 9, 23).

Yrkesstolthet

Yrkesstolthet fremtrer som et viktig funn i denne studien. Det sammenfaller med studien til Crowe, Howard (9) hvor sykepleierne følte stolthet og dedikasjon som gjorde at de orket å fortsette tross utmattelse. Leng, Wei (23) fant at teamarbeidet bidro til trygghet under pandemien. Samtidig indikerer funnet fra denne studien en frustrasjon over innsats uten kompensasjon, som kan gi konsekvenser av at man mister intensivsykepleiere. Det er alarmerende, spesielt når pandemien er bevis for det økte behovet for profesjonen (6). Funn fra denne studien viser til en gradvis adaptering av situasjonen, hvor profesjonen omtales som *for* fleksibel. Su, Lien (5) fant signifikant reduksjon av insomnia og negative følelser mot slutten av SARS-pandemien, på samme tid forelå økt kunnskap og forståelse. Det sammenfaller med informantenes opplevelser av en forbedret avdeling og yrkesutøvelse noen uker ut i pandemien, som indikerer gradvis psykologisk adaptasjon.

Metodiske betraktninger

Antall fokusgrupper ble begrenset av masteroppgavens tidsramme og et pandemiutsatt helsevesen, utvalget ble derfor mindre enn planlagt. Det kan være en svakhet. For å oppnå metning kunne flere fokusgrupper gitt mer utfyllende data. Små grupper tilrettelegger bedre for at alle informanter blir hørt å lettere uttrykker sin mening, noe vi forskere opplevde (13). At studien har utgangspunkt i forfatterens eget fagfelt kan ha påvirket validiteten. Det kan ha hatt innvirkning på hvordan vi analyserte og tolket resultatene (24). Samtidig er det en styrke da det bidrar til større forståelse av datamaterialet, og vårt kjennskap til informantenes kontekst og faguttrykk bidro til bedre flyt under intervjuet. Det er av betydning at studien er utført etter første bølge. Funnene kan ha vært differensiert ved utførelse på et annet tidspunkt.

En homogen gruppe kan gi mindre nyansert kunnskap, men samtidig gi større sjanse for bidrag fra alle informanter (13, 25). Fokusgrupper er blitt kritisert for å gi overfladisk data, men informantene i denne studien delte erfaringer og opplevelser som bidro til nye refleksjoner og tanker (13). En annen styrke er at vi har vært to forskere i hele prosessen, som gir rom for større refleksjon og kvalitetssikring. Slik klarte vi å ivareta den objektive forskerrollen.

Konklusjon

Intensivsykepleierne har opplevd usikkerhet, redsel og kaos, men også en stolthet av profesjonen ledsaget av enestående lagånd og lojalitet for kollegiet og pasientene. Ytterlig bedret beredskap, økt bemanning med riktig kompetanse og belønning for arbeidet som utføres er tiltak som kan optimalisere fremtidig opplevelse. Tydeliggjøring av dette gjør at studien kan implisere dagens praksis, og dermed bidra til en bedret arbeidshverdag for intensivsykepleierne, og bedret håndtering av nåværende og fremtidige pandemier.

Referanser

1. Helsedirektoratet. Bakgrunn og faser i epidemien Helsedirektoratet 2020 [updated 28.04.2020 Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/beredskap-og-krisehandtering/koronavirus/prioriteringsrad-til-sykehjem-og-hjemmebaserte-tjenester-covid-19/bakgrunn-og-faser-i-epidemien>.
2. World Health Organization. Coronavirus World Health Organization 2020 [updated 04.05.2020. Available from: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1.
3. Gulbrandsen T, Stubberud D-G. Intensivsykepleie. 3. utg. ed. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2015.
4. Chua SE, Cheung V, Cheung C, McAlonan GM, Wong JW, Cheung EP, et al. Psychological Effects of the SARS Outbreak in Hong Kong on High-Risk Health Care Workers. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2004;49(6):391-3.
5. Su T-P, Lien T-C, Yang C-Y, Su YL, Wang J-H, Tsai S-L, et al. Prevalence of psychiatric morbidity and psychological adaptation of the nurses in a structured SARS caring unit during outbreak: a prospective and periodic assessment study in Taiwan. *J Psychiatr Res*. 2007;41(1-2):119-30.
6. Fernández-Castillo RJ, González-Caro MD, Fernández-García E, Porcel-Gálvez AM, Garnacho-Montero J. Intensive care nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Nurs Crit Care*. 2021.
7. Liu Q, Luo D, Haase JE, Guo Q, Wang XQ, Liu S, et al. The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *The Lancet Global Health*. 2020.
8. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*. 2020;3(3):e203976-e.
9. Crowe S, Howard AF, Vanderspank-Wright B, Gillis P, McLeod F, Penner C, et al. The effect of COVID-19 pandemic on the mental health of Canadian critical care nurses providing patient care during the early phase pandemic: A mixed method study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2020:102999.
10. Greenberg N, Weston D, Hall C, Caulfield T, Williamson V, Fong K. The mental health of staff working in intensive care during COVID-19. *medRxiv*. 2020:2020.11.03.20208322.

11. Arnetz JE, Goetz CM, Arnetz BB, Arble E. Nurse Reports of Stressful Situations during the COVID-19 Pandemic: Qualitative Analysis of Survey Responses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(21):8126.
12. Ni MY, Yang L, Leung CM, Li N, Yao XI, Wang Y, et al. Mental health, risk factors, and social media use during the COVID-19 epidemic and cordon sanitaire among the community and health professionals in Wuhan, China. *JMIR Public Health Surveill*. 2020.
13. Holloway I, Galvin K. *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*. Hoboken: Hoboken: John Wiley & Sons, Incorporated; 2017.
14. Malterud K. *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.; 2012.
15. Gissum KR, Drageset S. *Fokusgruppeintervju fungerer utmerket som videokonferanse Sykepleien*. 2020.
16. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research, Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* 10 ed. Philadelphia Wolters Kluwer 2017.
17. Halkier B. *Fokusgrupper*. 3. udg. ed. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2016.
18. Lindseth A, Norberg A. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2004;18(2):145-53.
19. De nasjonale forskningsetiske komiteene. *Generelle forskningsetiske retningslinjer 2019* [updated 10.02.2019. Available from: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>.
20. Phua J, Weng L, Ling L, Egi M, Lim C-M, Divatia JV, et al. Intensive care management of coronavirus disease 2019 (COVID-19): challenges and recommendations. *The Lancet Respiratory Medicine*. 2020;8(5):506-17.
21. Lan J, Song Z, Miao X, Li H, Li Y, Dong L, et al. Skin damage among health care workers managing coronavirus disease-2019. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2020;82(5):1215-6.
22. Hoedl M, Eglseer D, Bauer S. Associations between personal protective equipment and nursing staff stress during the COVID-19 pandemic. *medRxiv*. 2020:2020.08.06.20164129.
23. Leng M, Wei L, Shi X, Cao G, Wei Y, Xu H, et al. Mental distress and influencing factors in nurses caring for patients with COVID-19. *Nurs Crit Care*. 2020.
24. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2015.

25. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring. 3. utg. ed. Oslo: Universitetsforl.; 2011.

Vedlegg 2 – Forfatterveiledning Sykepleien Forskning

Sykepleien Forskning er et norsk, fagfellevurdert vitenskapelig nivå-1-tidsskrift som skal fremheve og formidle kunnskap som er relevant for alle aspektene av sykepleieutøvelsen. Tidsskriftet utgis av Norsk Sykepleierforbund og er indeksert i CINAHL. Tidsskriftet søker å publisere artikler av høy kvalitet, der både forfattere og tidsskriftet følger kriterier for høy vitenskapelig standard og internasjonale konvensjoner.

Sykepleien Forskning henvender seg spesielt til utøvende helsepersonell, studenter på alle nivåer og forskere, men også andre med interesse for å søke aktuell helserelevant kunnskap. Tidsskriftets mål er å publisere kunnskap som kan bidra til å styrke grunnlaget for og kvaliteten på sykepleieutøvelsen, sykepleierutdanningen og den sykepleievitenskapelige metodeutviklingen. Videre er det et mål at tidsskriftet skal bidra til å stimulere sykepleiefaglig forskning og fagutvikling, samt fremme og underbygge faglige og fagpolitiske diskusjoner og refleksjoner. Forskningsartiklene vi publiserer, er fritt tilgjengelige for alle via internett, noe som innebærer at kunnskapen raskt når ut til mange lesere. Alle publiserte artikler oversettes til engelsk og er dermed tilgjengelige også for internasjonale lesere.

Dobbelt- eller sekundærpublikasjon

Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskript til andre vitenskapelige tidsskrifter for bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet eller resultatene skal ikke ha vært publisert i et annet vitenskapelig tidsskrift. Med tidligere publisering menes også publisering i allment tilgjengelige former som rapporter, aviser, magasiner og på internett, for eksempel i institusjonelle arkiver. Hvis manuskriptet bygger på resultater som også er presentert i avlagt masteroppgave, må forfatterne opplyse om dette samt om hvor lenge masteroppgaven er klausulert i en eventuell nettversjon, for å unngå plagiering/dobbeltpublisering. [Se her for råd til masterstudenter](#). Hvis du er i tvil om manuskriptet er en dobbelt- eller sekundærpublikasjon, må du ta kontakt med redaktøren for avklaring.

Sjekkliste for rapportering

Alle artikkelmanuskripter som sendes til redaksjonen, skal følge denne forfatterveiledningen. Manuskripter som ikke følger veiledningen, blir returnert til forfatterne, selv om innholdet er relevant for tidsskriftet. Forfatterne skal følge, fylle ut og legge ved følgende sjekkliste for rapportering av forskning:

- for kvalitative studiedesign: [SRQR](#) eller [COREQ](#)
- for kvantitative studiedesign: [STROBE](#) for observasjonsstudier og [CONSORT](#) for randomiserte, kontrollerte studier
- for systematiske litteraturstudier: [PRISMA](#) eller [PRISMA-ScR](#)

Lengde på manuskriptet

Standard tillatte ordramme er maksimalt 3000 (ikke iberegnet sammendrag, figurer, tabeller og referanser). Begrenset unntak fra ordrammen kan vurderes for manuskripter av høy vitenskapelig kvalitet som rapporterer fra kvalitative studier eller systematiske litteraturstudier. Avvik fra ordrammen skal angis og begrunnes i følgebrev til redaktøren (cover letter). Eventuelt unntak vurderes i hvert enkelt tilfelle og i dialog mellom kontaktforfatteren og redaktøren. Merk at en utvidet ordramme ikke kan benyttes til en mer omfattende resultatdel, som for eksempel å legge inn flere sitater – men heller for å styrke metodedelene av manuskriptet der det er nødvendig.

Format og struktur

Artikkelmanuskriptet med alle vedlegg skrives i Microsoft Word-programmets .doc- eller docx-form.

- All tekst skrives med teksttypen Times New Roman, skriftstørrelse 12.
- Overskriftene markeres med fet skrift.
- Linjeavstand skal være 1,5.
- Ikke bruk rett høyremarg.
- Fotnoter skal ikke brukes.
- Tabeller og figurer fremstilles sist i hovedmanuskriptet, på en egen side etter referanselisten.
- Figurer som er bilder, lastes opp i riktig format (TIFF, JPG, PNG) og med høy oppløsning. Bilder skal lastes opp som egne filer og ikke limes inn i Word-dokumentet.

Tittel

Tittelen skal med så få, men presise ord som mulig beskrive artikkelens innhold, hensikt og metode. Sammen med sammendrag og nøkkelord er tittelen avgjørende for å skape interesse og gi synlighet. Redaksjonen lager en egen fronttittel til forsiden Sykepleien.no og sosiale medier.

Overskrift

Overskriftene (mellomtittlene) i den løpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med fet skrift. Forfatterne oppfordres til å lage flere mellomtitler, særlig i resultatdelen og i diskusjonen, som viser hva avsnittene handler om. Redaksjonen kan foreslå mellomtitler der det vurderes som hensiktsmessig med tanke på artikkelens lesbarhet på ulike digitale flater, som for eksempel mobiltelefon. Mellomtittler er i tillegg søkbare, slik at gode mellomtitler øker sjansen for treff ved søk og gjør det lettere for leserne å følge med og orientere seg i artikkelen.

Språk

Språket i artiklene bør ha en aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging:

- Eksempel på aktiv setning: Vi undersøkte om tiltaket hadde en effekt. (Subjektet som utfører handlingen, er synlig – vi undersøkte ...)
- Eksempel på passiv setning: Det ble undersøkt om tiltaket hadde effekt. (Subjektet er ikke synlig – hvem undersøker ...?)

Bruken av fremmedord bør begrenses. Fremmedord skal forklares, og forkortelser skal skrives fullt ut første gangen de forekommer i teksten.

Struktur

Artiklene skal struktureres etter IMRAD-prinsippet (Introduction, Methods, Results and Discussion):

- innledning
- metode
- resultater
- diskusjon

Manuskriptets oppbygning og innhold

Artikkelmanuskriptet skal ha følgende oppbygning og innhold:

Sammendrag

Forfatterne fremstiller kun et norsk sammendrag. Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres med følgende overskrifter:

- bakgrunn
- hensikt
- metode
- resultat
- konklusjon

Sammendraget skal være på maksimalt 300 ord. Oppgi tre–fem nøkkelord som du enten kan velge fra listen som kommer opp i ScholarOne, eller som du kan legge til selv. Nøkkelordene skal være unike og ikke brukt i tittelen. Bruk helst norske MeSH-begreper. Disse finner du på

nettsiden mesh.uia.no. Angi minst ett nøkkelord som viser hvilket forskningsdesign som er anvendt.

Introduksjon

Her gis en introduksjon til emnet/tematikken og bakgrunn for studien, som inkluderer en litteraturgjennomgang som beskriver nyere og aktuell forskning innen det samme emnet/temaet, og som begrunner behovet for at studien artikkelen beskriver, ble gjennomført. Litteraturgjennomgangen skal belyse forskningsfronten på et område, inkludere relevant internasjonal forskning og avdekke kunnskapshull. Denne delen av manuskriptet skal forklare behovet for studien gjennom å utvikle en argumentasjonsrekke (en problemstilling).

Studiens hensikt skal beskrives under en egen overskrift, og målet med studien kan beskrives dersom det er hensiktsmessig. Forskningsspørsmål og/eller hypoteser beskrives til slutt i introduksjonskapittelet og legger føringer for beskrivelse av design og metode.

Metode

Forfatterne skal oppgi forskningsdesign og beskrive og begrunne metode(r) som ble benyttet i studien. Unngå generelle metodebeskrivelser, som «kvalitative intervjuer» eller «kvantitativ spørreundersøkelse». Beskriv konkret og presist hvilke(n) type(r) metode(r) som ble brukt, alltid underbygget av metodelitteratur. Gjennom beskrivelse av metode skal det komme frem hvordan validitet og reliabilitet ble ivaretatt. Utvalg og utvelgelsesprosess skal gjøres rede for, begrunnes og underbygges av metodelitteratur. Datainnsamlingsmetode skal gjøres rede for, begrunnes og underbygges av metodelitteratur. Oppgi i hvilken tidsperiode dataene ble samlet inn, og av hvem.

Bearbeiding og analyse av dataene skal gjøres rede for, begrunnes og underbygges av metodelitteratur. Ved kvalitative studiedesign skal analyseprosessen fra rådata til hovedfunn illustreres i en tabell eller figur. Er studien vurdert av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), personvernombud / Norsk senter for forskningsdata (NSD) eller andre relevante instanser, skal dette beskrives og referansenummeret oppgis. Om studien ikke er vurdert av de ovennevnte instansene, skal dette også oppgis og begrunnes. Ethiske overveielser utover forskningsetikk skal, der det er hensiktsmessig, diskuteres – for eksempel der forskningsobjekter er i sårbare situasjoner, eller kan være utsatt for stigmatisering.

Tillatelser til å bruke eksisterende spørreskjemaer må være innhentet, hvis relevant. Egenutviklet spørreskjema, intervjuguide og beskrivelse av søk, inkludert resultater, fra minst én database ved litteraturstudier må gjøres tilgjengelig for fagfeller ved å laste disse opp når manuset og tilhørende filer sendes inn.

Resultater

Her presenteres resultatene som besvarer studiens problemstilling og/eller forskningsspørsmål i en logisk rekkefølge og uten tolkning eller diskusjon. Hovedfunn beskrives i tekst før

resultater fremstilles i tabeller. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren. Bruk overskrifter/mellomtitler som viser hvilke(t) resultat(er) som presenteres i avsnittene under.

Diskusjon

Studiens resultater diskuteres i relasjon til hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål og i lys av annen nasjonal og internasjonal relevant forskning. Diskusjonen skal inkludere en metodediskusjon, der studiens styrker og svakheter gjøres rede for og diskuteres. Bruk overskrifter/mellomtitler som viser hva som diskuteres i avsnittene under.

Konklusjon

Konklusjonen beskriver hva studiens bidrag er (til hva eller hvem), og skal fullt ut underbygges av studiens resultater.

Figurer og tabeller

Artikkelen kan maksimalt ha til sammen fem figurer og tabeller (for eksempel tre tabeller og to figurer eller omvendt). Disse skal være en del av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene). Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig. Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten. Figurene og tabellene skal ha en kort og informativ overskrift. Mer spesifikk informasjon skrives under figuren/tabellen. Figurer og tabeller bør tåle forminskning til ulike nettfomater, som nettbrett og mobiltelefon.

Referanser

Referanser angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen. Antallet referanser begrenses normalt til 30. For artikler som beskriver litteraturstudier, kan antallet referanser overstige 30 samlet sett, men referanser som ikke kan relateres til resultatet av litteratursøk, skal ikke overstige 30. Alle referanser som finnes på internett, skal ha oppgitt korrekt nettadresse samt nedlastingsdato. Tilleggsinformasjon, som «tilgjengelig fra», «nedlastet», «red.» og «utg.», skrives på norsk, ikke engelsk.

Vedlegg 3

INFORMASJONSSKRIV

Vil du delta i forskningsprosjektet; *“Hvordan opplever intensivsykepleierne yrkesutøvelsen i første bølge av pandemien Covid-19?”*. Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å kartlegge intensivsykepleiernes opplevelser i forhold til nevnte tema. Dette skrivet gir deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Forskningsprosjektet er en masteroppgave hvor vi som forskere er utdannet intensivsykepleiere. Formålet er som nevnt ovenfor. Følgende problemstilling er et utgangspunkt;” *“Hvordan opplever intensivsykepleierne yrkesutøvelsen i første bølge av pandemien Covid-19?”*. Det er tenkt å besvares gjennom to fokusgruppeintervju med 4-8 deltakere på to forskjellige sykehus. Prosjektet planlegges å bli publisert som en artikkel i et vitenskapelig tidsskrift.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Nord Universitet er ansvarlig, nærmere bestemt veileder Knut Dybwik.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi benytter oss av et strategisk utvalg. Rekruttering av informanter vil skje i samråd med aktørene selv. Vi tar kontakt med avdelingslederen deres, som videre vil foreslå hvem av dere som er aktuelle. Inklusjonskriteriene for utvalget er intensivsykepleiere som har jobbet med pasienter som er isolert grunnet Covid-19. Respirasjonsstøttende tiltak skal være iverksatt.

Hva innebærer det for deg å delta?

Det innebærer at du deltar på et fokusgruppeintervju, hvor det er ønskelig med 4-6 informanter. Intervjuet vil ta maks en time, og omhandler veiledende spørsmål som bidrar til diskusjon om nevnte tema. Det være seg holdninger, tanker og erfaringer. Opplysningene registreres med lydopptak og vil transkriberes, samt oppbevares på to ulike digitale enheter. Det kan også være aktuelt å bruke grunnleggende bakgrunnsinformasjon som allerede er tilgjengelig offentlig. Dette kan f.eks. være opplysninger som utdanning, yrke og alder.

Det er frivillig å delta

Du deltar frivillig i dette prosjektet, og kan når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun vi som forskere og veileder som vil ha tilgang til opplysningene. Navnet og kontaktopplysningene dine vil vi erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data, lagret på atskilte enheter. Informantene vil ikke kunne gjenkjennes i en publikasjon.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 18. mai 2021. Datamaterialet fra intervjuet vil da bli slettet. Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg
- få slettet personopplysninger om deg
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet)
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra Nord Universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Nord Universitet ved Knut Dybwik tlf. 99786077. Mail: kdybwik@gmail.com
- Lovisa Stenberg, tlf. 97572882. Mail: lms_92@hotmail.com
- Helga Bikset Bentzen tlf. 91668865. Mail: helgab_8@hotmail.com

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55582117
- Vårt personvernombud Torill Irene Kringen. Mail: personvernombud@nord.no

Med vennlig hilsen

Dr. Philos/intensivsykepleier Knut Dybvik (veileder)

Masterstudenter/Intensivsykepleiere Lovisa Stenberg, Helga Bentzen

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet "*Hvordan opplever intensivsykepleierne yrkesutøvelsen i første bølge av pandemien Covid-19?*", og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til å delta i intervju:

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, mai 2021;

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4

Semistrukturert intervjuguide

1. Beskriv deres opplevelser med å jobbe som intensivsykepleier under pandemien.
2. Hvilke utfordringer har dere møtt?
3. Hvordan har det påvirket dere?
4. Beskriv deres følelser knyttet til yrkesutøvelsen under pandemien.
5. Hvordan følte det å være på isolat?
6. Hvordan har samarbeidet/samhold med kollegaer vært?
7. Hva føler dere er den største utfordringen med pandemien?
8. Hvordan tenker dere om beredskapen?
9. Hva tenker dere kunne vært gjort bedre?
10. Er det noe dere vil tilføye?

Vedlegg 5

Utdrag fra analyseprosessen

Meningsenheter	Kondensering	Sub-tema	Tema
<p>Det handler om beredskapssiden (..) Nå har vi testet det en gang, med nok folk, men ikke riktig kompetanse</p> <p>(...) det er forventet en topp igjen i oktober, jeg håper den ikke kommer, jeg håper den ikke blir verre enn det vi har hatt nå</p>	Den eventuelle nye koronabølgen	Beredskap	En ekstraordinær arbeidssituasjon
De aller fleste av oss er veldig trygg i de fleste smittesituasjoner, men dette ble definitivt noe annet (...)	Den komplekse Covid-pasienten	Faglig erfaring	Endret arbeidshverdag
(..) opplever at folk (...) bryr seg. Setter pris på den jobben vi gjør. (...) jeg føler selv at jeg er mer stolt av yrket mitt nå egentlig.	Intensivsykepleie på dagsorden	Yrkesstolthet	Intensivsykepleier som samfunnskritisk profesjon
«Det var en halv dags opplæring de fikk, de som skulle støtte oss om det ble fryktelig mange pasienter. Det er provoserende, at de mener at det er nok (...). Jeg synes det er bra at det har blitt fokus på betydningen av intensivsykepleie, det har jo koronaen medført. Kanskje flere faktisk ser litt hva vi driver på med».			
Det er klart vi følte jo alle på den der redselen på at tar du med det hjem (...) for konsekvensene for alle rundt oss ville blitt så stor.	Ansvar utenfor jobb	Psykososial påvirkning	Stressfaktorer

Vedlegg 6

Innvilget søknad fra NSD

Datert 14.05.2020

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 14.05.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

Datert 26.01.2021

Behandlingen av personopplysninger er vurdert av NSD. Vurderingen er:

NSD har vurdert endringen registrert 22.01.2021. Vi har nå registrert 15.05.2021 som ny sluttdato for forskningsperioden. Vi gjør oppmerksom på at ytterligere forlengelse ikke kan påregnes uten at utvalget informeres om forlengelsen. NSD vil følge opp ved ny planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til videre med prosjektet!

Vedlegg 7: Oversikt over litteratursøk

Tabell 1: MeSH-termer, norske og engelske søkeord

	P: Pasient/Populasjon	I: Fenomenet/erfaring/ opplevelse	Co: Konteksten/sammenhengen
	Intensivsykepleier/intensivpasient	Pandemi/kritisk sykdom/akutt lungesviktsyndrom/koronavirus	Intensivavdeling/Intensivsykepleie/Covidenhet/Kohort
MeSH-termer engelsk	Critical care nurse OR Intensive care nurse	Pandemics OR SARS-Virus OR Virus OR Coronavirus infections OR Critical illness OR Catastrophic illness OR Outbreak	Intensive Care Units OR Critical care nursing
MeSH-termer norsk	Intensivsykepleier	Pandemier OR SARS-CoV or SARS-Coronavirus OR SARS-virus OR Sars-coronavirus OR Severe acute respiratory syndrome virus OR Coronavirusinfeksjoner OR Kritisk sykdom OR livstruende tilstand OR utbrudd	Intensivavdelinger ved sykehus OR Intensivsykepleie
Engelske søkeord	«Intensive care nurse» OR «Critical care nurse» OR «nursing» OR «nurse» OR «health care workers» OR «Intensiv care patient» OR «Critical ill	«Outbreak» OR «Covid-19» OR «stress» OR «psychosocial» OR «pandemic Covid-19» OR «pandemic SARS» OR «ARDS» OR «experience»	«ICU» OR «Intensive care nursing» OR «intensive care unit» OR «Covidcohort» OR «Covid-unit»
Norske søkeord	«Intensivsykepleier» OR «intensivpasient» OR «helsepersonell»	«opplevelse» OR «erfaring» OR «pandemi» OR «psykososial påvirkning» OR «stress» OR «opplevelser»	«Intensivavdeling» OR «kohort» OR «Covid-enhet»

Tabell 2: Eksempel på hvordan søkeord ble kombinert for å komme frem til aktuelle forskningsartikler

Database	Kombinasjon av søkeord	Avgrensning	Treff	Antall brukte	Årstall
The Lancet	Covid-19 AND health care workers	Covid-19	161	2	2020
PubMed	Psychosocial AND nurse* AND SARS AND outbreak	Ingen	168	1	2007
PubMed	Nursing AND Pandemic	Ingen	243	2	2004, 2020
PubMed	Intensive care nurses AND Covid-19	Ingen	323	3	2021, 2020
Google Scholar	Intensive care nurse* AND Covid-19 AND Stress	Etter 2020	>20 000	3	2020
SveMed+	Intensivsykepleier* AND erfaring AND Covid-enhet	Peer reviewed	0	0	