

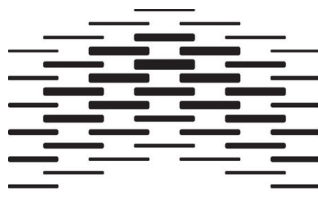
MASTEROPPGAVE
Mastergrad i intensivsykepleie
MINT5900

OsloMet – Storbyuniversitetet
Februar, 2018

«Det er ingenting som ikke kan løses»

Heidi Johansen

Fakultet for helsefag
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

FORORD

Ideen til denne masteroppgaven kom til i løpet av tiden som student i videreutdanning i intensivsykepleie. Før jeg begynte på intensivstudiet hadde jeg jobbet 5 år som sykepleier på sengepost, og 1 år på intensiv. Ofte har jeg gjennom disse årene reflektert over at det vi som sykepleiere og intensivsykepleier opplever hver eneste dag, for de aller fleste mennesker er de ekstreme ytterkanter. Intensivpasientene og deres pårørende blir tvunget til å møte det som antageligvis er deres verste mareritt. Pasientene vi møter er i en biologisk krise, og pårørende en psykologisk. Pasientens prognose er ofte usikker. Noen ganger ender det godt, andre ganger ender det med at pasienten dør. Mine refleksjoner rundt dette har dreid seg både rundt hvordan jeg som intensivsykepleier kan gjøre meg selv best mulig rustet både til å ivareta pasienters medisinske behov, og pasienten og deres pårørendes psykososiale og emosjonelle behov. Jeg benyttet derfor denne masteroppgaven som en gylden anledning til å gå ut og spørre de mest erfarne intensivsykepleierne jeg kunne finne, om hvilke strategier nettopp de bruker for å mestre utfordringer i sin arbeidshverdag. Det har vært en lang og utfordrende prosess, samtidig som jeg hele tiden har følt meg veldig heldig. Jeg har lært enormt mye, både om forskningsprosessen og kvalitativ metode, men ikke minst om mitt eget yrke, intensivsykepleie.

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til informantene som har deltatt i denne studien. Takk for at jeg fikk låne av tiden deres, og for at dere gav meg innsikt i deres refleksjoner om intensivsykepleieyrket.

Jeg vil også gjerne rette en takk til min veileder Anne Eikeland, som har vært like blid og imøtekommende hver eneste gang jeg banket på kontoret hennes. Tusen takk for konstruktiv kritikk, god faglig veiledning og motivasjon.

En ekstra takk går til Minna, Oda og Hiwa, for gode råd, støtte og motivasjon underveis i prosessen.

SAMMENDRAG

Bakgrunn

Denne studien er gjennomført i forbindelse med masterprogram i intensivsykepleie ved Oslo Metropolitan University. Studien omhandler de utfordringer intensivsykepleiere møter i sin arbeidshverdag, og hvilke strategier som benyttes for å mestre disse.

Studiens problemstilling er som følger:

Hvilke strategier benytter intensivsykepleiere for å mestre utfordringer i sin arbeidshverdag?

Metode

Det er i denne studien anvendt kvalitativ metode. Det er utført individuelle semistrukturerte intervju av fem intensivsykepleiere, rekruttert ved strategisk utvalg.

Resultat

Intensivsykepleiere benytter både problemfokuserte og følelsesfokuserte mestringsstrategier for å mestre utfordringer i sin arbeidshverdag. De ulike mestringsstrategier kan kategoriseres i henhold til følgende tematikk:

- Kommunikasjon knyttet til pasientbehandling
- Variasjon i arbeidshverdagen
- Fleksible arbeidstider
- Bearbeidelse av situasjoner og hendelser
- Bevisst bruk av tidligere erfaringer

Konklusjon

Intensivsykepleiere møter et bredt spekter av utfordringer i sin arbeidshverdag. Hvorvidt intensivsykepleieren er istandgjort til å mestre disse, påvirker hvorvidt man velger å bli i yrket eller ikke. Slik sett kan kunnskap om strategier for mestring av utfordringer i arbeidshverdagen relateres ikke bare til mestring som isolert fenomen. Det kan også benyttes som kunnskapskilde til hva som kan bidra til at flere intensivsykepleiere velger å bli i yrket, og dermed hvordan bevare viktig kompetanse på intensivavdelingen.

Nøkkelord

Intensivsykepleie, mestringsstrategier, utfordringer

ABSTRACT

Background

This study has been conducted as a part of the Master's Program in Intensive Care Nursing at Oslo Metropolitan University. The study addresses the challenges intensive care nurses face in their daily work, and the coping strategies used to cope with these.

The study poses the following research question:

What strategies do intensive care nurses use to cope with challenges in their daily work?

Method

The study has a qualitative design, and was performed with individual, semi-structured interviews performed among a purposive sample of 5 intensive care nurses.

Results

Intensive care nurses use both problem-focused and emotion-focused coping strategies to cope with challenges in their daily work. The different coping strategies can be categorized according to the following themes:

- Communication related to patient treatment
- Variety in daily work
- Flexibility in working hours
- Processing of situations and events
- Intentional use of previous experiences

Conclusions

Intensive care nurses face a wide range of challenges in their daily work. Whether the intensive care nurse is able to cope with these, also influence their intention to leave.

Therefore knowledge concerning coping strategies in connection to the challenges intensive care nurses face in their daily work, is not only interesting in relation to coping as an isolated phenomena. It can also be used as a source of knowledge about how to reduce intensive care nurses' turnover intention, and how to maintain important expertise in the intensive care unit.

Keyword

Intensive care nurse, coping strategies, challenges

FORORD	S. 2
SAMMENDRAG	S. 3
ABSTRACT	S. 4
1.0 INTRODUKSJON	S.8
1.1 Bakgrunn	S. 8
1.2 Studiens hensikt	S. 9
1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål	S. 9
1.4 Begrepsavklaring	S. 10
2.0 KUNNSKAPSSØK	S. 10
2.1 Redegjørelse av kunnskapssøk	S. 10
2.2 Presentasjon av tidligere forskning relatert til denne studien	S. 13
2.2.1 Faglige utfordringer	S. 13
2.2.2 Organisatoriske utfordringer	S.14
2.2.3 Utfordringer knyttet til tverrfaglig samarbeid	S. 15
2.2.4 Etske problemstillinger	S. 15
2.2.5 Utfordringer knyttet til intensivsykepleierens egne opplevelser og følelser i møte med intensivpasienten og dens pårørende	S. 15
2.3 Kildekritikk	S. 16
3.0 TEORI	S. 18
3.1 Lazarus og Folkmans teori om stress og mestring	S. 18
3.1.1 Stress	S. 18
3.1.2 Mestring	S. 18
3.2 Intensivsykepleierens funksjon og ansvar	S. 19
3.2.1 Klinisk betydning	S. 19
3.2.2 Fag- og forskningsrelatert betydning	S. 19
4.0 DESIGN OG METODE	S. 20
4.1 Kvalitativ metode	S. 21
4.2 Datainnsamling	S. 21
4.3 Intervjuguide	S. 22
4.4 Rekrutteringsprosess	S. 23

4.5	Forskningsetiske overveielser	S. 23
4.6	Utvalg og gjennomføring av intervju	S. 25
4.6.1	Strategisk utvalg	S. 25
4.6.2	Praksisnær forskning	S. 26
4.6.3	Prosjektlogg og pilottesting	S. 27
4.6.3	Gjennomføring av intervju	S. 27
4.7	Transkribering	S. 28
4.8	Reliabilitet og validitet	S. 29
4.8.1	Reliabilitet	S. 29
4.8.2	Validitet	S. 29
4.9	Analyse av datamateriale	S. 30
4.9.1	Fenomenologisk tilnærming	S. 31
4.9.2	Trinnvis analyse	S. 31
5.0	PRESENTASJON AV FUNN	S. 32
5.1	Kommunikasjon knyttet til pasientbehandling	S. 34
5.2	Variasjon i arbeidshverdagen	S. 36
5.3	Fleksible arbeidstider og lønn	S. 37
5.4	Bearbeidelse av situasjoner og hendelser	S. 38
5.5	Bevisst bruk av tidligere erfaringer	S. 41
6.0	DRØFTING AV FUNN	S. 42
6.1	Strategier for mestring av faglige utfordringer	S. 42
6.2	Strategier for mestring av organisatoriske utfordringer	S. 45
6.3	Strategier for mestring av utfordringer knyttet til tverrfaglig samarbeid	S. 47
6.4	Strategier for mestring av etiske problemstillinger	S. 49
6.5	Strategier for mestring av utfordringer knyttet til intensivsykepleierens egne opplevelser og følelser i møte med intensivpatienten og dens pårørende	S. 52
6.6	"Det er ingenting som ikke kan løses"	S. 55
7.0	STYRKER OG SVAKHETER VED DENNE STUDIEN	S. 56
	LITTERATURLISTE	S. 58

Vedlegg 1: Godkjenning fra Norsk Sender for Forskningsdata

Vedlegg 2: Endringsskjema

Vedlegg 3: Bekreftelse på endring

Vedlegg 4: Meldeskjema til kompetansesenter for personvern og sikkerhet

Vedlegg 5: Tillatelse fra kompetansesenter for personvern og sikkerhet

Vedlegg 6: Søknad om tillatelse til å utføre forskningsarbeid ved (...)

Vedlegg 7: Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet

Vedlegg 8: Prosjektbeskrivelse, kortversjon. Vedlegg til søknad om tillatelse til å utføre forskningsarbeid ved (...), og forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet.

Vedlegg 9: Intervjuguide med forskningsspørsmål

1.0 INTRODUKSJON

1.1 Bakgrunn

Intensivsykepleiere har spesialkompetanse i å utøve sykepleie til akutt og kritisk syke, og har et viktig medansvar i pasientbehandling, og oppfølging av pårørende (Stubberud, 2015). Jobben som intensivsykepleier innebærer en kompleksitet mellom det høyteknologiske i form av avansert medisinsk-teknisk utstyr, raske fokusskifte, uforutsigbarhet og ansvar for å gi optimal pleie og omsorg til kritisk syke pasienter (Isacson, Nilson & Sällström, 2001; McGrath, 2008; Hayes, Bonner & Pryor, 2010; Mason, Leslie, Lyons, Walke & Griffin, 2014; Trousselard et al., 2015).

Utbrenthet og stress blant intensivsykepleiere har blitt et stadig mer aktuelt tema (Epp, 2012). Mange faktorer er identifisert som medvirkende årsaker til dette, heriblant faktorer knyttet til arbeidsmiljø, turnusarbeid og den generelle arbeidsbelastning som innebærer stort ansvar for kritisk syke pasienter. Ofte med akutte forløp, usikker prognose og tragiske utfall (Healy & Tyrell, 2011; Mason, et. al., 2014, Trousselard et al., 2015). Til tross for at vi vet mye om hva som er utfordrende med å arbeide på en intensivavdeling, vet vi lite om hvordan man kan forebygge negative konsekvenser av dette i form av stress, mistriivsel, utbrenthet eller at intensivsykepleieren i siste instans velger å forlate yrket, (Siffleet, Willims, Rapley & Slatyer, 2015; Epp, 2012).

Prognoser fra 2017 viste at Norge allerede innen tre år kan mangle 1000 intensivsykepleiere. Dette kan i følge daværende leder for Norsk Sykepleieforbunds Landsgruppe for Intensivsykepleiere (NSFLIS) Sigbjørn Flatland resultere økt overtid og merarbeid for intensivsykepleierne, og i forlengelsen av dette fare for pasientsikkerheten dersom situasjonen resulterer i langvarig intensivsykepleiemangel (Dolonoen, 2017). En undersøkelse utført av Ansesenteret indikerer at 44 prosent jobber overtid, som fyller tilsammen 380 årsverk for hele ABIO (anestesi-, barn-, intensiv- og operasjonssykepleie) tilsammen. Hver tredje ABIO-sykepleier sier at de ikke ser for seg å være i yrket frem til pensjonsalder (Dolonen, 2015).

Mangelen på intensivsykepleiere bekreftes også av internasjonale studier. Dette parallelt med at behovet for kompetente intensivsykepleiere øker i takt med demografiske endringer, og rask utvikling innen medisin og medisinsk teknologi. Mangel på intensivsykepleiere i

klinikken er både et økonomisk problem i form av utstrakt bruk av vikarbyrå og mer tid brukt på opplæring av nyansatte, og et direkte problem for pasienten i form av lavere sykepleier-pasient-ratio, og dermed dårligere oppfølging (Burgess, Irvine & Wallymahmed, 2010; van Dam, Meewis & van Der Heijden, 2012; Myhren, Ekeberg & Stokland, 2013; Hayes, et. al., 2010).

På bakgrunn av dette ønsker jeg å studere intensivsykepleieres erfaringer og opplevelser knyttet til utfordringer intensivsykepleiere møter i arbeidshverdagen, og mestringsstrategier brukt for å håndtere disse. Studien skal gjennomføres som en kvalitativ studie, ved hjelp av individuelle, semistrukturerte intervju.

1.2 Studiens hensikt

Hensikten med studien er å beskrive hvilke utfordringer intensivsykepleiere opplever i sin arbeidshverdag, og å finne ny kunnskap om hvilke mestringsstrategier erfarne intensivsykepleiere benytter for å håndtere disse. Studiens hovedfokus vil være sentrert rundt strategier for mestring.

Som tidligere beskrevet finnes det et betydelig antall forskningsartikler som peker på *at* arbeidsmiljø og -belastning på en intensivavdeling for mange oppleves svært utfordrende (Bogaert et al., 2017; Van Dam, et. al., 2012; Epp, 2012).

Jeg har derimot gjort relativt få funn som beskriver hvilke strategier intensivsykepleiere benytter for å håndtere dette. Dette tenker jeg er et godt utgangspunkt for videre forskning. Arbeidstilfredshet hos intensivsykepleiere er ikke viktig bare for den enkelte intensivsykepleier, men også for den aktuelle avdeling for å redusere turnover og øke kompetanseutviklingen, og dessuten for at pasienter og pårørende skal sikres et optimalt behandlingstilbud (Bogaert et al., 2017; Myhren, Ekeberg & Stokland, 2013). Intensjonen er at denne studien skal være et relevant bidrag til arbeidet med å opprettholde og utvikle sykepleiekompetanse på intensivavdelinger, gi økt kunnskap om intensivsykepleieres arbeidshverdag og mestringsstrategier, og i forlengelsen av dette også økt kunnskap om hvordan redusere turn-over.

1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

Denne studien tar utgangspunkt i følgende problemstilling:

Hvilke strategier benytter intensivsykepleiere for å mestre utfordringer i sin arbeidshverdag?

For å besvare problemstillingen har forskeren utarbeidet fem forskningsspørsmål. Disse tar utgangspunkt i funn fra tidligere forskning, samt Lazarus og Folkmans teorier om mestring (1984). Forskningsspørsmålene legger videre grunnlag for studiens intervjuguide, og lyder som følger:

Hvilke strategier benytter du for å mestre faglige utfordringer?

Hvilke strategier benytter du for å mestre organisatoriske utfordringer?

Hvilke strategier benytter du for å mestre utfordringer knyttet til tverrfaglig samarbeid?

Hvilke strategier benytter du for å mestre etiske problemstillinger?

Hvilke strategier benytter du for å mestre utfordringer knyttet til egne opplevelser og følelser i møte intensivpasienten og dens pårørende?

1.4 Begrepsavklaring

Litteraturen bruker ulike begreper når de omtaler forhold knyttet til tematikken i denne studien, definert som *mestring av utfordringer i arbeidshverdagen*. Noen utforsker begreper som stress og utbrenthet, andre på jobbtilfredshet, eller arbeidstilfredshet. (Hayes et. al., 2010; Healy & Tyrrell, 2011; Trousselard, et. al., 2015). Intensjonen var å benytte et åpent begrep, som inviterte informantene til å gjøre egne assosiasjoner og svare fritt. Intensjonen var å ikke legge føringer for informantens beskrivelser av egne opplevelser og erfaringer, men å åpne opp for alle mulige alternativer. Hvilke *utfordringer* som skal mestres står derfor åpent, og defineres i denne studien delvis gjennom funn fra tidligere forskning, og delvis av informantene selv. Begrepet utfordring vil i denne studien beskrive det intensivsykepleieren skal mestre.

2.0 KUNNSKAPSSØK

2.1 Redegjørelse av kunnskapssøk

I innledende fase av denne studien ble det utført et systematisk kunnskapssøk relatert til studiens problemsstilling. Målsetningen var å finne kunnskap om hvilke arbeidsbelastninger, fysiske, psykiske og emosjonelle, intensivsykepleiere opplever i hverdagen. Dernest ønsket man å finne forskning som gav kunnskap om hvilke mestringsstrategier intensivsykepleiere benytter i møte med disse. Kunnskapssøket ble i hovedsak utført i forbindelse med utarbeidelsen av studiens prosjektbeskrivelse, i løpet av august og september 2016. Et

oppfølgingsøk ble utført etter oppstart med selve masteroppgaven, mellom januar og mars 2017. Som supplement til tidligere forskning om emnet, er det også trukket inn teori om intensivsykepleieyrket fra Gulbrandsen & Stubberud (2015), samt Lazarus og Folkmans teori om stress og mestring (1984). Studiens aktualitet ses også i lys av Intensivsykepleierens funksjon og ansvar, yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, veileder for Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling samt aktuelt lovverk.

Det ble i forkant av kunnskapssøket utarbeidet søkeord, som illustrert her:

P Population	I Intervention	C Comparison	O Outcome
Critical care nurse	Workload, expected work load, staff work load		Psychological adaption
Intensive care nurse	Emotional stress, emotional factors		Coping strategy, coping behavior, coping skill
	Expected burden, emotional burden, cognitive burden		Lived experience, experience
	Distress, moral distress		
	Strain		
	Percieved work stress		
	Work situation		

Litteratursøk har blitt utført i databasene Cinahl, Medline og Pubmed. Cinahl er en database med hovedvekt på sykepleie og kvalitativ forskning, noe som gjorde den særlig relevant for nettopp denne studien. Medline og Pubmed overlapper hverandre i stor grad, i og med at Pubmed er gratisversjonen av Medline. Disse databasene har sin hovedvekt på medisin, sykepleie og andre helsefag. Via litteraturlister ble det også gjort funn av artikler fra databasen ProQuest. Der finnes artikler innen medisin, helsefag, sykepleie, helseadministrasjon og psykologi (Høyskolen Oslo og Akershus, 2018). Søkene er utført alene, og sammen med bibliotekar i veiledningsgruppe. Et søk kunne eksempelvis se slik ut: Critical Care Nurse OR Intensive Care Nurse AND Workload OR Emotional Stress OR

Coping Strategy, MH Critical Care Nursing. AND ble brukt for å spesifisere søket, det vil si kun inkludere artikler som innehold Intensive Care Nurse/Intensive Care Nurse OG Workload. OR ble brukt for å utvide søket, det vil si finne forskningsartikler som innehold Critical Care Nurse ELLER Intensive Care Nurse (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinar, 2012). Det ble ved noen av søkene også spesifisert for tema (subheadings), for eksempel Ethical issues, Methods og Psychological factors og Evaluation. Ved senere kontrollsøk gav dette type søk 1172 treff. De fleste søk gav enten mange treff, over tusen, eller ingen treff. Det var med andre ord utfordrende å få spesifikke nok søk. Årsaken til dette kan ligge i at søkeordene ikke var presise nok, og jeg ikke i tilstrekkelig grad benyttet MeSH-termer, Medical Subject Headings (Nortvedt, et. al., 2012).

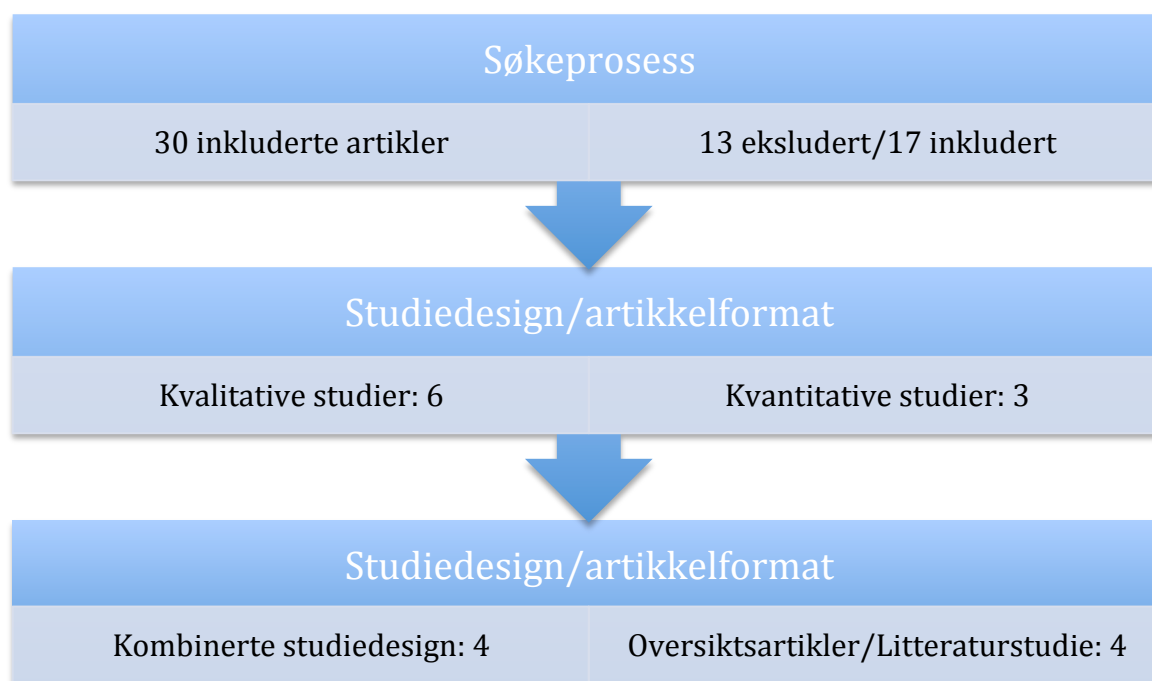
Artiklenes relevans ble i første omgang valgt på bakgrunn av studiens tematikk og problemstilling, og vurdert på bakgrunn av artikkelens abstract. De ble videre vurdert i henhold til de valgte inklusjons- og eksklusjonskriterier. Artiklene ble deretter gjennomgått med sjekklister for vitenskapelige artikler, lastet ned fra folkehelseinstituttets nettsider. Disse sjekklister er utarbeidet for å vurdere de ulike artiklenes kvalitet, og differensierer mellom ulike studiedesign.

Søkene er begrenset til å gjelde intensivsykepleiere som jobber med voksne intensivpasienter. Kun skandinaviske og engelskspråklige artikler er inkludert, da dette er de språkene forskeren selv behersker. Noen av artiklene omhandler på andre yrkesgrupper enn intensivsykepleiere. Disse ble likevel inkludert på bakgrunn av at dette er studier som sammenligner arbeidsforhold hos de ulike yrkesgruppene, eksempelvis mellom intensivsykepleiere og leger. Tidsavgrensningen satte ble i utgangspunktet satt til 10 år. Dette for å sikre at studiens kunnskapsgrunnlag skulle fundamentere på så oppdatert forskning som mulig. Ved å inkludere forskning utført lengre enn 10 år tilbake, ville man stå i fare for å inkludere utdaterte data, det vil si kunnskap som ikke lenger er gyldig i praksis. Det ble valgt å ikke inkludere studier fra pediatrike intensivenheter. Dette for å få et så likt, og dermed sammenlignbart, datagrunnlag som mulig. Tilslutt ble ikke-europeiske studier ekskludert. Dette også for å sikre at alle studiene i størst mulig grad skulle være sammenlignbare i henhold til helsevesenets struktur og organisering. Med intensjon om å oppnå størst mulig bredde i kunnskapsgrunnlaget, ble det ikke lagt begrensninger for hvilke type studiedesign som ble inkludert.

Inklusjons- og eksklusjonskriteriene kan skjematisk fremstilles slik:

INKLUSJONSKRITERIER	EKSKLUSJONSKRITERIER
Intensivsykepleiere	Publikasjonsdato eldre enn 10 år
Jobber med voksne intensivpasienter	Pediatrik intensivheter
Både kirurgisk og medisinsk intensiv	Ikke-europeiske studier.

Summert for alle databaser ble i det i første omgang inkludert 30 artikler. Etter nærmere vurdering av disse ble 13 ekskludert. Dette enten på bakgrunn i at artikkelens vurderte kvalitet på bakgrunn av en mangelfull metodebeskrivelse, eller at tematikken viste seg å ikke stå i god nok relasjon til denne studiens problemstilling.



2.2 Presentasjon av tidligere forskning relatert til denne studien

2.2.1 Faglige utfordringer

Litteraturen beskriver intensivsykepleie som et yrke med høye krav til den enkelte om å ha inngående kunnskap og kompetanse i et fagfelt som er i rask utvikling. Intensivsykepleiere jobber i et høyteknologisk miljø, og i situasjoner som preges av raske fokusskifte og høyt tempo. Mulighet til å holde seg faglig oppdatert, og å ha tilgang på faglige ressurser i arbeidsmiljøet beskrives som vesentlig (Mason et. al., 2014; McGrath, 2008).

En kvalitativ studie utført av Boström, Magnusson & Engström (2011) utført på intensivsykepleiere som arbeider innen traumatologi, pekes det på at erfaring i seg selv er en faktor som bidrar til at intensivsykepleieren opplever seg bedre forberedt og i stand til å håndtere faglig utfordrende situasjoner. Intensivsykepleierne i den samme studien beskriver også hvordan de bruker standardiserte protokoller, og har fokus på tydelig kommunikasjon for å redusere feil og kunne handle raskt.

2.2.2. Organisatoriske utfordringer

En kvalitativ studie fra 2014 (Olausson, Ekebergh & Österberg) belyser utfordringer knyttet til intensivsykepleieres arbeidssted, selve intensivrommet. Her konkluderes det med at de arkitektoniske forhold på arbeidsplassen i stor grad kan påvirke hvordan intensivsykepleieren opplever å kunne ivareta pasienten, og i forlengelsen av dette også grad av trivsel på jobben. En annen studie undersøker intensivsykepleiers opplevelser knyttet til å arbeide i et høyteknologisk miljø, med utstrakt bruk av avansert medisinsk teknisk utstyr. Denne studien konkluderer med at erfarne intensivsykepleiere ser på teknologien først og fremst som hjelpemiddel i pleien og behandlingen av pasienten, og ikke som en hindring fra å gi omsorg. Det understrekes likevel at det fordrer trening og erfaring for å mestre det å arbeide i et så høyteknologisk miljø, og at uerfarne intensivsykepleiere kan oppleve dette som krevende. (McGrath, 2008; Epp, 2012).

Balanse mellom jobb og fritid, og mulighet for selv å ha innvirkning på arbeidstider beskrives som viktig. Videre er opplevelsen av respekt og støtte fra ledelsen viktige faktorer for opplevd trivsel på jobben (Hayes, et. al., 2010). En svensk litteraturstudie rapporterer turnusarbeid, konstant høy arbeidsbelastning, følelsen av ikke å kunne påvirke ledelsesbeslutninger og dårlig arbeidsmiljø som andre organisatoriske faktorer av betydelig art for mange intensivsykepleiere (Isacson, et.al., 2001). Andre forskningsartikler peker dessuten på viktigheten av å tilby gode avtaler for lønn, arbeidstid og turnus, som sentrale virkemiddel for å bevare erfarne intensivsykepleiere i klinikken (Burgess, et. al., 2010; Hayes, et. al., 2010). Mulighet for faglig utvikling og et stimulerende arbeidsmiljø beskrives som viktig ikke bare som en viktig faktor for den enkelte intensivsykepleier, men også som avgjørende for å kunne tilby pasientene optimal pleie og behandling (Van Dam, et.al., 2012).

Andre organisatoriske faktorer som overbelegg, manglende ledelse, ujevne kvalifikasjoner og grad av erfaring hos de ansatte blir også problematisert (Healy & Tyrrell, 2011)

2.2.3 Utfordringer knyttet til tverrfaglig samarbeid

Beslutningstaking knyttet til avslutning av behandling, beskrives som utfordrende både i form av å være en etisk problemstilling, og i forhold til hvordan man kommuniserer rundt dette i behandlingsteamet. Studier beskriver at intensivsykepleiere i noen situasjoner i liten grad opplever å bli involvert i diskusjoner knyttet til pasientbehandling, og at dette kan oppleves som en sentral stressfaktor. Godt samarbeid med ledelsen og andre yrkesgrupper ble gjentatt som betydningsfullt for å oppnå økt opplevelsen av mestring (Isacson, et.al., 2001; Fernandes & Moreira, 2012; Van Bogaert, et. al., 2017).

En norsk studie publisert i 2013 viser at leger som arbeider på intensivavdeling, opplever høyere grad av jobbtilfredshet sammenlignet med intensivsykepleiere. Studien forklarer ikke den fulle årsakssammenhengen til dette, men foreslår at lavere grad av autonomi og ulik arbeidsbelastning hos intensivsykepleiere kan stå for noe av forklaringen (Myhren et. al., 2013).

2.2.4 Etske problemstillinger

Dilemmaer knyttet til det intensivsykepleieren vurderer som unødvendig forlengelse av liv, og dermed smertefull behandling oppleves som vanskelige etiske dilemmaer. Det samme gjelder i situasjoner hvor pårørende er en sterk pådriver for å kontinuere omfattende behandlingsregimer, mens intensivsykepleierens opplevelse er at dette ikke vil gagne pasienten (Epp, 2012; Fernandes & Moreira, 2012).

Litteraturen viser også til at selve intensivrommet kan representere et etisk dilemma i seg selv. På grunn av intensivrommet utforming, opplever intensivsykepleierne ofte at de ikke klarer å leve opp til deres etiske standarder for skjerming av pasienter. Intensivstuer er ofte store, og åpne, med plass til flere pasienter. Dette gjør det utfordrende å ivareta den hver enkelt pasients behov for skjerming og ro, uten at det går på bekostning av fysisk arbeidsplass og gjennomføring av prosedyrer hos andre pasienter (Olausson, et al., 2014).

2.2.5 Utfordringer knyttet til intensivsykepleierens egne opplevelser og følelser i møte med intensivpasienten og dens pårørende

Tidligere forskning beskriver stress og utbrenthet som et betydelig problem for mange intensivsykepleiere, noe som igjen kan føre til at man velger å redusere stillingsprosenten sin, eller slutte i jobben. Emosjonelt krevende situasjoner, som eksempel pasienters død eller

dersom intensivsykepleieren identifiserer seg i særskilt grad med pasienten (mødre, barn, pasient på samme alder, el.), beskrives som spesielt utfordrende. Opplevelsen av at pasienten får suboptimal pleie, at feil skjer som en tenker kunne vært unngått, og dårlig kommunikasjon i behandlingsteamet er situasjoner som rapporteres som svært stressende. I kvalitative studier beskriver intensivsykepleiere at man gjerne beholder roen og er fokusert i selve situasjonen, men at både emosjonelle og kroppslige reaksjoner ofte kommer i etterkant. Dette påvirker hvordan man har det på jobb, og grad av opplevd mestring i arbeidshverdagen. (Boer, Rikxoort, Bakker & Smit, 2013) I en kvalitativ studie utført av Boer et.al. (2013), beskriver informantene et de ofte bruker kollegaer til hjelp i etterkant av kritiske hendelser eller vanskelige perioder, som en form for uformell debrifing. Wilson, et. al. (2013) finner deres studie at det ved bruk av lukkede spørsmål ble rapportert lav forekomst av moralske kvaler ("moral distress"), mens det ved åpne spørsmål ble rapportert høy forekomst. Forfatterne av studien foreslår at bruk av etiske komiteer, organisert debrifing og diskusjonsgrupper kan benyttes for å identifisere særskilt utfordrende situasjoner og bidra til økt mestring av disse (Wilson, Goettemoeller, Bevan & McCord, 2012).

2.3 Kildekritikk

Gjennom kunnskapssøk ble det gjort mange funn med tematikk som sto i relasjon til studiens problemstilling, men kun sytten av disse ble vurdert til å ha direkte relevans. Dette kan indikere at de anvendte søkeordene ikke var spesifikke nok, eller at søkeordene brukt i kombinasjon med hverandre ikke gav nøyaktige nok treff. Det er dermed mulig at det finnes flere relevante artikler, som ikke ble funnet og dermed ikke inkludert.

Flere av de inkluderte forskningsartiklene, definerer ulike kilder til stress og utbrenthet hos intensivsykepleiere (Bogaert et. al., 2017; Trousselard et. al., 2015; Mason, et. al., 2014; Myhren, et. al., 2013; Epp, 2012; Healy & Tyrrell, 2011; Isacson, et. al., 2001). Det presenteres ulike årsaker til dette, både knyttet til sykepleierens personlighet, og ytre faktorer på arbeidstedet. Fire av artikkelfunnene berører mestring som direkte tema, men kun én av disse er spesifikk på strategier for intensivsykepleieres mestring av utfordringer i arbeidshverdagen (Wilson, et. al., 2012; Boer et. al., 2013; Burgess, et. al., 2010; Isacson, et. al., 2001). De relativt sparsomme funnene kan enten skyldes at det ikke er utført studier av nyere dato tilsvarende denne studien, eller at det utførte kunnskapssøket ikke var av høy nok kvalitet. Det at man velger å bruke artikler som ligger litt på siden av studiens problemstilling, kan være en svakhet. Det er likevel tatt en beslutning om å inkludere disse, som et

kunnskapsgrunnlag både for å få kunnskap om forskningsfeltet, og for å få inspirasjon til utarbeidelse av intervjuguide.

Som nevnt ble artiklene gjennomgått med sjekkliste hentet fra folkehelseinstituttets nettsider (fhi.no, 2014). For å illustrere ble det i de tre prevalensstudiene gjort vurderinger som konkluderte med at studiene hadde tydelig definerte formål, og videre at de valgte metoder var godt egnet. To av artiklene hadde imidlertid en svarprosent under 70%, noe som kan regnes som en svakhet. Disse ble likevel inkludert, da tema ble vurdert som relevant, samt at metodekapitlene i hver av studiene gjorde godt rede for. Dette eksempelvis i form av en tydelig definert populasjon, standardiserte målemetoder, som the Karasek Job Demand-Control-Support (JDCS) model, og the Brief COPE questionnaire og oppgitte p-verdier (Burgess, et. al., 2010; Trousselard, et. al., 2015). Det må likevel tas forbehold om at forskerens noe begrensede erfaring med vurdering av vitenskapelige artikler, kan ha medført at noen av artiklene har blitt vurdert som sterke enn de er. De sytten inkluderte artiklene er dessuten kun vurdert av forskeren selv. Dette kan nok også representere en svakhet i kunnskapsgrunnlaget.

Flere av artiklene inkluderer sykepleiere med ulik grad av erfaring og nivå av utdannelse i sine studier. Noen av respondentene har master i intensiv, noen har videreutdanning i intensiv, og andre bachelor i sykepleie. I Norge er det også slik at det vil være sykepleiere med ulike kvalifikasjoner på en intensivavdeling, og ikke alle har videreutdanning i intensivsykepleie. Hvorvidt man har de samme arbeidsoppgavene, og den samme arbeidsfordelingen i Norge som i landene hvor disse studiene er utført vet jeg ikke. Dette vil kunne representere et bias når jeg skal dra sammenligninger til intensivsykepleiere i Norge. Utfordringen blir da å trekke ut det som er relevant her, og være åpen for at jeg kan få resultater som ikke støttes av litteratur jeg har lest. I denne aktuelle studien er det tatt et valg om kun å inkludere sykepleiere med videreutdanning i intensiv og/eller master i intensivsykepleie.

Til tross for at et at eksklusjonskriteriene var satt til 10 år, ble det inkludert en artikkel av eldre dato enn dette (Isacson, et. al., 2001). Artikkelen skrevet av Isacson et. al. (2001) er en litteraturstudie som tar for seg intensivsykepleierens stressfaktorer og mestringsstrategier, og har som mål å undersøke hvilke stressfaktorer intensivsykepleiere opplever i sitt arbeide, hvilke mestringsstrategier de bruker og hvor effektive de anses. Som kunnskapsgrunnlag for å beskrive stress og mestring som fenomen, benyttes Lazarus og Folkmanns teori om stress og

mestring. Både tematikken i seg selv, og valgt kunnskapsgrunnlag ligger dermed tett opp mot min studie. På bakgrunn av dette ble studien dermed inkludert, til tross av å være av eldre dato. Inklusjon av denne artikkelen vil likevel kunne innebære at noe av kunnskapsgrunnlaget for studien ikke gjenspeiler dagens situasjon på en optimal måte.

3.0 TEORI

Dette kapitlet vil ta for seg teorigrunnlaget for studien. Teorigrunnlaget bygger både på funn fra tidligere forskning om emnet, og på Lazarus og Folkmans teori om stress og mestring.

3.1 Lazarus og Folkmans teori om stress og mestring

I tråd med studiens målsetning, ønsker man å studere intensivsykepleieres erfaringer og opplevelser knyttet til utfordringer i arbeidshverdagen og mestring av disse. Som presentert i kapitlet over, fremgår det av funn fra tidligere forskning at intensivsykepleiere i sin arbeidshverdag ofte står i potensielt svært stressfylte situasjoner (Isacson et.al., 2001; McGrath, 2008; Hayes, et.al., 2010; Trousselard et al., 2015) Hovedfokuset i denne studien ligger på mestring, og strategier for mestring. For å beskrive begrepet mestring, og gjøre det relevant for studien, vil det likevel være naturlig å korts beskrive innholdet i Lazarus og Folkmans definisjon av stress.

3.1.1 Stress

Stress kan i følge Lazarus og Folkman (1984) defineres som en situasjon hvor man opplever at de krav som stilles i en gitt situasjon, ikke står i forhold til de ressurser man har for å møte kravene. Grad av stress, og hvilken effekt denne har på den det gjelder avhenger av personens subjektive opplevelse av situasjonen, og hvordan en selv vurderer seg i stand til å mestre dette. Tolkningen av situasjonen er således viktigere enn situasjonen i seg selv.

3.1.2 Mestring

Mestring er en prosess hvor man forsøker å skape mening i en situasjon, samtidig som man prøver å takle de utfordringene man møter. Det krever en innsats, men kan være både bevisst eller ubevisst, aktive eller passive. Mestring er en prosess hvor man benytter tillærte strategier for å håndtere situasjoner, både kognitive og atferdsmessige. Mestring er en dynamisk prosess, hvor man vurderer hvilken strategi det er mest hensiktsmessig å bruke, og eventuelt gjør tilpasninger.

Strategier for mestring kan deles inn i problemfokuserte og følelsesfokuserte strategier. Problemfokuserte strategier sikter mot å endre selve situasjonen, eller å omdefinere problemet. Strategien retter seg mot miljøet eller personen selv. Følelsesfokuserte mestringsstrategier preges derimot av forsøk på å kontrollere eller påvirke den emosjonelle responsen på det som har skjedd. Man forsøker gjerne å unngå eller minimere problemet, med mål om å bevare håp eller minske ubehagelige følelser knyttet til situasjonen. Følelsesfokuserte mestringsstrategier benyttes gjerne dersom det ikke er mulig å forandre det som har skjedd (Lazarus & Folkman, 1984).

3.2 Intensivsykepleierens funksjon og ansvar

3.2.1 Klinisk betydning

Intensivsykepleiere er gjennom Funksjons- og ansvarsbeskrivelsen for Intensivsykepleiere forpliktet til å ta medansvar for flere aspekter i direkte pasientbehandling. Man har en "forebyggende og helsefremmende funksjon, en behandlende og rehabiliterende funksjon, og en lindrende og palliativ funksjon" (NSFLIS, 2017, punkt 2.0). Intensivsykepleiere spiller dermed en viktig rolle, og er forpliktet gjennom sin funksjon og sitt ansvar gjennom alle faser av pasientens sykdomsforløp (NSFLIS, 2017). Intensivsykepleierens funksjon- og ansvarsbeskrivelse gjenspeiler således fagets bredde og kompleksitet, og de krav som dermed stilles til den enkelte intensivsykepleier og ens arbeidsmiljø. Siffleet et. al. (2015) argumenterer for at intensivsykepleie aldri har vært mer utfordrende. Dette blant annet på bakgrunn av en enorm utvikling innen medisinsk teknisk utstyr og høy pasientaktivitet. På intensivavdelingen finner man pasienter med potensiell eller etablert svikt i vitale organer som lunge, hjerte eller hjerne. Intensivsykepleierens oppgave er å gå spesialisert sykepleie til denne pasientgruppen (Stubberud, 2015; NSFLIS, 2006). Intensivsykepleiere jobber i et høyteknologisk miljø, har ansvar for ekstremt syke pasienter med komplekse behov, hvor det også er relativt høy dødsrate blant pasientene (van Dam, et. al., 2012) For at en intensivsykepleier skal kunne gjøre en god jobb, og oppfylle selve funksjonsbeskrivelsen for intensivsykepleie, er det nødvendig at intensivsykepleieren også selv har det bra (Isacson, 2001; Hayes et. al, 2010). Sett i lys av dette vil denne studien kunne ha en direkte relevans knyttet til intensivsykepleierens funksjon og ansvar. Ved å utforske hvilke strategier erfarne intensivsykepleiere benytter for å mestre utfordrende situasjoner i arbeidsdagen, utforsker man i forlengelsen av dette hvilke strategier som benyttes for å faktisk gjøre det mulig å oppfylle selve funksjonsbeskrivelsen.

3.2.2 Fag- og forskningsrelatert betydning

I tillegg til det pasient- og fagrelaterte, er intensivsykepleieren også forpliktet til selv å ta initiativ til og drive med fagutvikling og forskning (NSFLIS, 2017; Stubberud, 2015). Dette står i relasjon til Yrkesetiske Retningslinjer for Sykepleiere, som sier at "Sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap". Videre, "Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig" (NSF, 2016). Intensivsykepleiere er i kraft av å være helsepersonell også gjennom lovverket ilagt et forsvarlighetskrav som tilsier at "Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig" (Helsepersonelloven (HPL), 1999, § 4). Summen av disse innebærer en forpliktelse til å holde seg oppdatert på forskning og utvikling innen eget fagfelt, og føre faget fremover. For å kunne forske på eget fag, og således føre faget fremover, må intensivsykepleiere selv ha kunnskap og kompetanse om hva det innebærer å utføre et forskningsarbeid.

Min påstand er at dersom vi vet mer om de som blir i yrket, og deres strategier for å mestre utfordringer i arbeidshverdagen, vil det gi en større forståelse av hva som skal til for å beholde flere intensivsykepleiere klinikken. Det er bare intensivsykepleiere selv som kan drive faget fremover, noe som fordrer at intensivsykepleiere faktisk ønsker å bli i yrket. Ut over å være et lite bidrag til intensivsykepleieforskningen fra min side, er denne studien også utført med ønske om å undersøke hva som skal til for at intensivsykepleiere skal bli værende og bruke fagkompetansen sin i klinikken. På denne måten vil denne studien også være indirekte knyttet til intensivsykepleierens FoU-funksjon, fagutvikling og forskning.

4.0 DESIGN OG METODE

Det metodiske grunnlaget for denne studien er basert på metodeteori presentert i tre ulike lærebøker. Intensjonen var å la de ulike forfatterens innfallsvinkler utfylle hverandre, med mål om å legge til rette god metodeforståelse hos forskeren. Analysen av selve datamaterialet er utført med en fenomenologisk tilnærming, slik beskrevet av Johannessen, Tufte & Christoffersen (2010), og Malterud (2011). Det er i tillegg benyttet metodeteori hentet fra Kvaale & Brinkmann (2015), supplert med to artikler omhandlende kvalitative forskningsintervju og praksisnær forskning (Lykkeslet & Gjengedal, 2007; Drageset & Ellingsen, 2017).

4.1 Kvalitativ metode

For å besvare problemstillingen, ble det benyttet kvalitativ metode. Med utgangspunkt i studiens målsetning, ønsket forskeren å gjøre et dypdykk intensivsykepleieres erfaring og opplevelser knyttet til hverdagslige utfordringer og mestring av disse. Ved valg av metode, vil selve problemstillingen være den mest førende faktor (Johannessen et. al., 2010; Malterud, 2011). I denne studien er man ute etter *erfaringer og opplevelser* knyttet til et fenomen; intensivsykepleieres strategier for mestring av utfordringer i arbeidshverdagen. Man ønsker å vite mer om intensivsykepleierens refleksjoner rundt tema, og dynamisk prosesser knyttet til mestring - enten bevisste eller ubevisste. Dette gjøre ved å utforske og beskrive mennesker og deres erfaringer og forståelse av fenomenet. I motsetning til noen av kjennetegnene ved en kvantitativ metode, er denne studien er ikke ute etter å telle, måle eller å teste en hypotese. Derimot ønsker forskeren å komme nærmere en forståelse av fenomenet, og deretter gjøre en så nyansert beskrivelse som mulig (Malterud, 2011).

4.2 Datainnsamling

Datamaterialet i kvalitative studier består av tekst, lyd og/eller bilde. Innsamling av data foregår ofte enten gjennom observasjon , eller intervju. Lik valg av metoderetning, vil selve problemstillingen også være avgjørende for valg av metode for innsamling av data (Johannessen, et. al., 2010).

Innsamling av datamateriale ble i denne studien utført via individuelle, semistrukturerte intervju. Denne type intervju foregår en til en mellom forsker og informant, altså den som blir intervjuet. Samtalene ble tatt opp på lydbånd. En allerede utarbeidet intervjuguide la føringer for tematikken i samtalen. Et mål var å få samtalen til å flyte naturlig, og gjerne åpne opp for nye spørsmål rundt problemstillingen. Intervjuguiden følges derfor ikke slavisk, men brukes mer som en huskeliste gjennom intervjuet. Semistrukturerte intervju balansere mellom å la informanten snakke fritt, og å holde seg til tema for å kunne besvare problemstillingen (Malterud, 2011).

En annen valgmulighet for innsamling av kvalitative forskningsdata er fokusgruppeintervju. Denne type intervju foregår gjerne i grupper på fem til åtte informanter, og det er vanlig med tre eller flere grupper, avhengig av størrelsen på forskningsprosjektet. Fokusgruppeintervju egner seg godt dersom man ønsker å lære mer om erfaringer eller opplevelser knyttet til interaksjonen mellom mennesker i forbindelse med et emne. Ved å invitere til samtale mellom

mennesker i en gruppe, kan man undersøke bredden av synspunkter og erfaringer. En fordel ved denne metoden er at informantene vil kunne sette i gang assosiasjoner hos hverandre, og slik stimulere til å føre samtalen videre og inn mot nye innfallsvinkler (Johannessen et. al., 2010; Malterud, 2011).

Denne studien konsentrerer seg imidlertid om den enkelte intensivsykepleiers opplevelser og erfaringer knyttet til hverdagslige utfordringer og mestring av disse. Forskeren var ute etter å få så detaljert informasjon som mulig om hva intensivsykepleieren tenkte og gjorde i de ulike situasjoner, hvor den enkeltes erfaringer står i fokus. En av overveiningene som ble gjort i forbindelse med valg av metode for datainnsamling, var knyttet til selve tematikken for intervjuene. Denne studien tar for seg intensivsykepleieres strategier for mestring av utfordringer i arbeidshverdagen, og det er det tenkelig at dette er et tema det er lettere å snakke åpent om en-til-en, kontra i en gruppe. Kanskje er sjansen større for at informantene åpner seg mer, og våger å fortelle fritt større under et individuelt intervju, kontra et fokusgruppeintervju hvor flere ville delta i samtalen.

Det var i tillegg to ytre faktorer som påvirket valg av intervjumetode. Sett i lys av studiens begrensning i tid, ønsket man ikke å havne i en situasjon der man grunnet mangel på informanter ikke kunne komme i gang med studien. Etter å ha gjort avveininger ble det konkludert med at man mest effektivt, og med størst sannsynlighet ville kunne sitte igjen med størst mulig dybde i datamaterialet, ved å utføre fem individuelle intervjuer, kontra eksempelvis to fokusgruppeintervjuer med fem personer i hver gruppe. Den andre årsaken ligger i forskerens ønske om mengdetrening i å utføre intervjuer. I dette lå også en tanke om at forskeren forhåpentligvis ville lære og utvikle seg i positiv retning som intervjuer etter å ha gjennomført flere intervju, og at dette også ville kunne bidra til et bredere med bedre datagrunnlag.

4.3 Intervjuguide

Intervjuguiden er utarbeidet på grunnlag av funn gjort i forbindelse med litteratursøk utført i studiens innledende fase. Ved å forankre spørsmålene til tidligere forskning, var ønsket å øke studiens gyldighet. Spørsmålene er således ikke hentet ut fra løse lufta, men utarbeidet på bakgrunn av hva forskning sier om hvilke utfordringer intensivsykepleier opplever i sin

arbeidshverdag. Dette ble også en måte for forskeren å distansere seg selv og sine egne erfaringer som intensivsykepleier. Ved å ha fokus på forskning, fremfor personlige erfaringer, var målet å sette egen forforståelse til side, i den grad dette er mulig.

Det ble tatt utgangspunkt i fem forskningsspørsmål, med tilhørende underspørsmål. Forskningsspørsmålene følger en tematisk oppdeling, som står i relasjon til funn i tidligere forskning. I tråd med hva teorien sier om utførelsen av semistrukturerte intervju, fungerte forskningsspørsmålene som hovedtema og struktur for intervjuet, mens underspørsmålene ble tilpasset i rekkefølge og form alt etter hva informanten fortalte (Malterud, 2011). Se eget vedlegg for intervjuguiden i sin helhet.

4.4 Rekrutteringsprosess

I forkant av studien ble det sendt formelle søknader om tilgang til forskningsfeltet, både til aktuelle sykehus og klinikker, samt Norsk Senter for forskningsdata (NSD). Godkjenningen fra NSD innebærer en betingelse om at datamateriale fra intervjuene skal slettes ved prosjektslutt, for denne studiens vedkommende vil det si 15. februar 2018.

I søknader til sykehus og klinikker ble det vedlagt kortversjon av prosjektbeskrivelsen, samt et skriv rettet til aktuelle informanter med forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet. Skrivet inneholdt informasjon om studiens hensikt, frivillig deltagelse, mulighet for å trekke sitt samtykke, og en forsikring om deltagerens anonymitet. Informantene fikk forøvrig tid til å lese igjennom dette skrivet før intervjustart, i tillegg til at jeg repeterte det muntlig.

Søknadene til sykehus og klinikker inneholdt også en oppfordring til den enkelte klinikkleder velge ut nøkkelpersoner på avdelingene, som på bakgrunn av inklusjons- og eksklusjonskriteriene kunne rekruttere aktuelle informanter. Forskeren var dermed ikke i direkte kontakt med informantene før selve intervjudagen. Dette foruten én av informantene, som etter å ha lest informasjon om studien, selv tok kontakt. Det ble totalt rekruttert 5 informanter.

4.5 Forskningsetiske overveielser

Alle som driver medisinsk forskning er underlagt Helsinkideklarasjonen. Her presenteres de etiske prinsipper som ligger for medisinsk forskning som omhandler mennesker. Helsinkideklarasjonen slår blant annet fast at medisinsk forskning som omfatter mennesker,

kun må utføres dersom (...) " formålet er viktigere enn de risikoer og belastninger som forskningen innebærer for forsøkspersonen." (Malterud, 2011, s 201). Forskningen er dessuten regulert av helseforskningsloven og forskningsetikkloven (Helseforskningsloven, 2008; Forskningsetikkloven, 2017). Helsinkideklarasjonen omhandler pasienter, men ikke spesifikt helsepersonell. Det er likevel absolutt nødvendig at forskeren, i respekt for de som deler sine tanker og erfaringer, utviser forsvarlig forskningsetikk, og sikrer deltagerne absolutt konfidensialitet og mulighet til å trekke seg fra studien (Malterud, 2011).

Da denne studien ikke involverte pasienter, var det ikke krav til godkjenning fra Regional Etisk Komité (REK). På bakgrunn av at studiens datamateriale skulle innsamles via individuelle intervju, og intervjuene tas opp på lydbånd, var studien imidlertid meldepliktig til Norsk Senter for Forskningsdata (NSD). Søknad ble sendt elektronisk, og godkjenning forelå 14.06.17. Frist for innlevering ble utsatt én gang, med godkjenning fra av NSD. Se aktuelle vedlegg. Det ble i tillegg sendt formel søknad om tilgang til forskningsfeltet til de aktuelle sykehus sitt Kompetansesenter for personvern og sikkerhet, og deretter til aktuelle klinikker på sykehusene. Se vedlegg.

Alle informantene ble i forkant av intervjuene informert både skriftlig og muntlig om studiens hensikt, hvordan data skulle tas opp, lagres og slettes ved prosjektslutt i henhold til gjeldende retningslinjer og etter tillatelse fra NSD. Informantene ble informert om frivillig samtykke, og at de når som helst kunne trekke seg fra studien. Forskerens egen rolle ble klargjort i henhold til forskerens utdanning og yrke som intensivsykepleier, og deretter definert for situasjonen som mastergradsstudent i rollen som intervjuer i gjennomførelsen av en kvalitativ studie.

I forbindelse med denne studien var det fem informanter som takket ja til å delta på intervju, og bruke av sin arbeidstid til å dele egne opplevelser og erfaringer. Malterud (2011) understreker viktigheten av at forskeren behandler både informanten, og informantens tid med respekt. Dette innebærer at man ikke ber noen om å delta i et prosjekt som omhandler et emne vi allerede har rikelig kunnskap om fra før, eller at man inkluderer flere informanter enn nødvendig for å kunne utforske problemstillingen. I det informantene deler av sin tid og sine erfaringer, skal forskeren ha som målsetning å gi ny kunnskap tilbake. Gjennom innledende kunnskapssøket til denne studien, lykket man ikke med å finne noen studier tilsvarende denne. Den artikkelen som sto nærmest med fokus på intensivsykepleieres utfordringer i

arbeidshverdagen, og mestring av disse var en litteraturstudie fra 2001 (Isacson, 2001). Dette kan indikere at området ikke er tilstrekkelig belyst, og at emnet er verdt å forske mer på.

Et annet aspekt i forhold til respekt for forskningsprosjektets deltagere er relatert til forpliktelsen om ikke å skade, eller på noen måte påføre informanten tap. På tross av at det signeres for informert samtykke, og informanten er informert om tema for intervjuene, vet de ikke nøyaktig hva de går i møte. Forskeren må være vår for reaksjoner hos den som intervjues, og hele tiden forsøke å være observant og lydhør for om det er greit å gå videre, eller om man bør ta en time-out og avklare om det er ok å gå videre, eller om man burde avbryte (Drageset & Ellingsen, 2017).

4.6 Utvalg og gjennomføring av intervju

4.6.1 Strategisk utvalg

For å besvare problemstillingen ble det foretatt et strategisk utvalg av intensivsykepleiere. I tråd med kvalitativ metodeteori (Malterud, 2011) er ikke det overordnede målet at resultatet skal ha direkte overføringsverdi til hele populasjonen, det vil si alle intensivsykepleiere i Norge. Målsetningen er å gjøre det utvalget som best mulig kan belyse problemstillingen. Det ble dermed rekruttert et utvalg av intensivsykepleiere med mer enn 10 års erfaring, som fremdeles jobbet i klinikken med direkte pasientrettet arbeid. Bakgrunnen for dette lå en i en antagelse om at intensivsykepleiere som hadde arbeidet noen år, med større sannsynlighet hadde et bredere erfaringsgrunnlag knyttet til tematikken, kontra helt nyutdannede intensivsykepleiere.

En ulempe ved kun å intervjuer erfarne intensivsykepleiere, kan på den andre siden være at man i kraft av å ha vært i jobben lenge ikke lenger reflekterer like aktivt over problemstillingen som man kan hende gjorde da man var nyutdannet. Kanskje særlig dersom de strategiene de eventuelt har, er strategier de har utviklet ubevisst. Jeg velger da bort muligheten til å få vite hva nyutdannede intensivsykepleiere, som kanskje står midt i en prosess hvor de forsøker å lære seg teknikker og strategier i hverdagen, tenker om dette. Utover et krav om minimum 10 års erfaring som intensivsykepleier, ble konkret alder utover dette ble ikke tatt hensyn til, og heller ikke eksakt antall år som intensivsykepleier. Det ble utført intervjuer av både menn og kvinner. Det ble imidlertid ikke tatt hensyn til kjønn hverken i prosessen med utvelgelse av informanter, eller underveis i analyseprosessen.

Informasjon om kjønn ble heller ikke notert i forbindelse med transkribering. Det ble i løpet av arbeidsprosessen likevel drøftet hvorvidt kjønn kunne påvirke deler av studiens funn. Man landet da på den konklusjon at studiens begrensning i tid og omfang ikke gjorde det hensiktsmessig å inkludere dette som en faktor. Jeg er likevel oppmerksom på at kjønn kan være et relevant aspekt å ta stilling til ved en større studie.

Mitt utvalg besto dermed av intensivsykepleiere av begge kjønn, som hadde jobbet mer enn 10 år i klinikken. Alle informantene var på intervju tidspunktet minimum 50% engasjert i direkte pasientarbeid i avdelingen.

Utvalget kan fremstilles som eksklusjons- og inklusjonskriter for informanter slik:

INKLUSJONSKRITERIER	EKSKLUSJONSKRITERIER
Intensivsykepleier	Intensivsykepleiere fra postoperativ avdeling
Jobber med voksne intensivpasienter	Intensivsykepleiere fra pediatrisk intensivavdeling
Mer enn 10 års erfaring som intensivsykepleier	Mindre enn 10 års erfaring som intensivsykepleier
Kirurgisk, medisinsk intensiv eller generell intensiv	

4.6.2 Praksisnær forskning

I denne studien er både forskeren og informantene intensivsykepleiere. Selv om man ikke er kollegaer på samme arbeidssted, er man kollegaer av yrke. Dette er ingen uvanlig metode innen kvalitativ forskning, men det fordrer at forskeren i særskilt grad reflekterer rundt egen forforståelse og hvordan ens nærhet til faget og interaksjon med informantene kan påvirke datamaterialet. På den ene siden kan nærhet til forskningsfeltet gi økt innsikt og kjennskap til tematikken det forskes på. På den andre siden kan dette føre til en blindhet for oppdagelsen av nye sammenhenger og momenter (Lykkeslet & Gjengedal, 2007).

I studiens forberedende fase ble det notert ned noen tanker om personlig bakgrunn for valg av tema, og forventinger til resultat. Dette i tråd med Malteruds (2011) anbefaling om å "identifisere min utgangsposisjon som forsker" (s. 43). I følge Malterud (2011) vil det være umulig å for forskeren å legge egen forforståelse helt til side, og kan dessuten være, og var, en sentral motivasjon for valg av tema. Desto viktigere blir det å utføre intervju, og å lese

innsamlet datamateriale, og tilslutt utføre analysen med et så åpent sinn som mulig (Malterud, 2011). Lykkeslet og Gjengedal (2007) skriver i sin artikkel om balansen mellom å ha en analytisk distanse og en relasjonell nærhet. Dette var noe jeg i særskilt grad reflekterte over underveis i intervjuene og i etterkant.

4.6.3 Prosjektlogg og pilottesting

I tråd med anbefalinger fra Malterud (2011), ble det underveis i prosjektet ble det skrevet prosjektlogg. I loggen ble tanker og ideer notert ned, gjerne i etterkant av veiledning. Denne ble også brukt etter hvert intervju, hvor detaljer om stemning, intervjuteknikk, opplevelse av hva som fungerte og ikke ble nedtegnet. Prosjektloggen ble tatt frem i forbindelse med analysen, og brukt som en påminner om selve prosessen.

Det ble gjennomført ett pilotintervju, også som anbefalt i litteraturen (Malterud, 2011). Dette intervjuet ble tatt opp på lydbånd, men slettet samme dag. Meningen var å øve på selve bruken av diktafon, og å teste intervjuguiden. Ved gjennomlytting direkte etterpå, ble bakgrunnsstøy som lyder utenfra vinduet bemerket som forstyrrende element. Angående intervjuguiden var opplevelsen at denne fungerte fint, og at spørsmålene som ble stilt ble forstått. Det ble derfor ikke gjort store endringer, kun små omformuleringer med tanke på å gjøre språket mer muntlig. Malterud (2011) anmoder om ikke å ekskludere den første datainnsamlingen, men bruke dette for hva det er verdt i analysefasen. Erfaringene fra pilotintervjuet ble derfor notert i prosjektloggen, men selve intervjuet altså ikke inkludert. Dette hadde årsak i at forskeren kjente vedkommende som deltok på pilotintervjuet fra før. Foruten å være intensivsykepleier, oppfylte personen som ble intervjuet dessuten ikke de øvrige inklusjons- og eksklusjonskriteriene for deltagelse i studien. Piloten ble ikke transkribert. Den som ble intervjuet ble orientert om dette på forhånd.

4.6.4 Gjennomføring av intervju

Hver av intervjuene foregikk på informantenes arbeidssted, og i deres arbeidstid. Sted for intervjuet var enten på et kontor i selve avdelingen, eller et møterom i nærheten. Det var kun forskeren og informanten tilstede, og samtalen ble tatt opp på lydbånd med diktafon. Informantene deltok på intervjuene i arbeidstiden. Det ble servert kaffe, og litt frukt eller sjokolade. Det å holde intervju i informantenes arbeidstid var et bevisst valg fra forskerens side, både for å gjøre oppmøte lettere gjennomførbart, og med en tanke om at det å være i miljøet kunne stimulere til refleksjon hos informanten. I løpet av intervjuet opplevde vi noen

forstyrrelser underveis i form av bakgrunnsstøy fra callinger og støy fra utsiden av bygningen, uten at dette påvirket flyten i intervjuet. Intervjuspørsmålene ble stilt tematisk formet som åpne spørsmål. Oppfølgingsspørsmål ble stilt underveis, og informantene fikk anledning til å be om nærmere presisering eller eksemplifisering av spørsmål.

Hvert av intervjuene varte i en klokke time, pluss/minus noen minutter. Det ble informert om forventet varighet på forhånd, både til avdelingsleder, og til informanten. Avgrensningen i tid ble satt både for å gjøre intervjusituasjonen forutsigbar både for den enkelte informant og for avdelingen i forhold til drift.

4.7 Transkribering

Transkripsjon er å omgjøre muntlig form av et materiale til skriftlig form. Denne omdannelsen av fortellingen form er en forutsetning for å gjøre rådata tilgjengelig for analyse. Litteraturen gjør imidlertid oppmerksom på noen faktorer som kan påvirke det transkriberte materialets reliabilitet, altså pålitelighet og validitet, gyldighet. Et transkribert materiale er kun et forsøk på å gjengi virkeligheten, men vil aldri kunne gi et fullstendig bilde av den faktiske intervjusituasjonen. Utydelige og støyete opptak er eksempler på faktorer som kan påvirke hvordan, eller om, vi oppfatter innholdet i det som blir sagt. I tilknytning til transkripsjonens gyldighet, hentyder eksisterende metodelitteratur at spørsmål om hva som er riktig transkripsjon vil være umulig å definere. Transkripsjonen bør utføres på en måte som er nyttig for forskningen. Lingvistiske analyser kan eksempelvis stille andre krav til transkripsjon kontra psykologiske analyser. Balansen mellom å gjengi nøyaktig det som blir sagt, og å være oppmerksom på det som blir formidlet kan være hårfin, og kan således representere en motsetning mellom transkripsjonens reliabilitet og validitet (Malterud, 2011; Kvale & Brinkmann, 2011).

I denne studien var det forskeren selv som utførte transkripsjonen, som tilsammen utgjorde 108 sider. Dette var en tidkrevende og møysommelig prosess, men som Malterud (2011) henviser til, en del av analysens begynnelse. Ved selv å transkribere vil man komme nærmere datamaterialet, og i større grad få muligheten til å ta notis av og reflektere over stemning og dynamikk i intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015). Transkripsjonen av forskningsintervjuene ble igangsatt direkte etter første intervju, og foregikk parallelt med selve intervjuprosessen. Dette muliggjorde nødvendige justeringer av intervjustil og spørsmålsformuleringer underveis. Intervjuene ble forsøkt gjengitt så ordrett som mulig, og alle pauser og småord som

"mhm" ble inkludert. Setninger som var vanskelig å høre ble markert med "egen tolkning". Dette var en måte å både få frem det konkrete innholdet som ble sagt, og samtidig bevare et inntrykk av stemningen og flyten i samtalen.

4.8 Reliabilitet og validitet

4.8.1 Reliabilitet

Studiens reliabilitet, eller pålitelighet, står i relasjon til selve datamaterialet det forskes på, og hvordan det har blitt samlet inn og bearbeidet i etterkant. Data som presenteres skal være til å stole på, og ideelt sett reproduserbare under de samme premisser. Litteraturen argumenterer imidlertid for at pålitelighet i kvalitativ forskning ikke kan bestemmes av hvorvidt i de er mulige å reprodusere. I dette ligger en anerkjennelse om at det er intervjuet som er styrende for de data som produseres, og at dette vil være kontekststøttet. Datainnsamlingen skjer avgrenset i tid og rom, og den samme situasjonen vil aldri kunne skje igjen. Egenskaper hos selve intervjueren, og intervjumåte vil også kunne påvirke hva intervjuobjektet forteller (Johannessen et. al., 2010; Malterud, 2011; Kvale & Brinkmann, 2015).

En måte å øke datamaterialets pålitelighet på er at det er samme person, altså forskeren, som utfører transkripsjon av alle intervjuene etter de samme prinsipper. På den andre siden er det en åpenbar mulighet at forskeren har lagt større vekt på noen detaljer i intervjuene, enn kanskje en annen ville gjort. Underveis i intervjuene, og i etterkant i forbindelse med analysen, ble det reflektert over ordvalg, bruk av ledende spørsmål, og hvorvidt dette kunne påvirke respondentens svar (Kvale & Brinkmann, 2015).

4.8.2 Validitet

Validitet i kvalitativ forskning handler om hvorvidt man lykkes med å måle det man sier man skal måle. Det er ikke en spesifikk fase av forskningsprosessen hvor studiens validitet blir avgjort, men det er aspekter gjennomgående for hele forskningsprosessen (Kvale og Brinkmann, 2015). Malterud (2011, s. 21) argumenterer for at kunnskap aldri kan være allmenngyldig, men relatert til konteksten og de premisser for gjennomførelsen av den aktuelle studien. Grad av validitet i en kvalitativ studie vil påvirkes av hvor tydelig studiens kontekst er avgrenset og definert, og grad av åpenhet og refleksjon rundt mulig feilkilder.

Malterud benytter begrepet *intern validitet* om spørsmål som utfordrer hvorvidt vi har benyttet den metoden eller den referanserammen som er mest hensiktsmessig til å måle det vi ønsker å måle (Malterud, 2011). Denne studien undersøker hvilke strategier

intensivsykepleiere benytter for å mestre utfordringer i sin arbeidsdag. Noen av informantene gav uttrykk for at begrepet utfordring ikke opplevdes som beskrivende for alle situasjoner de skulle beskrive. Forskerens tolkning av dette var at informantene i disse situasjonene ubevisst eller bevisst hadde en hensiktsmessig bruk av mestringsstrategier, og derfor ikke opplevde situasjonen som nettopp utfordrende. En annen forklaring på dette er jo også at begrepet i seg selv er upresist, eller ikke dekkende som det emnet som skal studeres. Dette vil i så fall kunne svekke studiens interne validitet.

Studiens intervjuguide er utarbeidet med utgangspunkt i tidligere forskning. Dette var en måte å styrke det teoretiske grunnlaget for innsamling av data, og dermed validiteten på selve intervjuguiden. Av samme årsak som at kunnskap utarbeidet ved denne studien kun er gyldig ut fra sine premisser, vil resultatet i forskningsfunnene som her lå til grunn, også hvile på de samme betingelsene. Det lå dermed ingen garanti i at respondentene ville kjenne seg igjen i tematikken, eller oppleve det som relevant.

Underveis i intervjuene forsøkte forskeren å oppklare eventuelle uklarheter underveis, og på å få bekrefte eller avkrefte antagelser. Eksempelvis ble flere utsagn fra respondentene fulgt opp med spørsmål som "forstår jeg deg riktig hvis...", eller "da tolker jeg at ..., stemmer det?" På denne måten ble det foretatt en forsikring om at intervjueren hadde oppfattet den samme informasjonen som informanten ønsket å gi. Disse spørsmålene var et forsøk på å øke studiens validitet, eller gyldighet, underveis i intervjuene, understøttet av Drageset & Ellingsen (2017).

4.9 Analyse av datamateriale

Datamaterialet i denne studien består av transkribert materiale fra intervjuer samlet på lydbånd. Analysen av datamaterialet ble gjennomført med en fenomenologisk tilnærming, og strukturert i en rekkefølge av fire trinn hentet fra Malterud (2011) Johannssen et. al. (2010), supplert med metodeteori fra Kvaale & Brinkmann (2015), samt to fagartikler omhandlende metodeteori (Lykkeslet & Gjengedal, 2007; Drageset & Ellingsen, 2017). Forskeren opplevde det som nyttig å støtte seg til flere verk innen metodeteori. De ulike forfatterne utfylte hverandre i fremstillingen, noe som la til rette for økt metodeforståelse hos forskeren.

De fire trinnene i analysen er:

1. Gjennomlesning og inndeling av foreløpige temaer.
2. Trinn 1 danner grunnlag for koding, meningsbærende enheter, kategorier og begreper.

3. Kodene deles inn i subgrupper, slås sammen og abstraheres fra de opprinnelige kodene. Kondensering.
4. Identifisere sammenhenger. Kategorisere, sammenfatte, innholdet i kodegruppene. (Malterud, 2011; Johannessen, et. al, 2010)

4.9.1 Fenomenologisk tilnærming

Fenomenologi var i utgangspunktet en filosofisk retning utviklet rundt år 1900, som senere skulle bli utbredt også innen kvalitativ forskning. Dette er en sammensatt forståelsesform med lange tradisjoner (Kvaale & Brinkmann, 2015). I henhold til studiens begrensninger vil det dermed ikke være mulig gjøre en fullstendig fremstilling av fenomenologiske perspektiv innen kvalitativ forskning. Da de analyseverktøy som benyttes i forbindelse med dennes studien bygger på en fenomenologisk tradisjon, vil det likevel bli redegjort for i korte trekk.

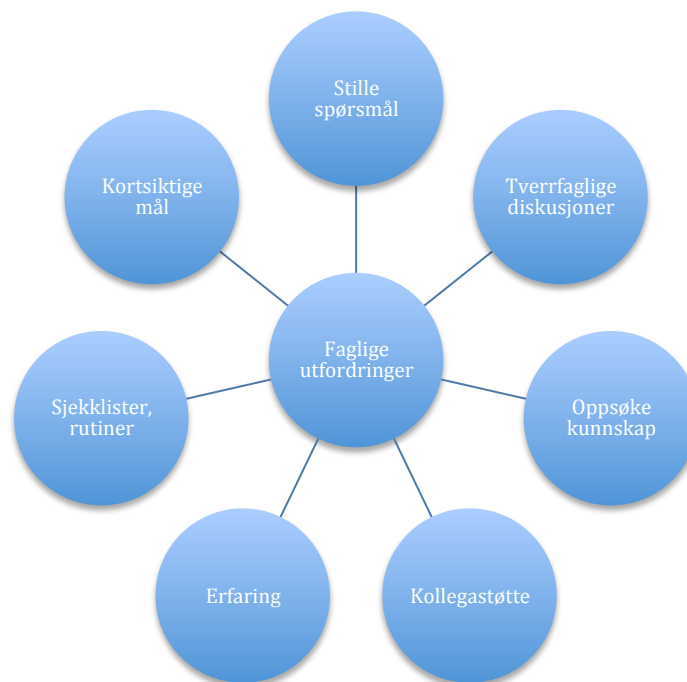
En fenomenologisk tilnærming retter seg mot å analysere meningsinnholdet i datamaterialet på en fortolkende måte, for å få innsikt i en dypere mening ved det som fortelles. Forskeren søker å forstå og beskrive informantens opplevelse av deres *livsverden*, altså levde hverdag, så presist og objektivt som mulig. Utgangspunktet er at det er kun fortelleren som bærer sannheten om sin egen virkelighet. Forskeren har som målsetning å forstå sosiale fenomener med utgangspunkt i fortelleren, og skape økt innsikt i hvorfor intervjuobjektene handler som de gjør (Kvaale & Brinkmann, 2015).

I fortolkningen av denne studiens datamateriale gjenspeiles den fenomenologiske tilnærmingen i selve strategien for analyse. Informantens fortelling om utfordringer i arbeidshverdagen, og (ubevisste og bevisste) strategier for mestring av disse kodes, kategoriseres og med mål om tilslutt å kunne beskrive fenomenet på et høyere abstraksjonsnivå, med andre ord å skape nye begreper og beskrivelser (Johannessen et. al., 2010; Malterud, 2011; Kvaale & Brinkmann, 2015).

4.9.2 Trinnvise analyse

I løpet av analysen av datamaterialet ble det foretatt en rekke gjennomlesninger av intervjuene. Viktige avsnitt ble understreket, og kommentarer notert i margin. Ved første gjennomlesning ble de temaer som opplevdes relevante plukket ut fra teksten, og organisert i tråd med den tematiske oppdelingen i forskningsspørsmålene. Ved andre gjennomlesning ble så de samme temaene omformulert til koder, og organisert i en grafisk fremstilling.

Kretsdiagrammet som følger illustrerer et eksempel på koding av tematikk innen faglige utfordringer.



Gjennom løsrivelse fra det tematiske oppsettet i forskningsspørsmålene, ble så kodene omformulert, og nye meningsbærende enheter dukket opp. Sentrale sitater begynte nå i større grad å tre frem fra datamaterialet. Denne prosessen kan sies å være en dynamisk prosess, der teksten ble lest flere ganger, og nye koder dukket opp, justert, og andre ble slått sammen. Denne fasen i analyseprosessen, hvor meningsinnholdet i de opprinnelige kodene abstraheres og omdannes til nye kategorier kalles kondensering (Johannessen et. al., 2010). For oversiktlighetens skyld kan man kalle dette tredje gjennomlesning, men i praksis ble alle intervjuene lest flere ganger, og man arbeidet seg således frem og tilbake i teksten. Til slutt sto man så igjen med fem kategorier. De ble sortert ut på bakgrunn av hvilke temaer som ble nevnt oftest, og i tillegg hadde utmerket seg spesielt. En skjematisk fremstilling over forskningsfunnene presenteres i neste kapittel, kapittel 5.0.

5.0 PRESENTASJON AV FUNN

Gjennom analyse av studiens datamateriale har det fremkommet fem hovedtema knyttet til mestring av utfordringer i intensivsykepleieres arbeidshverdag. I analysen og redegjørelsen av

funnene, har jeg valgt å løsrive meg fra den tematiske strukturen i intervjuguiden. Dette med hensikt å åpne opp for flere nyanser i intervjuene, og unngå å være mentalt bundet til kategorier laget på bakgrunn av tidligere forskning. De fem hovedtemaene er nærmere beskrevet gjennom eksempler i kategorien undertema.

Hovedtema	Undertema
Kommunikasjon knyttet til pasientbehandling	Ta initiativ til tverrfaglige diskusjoner
	Etterspørre informasjon
	Avklare og kommunisere felles mål i pasientbehandlingen
	Åpenhet og diskusjon rundt uenigheter
Variasjon i arbeidshverdagen	Naturlig variasjon i arbeidsbelastning.
	Oppsøke arbeidsoppgaver en kjenner særskilt engasjement for
	Deltagelse i fag- og forskningsprosjekter som variasjon i direkte pasientarbeid
Fleksible arbeidstider	Bruk av fleksibel turnus for å kunne kombinere arbeid med personlig liv
	Redusert stillingsprosent, eller bytte til dagarbeid i perioder med små barn
	Bruk av fleksibel turnus til å redusere turnusbelastning i form av ugunstig arbeidstid.
Bearbeidelse av situasjoner og hendelser	Ha en bevisst strategi i etterkant hendelser og situasjoner som berører.
	Støtte seg til kollegaer og miljøet på arbeidsplassen
	Aksept for egne følelser
	Være ute naturen, og i fysisk aktivitet
	Humor
Bevisst bruk av tidligere erfaringer	Bruk av erfaring i møte med utfordrende situasjoner
	Faglig trygghet som bygger på erfaring.

5.1 Kommunikasjon knyttet til pasientbehandling

Samtlige av informantene beskriver kommunikasjon knyttet til pasientbehandling som en sentral utfordring i sin arbeidshverdag. Det beskrives utfordringer knyttet til kommunikasjon med andre yrkesgrupper, spesielt legegruppen. Ofte dreier det seg om mangel på felles arena for kommunikasjon, opplevelsen av uklare målsetninger i pasientbehandlingen og uenigheter om strategi for behandling. Samtidig legges det vekt på intensivsykepleierens eget ansvar for å oppnå vellykket kommunikasjon, og hva som oppleves som gode strategier. En intensivsykepleier beskriver hvordan det å klar for seg et felles mål, og åpen, kontinuerlig dialog som viktige faktorer.

"Altså, vi har et felles mål, eller yrkesgruppene. Vi, vi er på et sted der alle har felles mål: Pasienten skal ha det bedre. Og da er vi liksom en, vi er forskjellige verktøy, da. Du har fysioterapeutene som skal gjøre sitt, du har legene som skal gjøre sitt, radiografer gjør.....altså lab.ass`er og alt mulig rart. Så, vi er et team, da. Og det er klart at, så lenge man kjører åpen dialog og har klart for seg hva som gjelder, så blir det ikke noen utfordring da."

Videre trekkes det paralleller til bruk av kommunikasjonsverktøy som Close the Loop, ikke bare i forbindelse med simulering og akutt situasjoner, men også i ordinær kommunikasjon med kollegaer. Informantene fremmer bruk av denne type målrettet kommunikasjon som en strategi for å unngå misforståelser, og dermed øke en felles forståelse av en situasjon innad i teamet.

"Kommunikasjon, det er A og O. Egentlig da. Så fort du gir rom for tolkning og gjetting og sånt, det er da, da det blir misforståelser og usikkerhet. Jeg mener, når vi er på SIM-senteret og trener sånne forskjellige scenarier, så er det jo hele tiden å komme tilbake til close-loop. Snakk og få en bekreftelse. Snakk og få en bekreftelse. Jeg mener det, det.. det skal vi kjøre hele tiden."

Flere informanter legger vekt på intensivsykepleierens eget ansvar for å ta initiativ, og å spørre direkte når noe er uklart. Det handler om å skaffe informasjon om resonnementet bak avgjørelser som tas, eventuelt ikke tas. Det trekkes frem eksempler fra situasjoner hvor det foreligger uenighet i intensivsykepleiergruppen og legegruppen om behandlingsnivå eller avslutning av behandling hos kompliserte og alvorlig syke pasienter med dyster prognose.

Noen av informantene beskriver etisk utfordrende situasjoner, hvor de opplever å påføre pasienten mer lidelse enn nytte ved å fortsette å utføre avansert og omfattende intensivbehandling. Planmessighet og informasjon beskrives som viktige faktorer i slike settinger. Det å ha konkrete mål for behandlingen til den enkelte pasient, kan gjøre det lettere å vurdere behandlingens effekt. Ved å stille direkte spørsmål i behandlingsteamet om "Hva tenker vi nå?" "Hvilke resonnerer er gjort i forkant av denne avgjørelsen?", "Hvorfor tenker man at pasienten ikke responderer på behandlingen, og hvilken plan tenker man det er fornuftig å legge?" innhenter man informasjon om avgjørelser som tas. Det trenger ikke bety at man er mer eller mindre enig, men det blir en måte å skaffe informasjon, og delta i diskusjoner.

En informant beskriver det slik:

"Ja, det meste kan man jo snakke om i hvertfall, og få en forklaring på hvorfor det gjøres. Det er kanskje endel som ikke kan løses, men man kan i hvertfall forstå hvorfor det blir sånn, så får man akseptere det da, og være uenig."

I dette sitatet fremkommer også en anerkjennelse av de ulike rollene i behandlingsteamet. Intensivsykepleieren skal ikke ha siste ord i pasientbehandlingen, men "gjennomfører medisinsk behandling i samarbeid med og på ordinasjon fra pasientens legeteam, og tar medansvar for forsvarlig behandling" (NSFLIS, 2017). Dette kan innebære at man må fortsette å behandle også uten personlig overbevisning om at dette er riktig. Den kompleksitet og usikkerhet rundt prognose og utfall som ofte vil foreligge hos en intensivpasient, gjør at det i mange situasjoner ikke finnes et enten-eller svar. Det beskrives hvordan det ofte er svært mange hensyn å ta, både medisinske, kirurgiske, og dessuten hensyn til pårørendes behov. En annen informant reflekterer slik rundt denne problemstillingen:

"Og da er det jo opp til oss, tenker jeg i blant. Å bare få en forklaring. For legene sitter jo ikke bare å snakker på visitten, de diskuterer jo pasienter i korridoren og på pauserommet og sånt også. Så det vi hører på en visitt, det er kanskje en del av diskusjonen som har pågått gjennom hele formiddagen. Så jeg mener at, vi må bare spørre."

5.2 Variasjon i arbeidshverdagen

Variasjon i hverdagen oppgis som en viktig faktor når det gjelder å bli i yrket, og på arbeidsplassen. Det at man har mulighet til å gjøre andre oppgaver, gjerne knyttet til fagutvikling og forskning, i tillegg til det pasientnære arbeidet, beskrives som avgjørende. Flere av informantene forteller også at yrkets natur, med stadig nye og komplekse pasienter, nye behandlingsmåter som stiller krav til kunnskap og fagkompetanse oppleves som en positiv trigger. Flere av informantene gav uttrykk for at dette i seg selv var noe som inspirerte og gjorde at man trivdes med arbeidet som intensivsykepleier.

"Også er det alltid nye pasienter, helt nye caser, helt, en annen sykehistorie, hvor alt på en måte er nytt, og da er på en måte behandlingen ny, medisiner som du ikke har hørt om før, og da syns jeg det kan være veldig utfordrende. Som det er når det blir så mye nytt da, at du må tenke litt mer. Eee, men det er jo også noe av det som er spennende, at det ikke bare er det samme dag ut og dag inn, men at det er litt variasjon, for det liker jeg."

Til tross for at oppgaver knyttet til forskning og fagutvikling også er forbundet med økt arbeidsmengde, både i og utenfor arbeidstiden, ble dette hos flere av informantene forbundet med noe positivt. For at dette skal være mulig ble det beskrevet som vesentlig både med personlig initiativ, og at den enkelte avdelingen la til rette for denne type arbeid. Dette eksempelvis med øremerking av dager i turnus til fag- og forskningsrelatert arbeid.

"Det medfører en del ekstraarbeid på fritiden også, men endel i arbeidstiden, og da gjør det at du på en måte får noen friminutt, da. Eller noen pauser fra det daglige pasientarbeidet, da. Som gjør at du får et pusterom, og en ny motivasjon, da. Så det å delta i forskjellige prosjekter syns jeg er, er OK, for da, da får jeg enda større variasjon i arbeidshverdagen, da."

I tillegg til fag- og forskningsrelatert arbeid på selve arbeidsplassen, understrekes viktigheten av å kunne delta på kurs og kongresser, og videre at avdelingen tilrettelegger for dette.

5.3 Fleksible arbeidstider og lønn

Arbeidstider og turnus er et emne som både beskrives som utfordrende, men som også medfører mulighet til å påvirke forholdet mellom jobb og personlig liv. Alle informantene brukte ønsketurnus aktivt i planleggingen av egen arbeidstid, og understreket viktigheten av dette. De fleste informantene var tydelige på at dersom det ikke hadde vært mulig å påvirke egen arbeidstid, og å redusere antall nattevakter, hadde det å jobbe som intensivsykepleier i klinikk blitt vurdert som uaktuelt. Noen av informantene beskriver turnusarbeid som et gode i seg selv, og noe man til en viss grad må bestemme seg for å akseptere dersom man arbeider på en intensivavdeling. Samtidig legges det også her stort vekt viktigheten av selvbestemmelse og individuell tilpasning på den enkeltes vaktbelastning. Ønsketurnus, eller fleksiturnus, er noe samtlige av informantene benytter seg aktivt av, og er noe de ser på som helt avgjørende.

"Men vi har ønsketurnus, kjempeviktig. Stor fleksibilitet fra ledelsen. I forhold til bytte, og... alt ordner seg. Det er utrolig viktig. Det er det altså, så. Det er det viktigste nesten."

Slik beskriver en av informantene betydningen av ønsketurnus. En annen reflekterer over hvilken direkte betydning ønsketurnus kan ha for at flere velger å forbli turnusarbeidende, også i perioder med forpliktelser på hjemmebane knyttet til barn og familie.

"Turnus har mye å si. Også det der med at vi har såpass, vi har ønsketurnus, det har veldig mye å si. Jeg tror også at innføring av ønsketurnus gjør at vi har fått en eldre stab i dag, enn hva vi hadde da jeg begynte for 25 år siden. Da var det jo, da var det mange som sluttet innen de var førti. Både på grunn av den der tunge vaktbelastningen, og at det var vanskelig å få det til å gå opp med barn og familie og annet liv."

Muligheten til å gjøre interne bytter, også på kort varsel beskrives som et gode man benytter seg av, og setter pris på. En av informantene sier dette om bruk av interne vaktbytter i avdelingen:

"Så arbeidstiden betyr veldig mye i livet mitt, sånn totalt sett, da. At jeg har den friheten til å bytte vakter, hvis jeg plutselig trenger det. Så er det lett å gjøre det, hos oss. Og det betyr veldig, veldig mye da."

Blant informantene var det ingen som arbeidet fulltid i turnus i perioder med småbarn. Noen hadde tatt valget om å gå ned i stilling, mens andre hadde gjort et jobbytte til en dagbasert stilling akkurat for den perioden. Flere argumentert for at turnusarbeid generelt kunne være svært positivt i noen deler av livet, mens i andre perioder svært utfordrende. Denne opplevelsen dannet også mye av grunnlaget for hvorfor ønsketurnus ble sett på som en avgjørende faktor for at det skulle være mulig å arbeide turnus i mange år, kanskje også en hel yrkeskarriere.

Lønn nevnes også som en faktor som påvirker hvorvidt man velger å bli på arbeidsplassen eller ikke. Muligheten til gradvis å stige i lønn, og til å gjøre interne lønnsforhandlinger, fremkommer som relevant.

5.4 Bearbeidelse av situasjoner og hendelser

På bakgrunn av informantenes beskrivelse av hvordan de bearbeidet vanskelige hendelser, fremkom det variasjoner i hvorvidt dette var bevisste strategier, eller strategier den enkelte brukte mer underbevisst. Noen av informantene beskrev konkrete tenkemåter og handlinger brukt for å bearbeide og håndtere denne delen av arbeidshverdagen. Flere av informantene beskriver også hvordan man i selve situasjonen jobber konsentrert, og ubevisst filtrerer ut noen av inntrykkene for å gjøre det mulig å holde fokus på pasienten og pasientbehandlingen. Dermed kunne man oppleve det som vel så vanskelig å stå utenfor selve hendelsen, men bare være i miljøet. I denne posisjonen hadde man i større grad tid til å ta inn over seg stemningen i situasjonen, ofte knyttet til grusomheten i det som hadde skjedd, og sorgen pasienten og pårørende kunne bære. En av informantene beskriver det slik:

"Det er verst når du står og betrakter egentlig, og ikke er en del av det, for da tillater du deg å kjenne."

Det å skape noe positivt midt i en tilsynelatende håpløs situasjon ble av flere beskrevet som svært meningsfylt. Dersom pasientens situasjon eller prognose var umulig å påvirke, ble det desto viktigere å skape noe godt i det vonde.

"(...)Og sånne ting kan man leve på. Ting som man synes blir bra, eller ting man synes man har fått bra til selv om ting var vanskelig. Og det kan jo være så dramatisk, ikke sant, en som mister, altså kjæresten som dør, det er jo helt forferdelig, men at du kan kjøre inn en ekstra seng, og de kan få oppleve at... det var et helvete, men det ble i hvertfall noe som, det ble, det ble noe godt i det."

Noen av intensivsykepleierne hadde også konkrete handlinger og strategier de benyttet for å legge ting bak seg. Det fortelles som hvordan man etter jobb i perioder kunne gruble over arbeidsdagen, og ikke klare å finne roen. Noen brukte da en mental strategi for vurdere hvorvidt dette var noe man måtte løse med en gang, eller om det var mulig å vente til neste dag. I forbindelse med utfordringer knyttet til kommunikasjon, ble det beskrevet strategier hvor man aktivt oppsøkte informasjon og svar på spørsmål. På samme måte beskrives det en strategier hvor man aktivt konfronterer seg selv med "hva må jeg gjøre for å kunne legge dette fra meg?". Noen intensivsykepleierne pleide å gå en runde med seg selv, og helt konkret gjøre en vurdering på om det var nødvendig å ringe avdelingen og få vite hvordan situasjonen hadde utviklet seg, eller om det var mulig å vente til dagen etter. Slik var det mulig å "rydde unna" stress som følge av å bære med seg jobberelaterte hendelser inn i privatlivet.

"Så, også har jeg lært meg om jeg, om det ligger litt bak, om det sitter litt på skulderen, etter at det har gått en liten stund etter at jeg har gått hjem. Da må jeg tenke at, okei er dette noe jeg kan følge opp i morgen, eller at jeg kanskje må ta en telefon og høre hvordan det faktisk går. Ja. For det er, det er faktisk så pass enkelt, ja."

For å kunne stå i vanskelige situasjoner, ble rasjonalisering også nevnt som en strategi. Dette var en strategi som ble benyttet både ubevisst og bevisst. Det å forholde seg rasjonelt til en situasjon, og reflektere over egen rolle i situasjonen, sette realistiske mål, gjøre bevisste prioriteringer, ble ansett som viktig. Denne måten å tenke på, ble benyttet som en måte å "bryte ned" utfordrende situasjoner, og sette seg delmål og jobbe ut ifra disse. Eksempelvis det å kunne redusere litt på FiO₂, redusere litt på pressor, holde pasienten sirkulatorisk tilstrekkelig stabil til å tåle snuing. I perioder hvor man opplevde liten fremgang og behandlingsrespons hos pasienten, beskrev noen av informantene hvordan de forsøkte å løfte blikket og gjøre en helheltid vurdering av situasjonen. Kanskje hadde man per nå ikke klart å snu situasjonen for pasienten, men man hadde klart å bremse et sykdomsforløp som kunne

eskalert. Dette ble omtalt både som en måte å tenke på, og noe kunne være påvirket av intensivsykepleierens erfaring.

Noen av informantene forteller at det å kunne distansere seg fra situasjonen og pasienten rent emosjonelt i enkelte tilfeller oppleves nødvendig. Bevissthet om at denne situasjonen (pasientens situasjon) ikke angår en selv personlig. Det er ikke en selv som opplever alvorlig sykdom og krise, men pasienten. Ved å fokusere på pasienten, og legge egne følelser til side, opplevde noen av intensivsykepleierne at det var mulig å stå i de vanskeligste situasjonene. Dette utelukket imidlertid ikke behovet for å bearbeide hendelsene i etterkant, men kunne bidra til at man mestret det i øyeblikket.

Muligheten for å kunne samarbeide om pasienten, og veksle mellom pasienter og arbeidsoppgaver ble også brukt aktivt for å kunne stå i særlig utfordrende perioder. Vissheten om at situasjonen ikke ville vare evig, men at neste dag kunne bli annerledes opplevdes av samtlige som en motivator. Det var således en naturlig variasjon i arbeidsbelastningen fra dag til dag. Flere av intensivsykepleierne fortalte at det hjalp dem å minne seg selv på dette.

Samtlige av informantene la stor vekt på kollegastøtte som en viktig ressurs for å bearbeide vanskelige situasjoner og hendelser. Uformelle samtaler med kollegaer man anså som spesielt nære, ble oppgitt som mer vanlig enn organisert debriefing i regi av avdelingen. Informantene opplevde det som viktig å ha et åpent miljø i avdelingen.

Galgenhumor og bruk av humor i avdelingen ble beskrevet som en hyppig brukt, og som en ubevisst strategi. I en arbeidshverdag hvor man står tett på mennesker i alvorlig krise, og det stilles høye krav til faglig nøyaktighet, ble humor brukt som en strategi for å kunne "lette litt på trykket". Alle informantene var tydelige på at bruk av humor var kontekstavhengig, og uttrykte viktigheten av å alltid vise respekt for pasienten og deres pårørende.

Fysisk aktivitet og bruken av natur ble også nevnt som en strategi for å legge jobben til siden etter endt arbeidsdag. En av informantene beskriver hvordan man ved å være i naturen ble påminnet om de gode ting i livet, for dermed å lettere kunne takle den brutale virkeligheten for pasientene på avdelingen.

"Jeg er mye ute i skogen, før så løp jeg alltid. Og det er noe med å være ute, og, og det hjelper å være ute tenker jeg. Det er liksom noe med å se at det er liv der, og, jeg vet ikke. Men det... det er vel sånn man kanskje overlever.

5.5 Bevisst bruk av tidligere erfaringer

Felles for alle informantene, var at de alle hadde lang erfaring fra klikken på ulike intensivavdelinger. Alle hadde gjennom mange år opparbeidet seg et bredt erfaringsgrunnlag. Informantene fortalte at de gjennom lang erfaring opplevde å bli tryggere i rollen som intensivsykepleiere, og å ha mer kunnskap om intensivmedisin som fag. Kunnskap kunne også bidra til at man håndterte eksempelvis situasjoner hvor pasienten hadde dyster prognose på en mer konstruktiv måte, ved å sette seg kortsiktige mål. Det kunne dermed bli lettere å takle pasientkasus med tilsynelatende dårlig prognose, med visshet om at man faktisk ikke vet hva utfallet kommer til å bli. Dette forklares slik av en av informantene:

"Det er liksom, du kan ikke si sånn at han, nei han, den her pasientkategorien kommer, dette kommer ikke til å gå bra. Eller dette kommer til å gå bra. For jeg har sett begge deler. Og da er det klart at da kommer du inn på det med erfaring, da. At du har sett, det.. du kan ikke kategorisere ulike skadeomfang eller sykdommer, og si at det går en viss vei, men du må ta en dag om gangen, helt enkelt."

Videre:

"Om man syns at det ser håpløst ut, men kanskje man klarer faktisk bare å bremse et scenarie, og kjøpe tid."

Lengre erfaring kunne også bidra til at man justerte forventningene til hvilke mål det var realistisk eller hensiktsmessig å sette for behandlingsrespons. Som fersk intensivsykepleier ble det beskrevet forventninger om at man skulle klare å snu et sykdomsforløp, og at man kunne oppleve skuffelse og skyld dersom man ikke lyktes med dette. Med lengre erfaring hadde man opparbeidet seg trygghet og kunnskap om hvilke forhold hos pasienten det var mulig å gjøre noe med, og hva det ikke var mulig å påvirke. Intensivsykepleierne var opptatt av å kunne arbeide faglig forsvarlig, og å kunne stå for den jobben de gjorde. Likevel hadde de erfaringer med at man av og til måtte justere forventninger, og gjøre prioriteringer over hva det var mulig å få til gjennom en dag. Det viktigste ble da opprettholdelse av faglig forsvarlighet, pasientsikkerhet, og det å gå tilbake til prinsipper om A-B-C (airways, breathing, circulation). Det var viktig for informantene å vite at de hadde gjort alt som kunne gjøre for å gi pasienten optimal behandling. Hva som lå i dette ble imidlertid klarere for den enkelte intensivsykepleier jo lengre erfaring de hadde bak seg.

Vissheten om at man hadde håndtert liknende situasjoner før, og at alt ikke lenger opplevdes som nytt og ukjent ble sett på som en direkte konsekvens av erfaring. Dette virket positivt også grad av opplevd trygghet i rollen som intensivsykepleier. En av informantene beskriver betydningen av erfaring på denne måten:

"Det er jo sånt, da har man et, da har man etterhvert lært seg å ta stilling til hva man selv mener om saker og ting, eee, så det kan jeg nok synes ha vært tøffere i starten enn nå. Ja, men det er vel også noe med at man har fått den der tryggheten, man har sett mye."

Ikke bare egen erfaring, men også andres erfaring ble omtalt som en viktig ressurs for å håndtere de mer faglige utfordringene. Informantene gav uttrykk for å sette stor pris på å være en del av et fagmiljø, med lett tilgang på faglige ressurser og høy kompetanse. Engasjerte og oppdaterte fagsykepleiere, samt ressurspersoner innen medisinsk teknisk utstyr ble fremhevet som viktig, i tillegg til faglig støtte fra andre kollegaer. Kollegastøtte opplevdes dermed som helt avgjørende for å kunne yte optimal helsehjelp. Både med tanke på å kunne møte en stadig raskere utvikling innen medisinsk teknisk utstyr, behandlingsalternativer og medisinske fremskritt. I denne forbindelse nevnes også bruk av utarbeidede sjekklister, rutinebeskrivelser og prosedyrer som hyppig brukte hjelpemidler.

6.0 DRØFTING AV FUNN

Drøfting av funn vil bli gjort med utgangspunkt i tilsvarende struktur som forskningsspørsmålene. For å besvare studiens problemstilling endret fokuset tilbake mot de samme forskningsspørsmålene som også gjenspeiles i intervjuguiden.

6.1 Strategier for mestring av faglige utfordringer

Samtlige av informantene måtte tenke seg lenge om, før de kunne svare på hvilke faglige utfordringer de møtte i hverdagen. Gjennom mange år i klinikken, hadde de en opplevelse av å ha opparbeidet seg tilstrekkelig med erfaring til å kunne håndtere de aller fleste utfordringer. Informantene beskrev hvordan de konsentrerte fokus på det de vurderte som viktigst for pasienten der og da, og alltid jobbet i tråd med prinsipper om A-B-C. Denne type rasjonalisering bidro til å gjøre situasjonen mer oversiktlig og konkret. Ved å bryte

situasjonen ned, og sette seg kortsiktige delmål opplevde intensivsykepleierne at det ble mer overkommelig å løse de faglige utfordringene. Dette ble en måte å omdefinere og strukturere problemstillingen, og slik gjøre den mer håndgripelig. Respondentene fortalte at dette antageligvis ble gjort med større bevissthet i starten av karrieren, men gikk mer på automatikk etterhvert som man hadde opparbeidet seg erfaring. Denne type mestringsstrategi står i til relasjon til en problemfokuseret mestringsstrategi, som beskrevet av Lazarus & Folkman (1984). Intensivsykepleieren retter strategien mot selve situasjonen, og omdefinerer problemet for å skaffe nok informasjon til å få oversikt, og dermed velge det mest hensiktsmessige handlingsalternativ ut i fra den gitte situasjonen.

Ferdig utarbeidede protokoller og prosedyrer ble beskrevet som hyppig brukt. Likeså støtte fra andre intensivsykepleiere og fagsykepleiere, altså kollegastøtte og samarbeid innad i intensivgruppen. Det å bruke hverandres kompetanse, og lære av hverandre ble beskrevet som en sentral strategi i hverdagen. Strategisk kommunikasjon, som close-the-loop, og det å selv være initiativtager og delaktig i tverrfaglige diskusjoner om pasientbehandling ble beskrevet som viktig. Her beskriver intensivsykepleierne en strategi for mestring som ut over å kunne defineres som problemfokuseret, også innebærer å jobbe kunnskapsbasert. Å jobbe kunnskapsbasert defineres som følgende: "Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen" (Nordtvedt et al., 2012, s. 17.). Intensivsykepleieren bruker egen og sine kollegaers erfaringer for å kunne håndtere situasjonen best mulig, og oppsøker i tillegg protokoller og prosedyrer som er fundert på oppdatert forskning på det aktuelle området. Dette med mål om at pasientens skal få optimal behandling med utgangspunkt i sine behov der og da.

Dette forskningsfunnet underbygges i en kvalitativ studie utført av Boström et. al (2011). Denne studien benyttet individuelle intervju som metode for å beskrive intensivsykepleieres erfaringer med å utøve intensivsykepleie til pasienter med traumatiske skader. Respondentene i studien beskriver hvordan de jobber metodisk, benytter standardiserte protokoller og strategisk kommunikasjon for å mestre faglige utfordringer, og redusere faren for feil. Videre forteller intensivsykepleierne at de etterhvert som de har opparbeidet seg mer erfaring, lettere håndterer uforutsigbare situasjoner, og skaffer oversikt over pasientens aktuelle behov. Viktigheten av godt samarbeid med kollegaer belyses i en studie fra 2015 utført av Siffleet et. al. Et arbeidsmiljø som tilrettelegger for godt samarbeid i kollegiet, bidrar til en

optimalisering av pasientbehandlingen, og påvirker i forlengelsen av dette hvordan intensivsykepleierne opplever å ha det på jobb. Det å få mulighet til å arbeide faglig autonomt beskrives som sentrale tiltak for å beholde intensivsykepleiere i klinikken (Siffleet et al., 2015). Momentene knyttet til samarbeid mellom kollegaer og grad av autonomi i arbeidet underbygges dessuten av Hayes et. al. (2010), i deres litteraturstudie. Her beskrives autonomi i form av muligheten til selv å gjøre faglige prioriteringer, arbeide selvstendig og å ha kontroll over sykepleiefaglige avgjørelser som sentrale faktorer for økt jobbtilfredshet. Videre beskrives viktigheten av godt kollegialt samarbeid, støtte fra andre intensivsykepleiere, fra ledelsen, og følelsen av å arbeide i team som svært viktig knyttet til grad av opplevd jobbtilfredshet (Hayes, et. al., 2010). Slik sett kan mestringsstrategier brukt for å håndtere faglige utfordringer knyttes ikke bare til mestring i seg selv, men også som kunnskapskilde til hva som kan bidra til at flere intensivsykepleiere velger å bli i yrket.

Sett bort fra de overnevnte artiklene ble det gjort få funn som direkte omhandlet faglige utfordringer og/eller mestring av disse. Årsaken til at dette emnet behandles som selvstendig tema i denne studien, henger sammen med hvordan tidligere forskning indirekte omtaler faglige utfordringer som en stor del av intensivsykepleieres hverdag. Eksempelvis med fokus på håndtering av avansert medisinsk teknisk utstyr, overvåkning, pleie og omsorg av kritisk syke pasienter. Intensivmedisin er dessuten et fagfelt i rask utvikling. Dette setter krav til intensivsykepleieren om til en hver tid å være faglig oppdatert, noe som også gjenspeiles i intensivsykepleieren funksjon- og ansvarsbeskrivelse (Isacson et. al., 2001; McGrath, 2008; Hayes et. al., 2010; Mason et. al., 2014; Trousselard et. al., 2015; Siffleet, et. al., 2015; NSFLIS, 2017). På bakgrunn av dette, samt forskerens erfaringer fra intensivavdelingen er ikke dette kunnskap og ferdigheter som kommer av seg selv, men krever målrettet innsats.

Strategier som samarbeid, initiativ til tverrfaglige diskusjoner, å oppsøke informasjon og omdefinere utfordringene til konkrete delmål er alle strategier som kan dekkes av betegnelsen problemfokuserte strategier (Lazarus & Folkman, 1984). Informantene gav uttrykk for å oppleve få utfordringer knyttet til faglige problemstillinger, og dermed også liten grad av stress. Det ble beskrevet en opplevelse av at "det er ikke noe som ikke kan løses". Dette indikerer stor grad av mestring, og en vellykket bruk av mestringsstrategier, bevisst eller ubevisst, knyttet til faglige utfordringer. De faglige utfordringene, nysgjerrigheten og interessen rundt disse, ble dessuten beskrevet som noe av det informantene likte best med jobben sin, og som en motivator i hverdagen.

Konsekvensen av manglende tilgang på oppdaterte prosedyrer, utvetydig kommunikasjon og et kollegie preget av dårlig samarbeid vil derimot kunne resultere i det motsatte. Funn fra tidligere forskning (Boström et. al., 2011), og funn fra denne studien tyder på at dette er noen av faktorene som må ligge til grunn for å at det skal være mulig å innfri intensivsykepleierens funksjon og ansvar knyttet til pasientbehandling.

6.2 Strategier for mestring av organisatoriske utfordringer

Alle informantene hadde mulighet til å påvirke arbeidstidene sine ved bruk av ønsketurnus. Ønsketurnusen ble for noen også brukt til å redusere tung arbeidsbelastning i form at nattarbeid. Andre foretrakk å jobbe netter, eller kombinasjonen aften/dag for å koordinere egen arbeidstid med forpliktelser på hjemmebane. Det at det ble tatt høyde for individuelle behov ble beskrevet som helt avgjørende, og av flere som et absolutt kriterium for at de skulle bli på arbeidsplassen. Dette understøttes også i en litteraturstudie utført av Hayes, et. al.(2010), hvor det gjøres funn som rapporterer at opprettholdelsen av det man opplever som en bærekraftig balanse mellom jobb og fritid synes å være helt avgjørende for intensivsykepleiere. Bruk av lokale lønnsforhandlinger ble også trukket frem som en relevant motivator for å bli værende på arbeidsplassen. Dette ble dog ikke beskrevet direkte som en mestringsstrategi, men mer som en av flere faktorer som påvirket valg av arbeidssted, og som en del av det å oppleve seg verdsatt for den jobben man gjorde. Dette understøttes av funn i forskningen, som viser til at gode avtaler for lønn, arbeidstid og turnus er sentrale virkemidler for å holde erfarne intensivsykepleiere i klinikken. Dersom disse faktorene ikke er på plass vil det kunne føre til både nedsatt arbeidstilfredshet hos intensivsykepleieren, økt frafall fra intensivsykepleiere i klinikken og i siste instans nedsatt pasientsikkerhet som følge av en lavere samlet kompetanse på intensivavdelingene (Isacson, et. al., 2001; Burgess, et. al., 2010; Hayes, et.al., 2010; Dolonen, 2015).

Samarbeid med ledelsen om organisering av pasientarbeidet i form av primærgrupper, og mulighet til å rullere på å ha det intensivsykepleiefaglige hovedansvaret for spesielt krevende pasientcase ble også brukt som en metode til å tilpasse den totale arbeidsbelastningen. Forskning viser at dersom dette ikke er realiteten, og de ansatte derimot utsettes for konstant høy arbeidsbelastning, opplever lite anerkjennelse fra ledelsen, og ikke opplever å ha påvirkningskraft over ledelsesbeslutninger, vil dette kunne representere betydelige

stressfaktorer som i siste instans vil kunne føre til at intensivsykepleiere velger å forlate yrket (Isacson et. al., 2001; Hayes, et. al., 2010).

Både bruk av ønske turnus, bruk av primærgrupper og muligheten til å samarbeide med ledelsen om fordeling av arbeidsbelastningen i avdelingen kan beskrives som et forsøk på å tilpasse situasjonen. Det er strategier hvor man benytter de midlene man har til rådighet for å løse utfordringer knyttet til organisatoriske forhold i arbeidshverdagen. Altså passer dette inn under kategorien problemfokustert mestring (Lazarus & Folkman, 1984). I tillegg til denne måten å møte utfordringene på, ble det også av noen av informantene beskrevet en aksept rundt det å arbeide turnus. Man hadde bestemt seg for å akseptere det å jobbe når andre hadde fri, og ha fri vice versa. Noen av informantene beskrev også enkelte fordeler med det å arbeide turnus, som at man om vinteren kunne nyte dagslyset ute i naturen, eller rekke over ærender i ukedagene. Disse eksemplene kan vitne om at det er gjort et bevisst valg om å se de positive sider ved turnusarbeid. Dette kan, i følge Lazarus & Folkman (1984) kategoriseres som en følelsesfokustert mestringsstrategi. Det å arbeide som intensivsykepleier innebærer i de aller fleste en eller annen form for turnusarbeid, det vil si at situasjonen kan ikke endres. Sett i lys av Lazarus & Folkman (1984) kan man dermed si at intensivsykepleiere benytter en kombinasjon av problemfokusterte og følelsesfokusterte mestringsstrategier knyttet til det å arbeide turnus. Innenfor de rammene av ønsketurnus forsøker man å i størst mulig grad påvirke vaktfordelingen og arbeidsbelastningen, samtidig som man til en viss grad aksepterer de ytre rammer for turnusarbeid.

Et overraskende funn angående turnus og vaktbelastning var at samtlige av informantene jobbet redusert stilling, eller byttet yrke til dagbasert arbeid i perioder med små barn. Dette indikerer at turnusarbeid er særskilt utfordrende i perioder av livet med små barn, og med dagens rammer for turnustilpasning vanskelig å få til å fungere. I disse fortellingene synes løsningen ikke å finnes på selve avdelingen, men man reduserer altså stillingsprosenten, eller bytter jobb. Det vil si man tenker alternativt, og finner en ny løsning. Dette også i følge Lazarus & Folkman (1984) en problemløsende mestringsstrategi. Det er mulig å argumentere for at dette for den enkelte intensivsykepleier både vil kunne representere et dilemma mellom redusert inntekt og en uholdbar familiesituasjon, og dessuten skape negative konsekvenser for intensivpatienten når verdifull kompetanse forsvinner fra intensivavdelingen.

Noen av intensivsykepleierne omtalte medisinsk teknisk utstyr, og det å holde seg oppdatert på bruken av nytt utstyr som en utfordring. Samtidig som det ble beskrevet utfordrende, ble det også omtalt som en del av intensivsykepleierhverdagen, og noe man måtte forvente å forholde seg til. Kollegastøtte hos andre intensivsykepleiere, og fagsykepleiere ble nevnt som strategi. I tillegg bruk av ferdig utarbeidede protokoller og prosedyrer. McGrath (2008) gjør i sin studie funn som underbygger relevansen av kollegastøtte, samarbeid og det å dele kunnskap knyttet til det medisinsk-tekniske. Videre ble muligheten til å holde seg faglig oppdatert, delta på kurs og kongresser rapportert som høyt verdsatt hos intensivsykepleierne. Flere av informantene beskrev at det å kunne trekke seg tilbake fra det direkte pasientrettede arbeidet, og delta i forskningsprosjekt eller andre fagrelaterte oppgaver bidro til økt inspirasjon og motivasjon i arbeidshverdagen. Dette til tross for at denne type arbeid også kunne føre til noe mer ekstraarbeid på fritiden. Relevansen av mulighet for faglig utvikling understøttes også i en studie fra Nederland. Via innhenting av kvalitative data i form av intervjuer, og kvantitative data i form av en spørreundersøkelse fremkommer resultater som setter høy turn-over på intensivavdelingen i sterk relasjon til manglende mulighet til faglig utvikling (van Dam, K. et. al., 2012). Også når det gjelder organisatoriske utfordringer, nevnes det å oppsøke kunnskap og å ta initiativ som sentrale strategier. Her ser man at strategier for mestring av organisatoriske utfordringer står i nær relasjon til strategier for faglige utfordringer, som beskrevet over, hvor kollegastøtte, samarbeid, kunnskapsbasert praksis og kommunikasjon står sentralt.

6.3 Strategier for mestring av utfordringer knyttet til tverrfaglig samarbeid

Relatert til utfordringer knyttet til tverrfaglig samarbeid, beskriver informantene at de selv pleide å ta initiativ til tverrfaglig diskusjoner, og diskusjoner rundt etiske problemstillinger. Eksempelvis angående behandlingsbegrensning og avslutning av behandling. Dette var noe de opplevde hadde blitt lettere etterhvert som de hadde opparbeidet seg mer erfaring, og blitt tryggere i rollen som intensivsykepleier. Avklaring av roller, og dermed forventninger innad i teamet ble ansett som et viktig utgangspunkt for vellykket tverrfaglig samarbeid. Det å etterstrebe åpen dialog, og kommunisere et felles, tverrfaglig mål for pasientbehandlingen ble ansett som svært viktig, og noe informantene mente det var avgjørende at de også selv bidro til. For at dette skulle være mulig ble det beskrevet som nødvendig å bli hentet ut fra intensivrommet for å delta på tverrfaglige møter, ha en strukturert legevisitt, og selv ta ansvar

for å skaffe svar på de spørsmål man måtte ha. Funn i tidligere forskning viser til at intensivsykepleiere i noen situasjoner opplever å i liten grad bli involvert i diskusjoner knyttet til tverrfaglig pasientbehandling. Her understøttes også bruk av tverrfaglige møter som et relevant tiltak for å bedre kommunikasjon, legge tilrette for tverrfaglig diskusjon og å oppklare uklarheter (Isacson, et. al., 2001; Fernandes & Moreira, 2012; Bogaert, et. al., 2017). Også her fremsto rolleavklaring, både for seg selv og innad i det tverrfaglige teamet, som sentralt. Intensivsykepleierne beskrev hvordan de tok initiativ til å innhente nok informasjon til å få oversikt over all argumentasjon rundt valgte strategi for behandling, og at de også selv tok initiativ til å delta i tverrfaglige diskusjoner og fremme sitt synspunkt fra et intensivsykepleierperspektiv. Til tross for dette, kunne det oppstå situasjoner hvor de allikevel var uenige i avgjørelsen som ble tatt. For eksempel avgjørelser knyttet til overføring av pasient til lokalsykehus, behandlingbegrensning eller avslutning av behandling. Noen av intensivsykepleierne beskrev da hvordan de på bakgrunn av å inneha nyansert informasjon og forståelse av de ulike sidene av saken, lettere kunne akseptere det å være uenig.

I forbindelse med uenigheter i behandlingsteamet, beskriver funn fra denne studien primært to ulike strategier. En strategi gikk ut på at intensivsykepleieren selv tok initiativ til å direkte kommunisere uenigheter på en ryddig måte, og å være tydelig på sitt perspektiv. Dersom man opplevde ikke å komme i mål med dette, og konflikten opplevdes som viktig å få løst, kunne man vurdere å trekke inn eksternt hjelp, som for eksempel ledelsen eller etisk komite. En annen strategi gikk ut på å unngå og dvele ved konflikter, å ignorere det, eller å la det "gå". Noen av informantene beskrev at de bevisst tok stilling til hvilke konflikter de valgte å engasjere seg i, og hvilke de lot passere.

De overnevnte strategier for mestring fremstår som en kombinasjon mellom de to kategoriene mestringsstrategier, beskrevet av Lazarus & Folkman (1984). På den ene siden velger man en offensiv metode, hvor man forsøker å løse konflikten der og da. Strategien vender seg mot selve konflikten, ved at intensivsykepleieren tar initiativ til dialog for å skaffe mer kunnskap om problemstillingen, oppklare uklare momenter og fremme sitt synspunkt. Dette kan bidra til en redefinering av problemstillingen, eller til å finne en ny løsning. Det er her snakk om en problemfokuset mestringsstrategi (Lazarus & Folkman, 1984). På den andre siden benyttes en mer defensiv strategi, som går ut på å velge sine kamper. Man unngår problemet, eller velger å la det passere. Denne type strategi ble særskilt beskrevet i situasjoner der intensivsykepleieren opplevde dårlig kommunikasjon, eller kvasse kommentarer fra sine

kollegaer. På den andre siden kunne det være tilfeller hvor intensivsykepleieren opplevde seg tilstrekkelig informert om situasjonen, men likevel ikke kom til enighet. Flere av informantene beskrev da at de lettere kunne akseptere å bare være uenige. Dette både i anerkjennelsen av kompleksiteten i mange pasientcase, og anerkjennelsen av intensivsykepleierollen hvor man ikke innehar autoritet som beslutningstaker. Denne type mestringsstrategi, en såkalt følelsesfokustert mestringsstrategi, brukes gjerne når man opplever at situasjonen ikke kan endres, og det derfor ikke er hensiktsmessig å bruke energi på det (Lazarus & Folkman, 1984). Van Bogaert et. al. viser til at god tverrfaglig kommunikasjon, godt samarbeid mellom profesjonene og åpenhet for diskusjon er faktorer som bidrar til å balansere summen av opplevd arbeidsbelastning. Noe som også vil ha positiv innvirkning på totalbildet av pleie og omsorg pasienten mottar, og redusere frafall fra yrket.

Helsedirektoratets veileder Beslutningsprosesser ved begrenning av livsforlengende behandling sier at "En beslutning om å begrense livsforlengende behandling bør alltid bygge på drøftinger i det tverrfaglige behandlingsteamet rundt pasienten. Det er den behandlingsansvarlige legen som treffer beslutningen" (Helsedirektoratet, 2013, s. 5). Lik strategien beskrevet av intensivsykepleierne i studien, sier også denne veilederen at beslutninger rundt begrenning av livsforlengende behandling skal tas på bakgrunn av tverrfaglige diskusjoner, men med behandlende lege som beslutningstaker. Dette er også i tråd med Intensivsykepleierens funksjon og ansvar, punkt 2.2, knyttet til klinisk utøvelse av intensivsykepleie, som sier at "gjennomfører medisinsk behandling i samarbeid med og på ordinasjon fra pasientens legeteam, og tar medansvar for forsvarlig behandling" (NSFLIS, 2017, punkt 2.2). Dette betyr av tverrfaglige diskusjoner rundt pasientbehandlingen ikke bare kan klassifiseres som strategier knyttet til mestring av utfordringer knyttet til tverrfaglig samarbeid, men det er også et formelt krav.

6.4 Strategier for mestring av etiske problemstillinger

Informantene beskrev etiske problemstillinger knyttet til det de opplevde som meningsløs medisinsk behandling. Dette var medisinske tiltak, eller kontinuering av tiltak, de opplevde skapte unødvendig lidelse for pasienten. Intensivsykepleieres erfaring av dette som en etisk problemstilling belyses også i tidligere forskning. Wilson et. al. (2012) viser i sin studie til at intensivsykepleiere beskriver opplevelsen av å gi fånytted pleie og medisinsk behandling som

kilde til "moral distress" hos intensivsykepleieren. Her beskrives fånyttets pleie enten som suboptimal smertelindring, eller kontinuering av omfattende medisinsk behandling i tilfeller der det er det vurderes dit hen at pasienten med stor sannsynlighet dessverre ikke kommer til å overleve. Som ved samtlige av de andre utfordringene, var initiativ til åpen dialog og tverrfaglig diskusjon en sentral strategi i møte med etiske utfordringer. Mestringsstrategiene intensivsykepleierne fortalte om i forbindelse med denne type etiske problemstilling, sto imidlertid i sterk relasjon til de mestringsstrategier benyttet ved utfordringer knyttet til tverrfaglig samarbeid. Intensivsykepleierne fokuserte på tydelig og direkte kommunikasjon, å innhente nok informasjon til å skaffe et nyansert bilde av den aktuelle situasjonen, og bruk av ekstern bistand som Klinisk Etisk Komite ved behov. Planmessighet, og det å arbeide etter konkrete mål og delmål kunne også gjøre det lettere å vurdere effekten av behandlingen, noe som igjen kunne være utgangspunkt for tverrfaglige diskusjoner. Her beskriver intensivsykepleierne strategier som retter seg mot utfordringen selv, og stikkordet er kommunikasjon. Ved å gjennom tverrfaglig diskusjon enten forsøke å endre eller omdefinere problemet. Dersom man allikevel ikke kom til enighet, ble strategien endret. Dette i form av en aksept over å være uenig, med visshet om at man hadde gjort det man kunne, og hadde autoritet til. Med andre ord beskriver intensivsykepleierne, i følge Lazarus og Folkman (1984) en kombinasjon av problemfokuserte og følelsesfokuserte mestringsstrategier i møte med denne type etiske problemstillinger.

Andre etiske problemstillinger som ble fremhevet i intervjuene, var problemstillinger knyttet til intensivrommets arkitektoniske utforming. Intensivrommet ble beskrevet som trangt, og lite tilpasset rommets formål. Dette gjorde skjerming av pasienter, både i forbindelse med stell, prosedyrer, og i forbindelse med pårørendebesøk, til en utfordring. Dette ble både trukket frem som en organisatorisk utfordring, knyttet til planlegging og utforming av de arkitektoniske forhold på en intensivavdeling, og i tillegg som en etisk problemstilling. Den etiske problemstillingen hadde sammenheng med skjerming, og ivaretagelse av pasienters og pårørendes privatliv. Respondentene beskrev dette som noe de ofte reflekterte over, men som det ikke var vanskelig å gjøre noe med. I forhold til skjerming av pasienter, var de likevel bevisste på å påminne hverandre på å trekke for forheng, og å skjerme andre pasienter fra innsyn når deres pasient fikk besøk. Videre også å begrense besøk inn i rommet, dersom dette kunne være til sjenanse for noen av pasientene, eller på noen annen måte true en eller flere av pasientenes integritet og rett til privatliv.

Knyttet til selve utformingen av intensivrommet, og de arkitektoniske forholdene intensivsykepleierne jobber i, fremkommer det en mer defensiv måte å forholde seg til utfordringene på. I og med at rommet ikke kan endres, kan situasjonen heller ikke endres. Olausson et. al. (2014) beskriver i sin studie hvordan intensivsykepleiere kan oppleve å stå i et dilemma mellom å gi pårørende plass og tid ved sykesengen, å beskytte pasientens privatliv og integritet, og om selv å få plass og rom til å utføre prosedyrer og annet arbeid for intensivpasienten. Her belyses også hvordan det arkitektoniske forholdene på intensivavdelingen kan skape dårlige arbeidsforhold i form av støy og uro, og i tillegg som en etiske problemstilling knyttet til utfordringer med å leve opp til en faglig og etisk standard om skjerming av pasienten (Olausson et. al., 2014). Tilsvarende problemstilling belyses også i en kvalitativ studie utført på portugisiske intensivavdelinger. Her beskrives selve utformingen av intensivrommet med åpne flermannsstuer som et hinder for å i tilstrekkelig grad kunne skjerme pasienten fra innsyn eller støy (Fernandez & Moreira, 2012). Når rommets utforming truer muligheten for optimal skjerming av intensivpasienten, står det i kontrast til intensivsykepleierens funksjons og ansvar knyttet til ivaretagelse av pasientens autonomi og integritet (NSFLIS, 2017). Det står også i kontrast til Yrkesetiske Retningslinjer for Sykepleiere, knyttet til ivaretagelse av pasientens autonomi, og rett til ikke å bli krenket (NSF, 2016). Olausson et. al. (2014) hentyder at beslutningstakere og ledere står ansvarlige for kvaliteten på pasientbehandlingen, og i forlengelsen av dette også utformingen av funksjonelle intensivrom. Det vises til at intensivrommets utforming kan påvirke både intensivsykepleierens mulighet til å utøve optimal intensivsykepleie, intensivsykepleieres jobbtilfredshet og i tillegg kan ha negativ innvirkning på det behandlingstilbudet intensivpasienten mottar.

Sett i lys av Lazarus og Folkmans (1984) teori om mestringsstrategier, kan det se ut som om det her benyttes kombinerte mestringsstrategier. På den ene siden forsøker intensivsykepleierne å minne hverandre på å trekke for hengsel for å beskytte pasienten mot innsyn, og å regulere besøk når nødvendig. Dette kan man si er forsøk på å optimalisere situasjonen med konkrete tiltak, det vil si en problemfokuset mestringsstrategi. På den andre siden er det lite eller ingenting man får gjort med selve rommets utforming. Noen av intensivsykepleierne beskrev en irritasjon som kunne oppstå blant personalet, når gardiner ble trukket fra og igjen, og pårørende gikk inn og ut, på bekostning av plass til å arbeide på. På en måte kan man si at dette er en form for følelsesfokuset mestringsstrategi, selv om det er mulig å argumentere for at strategien ikke taler til sitt formål.

I eksemplet over med intensivavdelingens arkitektoniske forhold, ser man at kategorier av utfordringer glir over i hverandre. Det etiske glir over i det organisatoriske, og det organisatoriske med det etiske. Kategoriernes hovedoppgave er i denne sammenhengen å systematisere funnene, og holde en rød tråd fra problemstilling til resultat. Likevel er det bak dette en erkjennelse om at både utfordringene intensivsykepleierne møter i sin arbeidshverdag, og mestringsstrategiene som benyttes for å håndtere disse utfordringene i større eller mindre grad står i sammenheng med hverandre.

6.5 Strategier for mestring av utfordringer knyttet til intensivsykepleierens egne opplevelser og følelser i møte med intensivpasienten og dens pårørende

Knyttet til mestring av utfordringer knyttet til egne opplevelser og følelser i møte med intensivpasienten og dens pårørende, ble det også beskrevet bruk både av ubevisste og bevisste strategier. Samtlige av informantene reflekterte over en takknemmelighet over å selv være friske, og opplevde at jobben hjalp dem til å se hva som var godt i livet. Noen av informantene beskrev også en måte å distansere seg fra situasjonene, ved å ha en bevisst tankegang rundt at denne sykehistorien faktisk ikke gjaldt dem personlig. På den måten kunne informantene i stedet for å gå inn i sorg over grusomheten i situasjonen, fokusere på å gi best mulig pleie, omsorg, og bidra til en optimalisert behandling av pasienten. Relevansen av dette belyses også av Hayes et. al.(2010), som i sin litteraturstudie beskriver hvordan det å kunne omdefinere en situasjon, justere fokus og i noen tilfeller distansere seg sto i sammenheng med høyere grad av jobbtilfredshet hos intensivsykepleiere. Det ble videre beskrevet en opplevelse av mening i det å se at man kunne gjøre noe godt, tross situasjonen for pasienten og dens pårørende kunne oppleves håpløs. Det å hjelpe pasienter og pårørende til å finne noe godt i det vonde, ble beskrevet som svært meningsfullt. Et eksempel som ble nevnt var å kunne hente en ekstra seng til kjæresten til en pasient som skulle dø, slik at de begge kunne sove sammen på intensivrommet noen av de siste nettene. Samtidig kunne dette også være en måte å kanalisere fokus mot det man kunne få gjort noe med, og vekk fra det man ikke fikk gjort noe med, og dermed en måte å håndtere situasjonen på. Det å få positive tilbakemeldinger fra pårørende og pasienter ble også beskrevet som en viktig motivator, og som en bekreftelse på at man hadde gjort en god jobb.

I avsnittet over beskrives det både en strategi som innebærer å gi rom for håp, eller skape lyspunkt i det tragiske. I første rekke hos pasienten og pårørende, men i forlengelsen av dette også hos intensivsykepleieren selv. Ved å ubevisst eller bevisst distansere seg fra situasjonen, og tenke at dette gjelder ikke meg, men samtidig har fokus på de praktiske gjøremålene og det som faktisk kan ordnes. I dette finnes en kombinasjon av følelsesfokuserte mestringsstrategier i form av å justere ens følelsesmessige respons på en hendelse, og samtidig definere mål som gjør det mulig å finne relevante tiltak, tilsvarende Lazarus og Folkmans` (1984) teori om problemfokuserert mestring.

Videre beskrev informantene at de etterhvert som de hadde fått mer erfaring, følte de seg tryggere på at det som kunne gjøres i situasjonen hadde blitt gjort. Det å vite at de hadde gjort alt som var mulig å gjøre, ble dermed også en strategi for legge hendelsene bak seg. Her sto også god tverrfaglig kommunikasjon sentralt, og det å få svar på spørsmål og uklarheter rundt pasientbehandlingen. Siffleet et. al. (2015) finner i sin studie, gjennomført som en kvalitativ studie med bruk av semistrukturerte individuelle intervjuer, at intensivsykepleiere opplevde at de hadde det best på jobb når de hadde klart å gi pasienten og pårørende det de mente var optimal, helhetlig pleie og omsorg. Flere av informantene beskrev at i de prioriterte, og justerte kravene ut i fra hva de opplevde det var mulig å få til, og alltid fokuserte på det de vurderte som viktigst. Dette ble en måte å sortere momenter i situasjonen, slik at den ble mer håndterbar. Knyttet til intensivbehandling av svært syke pasienter med vurdert dårlig prognose, var det flere av informantene som beskrev hvordan de satte seg kortsiktige mål for dagen, eller kanskje bare for påfølgende time. Intensivsykepleierne spurte seg selv eksempelvis om det var mulig å gå ned 5% på FiO₂, gjennomføre leieendring uten forverring av respiratorisk eller hemodynamisk utstabilitet, redusere pressor ørlite, eller andre delmål i riktig retning. Den positive innvirkningen måloppnåelse i pasientbehandlingen kan ha på intensivsykepleieren bekreftes også i Siffleet et. al. sin studie (2015). Her beskriver noen av informantene at ved å nå sine mål for dagen, lettere kan forlate arbeidet med god samvittighet. Her beskrives også hvordan både erfaring fra intensivavdelinger, og generell livserfaring bidro til at man etterhvert opplevde å mestre emosjonelt utfordrende situasjoner.

De strategiene som beskrives over, kan kategoriseres som det Lazarus & Folkman (1984) kaller problemfokuserte mestringsstrategier. Ved å sette seg konkrete, målbare mål for dagen, gjør intensivsykepleieren en redefinering av utfordringen. Dette kan gjøre situasjonen mer oversiktlig, slik at man det blir lettere å gjøre en vurdering på hvilke tiltak som er de mest

hensiktsmessige. Ved å aktivt oppsøke kunnskap om situasjonen, og ta initiativ til å oppklare eventuelle uklarheter retter intensivsykepleieren seg mot miljøet, eller utfordringen selv.

Noen av informantene fortalte også at de hadde opparbeidet bevisste måter å tenke på for å kunne legge fra seg en situasjon, dersom det var noe som hang igjen etter at arbeidsdagen var over. Et konkret eksempel var å gå igjennom situasjonen, og tenke over om dette var noe man måtte finne ut av, eller ordne opp i der og da, eller om det kunne vente til neste gang man skulle på jobb. Dersom man av en eller annen grunn opplevde at det ikke kunne vente, ble løsningen å ta en telefon til jobben og høre hvordan det gikk, eventuelt gi informasjonen videre til en kollega, slik at man kunne legge tankene vekk hjemme. Gjennom å skaffe svar for å gjøre det mulig å legge fra seg tanker fra arbeidsdagen, benytter man en aktiv strategi rettet direkte mot problemstillingen. Dette kan kategoriseres som en problemfokuset mestringsstrategi (Lazarus & Folkman, 1984). Rett nok er det snakk om en strategi som har som mål å redusere urolige eller stressfylte følelser, og kanskje kan man dermed argumentere for at både de følelsesfokuserte og problemfokuserte mestringsstrategier også her går over i hverandre.

Andre situasjoner hvor noen av informantene beskrev at det kunne lønne seg å tenke kortsiktig var dersom de ble stående med arbeidsoppgaver de ikke trivdes med. Eksempelvis dersom man hadde ansvaret for pasient på smitterom over flere dager. I slike situasjoner kunne man oppleve ikke å få hjelp når man hadde behov for det, og på det generelle jobbe mer alene. Da ble løsningen enten å spille på ledelsen, og be om å bli omroket til en annen stue, eller å tenke at situasjonen var midlertidig også gjøre så godt man kan. Det med at smitterom ble nevnt som spesifikt eksempel er et interessant funn sett i lys av Isacson et. al. (2001) sin litteraturstudie, hvor faren for å komme i kontakt med infiserte kroppsvæsker oppgis som en sentral stressfaktor blant intensivsykepleiere. Videre pekte informantene på at selve arbeidets karakter, som består av stadig nye pasienter, nye pasientcase og nye utfordringer var på generelt grunnlag var noe som ble satte pris på, og som var en av tingene som gjorde at de trivdes på jobben.

Alle informantene hadde deltatt på organisert debriefing, i etterkant av traumatiske hendelser på jobben, men det var varierte hvor mye informantene opplevde å ha nytte av dette. Vel så ofte ble det beskrevet bruk av en type uformell debriefing med kollegaer en opplevde å ha en spesielt god relasjon til. Noen av intensivsykepleierne fortalte at det ikke alltid var like lett å forutse hvilke situasjoner og opplevelser som ville berøre dem på forhånd, og dermed heller

ikke hva som ville berøre deres kollegaer. I den forbindelse fortalte informantene at de forsøkte å være tålmodige med seg selv, og akseptere de følelser som måtte komme. Her beskriver informantene at de ved å snakke med hverandre, og få bekreftelse på følelser og reaksjoner, oppnår å redusere ubehagelige følelser knyttet til hendelsene. Eller i følge Lazarus & Folkman (1984) en form for følelsesfokusert mestringsstrategi. Denne type mestringsstrategi brukes ofte når situasjonen ikke kan endres, som i dette eksempelet innebærer at situasjonen har allerede skjedd. Bruk av kollegastøtte for å bearbeide traumatiske og vanskelige hendelser fremkommer også i litteraturen (Isacson, et. al., 2001; Hayes et. al., 2010; de Boer et. al., 2013) som helt avgjørende, og noe sykepleiere på intensivavdeling benytter seg av i utstrakt grad. Noen av informantene var komfortable med å vise følelser i situasjonen, så fremst dette ikke gikk ut over pårørende eller pasienten og konteksten tilsa at dette var ok, mens for andre opplevdes dette stort sett som unaturlig. Noen av informantene fortalte at de i situasjonen ofte var så fokuserte på selve arbeidsoppgavene, at de ikke i særlig grad registrerte egne følelser. Derimot kunne tanker og følelser komme til på et senere tidspunkt. Tilsvarende funn er å finne i studien av de Boer et. al. (2013). Der beskrives det hvordan sykepleiere i selve situasjonen reagerer profesjonelt, men at det i etterkant kan oppstå reaksjoner som for eksempel behov for å gråte, følelse av håpløshet, skam, skyld eller uro.

Noen av intensivsykepleierne fortalte også at de på en måte la jobben fra seg rent mentalt i det de byttet fra hvitt tøy til sivilt. Det å bruke naturen og være i fysisk aktivitet ble også trukket frem som strategier for å legge jobben til side når man kom hjem. Informantene beskrev bruk av galgenhumor som en ubevisst, men hyppig brukt strategi. Det å få tulle og lette på stemningen, ble opplevd som helt nødvendig. Her igjen gis det eksempler på kognitive strategier for å redusere urolige og vonde følelser, tilsvarende følelsesfokuserede mestringsstrategier.

6.6 "Det er ingenting som ikke kan løses"

En rød tråd gjennom alle intervjuene var opplevelsen av at "det er ingenting som ikke kan løses". Informantene beskrev hvordan de benyttet ulike strategier for å løse de ulike utfordringene. Kommunikasjon knyttet til pasientbehandling, variasjon i arbeidshverdagen, fleksible arbeidstider, bearbeidelse av situasjoner og hendelser og en bevisst bruk av tidligere erfaringer fremsto som hovedkategorier av strategier intensivsykepleierne benyttet for å

mestre arbeidshverdagen sin. Dette er strategier som ikke kommer av seg selv. For å muliggjøre mestring av utfordringer i arbeidshverdagen må intensivsykepleieren istandgjøres til å mestre. Her ligger noe av makten hos intensivsykepleieren selv, men noe ligger også på organisatorisk nivå, hos ledere og beslutningstakere knyttet til intensivavdelingen.

7.0 STYRKER OG SVAKHETER VED DENNE STUDIEN

Denne studien er utført i forbindelse med min masterutdanning i intensivsykepleie ved OsloMet. Det er første gang jeg planlegger og utfører et forskningsarbeid, og har således heller aldri tidligere utført en kvalitativ studie. Denne oppgaven er dermed som et "svennestykke" å regne. Det har vært en prosess full av læring og erfaringer, og sett retrospekt er det flere ting jeg ville gjort annerledes dersom jeg skulle gjennomføre en tilsvarende studie igjen. Det å være to i gjennomførelsen av arbeidet, tenker jeg kunne styrket studien. Dette spesielt med henblikk på drøfting av funn. Det kunne også vært nyttig å ha en observatør på intervjuene. På den måten kunne man kanskje fanget opp flere nyanser i kommunikasjonen gjennom intervjuene, og dermed fått er rikere datamateriale. En styrke ved studien er imidlertid at intervjuene er transkribert av forskeren selv. Gjennom å selv konvertere rådata til tekst, fikk man en dypere kjennskap til materialet (Malterud, 2011). Dette muliggjorde justeringer underveis knyttet til selve intervjuet, samtidig som det satte i gang en analyseprosess.

Studiens hensikt var å beskrive hvilke utfordringer intensivsykepleiere opplever i sin arbeidshverdag, og å finne ny kunnskap om hvilke mestringsstrategier erfarne intensivsykepleiere benytter for å håndtere disse. Informantene ble fikk spørsmål om hvilke utfordringer de opplevde i sin arbeidshverdag, og hvordan de mestret disse. Når resultatets gyldighet skal vurderes, må man spørre seg selv hva studiens funn er sant om, og under hvilke forutsetninger er resultatet gyldig (Malterud, 2011). Ved å kun inkludere erfarne intensivsykepleiere, mister man muligheten til å vite hva ferske intensivsykepleiere opplever og erfarer arbeidshverdagen på intensivavdelingen. Likeså refleksjoner fra de intensivsykepleierne som ikke lenger arbeider i klinikken. Forskning tegner et ganske dystert bilde av hvilke konsekvenser den totale arbeidsbelastningen på avdelingen kan ha både for intensivsykepleieren og intensivpasienten. Samtidig viser prognoser at Norge innen 3 år kan befinne seg i en situasjon hvor man mangler 3000 intensivsykepleiere (Dolonen, 2017).

Denne realiteten fremkommer ikke like tydelig i mine funn. Ved å inkludere en blandet gruppe av intensivsykepleiere kunne kanskje resultatet blitt mer nyansert. Et aspekt som ikke fremkommer tydelig i denne studien er dessuten de ulike utfordringer intensivsykepleiere møter i sin arbeidshverdag, satt i relasjon til konkrete konsekvenser for pasienten. Dette anses som et godt utgangspunkt for videre forskning.

LITTERATURLISTE

- de Boer, J., van Rikxoort, S., Bakker, B. A. & Smit, J. B. (2013). Critical incidents among intensive care unit nurses and their need for support: explorative interviews. *British Association of Critical Care Nurses*, 19(4), 166-174
- Boström, M., Magnusson, K. & Engström, Å.(2011). Nursing patients suffering from trauma: Critical care nurses narrate their experiences. *International Journal of Orthopedic and Trauma Nursing*, 16, 21-29
- Burgess, L., Irvine, F. & Wallymahmed, A. (2010). Personality, stress and coping in intensive care nurses: a descriptive exploratory study. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care*, 15(3), 129-140
- van Dam, K., Meewis, M. & van der Heijden, I.J.M.B. (2012). Securing intensive care: towards a better understanding of intensive care nurses` perceived work pressure and turnover intention. *Journal of advanced nursing*, 69(1), 31-40
- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2017). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien: Forskningens A-B-C*, 76-81
- Dolonen, K. A. (2017). Kritisk mangel på intensivsykepleiere. *Sykepleien*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/2017/05/kritisk-mangel-pa-intensivssykepleiere>
- Dolonen K. A. (2015). Norge trenger flere ABIO-sykepleiere. *Sykepleien*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/2015/06/norge-trenger-flere-abio-sykepleiere>
- Epp, K. (2012). Burnout in critical care nurses: A literature review. *Dynamics*,23(4), 25-31
- Fernandes, M. & Moreira, MBP, I. (2012). Ethical issues experienced by intensive care unit nurses in everyday practice. *Nursing Ethics*, 20(1), 72-82

- Folkehelseinstituttet. (2014, 4.oktober) Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler. Hentet fra: <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23?q=forskningsetikkloven>
- Hayes, B., Bonner, A. & Pryor, J. (2010). Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: a review of recent literature. *Journal of Nursing Management*, 18, 804-814
- Healy, S. & Tyrell, M. (2011). Stress in emergency departments: experiences of nurses and doctors. *Emergency nurse*, 19(4), 31 - 37
- Helsedirektoratet. (2013). Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling (Veileder IS-2091). Oslo: Helsedirektoratet
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=helseforskningsloven>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2
- Høyskolen Oslo og Akershus. Læringscenter og bibliotek. (2018, 8.februar). Databaser. Hentet fra: <http://www.hioa.no/LSB/Databaser>
- Isacson, A. M., Nilsson, C. & Sällström, C. (2001). Intensivvårdssjuksköterskans stressfaktorer och copingstrategier - en litteraturstudie. *Ventilen* 4(01), 20-25
- Johannessen, A. Tufte. P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4.utg.) Oslo: Abstrat Forlag AS.
- Kvale, S. & Brinkmann. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.

Lykkeslet, E. & Gjengedal, E. (2007). Methodological Problems Associated With Practice-Close Research. *Qualitative Health Research*, 17(5), 699-704

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring* (3.utg.) Oslo: Universitetsforlaget.

Mason, M. V., Leslie, G., Lyons, P., Walke, E. & Griffin, M. (2014). Compassion Fatigue, Moral Distress, and Work Engagement in Surgical Intensive Care Unit Trauma Nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 33(4), 215-225

McGrath, M. (2008). The challenges of caring in a technological environment: critical care nurses' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 1096-1104. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02050.x

Myhren, H., Ekeberg, Ø. & Stokland, O. (2013). Job Satisfaction and Burnout among Intensive Care Unit Nurses and Physicians. *Critical Care Research and Practice*, 2013, Article ID 786176. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/786176>

Norsk Sykepleieforbund. (2017). Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for Intensivsykepleier, Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3637056/270500/FUNKSJONS--OG-ANSVARSBESKRIVELSE-FOR-INTENSIVSYKEPLEIER>

Norsk Sykepleieforbund. (2006). Definisjoner. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/125357/270500/Definisjoner>

Norsk Sykepleieforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V & Reinar L. M. (2012). *Jobb Kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Aribes AS.

Olausson, S., Ekebergh, M. & Österberg, A. S. (2014). Nurses' lived experiences of intensive care unit bed spaces as a place of care: a phenomenological study. *British Association of Critical Care Nurses*, 19(3), 126-134

Personopplysningsloven. (2000). *Lov om behandling av personopplysninger*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31>

Siffleet, J., Williams, M. A., Rapley, P. & Slatyer, S. (2015). Delivering best care and maintaining emotional wellbeing in the intensive care unit: the perspective of experienced nurses. *Applied Nursing Research*, 28(2015), 305-310

Stubberud, D.-G. (2015) Intensivsykepleierens funksjon og ansvar. I T. Guldbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie*. (s.43 - 73). (3.utg.) (Oslo: Cappelen Damm AS.

Trousselard, M., Dutheil, F., Naughton, G., Cosserant, S., Amadon, S., Dualé, C. & Schoeffler, P. (2015). Stress among nurses working in emergency, anesthesiology and intensive care units depends on qualification: a Job Demand-Control survey. *International Archives of Occupational and Environmental Health (Int Arch Occup Environ Health)*, 89, 221-229

Van Bogaert, P., Peremans, L., Van Heusden, D., Verspuy, M., Kureckova, V., Van de Cruys, Z. & Franck E. (2017). Predictors of burnout, work engagement and nurse reported job outcomes and quality of care: a mixed method study. *BMC Nursing*, 16(5)

Wilson, A. M., Goettemoeller, M. D., Bevan, A. N. & McCord, M. J. (2012). Moral Distress: levels, coping and preferred interventions in critical care and transitional care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 1455-1466.

Vedlegg 1



Anne Eikeland
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 14.06.2017

Vår ref: 54324 / 3 / BGH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.05.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

54324	<i>Hvilke strategier benytter intensivsykepleiere for å mestre utfordringer i sin arbeidshverdag?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Anne Eikeland</i>
Student	<i>Heidi Johansen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 24.11.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Belinda Gloppen Helle

Kontaktperson: Belinda Gloppen Helle tlf: 55 58 28 74

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 54324

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Som avklart i epostkorrespondanse med studenten, datert 12.06 og 13.06.17, skal revidert informasjonsskriv ettersendes til personvernombudet@nsd.no. I det reviderte informasjonsskrivet skal setningen om at datamaterialet med personopplysninger i fem år endres til at datamaterialet skal anonymiseres ved prosjektslutt, 24.11.2017.

TAUSHETSPLIKT

Sykepleiere har taushetsplikt, og det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke registreres taushetsbelagte opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, tid, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig ved å bruke eksempler under intervjuene. Personvernombudet legger med dette til grunn at dere ikke innhenter personopplysninger om pasienter og at sykepleiernes taushetsplikt ikke er til hinder for den behandling av opplysninger som finner sted.

Student og informant har et felles ansvar for det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuet. Det kan derfor være hensiktsmessig om studenten avklarer dette med informanten i forkant av intervjuet.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Oslo og Akershus sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektslutt er 24.11.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak

Vedlegg 2

1

Endrings skjema

for endringer i forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt

(jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter)

Endrings skjema sendes per e-post til: personvernombudet@nsd.no

1. PROSJEKT	
Navn på daglig ansvarlig: Anne Eikeland	Prosjektnummer: 54324
Evt. navn på student: Heidi Johansen	

2. BESKRIV ENDRING(ENE)	
Endring av daglig ansvarlig/veileder: Ingen.	<i>Ved bytte av daglig ansvarlig må bekreftelse fra tidligere og ny daglig ansvarlig vedlegges. Dersom vedkommende har sluttet ved institusjonen, må bekreftelse fra representant på minimum instituttnivå vedlegges.</i>
Endring av dato for anonymisering av datamaterialet: Ny dato for innlevering av masteroppgave er 15/2-18.	<i>Ved forlengelse på mer enn ett år utover det deltakere er informert om, skal det fortrinnsvis gis ny informasjon til deltakerne.</i>
Gis det ny informasjon til utvalget? Ja: ____ Nei: ____x____ Hvis nei, begrunn: Forlengelsen er mindre enn ett år.	
Endring av metode(r): Ingen-	<i>Angi hvilke nye metoder som skal benyttes, f.eks. intervju, spørreskjema, observasjon, registerdata, osv.</i>
Endring av utvalg: Ingen.	<i>Dersom det er snakk om små endringer i antall deltakere er endringsmelding som regel ikke nødvendig. Ta kontakt på telefon før du sender inn skjema dersom du er i tvil.</i>
Annet: Ingen.	

3. TILLEGG SOPPLYSNINGER

4. ANTALL VEDLEGG	
	<i>Legg ved eventuelle nye vedlegg (informasjonsskriv, intervjuguide, spørreskjema, tillatelser, og liknende.)</i>

Har du spørsmål i forbindelse med utfylling av skjemaet, ta gjerne kontakt med Personvernombudet hos NSD, telefon 55 58 81 80



Heidi Johansen <johaheidi@gmail.com>

Prosjektnr: 54324. Hvilke strategier benytter intensivsykepleiere for å mestre utfordringer i sin arbeidshverdag?

Håkon Jørgen Tranvåg <hakon.tranvag@nsd.no>
To: Anne.Eikeland@hioa.no, johaheidi@gmail.com

Fri, Nov 17, 2017 at 10:00 AM

BEKREFTELSE PÅ ENDRING

Hei, viser til endrings skjema registrert hos personvernombudet 13.11.2017.

Vi har nå registrert at prosjektslutt er endret fra 24.11.2017 til 15.02.2018.

Personvernombudet forutsetter at prosjektopplegget for øvrig gjennomføres i tråd med det som tidligere er innmeldt, og personvernombudets tilbakemeldinger. Vi vil ta ny kontakt ved prosjektslutt.

--

Håkon Jørgen Tranvåg
Rådgiver | Adviser

Seksjon for personverntjenester | Data Protection Services
T: (+47) 55 58 20 43

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS | NSD – Norwegian Centre for Research Data
[Harald Hårfagres gate 29, NO-5007 Bergen](#)
T: (+47) 55 58 21 17
postmottak@nsd.no www.nsd.no

Vedlegg 4

Forenklet meldeskjema - student-/mastergradsprosjekter [Kompetansesenter for personvern og sikkerhet](#)

Forenklet meldeskjema for student/mastergradsprosjekter som medfører behandling av personopplysninger som er melde- eller konsesjonspliktig i henhold til personopplysningsloven med forskrifter.

For at forenklet melding skal kunne benyttes må man kunne krysse av på samtlige punkter nedenfor. Dersom ett av utsagnene ikke stemmer overens med prosjektets formål og gjennomføring, så må fullstendig melding sendes til personvernombudet.

Utfylt skjema sendes til [personvernombudet](#) sammen med informasjonsskriv og prosjektbeskrivelse. Se [spørsmål og veiledning](#).

Når forenklet melding er sendt inn kan prosjektet starte, under forutsetning av at man har innhentet godkjenning fra avdelingsleder. Det er ikke nødvendig å avvente personvernombudets tilbakemelding.

1 INFORMASJON OM ANSVARLIG FOR PROSJEKTET	
A. PROSJEKTLEDER	
Navn og stilling (VEILEDER) Anne Eikeland, Høgskolelektor	Klinikk/avdeling hvor prosjektet gjennomføres:
Navn (STUDENT) Heid Johansen	
Telefonnummer (STUDENT): 46878873	E-postadresse (STUDENT OG VEILEDER): johaheidi@gmail.com, anne.eikeland@hioa.no
B. ANSVARLIG VIRKSOMHET	
Navn på høgskolen / universitetet som er ansvarlig for prosjektet Høgskolen Oslo og Akershus	
2 PROSJEKTETS NAVN/TITTEL	
Hvilke strategier benytter intensivsykepleire for å mestre utfordringer i sin arbeidsverdag?	
3 ERKLÆRING OM PROSJEKTET	
Avsender erklærer at følgende utsagn er korrekte (sett kryss):	
<input checked="" type="checkbox"/> En høgskole / et universitet i Norge er databehandlingsansvarlig for prosjektet	
<input checked="" type="checkbox"/> Prosjektet er ikke søknadspliktig til REK. Veileder har vurdert spørsmålet.	
<input checked="" type="checkbox"/> Prosjektet meldes til NSD	
<input checked="" type="checkbox"/> Deltagerne samtykker skriftlig	
<input checked="" type="checkbox"/> Samtykket vil utformes i tråd med vilkårene i NSDs tilrådning	
<input checked="" type="checkbox"/> Deltagerne er kun ansatte ved sykehuset	
<input checked="" type="checkbox"/> Det registreres ingen informasjon om deltagerens helse	
<input checked="" type="checkbox"/> Det registreres ingen informasjon om andre personers helse	
<input checked="" type="checkbox"/> Det søkes om avdelingsleder(e)s godkjenning av deltagelsen i prosjektet	
<input checked="" type="checkbox"/> Det søkes om avdelingsleder(e)s godkjenning til bruk av deltagerens arbeidstid (hvis aktuelt)	
4 LAGRING AV DATA	
Skal elektroniske data som samles inn lagres ved sykehuset? <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	
Hvis ja, hvordan skal dette lagres?	
5 DATO FOR UTFYLING	
Sted og dato Oslo, 05/05-17	Utfylt av: Heidi Johansen

Vedlegg 5

SV: Forenklet meldeskjema om forskningsprosjekt i forbindelse med masteroppgave

Personvern

to 11.05.2017 11:19

Til: Heidi Johansen <s899115@stud.hioa.no>;

Hei,

Takk for melding. Vi har ingen personvernmessige innvendinger og ønsker dere lykke til med masteroppgaven! Studien er registrert i arkivsystemet ePhorte med saksnummer 2017/7680

mvh

Personvernradgiver

Avdeling for informasjonssikkerhet og personvern | Stab pasientsikkerhet og kvalitet

Telefonnummer:

Besøk:

[www](#)

[personvern](#)

Fra: Heidi Johansen [mailto:s899115@stud.hioa.no]

Sendt: 10. mai 2017 18:55

Til: Personvern

Kopi: Anne Eikeland

Emne: Forenklet meldeskjema om forskningsprosjekt i forbindelse med masteroppgave

Hei!

Vedlagt ligger forenklet meldeskjema om forskningsprosjekt i forbindelse med min masteroppgave.

Ta kontakt med meg, eller min veileder for spørsmål.

Veilder:

Anne Eikeland, HiOA. E-post: anne.eikeland@hioa.no

Vennlig hilsen

Heidi Johansen

Vedlegg 5

Intensivsykepleier v/Akutt klinikken, Nevrointensiv
Masterstudent v/ Høgskolen Oslo og Akershus

Vedlegg 6

04.05.2017

Heidi Johansen
Intensivsykepleier ved avdeling for Nevrointensiv,
Akuttklinikken, Ullevål Sykehus, OUS
Masterstudent ved Høgskolen Oslo og Akershus

Til
Ved

SØKNAD OM TILLATELSE TIL Å UTFØRE FORSKNINGSUNDERSØKELSE VED

I forbindelse med masterutdanning i intensivsykepleie ved Høgskolen Oslo og Akershus ønsker jeg å gjennomføre et forskningsarbeid som tar utgangspunkt i intensivsykepleieres arbeidshverdag. Jeg ønsker å kartlegge hvilke strategier erfarne intensivsykepleiere benytter for å mestre utfordringer de møter i sin arbeidshverdag. Primært ønsker jeg å intervju intensivsykepleiere med mer enn 10 års klinisk erfaring fra intensivavdeling, og som arbeider med voksne intensivpasienter. Jeg håper å rekruttere 4-5 intensivsykepleiere fra ulike intensivavdelinger.

Hensikten med studien er å kartlegge hvilke faktorer som kan bidra til at intensivsykepleiere opplever mestring i sin arbeidshverdag, og derfor er medvirkende til at de velger å bli værende i yrket. Resultatet av studien vil derfor kunne bli et relevant bidrag til arbeidet med å opprettholde og videreutvikle intensivsykepleiekompetanse på intensivavdelinger.

Undersøkelsen skal ta utgangspunkt i følgende problemstilling:

Hvilke strategier benytter intensivsykepleiere for å mestre utfordringer i sin arbeidshverdag?

Jeg planlegger å gjennomføre en kvalitativ forskningsundersøkelse, og innsamling av data vil foregå ved hjelp av individuelle semistrukturerte intervju. Intervjuene vil ha en varighet på ca. én klokke. Skriftlig informert samtykke vil innhentes fra alle respondenter. Data vil avidentifiseres, og vil bli behandlet i fortrolighet slik at svarene ikke kan spores tilbake til respondenter. Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd, og disse vil bli lagret etter gjeldende retningslinjer, samt etter tillatelse fra Norsk Senter for Forskningsdata (NSD). Prosjektet er meldt til NSD. Svar er per nå ikke mottatt, men ettersendes når det foreligger. Resultatet av forskningen og masteroppgaven vil gjøres tilgjengelig for avdelingen etter sensur.

Dersom jeg får tillatelse til å gjennomføre en forskningsundersøkelse ved hadde jeg satt stor pris på om min forespørsel kan videreformidles til relevante avdelinger. Jeg ønsker også at det oppnevnes en kontaktperson jeg kan kommunisere direkte med, og som kan bidra med rekruttering av respondenter.

Aktuelt blir da

Ta gjerne kontakt med meg eller min

veileder ved spørsmål eller andre henvendelser!

Vedlegg 6

Masteroppgaven veiledes av høgskolelektor Anne Eikeland ved Høgskolen Oslo og Akershus.

Kontaktinformasjon Anne Eikeland:
Telefon/mobil: 67 23 60 79 / 45 29 35 19
E-post: anne.eikeland@hioa.no

Kontaktinformasjon undertegnede:
Telefon/mobil: 46 87 88 73
E-post: s899115@stud.hioa.no

Håper på positiv tilbakemelding!
På forhånd takk for hjelpen!

Mvh.

Heidi Johansen
Intensivsykepleier og masterstudent ved HiOA

Anne Eikeland
Høgskolelektor ved HiOA

Mestringsstrategier hos intensivsykepleiere. 02.05.2017.

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET MESTRINGSSTRATEGIER HOS INTENSIVSYKEPLEIERE

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvilke strategier erfarne intensivsykepleiere bruker for å mestre utfordringer i sin arbeidshverdag. Prosjektet gjennomføres i forbindelse med min masterutdanning i intensivsykepleie ved Høgskolen Oslo og Akershus.

Hensikten med studien er å kartlegge hvilke faktorer som bidrar til at intensivsykepleiere opplever mestring i sin arbeidshverdag, og derfor er medvirkende til at de velger å bli værende i yrket. Resultatet av studien vil derfor kunne bli et relevant bidrag til arbeidet med å opprettholde og videreutvikle intensivsykepleiekompetanse på intensivavdelinger.

Det finnes et betydelig antall forskningsartikler som påpeker at arbeidsmiljø og -belastning på en intensivavdeling for mange oppleves svært utfordrende.

Jeg har derimot gjort relativt få funn som beskriver hvilke strategier intensivsykepleiere benytter for å håndtere dette, og hvilke strategier som oppleves effektive. Nettopp derfor ønsker jeg å intervju intensivsykepleiere med lang erfaring om hvordan de mestrer utfordringer i sin arbeidshverdag.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Studien vil gjennomføres som en kvalitativ forskningsundersøkelse, og innsamling av data vil foregå i form av individuelle intervju. Intervjuene vil ha en varighet på ca. én klokke, og vil foregå i løpet av normal arbeidstid. Alle data vil avidentifiseres, og vil bli behandlet i fortrolighet slik at svarene ikke kan spores tilbake til deg. Intervjuene vil bli tatt opp på lydband, og disse vil bli lagret etter gjeldene retningslinjer og etter tillatelse fra Norsk Senter for Forskningsdata (NSD).

Vedlegg 7

Mestringsstrategier hos intensivsykepleiere. 02.05.2017.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte meg, Heidi Johansen, tlf: 46878873, epost: s899115@stud.hioa.no. Eventuelt min veileder, Anne Eikeland, epost: anne.eikeland@hioa.no.

HVA SKJER MED DATA SOM INNHENTES UNDER INTERVJUET?

Informasjonen som registreres skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i alle data som er innhentet gjennom intervjuet.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. Alle data som fremkommer vil bli kodet, for å sikre anonymitet.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at alle data oppbevares på en sikker måte. Alle data vil bli slettet etter prosjektslutt, som er planlagt november 2017.

GODKJENNING

Prosjektet er godkjent av Kompetansesenter for Personvern og Sikkerhet og Senter for Personvern og Sikkerhet samt Norsk Senter for Forskningsdata (NSD).

Vedlegg 7

Mestringsstrategier hos intensivsykepleiere. 02.05.2017.

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Sted og dato

Signatur

Rolle i prosjektet

Vedlegg 8

PROSJEKTBEKRIVELSE

Master i Intensivsykepleie v/ Høgskolen Oslo og Akershus

Intensivsykepleier Heidi Johansen

Bakgrunn og problemstilling:

I forbindelse med masterutdanning i intensivsykepleie ved Høgskolen Oslo og Akershus ønsker jeg å gjennomføre et forskningsarbeid som tar utgangspunkt i intensivsykepleieres arbeidshverdag. Jeg ønsker å kartlegge hvilke strategier erfarne intensivsykepleiere benytter for å håndtere utfordringer i sin jobbhverdag.

Undersøkelsen skal ta utgangspunkt i følgende problemstilling:

Hvilke strategier benytter intensivsykepleiere for å mestre utfordringer å sin arbeidshverdag?

Hensikten med studien:

Hensikten med studien er å kartlegge hvilke faktorer som kan bidra til at intensivsykepleiere opplever mestring i sin arbeidshverdag. Resultatet av studien vil derfor kunne bli et relevant bidrag til arbeidet med å opprettholde og utvikle sykepleiekompetanse på intensivavdelinger.

Det finnes et betydelig antall forskningsartikler som peker på at arbeidsmiljø og -belastning på en intensivavdeling for mange oppleves som svært utfordrende (Bogaert et al., 2017; Dam, Meewis, & Heijden, 2012; Epp, 2012).

Jeg har derimot gjort relativt få funn som beskriver hvilke strategier intensivsykepleiere benytter for å håndtere dette, og hvilke strategier som oppleves effektive. Dette tenker jeg er et godt utgangspunkt for videre forskning, og dessuten et område det er høyst relevant å belyse. Arbeidstilfredshet hos intensivsykepleiere er ikke viktig bare for den enkelte intensivsykepleier, men også for den aktuelle avdeling og klinikk for å redusere turnover og øke kompetanseutviklingen, og dessuten for at pasienter og pårørende skal sikres et optimalt behandlingstilbud (Bogaert et al., 2017; Myhren, Ekeberg & Stokland, 2013).

Metode:

Jeg planlegger å gjennomføre en kvalitativ forskningsundersøkelse. Innsamling av data vil foregå ved hjelp av individuelle semistrukturerte intervju. Primært ønsker jeg å intervju intensivsykepleiere med mer enn 10 års erfaring i direkte arbeid med intensivpasienter, et

Vedlegg 8

såkalt *strategisk utvalg*. Intervjuene vil ha en varighet på ca. én klokke. Skriftlig informert samtykke vil innhentes fra alle respondenter. Data vil avidentifiseres, og vil bli behandlet i fortrolighet slik at svarene ikke kan spores tilbake til respondenten. Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd, og disse vil bli lagret etter gjeldene retningslinjer og etter tillatelse fra Norsk Senter for Forskningsdata (NSD). Resultatet av forskningen og masteroppgaven vil gjøres tilgjengelig for avdelingen etter sensur. Sluttresultatet vil bli fremstilt i en monografi, og vil blir gjort tilgjengelig for lesning. Jeg stiller meg også tilgjengelig til å legge frem resultatene dersom det skulle være av interesse.

Heidi Johansen
Intensivsykepleier ved Oslo Universitetssykehus
Masterstudent ved Høgskolen Oslo og Akershus

Vedlegg 8

LITTERATUR

- Bogaert, P., Peremans, L., Heusden, D., Verspuy, M., Kureckova, V., Cruys, Z. & Franck, E. (2017). Predictors of burnout, work engagement and nurse reported job outcomes and quality of care: a mixed method study. *BMC Nursing*, 16:5
- Epp, K. (2012). Burnout in critical care nurses: A literature review. *Dynamics*, 23(4), 25-31.
- Dam, K., Meewis, M. & Heijden, B. (2012). Securing intensive care nurses' perceived workpressure and turnover intention. *Journal of advanced nursing*, 69(1), 31-40.
- Myhren, H. Ekeberg, Ø. & Stokland, O. (2013). Job Satisfaction and Burnout among Intensive Care Unit Nurses and Physicians. *Critical Care Research and Practice*. Volume 2013, Article ID 786176. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/786176>

Vedlegg 9

INTERVJUGUIDE MED FORSKNINGSSPØRSMÅL

1. Hvilke strategier benytter du for å mestre faglige utfordringer?

Hvilke faglige problemstillinger opplever du som mest utfordrende i din arbeidshverdag?

Hva gjør du i disse situasjonene? Hvordan håndterer du dette?

Har måten du håndterer disse situasjonene endret seg gjennom årene du har arbeidet som intensivsykepleier? Kan du si noe mer om dette?

2. Hvilke strategier benytter du for å mestre organisatoriske utfordringer?

(Med organisatoriske utfordringer mener jeg utfordringer knyttet til turnusarbeid, bemanning, drift, kursing/kompetanseheving og lignende)

Hvilke utfordringer oppleves som størst knyttet til dette?

Har måten du håndterer dette på endret seg gjennom årene du har arbeidet som intensivsykepleier?

Forskning sier at turnusarbeid er en av de faktorene som gjør at det oppleves belastende å arbeide på en intensivavdeling. Hva tenker du om dette?

Hva gjør du for at turnusarbeid skal oppleves mindre belastende?

3. Hvilke strategier benytter du for å mestre utfordringer knyttet til tverrfaglig samarbeid?

Forskning sier at uenighet i behandlingsteamet om tema som avslutning av behandling, og behandlingsnivå kan oppleves svært belastende for intensivsykepleieren.

Hvilke tanker og erfaringer har du om dette?

Opplever du andre utfordringer knyttet til tverrfaglig samarbeid? Hvordan håndterer du dette?

Har måten du håndterer dette på endret seg gjennom årene du har arbeidet som intensivsykepleier?

Vedlegg 9

4. Hvilke strategier benytter du for å mestre etiske problemstillinger?

Hvilke etiske problemstillinger opplever du som mest utfordrende i din arbeidshverdag?

Hvordan håndterer du disse situasjonene?

Har måten du håndterer dette på endret seg gjennom årene du har arbeidet som intensivsykepleier?

5. Hvilke strategier benytter du for å mestre utfordringer knyttet til egne opplevelser og følelser i møte intensivpasienten og dens pårørende?

Finnes det situasjoner som går mer inn på deg enn andre?

Har måten du opplever dette på endret seg gjennom årene du har arbeidet som intensivsykepleier?

Hvordan håndterer du dette?

Har måten du håndterer dette på endret seg gjennom årene du har arbeidet som intensivsykepleier?

Leveres sammen med oppgaven i eksamensinnleveringsrommet i Fronter

KLAUSULERING AV OPPGAVE AV ANDRE GRUNNER ENN LOVBESTEMT TAUSHETSPLIKT

AVTALE INNGÅTT MELLOM HØGSKOLEN I OSLO OG AKERSHUS, FAKULTET FOR HELSEFAG OG
STUDENT Heidi Johansen FØDT 14.12.1988

Studentnummer: s899115 Studieprogram: Masterstudium i intensivsykepleie, MINT5900

Der master- eller bacheloroppgaver ikke inneholder opplysninger undergitt lovbestemt taushetsplikt, kan Høgskolen i Oslo og Akershus med hjemmel i åndsverksloven § 27, jf. offentlighetsloven § 2 og § 6 nr. 6, gi forskere og studenter *innsyn* i oppgaven, men uten at disse kan sitere fra oppgaven.

Studenten kan reservere seg mot at oppgaven gjøres tilgjengelig i høgskolens åpne vitenarkiv, ODA. Dersom denne adgangen til klausulering benyttes, må varighet og begrunnelse angis fra studentens side. Oppgaven vil da bli oppbevart i et lukket arkiv i den oppgitte perioden.

Jeg reserverer meg herved mot at oppgaven gjøres tilgjengelig i høgskolens åpne vitenarkiv, ODA før embargotidens utløp (1-5 år).

Oppgavens tittel: «Det er ingenting som ikke kan løses»

Adresse:	Stjernemyrveien 30, 0673 Oslo
Telefon:	46878873
E-post:	johaheidi@gmail.com / s899115@stud.hioa.no

Faglig veileder:	Anne Eikeland	
Institutt:	Institutt for Sykepleie og Helsefremmende arbeid	
Jeg tilrår at oppgaven klausuleres	Sted:Oslo	Dato:13.02.18
	Veileders underskrift: <i>Anne Eikeland</i>	

Maksimumstid for denne type klausulering er 5 – fem år (embargotid).

Klausuleringen gjelder for 5 år og settes på grunn av:

Ønsker å holde muligheten åpen for publisering av artikkel.

Heidi Johansen

.....
studentens underskrift