



# Masteroppgave

**INTENSIVSYKEPLEIE**

November 2020

## **På vakt 22. juli: Intensivsykepleiernes erfaringer**

**George Michael Anyayahan**

**MINT5900**

**30 studiepoeng**

**Fakultet for helsevitenskap**

**OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY  
STORBYUNIVERSITETET**

## FORORD

Året 2020 har vært tungt, lærerikt og fullt av usikkerhet for alle sammen på grunn av den pågående pandemien. For nesten ett år siden etter å ha fått lov til å kalle meg intensivsykepleier visste jeg at jeg valgte et yrke jeg kunne være stolt av. Men å være stolt er en underdrivelse, for lite visste jeg om hvor viktig og samfunnskritisk jobben min var for hele Norge før nå.

Den samme tanken går når jeg tenker på terrorhendelsen 22. juli. På et øyeblikk er vi som samfunn konfrontert med masse inntrykk og utfordringer. Intensivsykepleierne har holdt hjulene i gang, enten under terrorangrep eller pandemi.

Med det vil jeg starte med å rette stor takk til alle de intensivsykepleierne der ute, spesielt de fem intensivsykepleierne som deltok i denne studien og delte sine erfaringer i forbindelse med arbeid den 22. juli. Uten dere ville det ikke vært mulig å skrive denne masteroppgaven.

Jeg vil også takke min fantastiske veileder, Anne Eikeland, som har vært tålmodig gjennom hele denne prosessen. Tusen takk for dine konstruktive tilbakemeldinger, motiverende ord og positivitet. Det varmet hjertet mitt da du sa at du stolte på meg. Det betød mye for meg da det føltes at alt raste sammen.

Stor takk rettes også til min kollega og fagutviklingssykepleier på intensivavdelingen ved Akershus universitetssykehus, Siri Hansen, for hennes bidrag med korrekturlesing. Takk til min arbeidsgiver, intensivavdeling på Ahus, som har lagt til rette for at jeg kunne skrive ved siden av jobben.

Sist men ikke minst min nærmeste familie og mine venner for oppmuntringer og støtte gjennom hele prosessen. Ingen glemt, ingen nevnt.

Oslo, november 2020

George Michael Anyayahan

**Masteroppgaven består av to deler:**

**Del I: Artikkel**

**Del II: Kappe**

## **DEL I: Artikkel**

Tittelside

**På vakt 22. juli:**  
**Intensivsykepleiernes erfaringer**

Forfatter:

George Michael Anyayahan, intensivsykepleier, Akershus universitetssykehus

Intensivavdeling

Sykehusveien 25, 1478 Nordbyhagen

Antall tegn: 17701

Antall ord: 4968

Antall tabell: 1

**Dato:** 16. november 2020

**Tittel:** På vakt 22. juli: Intensivsykepleiernes erfaringer

## **SAMMENDRAG**

**Bakgrunn:** Terrorangrepene i Regjeringskvartalet i Oslo og Utøya den 22. juli 2011 testet alle ledd i norsk helsesystem. Totalt 77 mennesker mistet livet og 31 personer, hovedsakelig ungdommer, pådro seg alvorlige skader. Intensivsykepleiere spilte en viktig rolle i forbindelse med ivaretagelse av disse pasienter fra terrorangrepene. Funn fra tidligere forskning har fokusert sterkt på innsatspersonells erfaringer prehospitalt og de psykososiale skadene til de overlevende og etterlatte, men det lyktes ikke med å identifisere kvalitative studier som tar for seg erfaringer fra intensivsykepleiere som jobbet med de kritisk skadde fra tragedien.

**Hensikt:** Få innblikk i intensivsykepleiernes erfaringer med å være på vakt den 22. juli 2011 og de påfølgende to ukene.

**Metode:** Studien benyttet en kvalitativ metode med eksplorativt, utforskende design. Det ble gjennomført individuelle dybdeintervjuer av fem intensivsykepleiere fra et universitetssykehus med erfaringer fra tragedien 22. juli. Datamaterialet ble analysert i tråd med Graneheim og Lundmans trinn for kvalitativ innholdsanalyse.

**Resultat:** Det ble identifisert tre hovedtema: 1) øyeblikk før pasienttilstrømning, 2) erfaringer midt i det organiserte kaoset og 3) refleksjoner etter katastrofearbeidet. Temaene har til sammen syv kategorier.

**Konklusjon:** Intensivsykepleiere opplevde 22. juli som utfordrende men uforglemmelig. Ivaretagelse av alvorlig skadet unge pasienter gjorde størst inntrykk under innsatsarbeidet. Intensivsykepleiere fikk god støtte fra ledelsen, men savnet oppfølgingsamtale sammen med andre intensivsykepleiere. Intensivsykepleiernes erfaringer fra hendelsen kan brukes for å håndtere eventuelt en fremtidig lignende hendelse, men generalisering av funnene må tolkes med forsiktighet.

**Nøkkelord:** 22. juli, intensivsykepleie, kvalitativ forskning, individuelt intervju, erfaringer, masseskadehendelse

**Date:** 16. november 2020

**Title:** On the job 22nd of july: Intensive care nurses' experiences

**ABSTRACT**

**Background:** The terror attacks in Oslo government district and Utøya on July 22, 2011 tested all joints of the norwegian health care system. A total of 77 people were reported dead and 31 were critically injured, of whom were mostly minors. Intensive care nurses played a vital role in taking care of the seriously injured patients during the mass casualty response effort. However, previous research studies show immense focus on the prehospital experience of health workers and the psychosocial damages on those who survived and had been left out. There was discrepancy in research studies focusing on intensive care nurses' experiences in the treatment of patients from the tragedy.

**Purpose:** To have insight on how intensive care nurses experienced being on the job on july 22, 2011 and the two consecutive weeks.

**Method:** Qualitative method with explorative design was used in the study. Individual in-depth interviews of five intensive care nurses from a university hospital in South-east region were conducted. Data materials were analyzed using Graneheim and Lundman's steps for qualitative content analysis.

**Results:** Three main themes were identified namely: 1) moments before patient influx, 2) experiences during the organized chaos and 3) insights after the disaster response. The themes have seven affiliative categories.

**Conclusion:** Intensive care nurses experienced july 22 tragedy as challenging and unforgettable. Taking care of seriously injured minor patients collectively had the biggest impact on the ICU nurses. They received sufficient support from their leaders, but yearned for an internal debriefing with other intensive care nurses. Intensive care nurses' experiences can be used for the next similar incidents, but generalization of the results must be interpreted with caution.

**Key words:** july 22, intensive care nursing, qualitative study, individual interview, experiences, mass casualty incident

## INTRODUKSJON

Den 22. juli 2011 ble Norge rystet av to terrorangrep som krevde 77 mennesker, hovedsakelig ungdommer. Mange ble påført livstruende skader og trengte intensivbehandling på sykehus (1). Intensivsykepleierne hadde direkte kontakt med de skadde og deres pårørende på intensivavdeling, og jobbet ekstremt mye for å ivareta de mest kritisk skadde pasientene fra terrorangrepene.

Intensivsykepleiere som en del av traumeteamet har spesiell kompetanse for å ivareta akutt og kritisk syke pasienter i alle livsfaser (2). Man er forventet til å håndtere akutte situasjoner gjennom tverrfaglig samarbeid og har handlingsberedskap ved alvorlige situasjoner. Gjennom innarbeidet spesialkompetanse og erfaringer har intensivsykepleiere tilegnet seg evne til å takle situasjoner som krever fysiske og mentale forberedelser, men kan også være utsatt for ubehagelige og belastende situasjoner slik som katastrofearbeid (3).

Norge har i relativt liten grad opplevd trusler i form av terror, men de siste tiårene har det vært et økende fenomen i den vestlige verden (4). Til tross for nesten halvering av antall omkomne fra terrorangrep med nesten 52 prosent siden 2014, er det imidlertid alarmerende økning av antall land som blir berørt av terror inkludert Norge (5). Det kan bety at intensivsykepleiere står overfor en utfordrende rolle å ivareta de pasientene som blir alvorlig skadd fra terrorangrepene. Dette er særlig krevende når man vet at terror og katastrofe oppstår uten forvarsel.

Tidligere forskning viser at innsatspersonell som mobiliseres til katastrofearbeidet kan bli konfrontert med inntrykk som er svært belastende (6). Tidspress, forventinger for å gjøre stor innsats og sterke påkjenninger i form av groteske inntrykk og vitneopplevelser var assosiert med stressreaksjoner hos innsatspersonell under et katastrofearbeid. Stressreaksjoner er ikke uvanlige ved alvorlige hendelser. Lazarus og Folkman (7) definerer stress som en tilstand som oppstår når individet opplever uoverensstemmelse mellom sine ressurser og miljøets forventninger. Når katastrofe eller traumatisk hendelse oppleves mer belastende enn antatt over tid, og enkelte personer kan ikke tåle overbelastninger, kan det utvikle seg til post traumatisk stress lidelse (PTSD) (8).



Derimot har tidligere undersøkelser vist at det var generelt lavt nivå av stressreaksjoner hos innsatspersonell i forbindelse med katastrofearbeidet og lav forekomst av mulig PTSD har vært sett (4,6). Det er kjent at trening, relevant erfaring, god støtte fra ledelsen og riktig kompetanse er avgjørende faktorer knyttet til bedre mestring av stressbelastende situasjoner (9,10).

Evidensgrunnlaget for katastrofearbeidet er stort sett basert på simuleringstudier og retrospektive undersøkelser (11). Av den grunn utga Helsedirektoratet en nasjonal veileder for masseskadetriage i 2013 og nasjonal innregistrering av traumepasienter på nasjonalt traumeregister begynte i 2015.

Det er gjort en rekke studier (4,6,10) med fokus på erfaringer fra innsatspersonell som jobbet prehospitalt og en del studier om de psykososiale skadene til de overlevende og etterlatte. Det er imidlertid manglende kunnskaper om erfaringer fra intensivsykepleiere som jobbet med de mest kritisk skadde fra terrorangrepene den 22. juli på sykehuset.

På bakgrunn av dette vil kandidaten søke kunnskap om intensivsykepleiernes erfaringer ved bruk av kvalitativ forskningsmetode med følgende problemstilling;

*«Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere i forbindelse med 22. juli?»*

### **Hensikt med studien**

Kandidaten har ikke funnet tidligere studier som beskriver intensivsykepleiernes erfaringer i forbindelse med katastrofearbeidet den 22. juli 2011. Økt kunnskap og bevissthet om temaet kan bidra til å utforme en økt forståelse av intensivsykepleiernes rolle ved slike og kommende lignende hendelser.

Hensikten med studie er å få innsikt i intensivsykepleieres erfaringer å være på vakt den 22. juli 2011 og de to påfølgende ukene. Problemstillingen og forskningsspørsmål i denne studien er lik mens temaene som kollegial støtte, samarbeid og utfordringer rundt innsatsarbeidet er utarbeidet i intervjuguiden basert på funn fra tidligere studier.

## **METODE**

Det ble benyttet en kvalitativ metode med utforskende, deskriptivt design. Kvalitativ metode er hensiktsmessig når man ønsker å forstå fenomen i et dypere perspektiv (12) Det egner seg for studier som vil hente ut informasjon om erfaringer og samhandling (13).

### **Utvalg**

Et strategisk utvalg ble valgt på grunnlag av selve problemstillingen. Inklusjonskriterium var intensivsykepleiere som var på vakt fra 22. juli 2011 og de to påfølgende ukene og jobbet med pasienter fra terrorangrepene. Det ble forespurt to intensivavdelinger og en postoperativ avdeling med traumefunksjon på et universitetssykehus i Helse Sør Øst. Seksjonslederne fra de aktuelle avdelingene har rekruttert informanter. Totalt var det fem intensivsykepleiere som deltok i studien.

### **Etiske hensyn**

Studien ble godkjent hos Norsk Senter for Forskningsdata (NSD, referansekode 599780) og sykehusets personvernombud før intervjuene ble igangsatt. Studien var ikke meldepliktig til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Samtykkeskjema ble sendt til informanter før intervjuene og ble informert om at de kunne når som helst trekke seg fra studien.

### **Datainnsamling**

Basert på funn fra tidligere forskning ble intervjuguiden utarbeidet og ble deretter reformulert etter tilbakemelding fra deltageren fra pilotintervjuet. Individuelle dybdeintervjuer ble gjennomført i deltagerens arbeidsplass og arbeidstid i august 2020. Intervjuene varte fra 22-39 minutter og ble tatt opp med diktafon. Informantene ble informert om datas anonymitet. Intervjuene ble overført til en kryptert minnepinne og ble slettet etter transkribering. Datamaterialet ble transkribert ordrett som resulterte i

24 sider. Setninger med dialektord ble korrigert for å kunne bevare informantenes anonymitet.

## **Analyse**

Det transkriberte datamaterialet ble analysert ved bruk av Graneheim og Lundmans (14) kvalitative innholdsanalyse med induktiv tilnærming for å oppnå troverdighet av dataanalyse.

Første trinnet er å gå gjennom datamaterialet som en helhet. Deretter identifiserer kandidaten meningsbærende enheter og kondensere de enhetene til en mer håndterlig tekst uten å abstrahere underliggende meninger bak tekstene. De første trinnene består av det manifeste innholdet som beskriver de synlige og åpenbare komponentene av teksten.

Videre blir kondenserte enheter abstrahert til koder som benevner det abstrakte innholdet bak tekstene. Kodene blir gruppert til et nivå med kategorier og blir samlet til det overordne konseptet som binder sammen disse kategorier, og blir til tema. Den siste delen av innholdsanalysen består av det latente innholdet som beskriver den underliggende tolkningen bak teksten.

## **RESULTAT**

Gjennom innholdsanalysen har hovedfunnene sentrert seg om tre temaer; 1) øyeblikk rett før pasienttilstrømning, 2) erfaringer midt i det organiserte kaoset, og 3) refleksjoner etter katastrofearbeidet. Disse tre temaene understøttes med til sammen syv tilhørende kategorier.

Tabell 1. Oversikt over tema med tilhørende kategorier etter innholdsanalysen.

Øyeblikk rett før pasienttilstrømning	Erfaringer midt i det organiserte kaoset	Refleksjoner etter katastrofearbeidet
Reaksjoner ved en ekstrem situasjon	Improvisering ved en katastrofe	Inklusjon i eksklusivitet
Utfordringer ved ivaretagelse av traumatiserte unge pasienter	Dynamikk og struktur på arbeidsfeltet	Oppfølging
		Lærdom

### 1) Øyeblikk rett før pasienttilstrømning

Dette temaet omhandler to hovedkategorier; a) reaksjoner ved en ekstrem situasjon og b) utfordringer ved ivaretagelse av traumatiserte unge pasienter. Samtlige informanter har gjennom narrative fortellinger beskrevet de øyeblikkene som har satt spor rett før de første pasientene strømmet inn til sykehuset.

#### a) Reaksjoner ved en ekstrem situasjon

Samtlige informanter husker hvordan det opplevdes å ha kontroll over situasjonen etter bombeeksplosjonen i Oslo til å være usikre da det ble meldt om skyting på Utøya samme kveld. Fortellinger om hvordan den kvelden føltes så brått og uvirkelig for intensivsykepleiere da de første pasientene kom og den opplevelsen om at det tok aldri slutt.

En informant (1) beskrev det slik:

*«Vi var jo på vei til å avvikle denne sekundære triagen vi hadde da i andre etasje fordi det stoppet opp. Når vi gjorde det og var liksom slo oss på skulderen og var liksom «Det her gikk bra. Vi har kontroll. Dette skal vi klare.» Og da gikk det en ny melding om skyting på Utøya.»*

Det var flere beskrivelser om hvordan håndteringen etter bombeeksplosjonen gikk bra, men situasjonen eskalerte seg fort i løpet av kvelden. Informant (4) fortalte:

*«Det så ut som det skulle liksom roe seg ned, alle ble liksom mer avslappet. Så kom det en anestesilege løpende og fortelle at «Det skytes på Utøya!» sier han. Minst 50 hardt skadet*

*og mange døde. Kanskje bort imot 100, og jeg bare: «Hva er det du snakker om?» Jeg visste ikke hva Utøya var for noe en gang. At det kunne være så mange mennesker.. jeg var helt blåst.»*

Flere av deltagerne beskrev kvelden som uvirkelig og var preget av uvisshet i det øyeblikket de fikk varsel om ny bølge med alvorlig skadet pasienter. En deltager (5) sa:

*«Det var noe jeg aldri har vært borti før. Jeg husker at jeg tenkte, «Nå skjer dette vi har øvd på.» Så mange ganger at det aldri kunne komme til å skje, så skjer det. Det var litt preget av uvirkelighet.»*

Mottak av pasienter varte til langt ut på natta. Det var mye arbeid, uvisshet og emosjonelle følelser hos intensivsykepleiere som ble involvert. Det eneste de var sikre på var at behandlingsforløpet for disse pasientene har nettopp begynt.

## **b) utfordringer ved ivaretagelse av traumatiserte unge pasienter**

Informantene var allerede på vei til noe som var ukjent. Den mentale forberedelsen for å ta imot masse pasienter var i seg selv en påkjenning, men når det var snakk om ungdommer, så var inntrykket og presset enda sterkere. Samtlige informanter har jobbet med unge pasienter på intensivavdeling fra før, men sa seg enige at 22. juli var noe spesielt, både på bakgrunn av skadeomfang og den lave alderen på pasientene.

Informant (2) beskrev det på denne måten:

*«Det som gjorde mest inntrykk var at du fikk beskrivelser av hvorfor de kom inn, hvor de har blitt skutt hen, hvordan de har kjempet, ikke sant? Jeg kan liksom se for meg bilder hvordan de har kjempet i vannet, prøvde liksom å unngå «han» på øyet. Det synes jeg var det verste.»*

En utfordring var å føle på ansvaret for ressurssterke ungdommer som ble offer for terrorangrepet. Informant (5) beskrev det slik:

*«Men den som har satt seg var selvfølgelig den kvelden og den krigssone visuelle, det visuelle er veldig sterkt. Det som var annerledes, det var de pasientene som kom inn, de fra Utøya. Det var ungdommer som var ressurssterke. Og ofte når vi får inn traumer og andre til vanlig, er det mye rus og psykiatri. De var det jo ikke.»*

Den ekstreme situasjonen var ekstraordinært for samtlige informanter. Selv om hverdagen deres består av håndtering av traumepasienter, så var det allikevel en uvanlig og hårreisende hendelse å stå i. Informant (1) fortalte:

*«Det var slitsomt. Det var krevende fordi at det var så mange. De var veldig unge så var det spesielt krevende. Det er annerledes å ha Herr Olsen, Herr Hansen og Fru Fredriksen liggende på rom som er mellom rundt åtti år gamle. Det her er en stor skade og det går ikke så bra enn å ha så mange unge mennesker for det er jeg jo ikke vant til å ha så mange unge mennesker.»*

## **2) Erfaringer midt i det organiserte kaoset**

Intensivsykepleiere har stått i en særdeles krevende og destruktiv hendelse. Samtlige informanter fortalte om tverrfaglig samarbeid med annet innsatspersonell. Det har kommet frem to kategorier som følgende: a) improvisering ved en katastrofe og b) dynamikk og struktur på arbeidsfeltet.

### **a) Improvisering ved en katastrofe**

Å holde oversikten over pasienter som kom inn på sykehuset var en viktig del av beredskapsplanen. På kortest og fortest mulig måte ved pasienttilstrømning ble pasientene triagert og plassert på aktuelle intensiv- og overvåkningsavdelinger, med mindre de hadde umiddelbart behov for operasjon. Mye logistikkarbeid og improvisering var oppgaver som informantene hadde under katastrofearbeidet.

Informant (2) fortalte:

*«Så det var liksom med å lage et system på å finne, fordi alle pasientene som kom inn, de hadde ikke noe navn eller ID. Så vi lagde et system at vi skrev nummer på pasientene, prøvde å lage et system på tavle med et sånt papirark at vi skrev nummer og hvor de skal ligge da. Så alle pasientene ble liksom nummer 1, 2, 3, 4.»*

Samtlige informanter fortalte om hvordan det fungerte bra under krisen, men understrekte at håndteringen av blodprøver ble mer komplisert enn først antatt på

grunn av problemer med pasientidentifikasjon. På en annen side forklarte de at ved en ekstrem situasjon som 22. juli var improvisering ved bruk av tall et godt alternativ.

Informant (5) uttrykte: *«I den situasjonen var det lettere å bruke tall. Det ble ikke det som var fokuset. Fokuset var egentlig A, B, C. Passe på at det viktigste her var å få en oversikt rett og slett hos den pasienten.»*

### **b) Dynamikk og struktur på arbeidsfeltet**

Samtlige informanter var fornøyde med tverrfaglig samarbeid og struktur på arbeidsfeltet. De presiserte ro i avdelingene og godt samarbeid på tvers av profesjoner. Informant (2) beskrev det slik:

*«Vi greide å ta imot alle disse pasientene. Vi greide å mobilisere et godt samarbeid. Folk jobbet skulder mot skulder, og var utrolig dedikerte.»*

Intensivsykepleiere opplevde en stor grad av mestringsfølelse og var fornøyd med egen og andres innsats. Det var beskrivelser av profesjonalitet, klare arbeidsoppgaver og gode rutiner i avdelingene.

Til tross for det har en deltager sagt at selv om det var ro den kvelden, så var det noe annet som skjedde bak fasaden. Deltager (5) sa:

*«Det var en ro men samtidig så var folk veldig sjokkerte da. Jeg tror nok det. Selv om vi var rolige når vi jobbet og sånt. Vi gjorde det vi alltid gjør, bare at det med media og det voldsomme preger deg jo. Men det var en uvant følelse av uvirkelighet. Inni meg var det bankede hjerte. Tror nok at mange i akuttmedisin skal være rolig utad men inni seg bærer de nok på en del ting.»*

### **3) Refleksjoner etter katastrofearbeidet**

Dette temaet omhandler tilhørende kategorier som; a) inklusjon i eksklusivitet, b) oppfølging og c) lærdom etter 22. juli.

## **a) Inklusjon i eksklusivitet**

Terrorangrepet den 22. juli omtales av flere informanter som grusomt og forferdelig. Det har berørt en hel nasjon spesielt de som sto midt opp i det. Opplevelsen av å føle seg inkludert i hele prosessen anses som viktig for noen av informantene. Informant (2) fortalte:

*«Dette var jo på en fredag, så det var jo min arbeidshelg. Så jeg jobbet fredag, lørdag, søndag. Og vi jobbet jo bare på, og fikk personalet, og fikk det til på en veldig ålreit måte, også går jo luften litt ut av det, så fikk jeg jo fri på mandagen eller på tirsdagen etterpå, og det har jeg tenkt på i ettertid at det synes jeg ledelsen over meg kunne liksom ha brukt meg litt mer de dagene som kom også fordi jeg var veldig godt inn i det, og det er liksom en bearbeidelse det også for å få lov til å være med i prosessen. Og så de tre første dagene jobbet jeg ekstremt mye og så var det akkurat som jeg ble dyttet litt ut av hendelsen.»*

Det var fremhevet av flere informanter at det var godt å kunne være på jobb fra dag 1 selv om det var slitsomt. Settingen var preget av mye pasientarbeid og rom for å puste og tenke på seg selv var derfor utelatt. Det var mye jobbing og følelser som gikk inn og ut, og derfor var å føle seg inkludert i hele prosessen viktig for informanter for å kunne bearbeide tanker og følelser i etterkant av tragedien.

Det var kun en informant som begynte å jobbe fra dag 3 på grunn av ferie og var i utlandet da angrepet inntraff, men fortalte: «Jeg var egentlig forberedt og visste omfanget og ganske informert om hva ventet meg på jobb den 24. juli, to dager etterpå. Men det var veldig godt å komme på jobb og gjøre en innsats og føle at det var meningsfullt da.»

## **b) Oppfølging**

Tilbud om samtaler og oppfølging av intensivsykepleiere var tilgjengelig fra første stund. Samtlige informanter sa seg enige om at ledelsen var flink til å følge dem opp under og etter innsatsarbeidet. Men oppfølging opplevdes «litt for mye» for noen deltagere. Informant (5) fortalte som følger:

*«Vi fikk veldig god oppfølging da etterpå. Det var tre ganger om dagen at vi skulle ha samtale, det var veldig mye fokus på det. Det synes jeg var nesten litt negativ etter hvert*



*fordi da ble man sånn, «Hvor er ressursene ellers da?» Dette gjør vi jo hver dag, vi tar imot traumatiserte mennesker og det er ingen som spør hvordan jeg har det. Men nå skal plutselig alle psykolog(er) skal komme (for)å ha gruppesamtaler med oss hvis vi vil. Det ble litt for mye.»*

Samtlige informanter erfarte også at oppfølgingssamtaler sammen med andre intensivsykepleiere som har stått i samme situasjon var savnet. De forklarte at de ble satt i samtalegrupper med andre yrkesgrupper. Informant (2) sa: *«(Jeg) husker at jeg var sammen med portører og alt mulig. Vi var blandet alt sammen i en gruppe og jeg følte at det ikke var en gruppe som jeg kunne relatere meg med i. Grappa ble litt feil da.»*

For samtlige informanter var bearbeidelse av erfaringer med kollegaene sine viktig. De presiserte at å snakke om opplevelser med en gruppe som de hører til og har forhold til kunne gjort bearbeidelse lettere.

### **c) Lærdom etter 22. juli**

Tragedien har ført til endringer generelt hos alle og i alle ledd av det norske helsesystemet ifølge deltagerne. Samtlige informanter har også lært mer om katastrofeberedskap. Terrorangrepet den 22. juli var beskrevet av informanter som en vond erfaring og lærdom, men ironisk nok var nødvendig for å ha den mengdetreningen som trengs ved neste lignende fenomener. Alle var stolte over egen og andres innsats og følte mestring den dagen. Lærdom som kunne trekkes ble fortalt slik: *«Det har skjedd generelt noen ting med alle etter 22. juli. Tror det har gjort noen ting med oss alle. At vi er mer påpasselige, og det ikke er bare terror som gjorde det, vi har blitt mer i beredskap i samfunnet. Vi ser på biler som kommer, vi ser på lastebiler som kommer. Vi ser på parkett som ligger som ikke skal ligge der. Jeg tror at alle har blitt mer påpasselige tror jeg.»*

## **DISKUSJON**

Hensikten med denne kvalitative studien var å få innsikt i intensivsykepleieres erfaringer i forbindelse med tragedien 22. juli. Studien viste at intensivsykepleiere var preget av mye inntrykk på bakgrunn av skadeomfang og brutalitet som rammet ungdommer. Til tross for det hadde intensivsykepleiere opplevd en stor grad av

mestringsfølelse over egen og andres innsats i forbindelse med katastrofearbeidet. Kandidaten har valgt å strukturere diskusjonen rundt de som anses som viktigste og overraskende funnene.

### **Stressreaksjoner**

Intensivsykepleiere opplevde stressreaksjoner i form av sjokk og uvirkelighet. De beskrev 22. juli som en tragedie preget av mye inntrykk og emosjoner. Til tross for det var de forberedt før oppdrag og hadde god kontroll underveis. Det var fortellinger om klare arbeidsroller og god flyt i arbeidsprosessen. Disse bidro til at stressreaksjoner var overkommelige og håndterbare under innsatsarbeidet.

Det er kjent at stressreaksjoner forstås som normale menneskelige responser på sterke belastninger (6) og kan kategoriseres i tre ulike typer: godt eller sunt stress, akutt stress og kronisk stress. Intensivsykepleierne kjente mest på stresset før pasienttilstrømningen grunnet uvisst skadeomfang av angrepene. Denne stressreaksjonen tyder på godt eller sunt stress som er ofte knyttet til utfordrende arbeidsoppgaver (15). Sunt stress har bidratt til at informantene reagerte raskt og intuitivt og var hensiktsmessig i håndtering av pasienttilstrømning fra terrorangrepene. I tillegg til opplevd kollegial støtte under og etter innsatsarbeidet, klare mål og relevant erfaring er sunt stress avgjørende for å kunne mestre situasjonen og har dermed bidratt til positiv utvikling. Dette samsvarer med tidligere forskning hvor nettopp disse faktorer har beskyttet innsatspersonell mot utbrenthet (6) selv om utbrenthet ser ikke ut til å prege respondentene i denne studien.

Tragedien 22. juli var en katastrofe som oppstod uventet og uten forvarsel. Dyregrov (1993) sier at når katastrofe inntreffer, vil de involverte få endret bevissthetstilstand og er i en «sjokkfase» (16). Situasjonen oppleves uvirkelig, noen føler seg nummen og noen får superhukommelse. Samtlige informanter opplevde 22. juli som uvirkelig og som en dag de aldri kunne glemme. Det var gjentatte beskrivelser av hendelsen slik som «*det var helt uvirkelig, dette kunne ikke være sant*». Dette er betegnet som akutt stress som oppleves ved plutselige og overraskende situasjoner. Det i seg selv trenger ikke å være negativ (15) dersom personen klarer å omvende stressreaksjonen på en positiv måte, hvor han mestrer situasjonen.

I katastrofesituasjoner er det anslått at 10-25 % mennesker viser uhensiktsmessige reaksjoner som lammelsesreaksjon, fluktforsøk, hysteri og panikk (16). Når disse stressreaksjoner blir opplevd svært belastende over lengre tid, og personen kan ikke håndtere belastningen, kan det utvikle seg til kronisk stress og personen kan vise tegn og symptomer til posttraumatisk stress symptomer (PTSD) som har negative helsekonsekvenser (15).

Det er studier som har forsket på PTSD hos innsatspersonell etter de to terrorangrepene. Resultatet fra en studie viser at de gruppene som var trent for slike utfordrende oppgaver som politi, brannmenn og medisinsk personell var beskyttet mot PTSD i sammenligning med de frivillige organisasjonene (17). Dette derimot samsvarer ikke med en studie fra 2013 som viser at de samme gruppene tilfredsstiller stressor kriteriene for å stille PTSD diagnose (18). Det var ikke et mål med denne studien å vite om sammenheng mellom stressreaksjoner og forekomst av PTSD hos informantene, men å belyse erfaringer som ble opplevd i forbindelse med 22. juli. Det er imidlertid interessant hvordan stressreaksjoner påvirker individets evne til å håndtere situasjoner under krevende forhold som vises i funnene fra denne studien. Intensivsykepleiere brukte stress til sin fordel og har hjulpet dem med håndtering og ivaretagelse av terrorofrene. Dette kan også tolkes som grunnen til at respondentene ikke var i faresonen for å utvikle PTSD. Stressreaksjoner kan også oppleves som positivt og meningsfylt (6). Dette sammenfaller med funnet i denne studien hvor respondentene opplevde innsatsarbeidet som givende og godt å kunne bidra og gjøre en innsats tross alt.

### **Økt mestringsfølelse**

Respondentene opplevde god mestringsfølelse i forbindelse med innsatsarbeidet den 22. juli. Kjente arbeidsoppgaver og gode rutiner i avdelingen ble beskrevet som faktorer som bidro til økt mestring.

Sett i lys av Ursin og Eriksens perspektiv er mestring definert som positiv forventning til resultat av måten en vil respondere på en situasjon (19). Dette innebærer at dersom et individ forventer et positivt utfall av situasjonen, og forventer å håndtere belastningen, kan man per definisjon mestre situasjonen. Deltakerne er vant med å håndtere akutt

kritisk syke traumepasienter og kan si at det har blitt en del av hverdagen. Oftest er intensivsykepleiere konfrontert med situasjoner som er belastende, og er ikke fremmede med scenarioer som oppstod den 22. juli. Det er imidlertid kjent at skadeomfang og brutalitet er på en helt annen skala enn det norske helsesystemet er vant med. Positivitet, tidligere erfaringer med slike pasientgrupper og spesialkompetanse var nøkler til at det gikk så bra som det gjorde.

Skogstad og medarbeidere undersøkte hvilke faktorer som er forbundet med bedre mestringsopplevelse hos innsatspersonell fra 22. juli tragedien (4). Studien fant ut at rolleklarhet, god ledelse og opplevelse av å være stolt over egen og andres innsats er assosiert med bedre mestring. Disse faktorer støttet funnene hvor informantene nevner god oppfølging fra ledelsen og stolthet over sin egen innsats.

Mestring har et samspill mellom opplevd belastning og tilgjengelige ressurser i miljøet i form av sosial støtte og egen kompetanse. Dette kalles transaksjonell stressteori (7). Teorien vektlegger at det må være balanse mellom belastningen og tilgjengelige ressurser for å oppnå mestring. Det er kjent at intensivsykepleiere samarbeider tverrfaglig med øvrige ledd i pasientforløpet (2) for å kunne ivareta intensivpasienter på best mulig måte. Med tilgjengelige ressurser og anerkjennelse av sin egen kompetanse opplevde samtlige informanter mestring.

En systematisk oversikt studie utført i 2017 (20) viste at faktorer som tidligere erfaringer med masseskadesituasjoner og simuleringsaktiviteter er knyttet til økt mestringsfølelse hos sykepleiere. På en annen side viste det seg også at sykepleiere ikke hadde tro på egen kompetanse for å håndtere katastrofesituasjoner på grunn av manglende selvtillit og fraværende deltakelse i utarbeidelse av beredskapsplanen i deres respektive sykehus. I motsetning til det hadde to av intensivsykepleiere i denne studien deltatt i utarbeidelse av beredskapsplanen like før terrorangrepene i 2011 inntraff. Kunnskap om sykehusets protokoll og engasjement i temaet er viktige satsningsområder for å forbedre mestringsopplevelse (21). Tragedien 22. juli førte til små endringer i katastrofeberedskapsplanen og fokus på tema om håndtering av masseskadesituasjoner på fagdagene var betydelig fremhevet i etterkant av tragedien.

Flere studier støtter opp funnene og viser til økt tro på fremtidig mestring av lignende hendelser med hovedvekt på rolleklarhet og kontinuerlig trening (9,10,22-23). Disse

samsvarer med informantenes fortellinger om gode opplevelser rundt samarbeid, flyt og tydelige rollefordelinger den dagen.

### **Kritisk skadde ungdommer som pasienter**

Funnene i studien tyder på en utfordrende og uvant opplevelse av å ta imot et stort omfang med akutt og kritisk skadet ungdommer fra skyting på Utøya. Pasienter fra angrepet var beskrevet som ressurssterke og engasjerte ungdommer som ble offer for et forferdelig angrep mot demokrati, med det yngste rapportert å være på 14 år. Det var påpekt av informanter i denne studien at disse ungdommer- både de som ble drept og overlevde, var uskyldige, noe som gjorde opplevelsen sterkere.

Tidligere forskning viser at barn er rammet i 10- 30% av tilfeller ved katastrofer (24). Barn, omtales som personer fra 0-18 år, er dessverre det primære eller sekundære målet i terrorangrepet (11). Barn og ungdommer generelt er mer sårbare enn voksne ved masseskadehendelser på grunn av forskjeller i anatomi og fysiologi, og ivaretagelse av denne pasientgruppen er mer utfordrende enn den vanligvis er (11). Samtlige informanter opplevde ivaretagelse av ungdommer fra Utøya som den verste og mest utfordrende ved hele hendelsen.

Ifølge Karasek og Theorell (1990) tåler individet høy arbeidsbelastning så lenge man har innflytelse på hvordan oppgaven skal løses. Denne kalles for krav-kontroll teorien (25). Det er ikke arbeidsoppgaven i seg selv som er utfordringen, men mangelen på kontroll og innflytelse over dem. Respondentene er klare over sin begrensede erfaring når det gjelder ivaretagelse av ungdommer på en intensivavdeling. Innflytelsen på forventet autonomi og manglende relevant trening ga stressopplevelser i den situasjonen. Samtlige informanter har lang erfaring som intensivsykepleiere og er vant til å ta imot skadet unge pasienter på grunn av ulykker og traumeskader, men aldri i deres karriere har de opplevd noe som ligner 22. juli. Skadeomfang og brutalitet var beskrevet som grusomt og forferdelig, og denne høye belastningen har de ikke innflytelse på. Til en viss grad, har man mulighet til å redusere inntrykket når man merker at belastningen er høy ved å ha innflytelse på de oppgavene som skal løses (15).

En studie fra 2020 derimot viste at intensivsykepleiere hadde generelt gode opplevelser med å ivareta barn på generelle intensivavdelinger, selv om de hadde også kjent på

usikkerhet og utrygghet (26). Informantene fortalte at lite erfaring med å jobbe med ungdommer fra tidligere bidro til «skrekken» og at den uvirkelige pasienttilstrømmingen den kvelden var belastende. Dette er generelt noe som går sterkt innpå innsatspersonell, og slike påkjenninger krever oppfølging for de som har vært utsatt for det (27).

Det er kjent at intensivsykepleiere har ansvar for å ivareta akutt og kritisk syke pasienter i alle aldre og livsfaser (2) og innebærer forståelse at hvert individ har forskjellige behov. Men beskrivelser av hvordan disse ungdommer kjempet i vannet, spilte døde for å unngå døden og rømme fra gjerningsmannen har vært tungt og belastende for informanter. Dette er spesielt krevende selv om respondentene innehar spesialkompetanse og erfaring. De er tross alt mennesker også.

### **Tilhørighet**

Informanter opplevde generelt god oppfølging og støtte fra ledelsen under innsatsarbeidet, men det også følte «nesten litt for mye» på grunn av den massive mediedekningen om hendelsen. Alle fikk tilbud om debriefing etter 22. juli og fire informanter benyttet seg av tilbudet. De som var med i debriefingssamtale sa at de ikke ønsket videre oppfølging fordi det holdte med å snakke ut med kollegene sine som en slags defusing.

Defusing er en avlastningssamtale som utføres rett etter katastrofe eller innen åtte timer etter hendelsen med mål om å sette ord på opplevelsene (28). Vanligvis tar det kortere tid å utføre enn debriefing og er mer uformell i natur. Informantene opplevde det å snakke ut med sine kolleger som tilstrekkelig nok for å bearbeide tanker og følelser etter lange kvelder med jobbing. Det var til tross deres «hverdag» å stå og ta imot kritisk skadde pasientene.

Av de som var med i obligatoriske debriefingsmøter var det påpekt at gruppetilhørighet ikke var oppnådd da de var satt sammen med ulike profesjoner som hadde andre arbeidsoppgaver og opplevelser enn de hadde. Ifølge Dyregrov er gruppesammensetningen viktig for å skape en overensstemmelse i gruppen slik at de som har opplevd vanskelige ting ikke skal misforstås og at mindre utsatte grupper ikke får overført redsel (28). Det er viktig for respondenter å ha en plass hvor de kan fortelle om sine opplevelser i etterkant av tragedien. Det er imidlertid like viktig at behov for

tilhørighet blir ivaretatt. Tilhørighet, sammen med autonomi og kompetanse, er blant de tre behovene for å oppnå selvbestemmelse. Når tilhørighet ikke er tilfredsstillende bidrar dette til å svekke selvbestemmelse, som er årsaken til å miste motivasjon for fremtidig mestring (29). Til tross for mangel på en mer sammensatt debrifingsgruppe er deltagerne fornøyde med kollegial støtte når de trengte det mest.

Funnene i denne studien sammenfaller med funn fra andre sammenlignbare studier (4, 23) som legger vekt på viktigheten av kollegial støtte og god oppfølging fra ledelsen. Man vet hvor viktig kommunikasjon og bearbeidelse er i etterkant av kriser for positiv vekst og modning (30). Derfor bør det legges til rette for en mer sammensatt samtalegruppe når en lignende hendelse eventuelt skjer igjen. Da kan de som har behov for det føler seg inkludert og hørt.

### **Styrker og svakheter ved studien**

Studiens hensikt var å få innsikt i intensivsykepleieres erfaringer i forbindelse med tragedien 22. juli. Det var få deltagere i studien, men informantene delte rike og utdypende fortellinger av egne erfaringer basert på en virkelig hendelse. Dette ga dybde på tematikkens dimensjon til tross for manglende variasjon i deltagerens kjønn. Utvalget var kun kvinner, og det anses som en svakhet i studien. Representasjon i utvalget kunne farget funnene og gitt andre perspektiver i forhold til ivaretagelse av unge pasienter og stressreaksjoner.

Det kan også være en svakhet at tragedien skjedde for ni år siden og risiko for ensidige og utelatte fortellinger var stor, men som beskrevet av informantene så var 22. juli en sterk, vond og en ufattelig historie som aldri har blitt glemt og aldri skal glemmes.

Troverdigheten i studien styrkes av sitater fra informanter som gjenspeiler transparens via tabeller. Det styrkes også av at funnene er overførbare til sykehus med traumefunksjoner. Funnene kan derimot ikke bli generalisert for alle intensivsykepleiere da kvalitativ metode tar ikke sikte på å generalisere funn (31), men er med på å øke forståelsen og belyse opplevelser av intensivsykepleiere fra tragedien.

## **Kliniske implikasjoner**

Intensivsykepleiere har en viktig rolle i ivaretagelse av akutt og kritisk syke pasienter som blir rammet av en uforutsigbar og alvorlig hendelse, enten forårsaket av terror eller ulykke. Erfaringer av informantene fra denne studien gir andre intensivsykepleiere en læringsmulighet om hvordan neste lignende hendelser kan håndteres. Funnene har gitt oss et bilde av den samfunnskritiske jobben intensivsykepleiere har.

Videre forskning med bruk av andre design kunne gitt nye perspektiver av temaet. Det kunne vært spennende om man får samme resultat ved bruk av fokusgruppe intervju. Det hadde også vært interessant å ha forsket på intensivsykepleiernes erfaringer fra lokalt sykehus som tok imot pasienter med moderate skader.

## **Konklusjon**

Intensivsykepleiere opplevde 22. juli som utfordrende men uforglemmelig. Ivaretagelse av alvorlig skadet unge pasienter gjorde størst inntrykk under innsatsarbeidet. De fikk god oppfølging og støtte fra ledelsen, og erfarte god struktur og ro i håndtering av pasienttilstrømning, men savnet oppfølgingsamtale sammen med andre intensivsykepleiere som de kunne relatere seg til. Tragedien 22. juli var en vond lærdom og intensivsykepleieres erfaringer fra hendelsen kan brukes for å håndtere eventuelt en fremtidig lignende hendelse.



## REFERANSER

1. **NOU 2012: 14.** *Rapport fra 22. juli kommisjonen*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2012.
2. **Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier**. Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/fg/intensivsykepleiere/fg/intensivsykepleiere/fag-utdanning-og-forskning> (nedlastet 25.08.2019)
3. **Stubberud, D.G.** Intensivsykepleierens funksjon og ansvar. Stubberud, D.-G & Gulbrandsen, T. Intensivsykepleie. 4 utgave. Cappelen Damm AS; 2020
4. **Skogstad, L. Brask-Rustad, T. Rund, B. Ekeberg, Ø.** *Innsatspersonell fikk større tro på egen mestring etter terrorangrepene 22. juli 2011*; 2018. DOI: [10.4220/Sykepleienf.2018.71431](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.71431)
5. **Global terrorism index**. (2019). Tilgjengelig fra: <http://visionofhumanity.org/indexes/terrorism-index/>
6. **Thoresen, S.** Mestring og stress hos innsatspersonell og journalister mobilisert til Tsunamikatastrofen. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (Rapport nr. 2/2007); 2007. Tilgjengelig fra: <https://www.nkvts.no/rapport/mestring-og-stress-hos-innsatspersonell-og-journalister-mobilisert-til-tsunamikatastrofen/> (nedlastet 10.09.2020)
7. **Lazarus, R.S & Folkman, S.** Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing; 1984
8. **Tehrani, N.** Workplace trauma: Concepts, assessment and interventions. New York. Brunner-Routledge; 2004
9. **Fattah, S. Kruger, A.J. Andersen, J.E. Vigerust, T. & Marius R.** Major incident preparedness and on-site work among Norwegian rescue personnel- a cross-sectional study; 2012 DOI: [doi:10.1186/1865-1380-5-40](https://doi.org/10.1186/1865-1380-5-40)
10. **Pedersen, M.J. Gjerland, A. Rund, B. Ekeberg, Ø. & Skogstad, L.** Emergency preparedness and role clarity among rescue workers during the terror attacks in Norway July 22, 2011; 2016 DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156536>
11. **Masseskadetriage**: En veiledning av triagesystemer for håndtering av alvorlige hendelser og katastrofer. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/horinger/nasjonal-veileder-for-masseskadetriage> (nedlastet 14.08.2019)

12. **Johannessen, A. Tufte, P. & Christoffersen L.** Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. (5. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016
13. **Bjørndal, A. Flottorp, S. & Klovning A.** Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag (3. utgave) Oslo: Gyldendal Akademisk; 2013
14. **Graneheim, U. H., & Lundman, B.** Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112; 2004.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
15. **Samdal, O. Wold, B. Harris A. & Torsheim, T.** Stress og mestring; 2017. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/\\_attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-43178fa9b389:faf7b30a63b6004ff91eb7d4bbf2c6a89c4d4718/Stress%20og%20mestring.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/_attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-43178fa9b389:faf7b30a63b6004ff91eb7d4bbf2c6a89c4d4718/Stress%20og%20mestring.pdf) (nedlastet 16.10.20)
16. **Dyregrov, A.** Katastrofe psykologi. Fagbokforlaget. 1. opplag. Ad notam Gyldendal AS; 1993
17. **Skogstad, L. Heir, T. Hauff, E. & Ekeberg, Ø.** Post-traumatic stress among rescue workers after terror attacks in Norway; 2016. DOI: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqw063>
18. **Skogstad, M, Skorstad, M, Lie A, Conrad, HS, Heir, T & Weisæth, L.** Work-related Posttraumatic stress disorder; 2013. DOI: doi:10.1093/occmed/kqt003
19. **Ursin, H., & Eriksen, H.R.** The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology*; 2004. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0306-4530\(03\)00091-X](https://doi.org/10.1016/S0306-4530(03)00091-X)
20. **Labrague, L.J. Hammad, K. Gloe, D.S. McEnroe-Petitte, D.M. Fronda, D.C. et. al.** Disaster preparedness among nurses: A systematic review of literature; 2017. DOI: [10.1111/inr.12369](https://doi.org/10.1111/inr.12369)

21. **Labrague, L. Yboa, B. McEnroe-Petitte, D. Lobrino, L. & Brennan, M.G.**  
Disaster preparedness in Philippine nurses; 2016. DOI:  
<https://doi.org/10.1111/jnu.12186>
22. **Skryabina, E. Betts, N. Reedy, G. Riley, P. Amlot, R.** The role of emergency preparedness exercises in the response to a mass casualty terrorist incident: A mixed methods study; 2020. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2020.101503>
23. **Brandrud, A. Bretthauer, M. Brattebøe, G. Pedersen, M.J.B. Hapnes, K. et al.** Local emergency medical response after a terrorist attack in Norway: A qualitative study; 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2017-006517>
24. **Mace S.E., Bern, A.I.** Needs assessment: are Disaster Medical Assistance Teams up for the challenge of a pediatric disaster? The American journal of emergency medicine; 2007. DOI:  
<https://doi.org/10.1016/j.ajem.2006.12.011>
25. **Karasek, R., & Theorell, T.** Healthy Work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books; 1990
26. **Gravdal, H. Sandnes, H.L. & Gundersen, E.M.** Å ivareta barn på generell intensivavdeling- intensivsykepleiernes erfaringer; 2020.  
[10.4220/Sykepleienf.2020.80265](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2020.80265)
27. **Brattebø, G.** Da akuttmedisinen ble satt på prøve; 2011. Tidsskr Nor Legeforen 2011; doi: 10.4045/tidsskr.11.0969
28. **Dyregrov, A.** Psykologisk debriefing. Hvordan lede gruppeprosesser etter kritiske hendelser? Fagbokforlaget, Bergen. 2. opplag; 2002
29. **Ryan, R. M., & Deci, E. L.** *Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and life satisfaction.* American Psychologist. 55(1), 68–78; 2000. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
30. **Dyregrov A. & Dyregrov K.** Positiv vekst etter livskriser – implikasjoner for praksis; 2011. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. Hentet fra:  
<https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2011/09/positiv-vekst-etter-livskriser-implikasjoner-praksis>
31. **Malterud, K.** Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. (4. utgave). Oslo: Universitetsforlaget AS; 2017

## **Forfatterveiledning til Inspira**

Skrevet av Anestesisykepleierne NSF 03. november 2018. Publisert i Informasjon

Innsending av artikler til skjer via mail til ansvarlig redaktør Ann-Chatrin Leonardsen på eller . Ansvarlig redaktør blinder manus før utsending til fagfeller.

([Instructions for authors in English](#), can be downloaded at the end of this article).

### **Om tidsskriftet**

InspirA sitt formål er å formidle forskning og systematiske kunnskapsoppsummeringer (reviewer) av spesiell relevans for anestesi- og intensivsykepleiere. Utgangspunktet er økt fokus på og krav til å drive forskning i helsevesenet, på evidensbasert praksis og en økende akademisering av fagene.

Det forutsettes at artikkelen ikke er sendt til andre vitenskapelige tidsskrift samtidig. Artikkelen skal heller ikke være tidligere publisert. Deler av artikkelen kan ha vært publisert som abstract eller poster på konferanser.

### **Generelt**

Artikkelmanuskript med vedlegg sendes inn som Word-dokument (.doc).

Teksttypen skal være enten Cambria eller Times New Roman, skriftstørrelse 12. Linjeavstand skal være 1,5 cm.

Overskriftene markeres med fete bokstaver, underoverskrifter i kursiv. Unngå for mange underoverskrifter.

Det anbefales også ren tekst med minst mulig fet eller kursiv tekst, understreking, innrykk, deling av ord og lignende.

Figurer og tabeller fremstilles på separate sider etter referanselisten- på samme dokument som selve artikkelteksten (se under Figurer og tabeller).

Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort (maks 20 ord), informativ og vekke interesse. Det skal ikke benyttes forkortelser i selve tittelen.

Fremmedord og forkortelser forklares første gang de forekommer i teksten.

Artikkelmanuskriptet skal følge Vancouver systemet (se under Referanser).

Redaksjonen språkvasker antatte artikler, men forfatterne må sørge for at manuskriptet er korrekturlest før innsending.

Antall ord er maksimalt 3000 for kvantitative artikler, maksimalt 5000 ord for kvalitative artikler og kunnskapsoppsummeringer/reviewer (sammendrag, figurer, tabeller og referanser ikke inkludert).

## **Manuskriptets innhold**

### **Følg brev til redaktør**

I følgebrevet må forfatterne oppgi hva artikkelen tilfører av ny kunnskap, om tematikken er interessant for anesthesi- og intensivsykepleiere, samt en redegjøring for hvorvidt resultatene er publisert tidligere (for eksempel som poster eller foredrag/abstract på en vitenskapelig konferanse). Videre skal eventuelle økonomiske interesser eller andre interessekonflikter oppgis. Følgebrevet bør ikke overskride en A4 side.

### **Tittelside**

Tittel på manuskriptet

Forfatterens (forfatternes) navn, tittel, arbeidssted og adresse til arbeidssted

Hvis det er flere forfattere presenteres i tillegg kontaktpersonens

For- og etternavn, tittel (RN, MNsc, PhD el) Postadresse, E-postadresse Telefonnummer Antall ord (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser) Antall figurer og tabeller

### **Sammendrag**

Sammendraget struktureres etter følgende overskrifter:

Bakgrunn Hensikt Metode Resultater Konklusjon

Lengde: maksimalt 300 ord.

3–5 nøkkelord oppgis direkte etter sammendraget

### **Selve artikkelen**

*Tekst*

Artikler som bygger på empiriske studier struktureres etter IMRAD prinsippet som Introduksjon, hensikt, metode, resultater, diskusjon, konklusjon, kliniske implikasjoner og referanser:

*Introduksjon/Bakgrunn*-bakgrunn for valg av emne/tematikk. Start generelt og spisse deretter mer inn mot studiens hensikt

*Hensikt*-med studien/problemstilling(er)/forskningsspørsmål/hypoteser.

*Metode*-forskningsdesign, datainnsamlingsmetode, gjennomføring/prosedyre (inkludert hvilken tidsperiode og år data ble samlet inn), analyse. Eventuelle godkjenninger (REK/Personvernombudet/andre relevante instanser) inkluderes under metodekapittelet. Dersom godkjenning(er) ikke er innhentet bør det beskrives hvorfor ikke. Det samme gjelder eventuelle etiske betraktninger.

*Resultater*- beskrivelse av resultatene, uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller, skal ikke gjentas i teksten. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren. Det er en fordel for forfattere som bruker kvantitativ metode, at de får studien vurdert av statistiker før den sendes inn. Tabeller og figurer må være lett lesbare, selvforklarende, og ikke strekke seg over ½ side.

*Diskusjon*- studiens resultater drøftes i relasjon til problemstillingen og annen internasjonal relevant forskning. Validitets/reliabilitetsdiskusjon kan inkluderes i den generelle diskusjonen over studiens resultat (evt under metodekapittel), men gjerne under egen underoverskrift. Studiens begrensinger/svakheter settes til slutt i kapittelet, og angir hvilke konsekvenser disse har for tolkning av funnene, i tillegg til hva som evt er gjort for å utjevne disse.

*Konklusjon*-kort oppsummering av artikkelen, implikasjoner for sykepleiepraksis, videre forskning og eventuelt teoriutvikling. Konklusjonen må fullt ut underbygges av funnene som er gjort.

### **Figurer og tabeller**

Artikkelen kan inneholde maksimalt 5 figurer og tabeller til sammen. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og enkle å forstå.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten.

Figurene og tabellene skal ha en kort og informativ overskrift. Overskriften plasseres over tabellen og under figuren. Mer spesifikk informasjon skrives under figuren/tabellen. Ønsket plassering av figurer/tabeller markeres i fortløpende tekst med fet skrift, eksempel: (Vennligst plasser tabell 1 her). Endelig vurdering av plassering gjøres av redaktør.

## Referanser

Referanser angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i referanselisten. Det angis opptil fem forfattere, deretter "et al." Alle referanser som finnes på internett, skal ha oppgitt korrekt nettadresse samt nedlastingsdato. Referanser skal anføres med DOI (digital object identifier) der dette er tilgjengelig.

*Eksempler på korrekt føring av referanser i referanselisten:*

de Witt L, Ploeg J. Critical appraisal of rigour in interpretive phenomenological nursing research. *J Adv Nurs* 2006;55:215–29. Fraser DM, Cooper MA. *Myles Textbook for Midwives*. London: Churchill Livingstone; 2003.

3. Dahl K, Heggdal K, Standal S. Sykepleiedokumentasjon. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A. (red). *Grunnleggende Sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2005.

Foucault M. Truth and power. I: Gordon C. (red). *Power/Knowledge: Michel Foucault*. New York: Pantheon Books; 1980 (s. 78–101). Sosialdepartementet. Ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten 7/2003. 2003. Lov av 2. juli 1999 nr. 4 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <https://www.lovdato.no/all/tl-19990702-064-008.html> (nedlastet 15.11.2007). Karterud D. Den etiske akten. Den caritative etikken når pasientens fordringer er av eksistensiell art (doktoravhandling). Åbo: Åbo Akademis Förlag; 2006. Leonardsen ACL, Grøndahl VA, Ghanima W, Storeheier E, Løken TA, et al. Evaluating patient experiences in decentralised acute care using the Picker Patient Experience Questionnaire; methodological and clinical findings. *BMC Health Services Research* 2017; 17:685. Doi: 10.1186/s12913-017-2614-4.

*Eksempler på korrekt føring av referanser i teksten:*

Ved henvisninger i selve teksten skrives forfatterens navn og referanse nummer i rund parentes etter forfatter, eksempel: Morse (1) eller Redmond (2) asserts that the

[...]Henvisninger til flere verk føres i nummerert rekkefølge på følgende måte: (1-5) Eller hvis rekkefølgen brytes adskilles med komma, for eksempel: (1,3,8) eller (2-5,8,10) Flere studier (2-4,9) viser .....

## **Innsending av manuskript**

### **Forslag til habile fagfeller**

Artikkelforfatterne kan oppgi forslag til minst to habile fagfeller. For å unngå tvil om habilitet kan ikke fagfeller arbeide ved samme institusjon som artikkelforfatter(ne). Fagfeller kan heller ikke ha profesjonelle eller personlige bånd til artikkelforfatter(ne) som kan innebære tvil om habilitet.

### **Vurderingsprosessen**

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskript som sendes inn. I første omgang foretar redaktøren en vurdering om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter for revidering eller oversendes til fagfeller (referees/reviewers) for nærmere vurdering. InspirA bruker blindet fagfelleevaluering hvor navn på både forfatter og fagfelle er ukjent for hverandre. Det er likevel en viss mulighet for gjenkjenning av forfattere siden fagmiljøene er relativt små.

Forfattere holdes fortløpende informert om prosessen via mail fra ansvarlig redaktør.

Artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen, bedømmes først ut fra følgende kriterier:

Er tematikken i artikkelmanuskriptet relevant for helsepersonell? Passer tematikken i artikkelmanuskriptet til tidsskriftets profil? Holder manuskriptet ønsket kvalitet for en forskningsartikkel?

Redaktøren og/eller redaksjonen kan forkaste artikkelmanuskriptet på innsendings-tidspunktet. Artikkelmanuskript som antas å være aktuelle, sendes til fagfelleevaluering.

Alle artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen, må følge denne veiledningen.

Manuskripter som ikke følger forfatterveiledningen, blir returnert til forfatterne selv om innholdet er relevant for tidsskriftet.



### **Innsending av revidert manuskript**

Etter fagfellevurdering blir artikkelen sendt tilbake til forfatter(e) med kommentarer fra både fagfeller og redaktør. Endringer markeres av forfatter med “spor endringer” eller annen tydelig markering i et dokument markert “Artikkel med spor endringer”. Det sendes også inn et renskrevet dokument av forfatter, markert “Revidert artikkel” Revidert artikkel skal følges av et brev til fagfeller og redaktør som nøye beskriver endringene og besvarer eventuelle kommentarer fra fagfellene/redaktør.

### **Godkjenning av manuskript**

Forfatter får beskjed fra redaktøren om og når artikkelen er godkjent for publisering.

### **Krav til medforfatterskap**

For medforfatterskap kreves at samtlige forfattere oppfyller Vancouverreglene. Det vil si at de har bidratt med idé, planlegging og utforming eller analyse og innsamling eller fortolkning av data, har medvirket ved utarbeidelse eller kritisk innholdsmessig revidering av manuskriptet og godkjenning av det endelige manuskriptet.

Hvordan den enkelte medforfatter har bidratt bør presiseres. Personer som ikke oppfyller Vancouver reglene kan nevnes under et “Takk til” eller “Bidragsyttere” kapittel rett før referanselisten.

### **Erklæring om interessekonflikter**

Erklæring om interessekonflikter inneholder opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering. Hvis noen av forfatterne har interessekonflikter, må dette oppgis når manuskriptet sendes inn. Økonomisk støtte til gjennomføring av studien må oppgis.

## **Del II: Kappe**

Antall ord: 3548

Antall figur: 1

Antall tabeller: 6

## **INNHOLDSFORTEGNELSE**

<b>1.0 INTRODUKSJON</b> .....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Tidligere forskning.....	2
<b>2.0 TEORETISK GRUNNLAG</b> .....	4
2.1 Traumesystem i Norge.....	4
2.2 Stress.....	6
2.2.1 <i>Reaksjoner hos innsatspersonell i katastrofesituasjoner</i> .....	6
2.3 Mestring.....	7
2.4 Samspill mellom stress og mestring.....	7
2.4.1 <i>Transaksjonell stressteori</i> .....	8
2.4.2 <i>Krav-kontroll teori</i> .....	8
2.4.3 <i>Selvbestemmelsteori</i> .....	8
2.5 Intensivsykepleierens funksjon og ansvar .....	8
2.5.1 <i>Intensivsykepleierens funksjon og ansvar for fagutvikling og forskning</i> .....	9
<b>3.0 METODE</b> .....	10
3.1 Bakgrunn for valg av metode.....	10
3.2 Datainnsamling.....	10
3.2.1 <i>Individuelt forskningsintervju</i> .....	10
3.2.2 <i>Forforståelse</i> .....	11
3.3 Utvalg.....	11
3.3.1 <i>Adgang til forskningsfeltet</i> .....	12
3.4 Intervjuguide.....	12
3.5 Gjennomføring av individuelt forskningsintervju.....	13
3.6 Dataanalyse.....	14
3.7 Forskningsetiske overveielser .....	18
<b>4.0 METODEKRITIKK</b> .....	19
4.1 Validitet.....	19
4.2 Reliabilitet.....	20
<b>REFERANSER</b> .....	21

**VEDLEGG 1** INTERVJUGUIDE s. 25

**VEDLEGG 2** GODKJENNING FRA NSD s. 26

**VEDLEGG 3** GODKJENNING FRA PERSONVERNOMBUD s. 28

**VEDLEGG 4** INFORMASJONSSKRIV s. 29

## **1.0 INTRODUKSJON**

Denne masteroppgaven har artikkelmanus som oppsett. I kappen redegjøres det for det teoretiske grunnlaget for temaet. Videre utdypes metodiske valg og metodekritikk.

Artikkelen tar for seg resultater, diskusjon rundt resultatene og konklusjon på problemstillingen.

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Den 22. juli 2011 ble Norge rystet av to terrorangrep som krevde 77 mennesker, hovedsakelig ungdommer. Mange ble påført livstruende skader og trengte intensivbehandling på sykehus (22. juli kommisjonen, 2012). Intensivsykepleiere var en del av innsatsteamet på sykehuset som tok hånd om de mest kritisk skadde fra terrorangrepene.

Terror er et økende fenomen i den vestlige verden de ti siste årene (Skogstad, Brask-Rustad, Rund & Ekeberg, 2018). Til tross for nesten halvering av antall omkomne fra terrorangrep med nesten 52 prosent siden 2014, er det imidlertid alarmerende økning av antall land som blir berørt av terror inkludert Norge (Global terrorism index, 2019). Det kan bety at intensivsykepleiere står overfor en utfordrende rolle å ivareta de pasientene som blir alvorlig skadd fra terrorangrepene.

Intensivsykepleiere som en del av traumeteamet har spesiell kompetanse for å ivareta akutt og kritisk syke pasienter i alle livsfaser (NSFLIS, 2017). Man er forventet til å håndtere akutte situasjoner gjennom tverrfaglig samarbeid og har handlingsberedskap ved alvorlige situasjoner. Gjennom spesialkompetanse og erfaringer har intensivsykepleiere tilegnet seg evne til å takle situasjoner som krever fysiske og mentale forberedelser, men kan også være utsatt for ubehagelige og belastende situasjoner slik som katastrofe (Stubberud, 2020).

Det er gjort en rekke studier om erfaringer av innsatspersonell som jobbet utenfor sykehus i forbindelse med 22. juli ved bruk av kvantitativ tverrsnittundersøkelse og spørreskjema og en del studier om de psykososiale skadene til de overlevende og etterlatte. Det er imidlertid lite studier som så på intensivsykepleieres erfaringer i forbindelse med tragedien 22. juli.

På bakgrunn av dette vil kandidaten belyse intensivsykepleiernes erfaringer ved bruk av kvalitativ forskningsmetode. Kandidaten mener at det er behov for å øke kunnskap og bevissthet om temaet som kan bidra til å utforme en økt forståelse av intensivsykepleiernes rolle ved slike og kommende lignende hendelser.

Studiens overordne problemstilling og forskningsspørsmål er som følger:

*«Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere i forbindelse med 22. juli?»*

## **1.2 Tidligere forskning**

Et systematisk og veiledet søk med bruk av PICO skjema (tabell 1) i databasene Cinahl, Medline, Cochrane og SveMed+ har gitt lite treff på forskning om temaet. Kandidaten fant en stor kvantitativ tversnittundersøkelse som ble gjennomført 10 måneder etter terrorangrepene i 2011 med hensikt om å kartlegge graden av mestringsfølelse hos innsatspersonell og hvilke faktorer som er assosiert med bedre mestringsfølelse. Deltakerne var fra helsevesenet (medisinsk personell inkludert lege, sykepleier, AMK-personell), psykososialt personell (psykolog, prest, sjelesørger og sosionom), operativt og administrativt personell fra politiet, brann- og redningsetaten og frivillige organiserte grupper. Undersøkelsen fant ut at innsatspersonell har større tro på fremtidig mestring etter hendelsen i 2011 på grunn av blant annet opplevd rolleklarhet og at de ble eksponert for vitneopplevelser (Skogstad et al, 2018).

Spørreskjemaet som ble brukt i undersøkelsen ble utformet med bakgrunn fra en tidligere undersøkelse av Thoresen og medarbeidere etter tsunamien som rammet Sørøst-Asia i 2004 (Thoresen, S. 2007). Studien viste at trening, relevant erfaring og opplevd organisatorisk støtte hos innsatspersonell er knyttet til bedre mestring. Lignende funn er fremkommet fra en kvalitativ studie hos innsatspersonell fra et lokalt sykehus som var involvert i arbeidet den 22. juli (Brandrud et al, 2017). En avsluttende prosjektoppgave fra 2012 (upublisert) undersøkte hvordan ansatte fra Akuttklinikken på Oslo Universitetssykehus (OUS) opplevde stress, oppfølging og debriefing inntil to uker etter terrorangrepene i 2011. Funnene viser at informantenes opplevelser har vært forskjellig avhengig av arbeidsoppgaver, og de opplevde høyt arbeidspress, fantastisk kollegial støtte og stort sett bra oppfølging fra ledelsen (Nysveen, N. 2012).

Etter et utvidet søk med bruk av søkeord «mass casualty» eller mass casualty incident» har det kommet frem flere studier som benyttet kombinerte metoder blant annet en

undersøkelse fra Storbritannia som konkluderte at simuleringsaktiviteter gjorde innsatspersonell godt forberedt til å håndtere terrorangrepene i Westminster Bridge, London bridge og Manchester Arena i 2017 (Skryabina et al, 2020).

Det er også studier om personlig vekst etter en traumatisk hendelse i forbindelse med krevende oppgaver (Blix et al, 2013 & Dyregrov, A. & Dyregrov, K. 2011), men disse omfatter forskjellige gruppemål og skal derfor tolkes med forsiktighet.

**Tabell 1** PICO-skjema for litteratursøk med søkeord

<b>PASIENT/PROBLEM</b>	<b>INTERVENTION</b>	<b>COMPARISON</b>	<b>OUTCOME</b>
Hvilken pasientgruppe eller problem dreier det seg om?	Hvilken intervensjon dreier det seg om?	Hva sammenlignes intervensjonen med?	Hvilke effekter/utfall er av interesse?
Intensivsykepleier OR Critical care nurse OR Intensive care nurse	July 22, 2011 OR July 22 OR Utøya OR Terrorangrep OR Terror OR Oslo bombing OR Mass shooting OR Terror attack		Erfaringer OR Opplevelser OR Experiences OR Conflicts
AND			
AND			

## **2.0 TEORETISK GRUNNLAG**

I dette kapitlet belyses begreper og teori som danner grunnlag for forståelsen av problemstillingen. Her presenteres først traumesystem i Norge, og videre beskrives begreper som stress og mestring, teorier om samspillet mellom de to begrepene og hvordan intensivsykepleiers funksjon og ansvar er knyttet til teorigrunnlaget.

### **2.1 Traumesystem i Norge**

Når traumepasienter kommer fra en stor og alvorlig uventet hendelse slik som kriser, katastrofer og større ulykker, utløses det et rødt beredskapsnivå som er underlagt den Nasjonale helseberedskapsplanen (Helsedirektoratet, 2020). Ved rødt beredskap mobiliseres betydelige ressurser av innsatspersonell for å kunne yte tjenester ved hendelser som vil innebære en ekstraordinær belastning på virksomheten, for eksempel ved en masseskade eller pandemiutbrudd. Dette ble utløst den 22. juli 2011 etter de to terrorangrepene.

Intensivsykepleierne som jobbet på et traumesenter eller lokalt sykehus med akuttfunksjon stod i beredskap for å ta imot alvorlig skadde pasienter fra terrorangrepene. Før traumepasienter ankom intensivavdeling ble de først triagert og stabilisert av det prehospitale teamet.

Primær masseskadetriagering er en metode som skjer stort sett utenfor sykehus og er utført av alle typer innsatspersonell- både sivilt og militært, for å kunne identifisere de som trenger hjelpen mest (Helsedirektoratet, 2020). Deretter blir de alvorlig skadde sendt direkte til et traumesenter dersom transport ikke er mer enn 45 minutter. Ved lengre transporttid gis stabiliserende behandling ved nærmeste akutt sykehus med traumefunksjon.

For å vurdere skadegraden hos en pasient anvendes systemet Center for Disease Control and Prevention (CDC) Field Triage som bygger på fire kriterier; vitale funksjoner, anatomi skadeomfang, skademekanisme og andre tilstander som øker risikoen for alvorlig skade. Pasienter som er vurdert til å ha behov for intensivbehandling sendes deretter til intensivavdeling og blir ivaretatt av intensivpersonell.

I Norge er det Nasjonalt traumesystem som definerer standard traumebehandling i Norge; Nasjonalt traumeregister (NTR) som overvåker og rapporterer, og Nasjonal



kompetansetjeneste for traumatologi (NKT-traume) som bidrar til at implementering og regulering av traumetiltak er av god kvalitet (Jeppesen, Ringdal, Hoem & Røise, 2019).

BEREDSKAPSNIVÅ		
	<b>Grønn beredskap</b>	<p>Beredskapsledelse etableres, enkeltfunksjoner kan forsterkes.</p> <p>En uavklart situasjon der det kan bli behov for ekstraordinære ressurser og tiltak. Det er et avgrenset behov for ekstra ressurser. Situasjonen krever økt oppmerksomhet. (Helse Vest RHF)</p>
	<b>Gul beredskap</b>	<p>Begrenset mobilisering av ekstra ressurser.</p> <p>En uønsket hendelse med avgrenset omfang har skjedd. Situasjonen må håndteres med utvidet innsats eller ekstraordinære ressurser og tiltak. (Helse Vest RHF)</p>
	<b>Rød beredskap</b>	<p>Mobilisering av betydelige ressurser og omlegging av drift.</p> <p>En alvorlig uønsket hendelse har skjedd. Det er stort behov for ekstraordinære ressurser og tiltak. (Helse Vest RHF)</p>

**Figur 1.** Beredskapsnivå: Regionale beredskapsplaner. Bilde hentet fra Helsedirektoratet, 2020.

## **2.2 Stress**

Begrepet stress har blitt definert og utviklet på mange måter gjennom tiden. Den mest kjente definisjonen av stress har en mer dynamisk forståelse av begrepet hvor Lazarus og Folkman (1984) definerer stress som en tilstand som oppstår når individet opplever uoverensstemmelse mellom sine ressurser og miljøets forventninger.

Det defineres hovedsakelig på tre forskjellige måter som; a) ytre påvirkning (stressor/stimuli), b) fysisk eller emosjonell reaksjon på den ytre påvirkningen (stresserfaring) og c) samspillet mellom stressor og stresserfaring (Lazarus & Folkman, 1984; Selye, 2013; Ursin & Eriksen, 2004).

Det finnes tre ulike typer stress. Det kan enten være godt stress, akutt stress eller kronisk. Godt eller «sunt stress» er den type stress som ofte er knyttet til sports, forelskelse og utfordrende arbeidsoppgaver (Samdal et al, 2017). På en annen side er akutt stress det som betegnes ofte som «stress». Det er respons på overraskende situasjoner som trenger en rask reaksjon. Det er nødvendigvis ikke negativt så lenge man finner en egnet måte å håndtere situasjonen på. Siste er kronisk stress eller «distress» som oppstår når stressfaktorer oppleves belastende over tid, og kan føre til negative helsekonsekvenser.

### ***2.2.1 Reaksjoner hos innsatspersonell i katastrofesituasjoner***

Katastrofe er en stor omveltning, ulykke eller ødeleggelse som fører til mange drepte eller skadde mennesker, dyr og planteliv (Bjelland & Nakstad, 2018). Det brukes når det er betydelig misforhold mellom tilgjengelige ressurser og hjelpebehov. Oftest kan deltagelse i katastrofearbeid bli belastende og stressende for innsatspersonell.

Katastrofe oppstår plutselig og uten forvarsel i de fleste tilfeller. Når det inntreffer, vil de involverte få en endret bevissthetstilstand og havner i en «sjokkfase». Situasjonen kan oppleves som uvirkelig, noen kan føle seg nummen og noen får superhukommelse. Disse reaksjonene er ofte hensiktsmessig og er svært viktig da de fleste mennesker har tendens til å handle intuitivt og riktig (Dyregrov, 1993).

Når det gjelder innsatspersonell er det ofttest foretrukket å bruke begreper som belastninger og stressreaksjoner fremfor traume eller posttraumatisk stress lidelse

(PTSD) (Thoresen et al, 2007). Tidligere studier viser generelt lavt nivå av stressreaksjoner hos innsatspersonell i forbindelse med katastrofearbeidet og lav forekomst av mulig PTSD (Thoresen et al, 2007 & Skogstad et al 2016).

Stressreaksjoner under katastrofearbeid kommer fra belastende inntrykk slik som å avvise mennesker i nød eller fra frustrasjon og misnøye fra rammede eller pårørende rettet mot innsatspersonell. Stressreaksjoner i katastrofe kan også oppleves som positivt og meningsfylt. Det er forbundet med motivasjonen og sterkt ønske for å hjelpe andre i nød (Thoresen et al, 2007). Når stressrespons er håndtert på en god og positiv måte, oppnår man mestring.

### **2.3. Mestring**

Mestring eller «coping» er oftest definert i litteratur som vellykket håndtering av stressopplevelser. Ifølge Samdal og medarbeidere (2017) kan mestring være et resultat av stresserfaringer for å utfordre seg selv og sin egen utvikling. Det er individets evne til å håndtere en stressituasjon eller en respons til å tilpasse seg.

Mestring i stressfylte situasjoner som katastrofe er knyttet til faktorer som trening, erfaring, støtte fra kollega og ledelse og individets egen mestringsstil (Thoresen et al, 2007). Det er flere faktorer som påvirker et individs evne til å mestre ting. Det kan være forventninger, egen kompetanse og tilgjengelige ressurser (Samdal et al, 2017).

Det inngår som en viktig forutsetning for læring ved å sette seg mål som er på grensen av hva individet kan få til, uten å overskride den lærerendes kapasitet (Csikszentmihalyi, 2002).

### **2.4 Samspill mellom stress og mestring**

Det er flere teorier som forklarer samspill mellom stress og mestring nemlig; transaksjonell stressteori, krav-kontroll teori og selvbestemmelsesteori. Felles for dem er at de analyserer samspillet mellom individet og det individets omgivelser, hvor flere faktorer fra miljøet spiller inn.

#### *2.4.1 Transaksjonell stressteori*

Ifølge Lazarus og Folkman (1984) er transaksjonell stressteori den relasjonen mellom opplevd stressbelastning og individets tilgjengelige ressurser i form av egen kompetanse og sosial støtte.

Den transaksjonelle prosessen innebærer «primary appraisal» som betyr den umiddelbare vurderingen av situasjonen og «secondary appraisal» som er en gjennomgang av tilgjengelige mestringsressurser (Sarafino, 1998). Når secondary appraisal stiller høye krav, kan personen oppleve stressbelastningen som en trussel, men om oppgaven oppleves rimelig i forbindelse med kompetanse og ressurser, kan mestring oppnås og i beste fall gi læring og utvikling. Dette kan ses hos innsatspersonell som erfarer klarhet i situasjonen og sin egen rolle under en katastrofe.

#### *2.4.2 Krav-kontroll teori*

Denne teorien adresserer at individet tåler høy arbeidsbelastning så lenge man har innflytelse på hvordan oppgaven skal løses. Oppgaven oppleves i tråd med egen kompetanse og at individet erfarer god sosial støtte (Karasek & Theorell, 1990). Personen vil oppleve mestring og læring når man har kontroll på situasjonen, men vil derimot oppleve stress ved manglende innflytelse og støtte i samme situasjon.

#### *2.4.3 Selvbestemmelsesteori*

Ifølge Ryan og Deci (2000) oppnår man selvbestemmelse når de tre basale behovene som er autonomi, tilhørighet og kompetanse blir tilfredsstilt. Det vil føre til frustrasjon, stress og dårlig mental helse når disse behovene ikke blir dekket.

### **2.5 Intensivsykepleierens funksjon og ansvar**

Intensivsykepleierens funksjon og ansvar er å yte helsehjelp til akutt og kritisk syke pasienter i alle aldre og livsfaser (NSFLIS, 2017). Med akutt og kritisk syke pasienter menes her i denne studien de som har vært utsatt for terrorangrep og fått livstruende skader. I tråd med direkte pasientrettede arbeid har intensivsykepleierne en behandlende funksjon ved mottak av disse traumepasienter som baserer seg på

primærundersøkelse etter ABCDE prinsipp (Stafseth & Eidsaa, 2020). Intensivsykepleier utfører en systematisk gjennomgang av pasienten fra hode til tå og omfatter den primær og sekundærvurderingen av pasienten.

Hverdagen til en intensivsykepleier preges av intensitet som oftest krever stor grad av årvåkenhet, presisjon og prioriteringsevne (Stubberud, 2020). De havner i akutt situasjoner som oppstår uventet og brått og kan ofte være dramatiske slik som tragedien 22. juli. Ved å gjennomføre en slik kvalitativ studie kan gi oss et innblikk i intensivsykepleierens erfaringer i en alvorlig og uventet situasjon som kan brukes ved fremtidige lignende hendelser. Denne studien kan bidra til å utvikle intensivsykepleiefaget ved å generere ny kunnskap ut ifra en reel hendelse og resultatet kan være nyttig for forbedring av erfaringsbasert kunnskap. Dette er i tråd med intensivsykepleierens funksjon og ansvar for kompetansebygging, kvalitetsforbedring og utvikling av ny kunnskap (NSFLIS, 2017).

### ***2.5.1 Intensivsykepleierens funksjon og ansvar for fagutvikling og forskning***

Forskning er blant det indirekte pasientrettede ansvaret. Med stadig teknologiutvikling og mer kompleks sammensetning av behandlingssystem, stilles det et større krav for intensivsykepleiere å holde oppdatert kunnskapsnivå (Stubberud, 2020).

Intensivsykepleiere har ansvar for å utvikle kunnskap innenfor eget fagområde og for å bidra til at ny kunnskap blir brukt i praksis. I følge NSFLIS skal intensivsykepleier initiere, samarbeide om og ta ansvar for fagutvikling og forskning.

Ved å gjøre dette kvalitative forskningsarbeidet bidrar man til bedre kvalitet i sykepleien ved å styrke kunnskapsbasert praksis. I henhold til Norsk Sykepleierforbund (NSF) er sykepleieforskning essensiell for videreutvikling av kunnskapsbasert praksis og for å skape gode helsetjenester for pasienter og pårørende. NSF mener at ved å anvende forskning ivaretar man pasientsikkerhet og sikrer god kvalitet på helsetjenestene.

## **3.0 METODE**

### **3.1. Bakgrunn for valg av kvalitativ metode**

Studiens tema ble avgjørende for valg av metodisk tilnærming. Kandidaten søkte ny kunnskap om intensivsykepleiernes erfaringer i forbindelse med tragedien 22. juli. Av den grunn valgte kandidaten å benytte seg av kvalitativ metode og forskningsintervju for innhenting av empiri.

Kvalitativ tilnærming er en metode som egner seg for studier som vil hente ut informasjon om erfaringer, opplevelser og samhandlinger hos mennesker (Bjørndal, Flottorp & Klovning, 2013). Ved å bruke kvalitativ tilnærming kunne kandidaten få svar på problemstilling som vil sette søkelys på erfaringer av intensivsykepleiere i forbindelse med innsatsarbeidet den 22. juli.

### **3.2. Datainnsamling**

Datainnsamling i kvalitative studier omsetter relevant informasjon om problemstillingen til observasjoner og tekster. Man fortolker og analyserer empiriske data for å utvikle ny kunnskap, men det er en forutsetning at innsamlet data er relevante og rike. For å kunne samle inn data som svarer på problemstillingen har kandidaten valgt å gjennomføre kvalitativt forskningsintervju. Dette er for å få frem folks erfaringer og deres opplevelse av temaet (Kvale og Brinkmann, 2015).

#### ***3.2.1 Individuelt forskningsintervju***

Når det gjelder studiens problemstilling er det to aktuelle strategier for å samle inn kvalitative data via intervju: enten fokusgruppeintervju (FGI) eller semistrukturert individualintervju. FGI kan gi relevant informasjon hvis man vil utforske fenomener som gjelder felles erfaringer, men det er fare for at dominerende deltager hindrer andre til å fortelle om sine meninger, og materialet kan være ensidig og overfladisk (Malterud, 2017).

Derfor har kandidaten besluttet å gjennomføre et semistrukturert individualintervju eller dybdeintervju fordi dette er egnet hvis man vil skape ro og god ramme for rike og gode fortellinger og historier. Forutsetningen er at informantene føler seg trygge og ivaretatt før og under et intervju. Materialet fra dybdeintervju er det mest robuste man får via deltakerens fortellinger om konkrete historier. Det var hensiktsmessig å bruke et

semistrukturert individuelt intervju for at informantene kunne lettere snakke om sine erfaringer som kunne være personlige og sensitive. Ved et semistrukturert intervju har man utarbeidet en intervjuguide som sirkler inn bestemte temaer, men som inneholder hjelpespørsmål for å komme i gang med samtale (Kvale & Brinkmann, 2015).

### **3.2.2 Forforståelse**

Forforståelse kan påvirke hvordan datainnsamling og innhentet data blir. Forforståelse er bagasjen som forskeren bringer med seg inn i studien (Malterud, 2017). Kandidaten er selv en intensivsykepleier og har forutsetning til å ha nærhet i fagfeltet.

Erfaringsbakgrunn til kandidaten er en styrke i studien for å kunne kjenne igjen fortellinger om opplevelser og situasjoner som kan være vanskelige og stressfylte. Derimot kan denne forforståelsen være en ulempe også. Dette skjer når forskeren fokuserer kun på det man har med seg og ikke det som fremkommer underveis. Det å anerkjenne sin egen forforståelse av temaet og redegjøre den tidlig i prosessen kan hjelpe forskeren å ikke overdøve informantens stemme med egen forforståelse (Malterud, 2017). Kandidaten var ikke her i Norge da tragedien skjedde. Men på grunn av den massive mediedekningen om 22. juli både nasjonalt og internasjonalt er forhåndsoppfatninger uunngåelig. Man har dannet et bilde av hvordan dagen var gjennom lesing av tidligere forskning og fremstilling på sosial media. Kandidaten har derfor basert hjelpespørsmål fra tidligere studier for å ikke påvirke materialet.

### **3.3 Utvalg**

Et strategisk utvalg ble etablert på grunnlag av selve problemstillingen som krevde et innholdsrikt materiale om temaet.

Inklusjonskriterie i studien er intensivsykepleiere som var på vakt da terrorangrepene inntraff og jobbet med pasienter fra terrorangrepene fra 22. juli og/eller de to påfølgende ukene. Informantenes feltkunnskap og bakgrunn om temaet var viktige faktorer for å danne gyldig og pålitelig data om fenomenet.

### 3.3.1. Adgang til forskningsfelt

Studien ble godkjent hos Norsk Senter for Forskningsdata (NSD, referansekode 599780/vedlegg 2) i februar 2020 og tillatelsen fra klinikkleder på den aktuelle klinikken ble sikret samme måned. Det ble dessverre en brå stopp på forskningsarbeidet da SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus) eller covid-19 kom til Norge i midten av mars og stengte ned hele landet. Det var usikkerhet hvor lenge pandemien skulle sette pause på fremgang av arbeidet, men i mellomtiden fokuserte kandidaten på å jobbe med intervjuguiden og det teoretiske grunnlaget. I juni 2020 da situasjonen roet seg ned og samfunnet begynte å åpne opp igjen ble det forsøkt å sende en ny forespørsel til avdelingslederen for å høre om det skulle bli aktuelt med tilgang til forskningsfeltet. Det ble positivt svar og tillatelsen ga adgang til tre seksjoner som var aktuelle for studien. To av tre seksjoner ga umiddelbar positiv respons og en seksjon svarte ikke på henvendelsen. Til sammen var det fem intensivsykepleiere som stilte seg frivillige til intervju og tilfredsstilte krav etter inklusjonskriterium.

### 3.4 Intervjuguide

En intervjuguide ble utarbeidet for å kunne identifisere sentrale temaer og hente utdypet informasjon fra informantene. Intervjuguiden er en liste over relevante temaer og generelle spørsmål om problemstillingen som trenger å belyses (Johannessen et. al. 2016). Første spørsmål som ble stilt til alle informanter var «Kan du beskrive så detaljert som du kan om dine erfaringer å være på vakt den 22. juli 2011?» Ifølge Kvale og Brinkmann kan et slikt åpningsspørsmål fremkalle spontane, rike beskrivelser hvor informanten selv presenterer det de har opplevd ved det fenomenet som undersøkes.

Problemstillingen og forskningsspørsmål i denne studien er lik og er som følger: «*Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere i forbindelse med 22. juli 2011?*» Inngående og strukturerende spørsmål ble også utarbeidet i intervjuguiden på grunnlag av tidligere forskning med temaer som utfordringer, støtte fra ledelsen, samarbeid med ulike profesjoner og lærdom etter tragedien. Fullstendig intervjuguide er vedlagt (vedlegg 1).

Det var ni år siden terrorangrepene skjedde, og mulighet for å ikke huske alle detaljer var der. Intervjuguiden var derfor nyttig for å kunne hjelpe intervjuer gjennom



intervjuprosessen. Intervjuguiden kan også endres dersom informanten tar opp nye temaer underveis (Johannessen et al, 2016).

Pilotintervju ble gjennomført og førte til små endringer i intervjuguiden på bakgrunn av flyten i intervjuet og tilbakemelding fra deltageren. Eksempel på dette var «Hva var de utfordringene du opplevde den dagen?» som ble omgjort til «Kan du fortelle om de utfordringene du opplevde den dagen?». Hjelpespørsmål i form av stikkord var også utarbeidet for å følge opp et tema som respondentene tok opp.

### **3.5 Gjennomføring av individuelt forskningsintervju**

Intervjuene ble gjennomført i deltagerens arbeidsplass og arbeidstid (bortsett fra en deltager som ble intervjuet før kveldsvakt etter eget ønske). Det var deltagerne selv som valgte passende lokale hvor de følte seg trygge og komfortable. På grunn av pandemien ble det tatt hensyn til Folkehelseinstituttets (FHI) råd om avstand og god håndhygiene før, under og etter hele intervjuprosessen. Intervjuene var i perioden august 2020.

Det var mål om å skape god kontakt med deltagerne ved å lytte oppmerksomt og vise interesse og respekt for det deltagerne sa. Før intervjuet presenterte forskeren seg selv og fortalte om formålet med studien og hva lydopptakeren skal brukes til.

Informasjonsskriv og påminnelse om deltagerens informert samtykke ble også gjentatt. Deltagerne fikk informasjon om sine rettigheter som deltaker og ble fortalt at lydfilene skulle bli lagret i en kryptert minnepinne og vil bli slettet umiddelbart etter transkribering.

Transkribering ble gjort ordrett. Stemning og reaksjoner ble satt i parentes og pauser ble markert med tre punktum. Anonymisering ble allerede gjort under transkripsjon ved for eksempel å korrigere dialektord. Kandidaten transkriberte selv for å sikre at mange detaljer som er relevante for analyse blir tatt med. Forsker som transkriberer selv kan også lære om sin egen intervjustil, og til en viss grad klarer å huske emosjonelle aspekter ved en intervjusituasjon, og vil allerede starte med analyse av det som ble sagt (Kvale og Brinkmann, 2015). Dette var nyttig for å bli bedre kjent med datamaterialet og fikk relevante og meningsfulle utsagn som man ikke fikk med seg under intervjuet.

Kandidaten fikk inntrykk av en behagelig atmosfære under intervjuene, hvor deltagerne følte seg trygge til å fortelle om historier som var personlige. Noen deltagere var berørt under intervjuet, og dette er en styrke i seg selv i studien hvor en trygg ramme for respondenter til å dele sine erfaringer er en viktig del av arbeidet.

### 3.6 Dataanalyse

Det transkriberte datamaterialet ble analysert ved bruk av Graneheim og Lundmans kvalitative innholdsanalyse med induktiv tilnærming for å oppnå troverdighet av dataanalyse.

Trinnene ble allerede forklart i artikkelen og tabell 2 er en oppsummering av de fem trinnene i den kvalitative innholdsanalysen. Tabell 3 viser oversikt over tema med tilhørende kategorier. Et utdrag av innholdsanalysen i tabell presenteres for å kunne gi leseren en lettere forståelse av de temaene og tilhørende kategorier.

**Tabell 2.** Graneheim og Lundmans steg i den kvalitative innholdsanalysen.

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Kategori	Tema
Består av ord og tekst eller en del av tekst hentet fra transkriptet. Dette utgjør grunnlaget for analysen	Beskrivelse nær opp til teksten	Den kondenserte meningsenheten bli abstrahert til et høyere logisk nivå og benevnes med kode	Består av flere koder som har lignende innhold.	Binder sammen innhold fra flere kategorier.

**Tabell 3.** Oversikt over tema med tilhørende kategorier etter innholdsanalysen.

Øyeblikk rett før pasienttilstrømning	Erfaringer midt i det organiserte kaoset	Refleksjoner etter katastrofearbeidet
Reaksjoner ved en ekstrem situasjon	Improvisering ved en katastrofe	Inklusjon i eksklusivitet
Utfordringer ved ivaretagelse av traumatiserte unge pasienter	Dynamikk og struktur på arbeidsfeltet	Oppfølging
		Lærdom

**Tabell 4.** Et utdrag av meningsbærende enheter som la grunnlaget til tema «Erfaringer midt i det organiserte kaoset».

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Subkategori	Kategori	Tema
«Så det var liksom med å lage et system på å finne, fordi alle pasientene som kom inn, de hadde ikke noe navn eller ID. Så vi lagde et system at vi skrev nummer på pasientene, prøvde å lage et system på tavle med et sånt papirark at vi skrev nummer og hvor de skal ligge da. Så alle pasientene ble liksom nummer 1, 2, 3, 4.»	Det var å lage et system for pasienter som kom inn fordi de ikke hadde noe navn eller ID. Vi lagde et system at vi skrev nummer på pasientene. Alle pasienter ble nummer 1,2,3,4.	Etablering av system	Pasient som et nummer og ikke navn	Improvisering ved en katastrofe	Erfaringer midt i det organiserte kaoset
«Alle pasienter som kom inn, de hadde et nummer. De hadde ikke navn. Fordi de skulle kortest mulig og fortest mulig bare behandles.»	Alle pasienter hadde et nummer og ikke navn fordi de skulle kortest og fortest mulig bare behandles.	Prioritering	A,B,C hos 1,2,3		
«Vi greide å ta imot alle disse pasientene. Vi greide å mobilisere et godt samarbeid. Folk jobbet skulder mot skulder, og var utrolig dedikerte.»	Vi greide å ta imot alle disse pasientene. Vi greide å mobilisere et godt samarbeid. Folk jobbet skulder mot skulder, og var utrolig dedikerte.	Godt samarbeid	Dedikerte personell resulterer i godt tverrfaglig samarbeid	Dynamikk og struktur på arbeidsfeltet	
«Det var en ro men samtidig så var folk veldig sjokkerte da. Jeg tror nok det. Selv om vi var rolige når vi jobbet og sånt. Vi gjorde det vi alltid gjør, bare at det med media og det voldsomme preger deg jo. Men det var en uvant følelse av uvirkelighet. Inni meg var det bankede hjerte. Tror nok at mange i akuttmedisin skal være rolig utad men inni seg bærer de nok på en del ting.»	Det var ro men samtidig var folk veldig sjokkerte da. Selv om vi var rolige når vi jobbet og gjorde det vi alltid gjør, men media og det voldsomme preger deg. Det var en uvant følelse av uvirkelighet. Inni meg var det bankede hjerte. Jeg tror nok at mange i akuttmedisin skal være rolig utad, men inni seg bærer de nok på en del ting.	Ro i arbeid, men samtidig preget av situasjonen	Ro utad, men kaos inni		

**Tabell 5.** Et utdrag av meningsbærende enheter som la grunnlaget til tema «Øyeblikk rett før pasienttilstrømning»

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Subkategori	Kategori	Tema
«Jeg hadde vært med på en sånn beredskapsgruppe, og skrevet nye beredskapsplaner..Da var det snakk om grønn-rød.. Grønn, gul, og rød beredskap. Og når vi satt og skrev disse planene, så husker jeg om at vi snakket om at det her kommer jo mest sannsynlig aldri til å skje. Og så gikk det da bare noen måneder og så fikk vi da den med rød beredskap. Da var det litt sånn.. Å shit! Hva er det som har skjedd nå?»	Jeg hadde vært med på en beredskapsgruppe og skrevet nye beredskapsplaner. Det var om grønn, gul og rød beredskap. Når vi satt og skrev disse planene, så husker jeg og tenkte at det her kommer aldri til å skje. Det gikk bare noen måneder før vi fikk rød beredskap. Hva er det som har skjedd nå?	Egen reaksjon, Fra spøk til alvor	På vei til det ukjente	Reaksjoner ved en ekstrem situasjon	Øyeblikk rett før pasienttilstrømning
«Tidligere har det vært i hvert fall gjenoppbyggør hvor de skjøt hverandre. Så tenkte jeg liksom at det er jo helt vanvittig at hvis det skal skje samtidig som at det hadde gått en bombeeksplosjon i Oslo så skal det også ett eller annet med gjenoppbyggør med noe skyting. Hvorfor skjer det samtidig? Det var sånn.. åååhhh. Vi var sånn, ja ja. Da får vi bare vente litt og se hva det her er for noe. Så begynte det da å strømme inn på vg.no igjen om at det var skyting på Utøya og at det var et angrep på ungdomsleiren. Det var skikkelig kald dusj.»	Tidligere har det vært gjenoppbyggør hvor de skjøt hverandre. Jeg tenkte at det er vanvittig hvis det skal skje samtidig mens det hadde gått en bombeeksplosjon i Oslo. Hvorfor skjer det samtidig? Vi måtte bare vente litt og se hva det var for noe. Så begynte det å strømme inn på vg.no om at det var skyting på en ungdomsleir på Utøya. Det var skikkelig kald dusj.	Svingning av reaksjoner	Alltid forberedt, men er preget av usikkerhet		
«Vi var jo på vei til å avvikle denne sekundære triagen vi hadde da i andre etasjen fordi det stoppet opp. Når vi gjorde det og var liksom slo oss på skulderen og var liksom «Det her gikk bra. Vi har kontroll. Dette skal vi klare.» Og da gikk det en ny melding om skyting på Utøya.»	Vi var på vei til å avvikle sekundær triage i andre etasje fordi det stoppet opp. Vi slo oss på skulder og tenkte, «Det her gikk bra. Vi har kontroll. Dette skal vi klare.» Og da gikk det en ny melding om skyting på Utøya.	Kontroll på situasjonen	Man har kontroll til det smeller		
«Det som gjorde mest inntrykk var at du fikk beskrivelser av hvorfor de kom inn, hvor de har blitt skutt hen, hvordan de har kjempet, ikke sant? Jeg kan liksom se for meg bilder hvordan de har kjempet i vannet, prøvde liksom å unngå han på øyet. Det synes jeg var det verste.»	Det som gjorde mest inntrykk var at du fikk beskrivelser av hvorfor de kom inn, hvor de har blitt skutt hen, og hvordan de har kjempet. Jeg kan se for meg bilder av hvordan de har kjempet i vannet og prøvde å unngå «han» på øyet. Det synes jeg var det verste.	Mest inntrykk, Å forme et bilde	Å forberede seg mentalt	Utfordringer ved ivaretagelse av traumatiserte unge pasienter	
«Men den som har satt seg var selvfølgelig den kvelden og den krigssone visuelle, det visuelle er veldig sterkt. Det som var annerledes, det var de pasientene de som kom inn, de fra Utøya. Det var ungdommer som var ressurssterke. Og ofte når vi får inn traumer og andre til vanlig, er det mye rus og psykiatri. Det var det jo ikke.»	Men den som har satt seg den kvelden var den krigssone visuelle. Det visuelle er veldig sterkt. Det som var annerledes var at de som kom fra Utøya var ungdommer som var ressurssterke. Ofte når vi får inn traumer og andre til vanlig, er det mye rus og psykiatri. Det var det jo ikke.	Ressurssterke ungdommer	Å føle på ansvar		
«Det var slitsomt. Det var krevende fordi at det var så mange. De var veldig unge så var det spesielt krevende. Det er annerledes å ha Herr Olsen, Herr Hansen og Fru Fredriksen liggende på rom som er mellom rundt åtti år gamle. Det her er en stor skade og det går ikke så bra enn å ha så mange unge mennesker for det er jeg jo ikke vant til å ha så mange unge mennesker.»	Det var slitsomt og spesielt krevende fordi de var veldig unge. Det er annerledes å ha Herr Olsen, Herr Hansen og Fru Fredriksen liggende på rom som er rundt åtti år gamle enn å ha så mange unge mennesker for det er jeg ikke vant til.	Uvant i praksis, Slitsomt og krevende	Erfaring og trygghet i sin rolle som intensivsykepleier		

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Subkategori	Kategori	Tema
«Dette var jo på en fredag, så det var jo min arbeidshelg. Så jeg jobbet fredag, lørdag, søndag. Og vi jobbet jo bare på, og fikk personalet, og fikk det til på en veldig ålreit måte, også går jo lufta litt ut av det, så fikk jeg jo fri på mandagen eller på tirsdagen etterpå, og det har jeg tenkt på i ettertid at det synes jeg ledelsen over meg kunne liksom ha brukt meg litt mer de dagene som kom også fordi jeg var veldig godt inn i det, og det er liksom en bearbeidelse det også for å få lov til å være med i prosessen. Og så de tre første dagene jobbet jeg ekstremt mye og så var det akkurat som jeg ble dyttet litt ut av hendelsen.»	Jeg jobbet på fredag, lørdag og søndag. Vi jobbet bare på, fikk personalet og fikk det til på en ålreit måte. Og så gikk lufta litt ut av det. Jeg fikk fri på mandag eller tirsdag etterpå. Jeg har tenkt på det i ettertid og synes at ledelsen over meg kunne ha brukt meg litt mer de dagene som kom også fordi jeg var veldig godt inn i det. Det er også en bearbeidelse for å få lov til å være med i prosessen. De tre første dagene jobbet jeg ekstremt mye og så var det akkurat som om jeg ble dyttet ut av hendelsen.	Bearbeidelse	Eksposering som terapi	Inklusjon i eksklusivitet	Refleksjoner etter katastrofearbeidet
«Det ble satt opp sånne samtalegrupper som vi skulle gå i. Jeg var på en gruppe der, jeg husker at jeg var med på en. Husker at jeg var sammen med portører og alt mulig. Vi var blandet alt sammen i en gruppe og jeg følte at det ikke var en gruppe som jeg kunne relatere meg med i. Gruppen ble litt feil da.»	Jeg var på en gruppe sammen med portører og alt mulig. Vi var blandet alt sammen i en gruppe og jeg følte at det ikke var en gruppe som jeg kunne relatere meg med i. Gruppen ble litt feil.	Tilhørighet	Bearbeidelse av erfaringer fra det samme miljøet		
«Men jeg har jo skjermet meg veldig fra den hendelsen. Jeg var aldri med på rosetog. Jeg var for nært opp til alt. Jeg har aldri dratt ut til Utøya igjen, aldri sett noen av filmene, aldri liksom revet i skorpa på dette her. Det orker jeg ikke å gjøre. Det er akkurat liksom at jeg har lagt ett lite lokk på denne hendelsen fordi at den var så vond og så har jeg tenkt at det har vært greit å skjerme meg fra det fordi hverdagen min er så mye ulykker ellers også. Og jeg fungerer greit som intensivsykepleier i dag.»	Jeg har skjermet meg fra den hendelsen. Jeg var aldri med på rosetog. Jeg var for nært opp til alt. Jeg har aldri dratt ut til Utøya igjen, aldri sett noen av filmene, og aldri liksom revet i skorpa på hendelsen. Det er som om at jeg har lagt et lite lokk på denne hendelsen fordi den var så vond. Det har vært greit å skjerme meg fra det fordi min hverdag er så mye ulykker ellers, og jeg fungerer greit som intensivsykepleier i dag.	Skjerming	Nærhet på avstand	Oppfølging	
«Vi fikk veldig god oppfølging da etterpå. Det var tre ganger om dagen at vi skulle ha samtale, det var veldig mye fokus på det. Det synes jeg var nesten litt negativ etter hvert fordi da ble man sånn, «Hvor er ressursene ellers da?» Dette gjør vi jo hver dag, vi tar imot traumatiserte mennesker og det er ingen som spør hvordan jeg har det. Men nå skal plutselig alle psykolog skal komme å ha gruppesamtaler med oss hvis vi vil. Det ble litt for mye.»	Vi fikk veldig god oppfølging etterpå. Det var tre ganger om dagen at vi skulle ha samtaler. Det var veldig mye fokus på det. Jeg synes det var nesten litt negativ etter hvert. Dette gjør vi hver dag. Vi tar imot traumatiserte mennesker og det er ingen som spør hvordan jeg har det. Det ble litt for mye.	Tilbud om samtaler var tilgjengelig, men ble for mye	For mye av det gode		
«Det har skjedd generelt noen ting med alle etter 22. juli. Tror det har gjort noen ting med oss alle. At vi er mer påpasselige, og det ikke er bare terror som gjorde det, vi har blitt mer i beredskap i samfunnet. Vi ser på biler som kommer, vi ser på lastebiler som kommer. Vi ser på parkett som ligger som ikke skal ligge der. Jeg tror at alle har blitt mer påpasselige tror jeg.»	Det har skjedd generelt noen ting med alle etter 22. juli. Vi er mer påpasselige. Det er ikke bare terror som gjorde det, men vi har blitt mer i beredskap i samfunnet.	Beredskap	På vakt sammen som samfunn	Lærdom	
«Jeg tror det var faktisk bedre å være på jobb og se hva som faktisk var og var med å delta enn å ikke være med.»	Det var faktisk bedre å være på jobb og delta enn å ikke være med.	Bidrag	En del av historien		
«Det er jo en vond lærdom, en vond erfaring, men også har det vært litt nødvendig også for å lære oss katastrofeberedskap. Det er det vi skal være gode på. Og det er ingenting du blir god på fordi du ikke har den mengdetreningen du skal ha. Derfor så må vi øve da.»	Det er en vond lærdom og en vond erfaring, men det har også vært litt nødvendig for å lære oss katastrofeberedskap. Det er det vi skal være gode på. Det er ingenting du blir god på fordi du ikke har den mengdetreningen du skal ha, derfor må vi øve.	Katastrofeberedskap	Den uforglemmelige øvelsen		

**Tabell 6.** Et utdrag av meningsbærende enheter som la grunnlaget til tema «Refleksjoner etter katastrofearbeidet»

### **3.7 Forskningsetiske overveielser**

Studien handler om intensivsykepleiernes erfaringer i forbindelse med tragedien 22. juli, og av den grunn inngikk det innhenting av informert samtykke fra deltakerne. Det fremkommer her at deltakelse er frivillig og at informantene kan når som helst trekke seg ut av studien uten å oppgi noen grunn. Da vil opplysningene bli slettet.

Forskningsprosjektet er også godkjent av NSD (referansekode 599780) og personvernombud ved det aktuelle sykehuset (vedlegg 3). Godkjenning fra REK (Regional komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) var ikke nødvendig fordi det ikke vil fremkomme helseopplysninger eller biologisk materiale.

## 4.0 METODEKRITIKK

### 4.1 Validitet

Validitet i kvalitative undersøkelser omhandler det spørsmålet om funn og forskerens fremgangsmåter reflekterer hensikten med studie og om disse representerer virkeligheten (Johannessen et al, 2016).

Det finnes flere former for validitet nemlig indre og ytre validitet. Indre validitet handler om metoden er egnet til å undersøke problemstillingen (Kvale & Brinkmann, 2015). Den kvalitative metoden egnet seg godt for å kunne svare på studiens problemstilling og styrker indre validitet i studien.

Ytre validitet på en annen side sier noe om overførbarhet til liknende fenomener (Johannessen et al, 2016). Det angir i hvilken grad studien kan generaliseres til andre utvalg og andre betingelser (Pripp, 2018). Ytre validitet er oftest knyttet til utvalgets størrelse (Malterud, 2017). Totalt antall informanter i denne studien er fem, men med varierte og rikelige fortellinger og erfaringer fra intensivsykepleiere er det viktigere med kvalitet enn kvantitet. I kvalitative undersøkelser er det langt viktigere å skaffe relevante informanter enn flere. En kvalitativ dataanalyse fungerer best når fyldig og rikelig informasjon blir samlet om det vi skal undersøke, og ytre validiteten styrkes.

*Research bias* er også et begrep for å vurdere validiteten på kvalitative studier (Maxwell, 2013). Dette går ut på om forskeren blir påvirket av sine forhåndsopfatninger som eventuelt kan også påvirke resultatene. Dette har noe med for forståelse av temaet å gjøre og har blitt forklart under kapittel 3.2.2 Ifølge Kvale og Brinkmann gjennomsyrrer valideringen hele forskningsprosessen. Den begynner allerede fra tematisering og fortsetter fram til intervjuet har blitt transkribert, analysert, validert og rapportert. Under tematisering og planlegging kan man si at denne studien har høy validitet på bakgrunn av valgt forskningsdesign og den logiske utledningen fra teori til forskningsspørsmålet. Kandidaten har analysert data selv ved hjelp av en analysemetode som er lett forståelig og validert. Etter flere runder med dataanalyse har kandidaten fått hjelp fra veilederen med å kontrollere at ingen viktige funn har blitt oversett. Ifølge Kvale og Brinkmann er å kontrollere en måte å validere data på. Man får et kritisk syn for å motvirke skjev fortolkning og selektiv forståelse.

## **4.2. Reliabilitet**

Reliabilitet eller pålitelighet representerer nøyaktigheten av undersøkelsens data, hvilke data som brukes i undersøkelsen og den prosessen som viser hvordan man samler inn og bearbeider innhentet data (Johannessen et al, 2016). I kvalitativ forskning kan reliabilitet være utfordrende å måle, derfor bruker man begrepet troverdighet (Grønmo, 2016). Troverdigheten i intervjumaterialet i denne studien styrkes grunnet god lyd kvalitet på intervjuopptak. Det var klart og forståelig som bidro til at kandidaten kunne fange opp alt som ble sagt under intervjuet ved transkripsjon. Det kunne allikevel argumenteres at reliabiliteten svekkes da det var kun kandidaten som transkriberte intervjuene, og selv om det var god lyd kvalitet på opptaket er det fortsatt anbefalt at to transkriberte datamaterialet hver for seg. På denne måten kan man oppdage at man har hørt feil og for å kvantifisere reliabilitet av datamaterialet (Kvale & Brinkmann, 2015).



## REFERANSER

1. Bjelland, B. & Nakstad, E.R. (2018). *Beredskap, kriseledelse og praktisk skadestedsarbeid*. (1. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.
2. Bjørndal, A., Flottorp, S. & Klovning, A. (2013). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag*. (3. utgave) Oslo: Gyldendal Akademisk.
3. Blix, I, Hansen, M., Birkeland, M, Nissen, A & Heir, T. (2013). Posttraumatic growth, posttraumatic stress, and psychological adjustment in the aftermath of 2011 Oslo bombing attack. DOI: [10.1186/1477-7525-11-160](https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-160).
4. Brandrud, A, Bretthauer, M, Brattebøe, G, Pedersen, M.J.B, Hapnes, K. et. al. (2017). Local emergency medical response after a terrorist attack in Norway: A qualitative study. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2017-006517>
5. Csikszentmihalyi, M. (2002). *Flow: The classic work on how to achieve happiness*. London: Ebury publishing.
6. Dyregrov A, & Dyregrov K. (2011). Positiv vekst etter livskriser – implikasjoner for praksis. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. Hentet fra: <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2011/09/positiv-vekst-etter-livskriser-implikasjoner-praksis>
7. Dyregrov, A. (1993). *Katastrofe psykologi*. Fagbokforlaget. 1. opplag. Ad notam Gyldendal AS.
8. Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier. Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/fg/intensivsykepleiere/fg/intensivsykepleiere/fag-utdanning-og-forskning> (nedlastet 25.08.2019)
9. Global terrorism index. (2019). Tilgjengelig fra: <http://visionofhumanity.org/indexes/terrorism-index/>
10. Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
11. Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder* (2. utg). Bergen: Fagbokforlaget.

12. Helsedirektoratet. (2020). Masseskadetriage: En veiledning av triagesystemer for håndtering av alvorlige hendelser og katastrofer. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/horinger/nasjonal-veileder-for-masseskadetriage> (nedlastet 14.08.2019)
13. Jeppesen, E., Ringdal, K., Hoem, P., & Røise, O. (2019) Nasjonalt traumeregister. *Årsrapport for 2018 med plan for forbedringstiltak*. Tilgjengelig fra: [https://nkttraume.no/wpcontent/uploads/2019/11/Aarsrapport\\_NTR\\_20181.pdf](https://nkttraume.no/wpcontent/uploads/2019/11/Aarsrapport_NTR_20181.pdf)
14. Johannessen, A. Tufte, P. & Christoffersen L. (2016) Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. (5. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.
15. Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
16. Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk
17. Lazarus, R.S & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing.
18. Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4. utgave). Oslo: Universitetsforlaget AS.
19. Maxwell, J.A. (2013). *Qualitative research design: an interactive approach*. Los Angeles: SAGE.
20. NOU 2012: 14. *Rapport fra 22. juli kommisjonen*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2012.
21. Nysveen, N. (2012). *Jobbe, jobbe, jobbe- ikke tenke! Oppfølging av ansatte etter terrorangrepet 22/7*.
22. Politisk platform for forskning. Oslo: Norsk Sykepleierforbund, 2017.
23. Pripp, A. H. (2018). Validitet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. doi: 10.4045/tidsskr.18.0398
24. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). *Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and life satisfaction*. *American Psychologist*. 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
25. Samdal, O. Wold, B. Harris A. & Torsheim, T. *Stress og mestring*. (2017). Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og->

- [mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/\\_attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-43178fa9b389:faf7b30a63b6004ff91eb7d4bbf2c6a89c4d4718/Stress%20og%20mestring.pdf](#) (nedlastet 16.10.20)
26. Sarafino, E.D. (1998). *Health Psychology: Biopsychosocial interactions*. 3rd edition. New York: John Wiley & Sons.
27. Selye, H. (2013). *Stress in health and disease*. Boston: Butterworth-Heinemann
28. Skogstad, L. Brask-Rustad, T. Rund, B. Ekeberg, Ø. (2018) *Innsatspersonell fikk større tro på egen mestring etter terrorangrepene 22. juli 2011*. DOI: [10.4220/Sykepleienf.2018.71431](#)
29. Skogstad, L. Heir, T. Hauff, E. & Ekeberg, Ø. (2016). *Post-traumatic stress among rescue workers after terror attacks in Norway*. DOI: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqw063>
30. Skogstad, M, Skorstad, M, Lie A, Conrad, HS, Heir, T & Weisæth, L. (2013). *Work-related Posttraumatic stress disorder*. DOI: doi:10.1093/occmed/kqt003
31. Skryabina, E. Betts, N. Reedy, G. Riley, P. Amlot, R. (2020). The role of emergency preparedness exercises in the response to a mass casualty terrorist incident: A mixed methods study. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2020.101503>
32. Stafseth, S, & Eidsaa, K.V. (2020). *Intensivsykepleierens funksjon og ansvar ved behandling av traumer*. Stubberud, D.-G & Gulbrandsen, T. Intensivsykepleie. 4. utgave. 1. opplag. Cappelen Damm AS.
33. Stubberud, D.G. (2020). *Intensivsykepleierens funksjon og ansvar*. Stubberud, D.-G & Gulbrandsen, T. Intensivsykepleie. 4 utgave. 2020. Cappelen Damm AS.
34. Thoresen, S. *Mestring og stress hos innsatspersonell og journalister mobilisert til Tsunamikatastrofen*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. 2007. (Rapport nr. 2/2007). Tilgjengelig fra: <https://www.nkvts.no/rapport/mestring-og-stress-hos-innsatspersonell-og-journalister-mobilisert-til-tsunamikatastrofen/> (nedlastet 10.09.2020)

35. Ursin, H., & Eriksen, H.R. (2004). The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology*. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0306-4530\(03\)00091-X](https://doi.org/10.1016/S0306-4530(03)00091-X)

## **VEDLEGG 1 INTERVJUGUIDE**

### **Oppvarmingsfasen**

Jeg presenterer meg selv og informerer kort om studiens problemstilling og hensikten med prosjektet.

Jeg forteller til deltager om konsekvenser ved å delta i prosjektet og deres rett til å avslutte intervjuet når som helst.

Informanten blir fortalt om at intervjuet blir tatt opp med diktafon og lydbånd, men at anonymitet sikres. Data blir slettet umiddelbart etter transkribering.

### **Refleksjonsfasen**

*«Kan du fortelle så detaljert som du husker om hvordan det var å være på vakt den 22. juli 2011?»*

- *Kan du fortelle om de utfordringene du erfarte den dagen? (evt. det som har gjort mest inntrykk på deg)*
- *Hvordan opplevde du oppfølging/støtte fra ledelsen?*
  - tilbud om defusing/debrifing?*
- *Kan du fortelle om samarbeid med andre innsatspersonell?*
  - stemning/atmosfære*
- *Hva kan du trekke som lærdom etter 22. juli? Eksempler?*
  - opplevelse av egen innsats?*

### **Avslutningsvis:**

- ytterligere kommentarer? Noen temaer du savner?

Takker for deltagelse og informerer at de kandidaten kan kontaktes ved eventuelle spørsmål.

## VEDLEGG 2 GODKJENNING FRA NSD



### NSD Personvern

19.02.2020 13:29

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 599780 er nå vurdert av NSD. Følgende vurdering er gitt: Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 19.02.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: [nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html) Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.11.2020. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2). PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at

informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Jørgen Wincentsen Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## VEDLEGG 3 GODKJENNING FRA PERSONVERNOMBUD

# PERSONVERNOMBUDETS UTTALELSE

Til: Anne Eikeland, Universitetslektor, Oslo Metropolitan  
University

Fra: Personvernombudet ved [REDACTED] s

Dato: 17.08.20

Saksnummer: 20/17419

### **Personvernombudets uttalelse til innsamling og behandling av personopplysninger for forskning i prosjektet: "Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere i forbindelse med 22.juli?"**

Personvernombudet har vurdert det til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger tilfredsstiller de krav som stilles i helse- og personvernlovgivningen.

Personvernombudet har ingen innvendinger til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger kan igangsettes under forutsetning av følgende:

1. Forskningsansvarlig / databehandlingsansvarlig er Oslo Metropolitan University
2. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i studien skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen. Studien er godkjent av aktuelle avdelingsledere ved [REDACTED]
3. Prosjektet er forelagt NSD.
4. Studien er frivillig og samtykkebasert.
5. Data lagres aidentifisert. Kryssliste som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres separat og avlåst.
6. Data slettes eller anonymiseres etter prosjektslutt.
7. Dersom formålet, utvalget av inkluderte eller databehandlingen endres må personvernombudet gis forhåndsinformasjon om dette.

Med hilsen

[REDACTED]  
Personvernombud

[REDACTED] HF  
Direktørens stab | Personvern

[REDACTED]  
Personvernrådgiver



## VEDLEGG 4 INFORMASJONSSKRIV

### Vil du delta i forskningsprosjektet

*«Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere i forbindelse med 22. juli?»*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å belyse dine erfaringer i forbindelse med 22. juli 2011. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### Formål

Formålet med masterstudien er å utforme økt forståelse av dine opplevelser i forbindelse med tragedien. Problemstillingen for prosjektet er «hvilke erfaringer har intensivsykepleierne i forbindelse med 22. juli 2011?» Prosjektet er en mastergradsoppgave i intensivsykepleie ved OsloMet storbyuniversitetet. Oppgaven kan bli gjort offentlig tilgjengelig og resultatene fra studien vil bli publisert i artikkelform.

### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

OsloMet storbyuniversitet er ansvarlig for prosjektet ved universitetslektor Anne Eikeland.

### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

En kontaktperson i din avdeling har ansvar for å plukke ut aktuelle informanter med bakgrunn i følgende inklusjonskriterier: intensivsykepleier med erfaring fra intensivavdelingen den 22. juli 2011 og påfølgende dager.

### Hva innebærer det for deg å delta?

Det innebærer at du deltar i et individuelt intervju av ca. en times varighet. Under intervjuet vil det bli benyttet lydopptak. For å sikre konfidensialitet vil ingen personopplysninger som navn, alder eller kjønn bli innhentet. Intervjuet vil inneholde spørsmål om dine ulike erfaringer den 22. juli 2011 og de påfølgende dagene og arbeidet med de overlevende etter terrorangrepene.

### Det er frivillig å delta

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

## **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Kun masterstudent og veileder fra OsloMet vil ha tilgang til lydfiler til prosjektet
- Det vil bli brukt kryptert minnepinne for lagring av data og lydopptak skal umiddelbart slettes etter transkribering.

## **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15. november 2020 og lydfiler slettes umiddelbart etter transkribering.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

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

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra OsloMet storbyuniversitetet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

- *Anne Eikeland, universitetslektor*  
[anneeik@oslomet.no](mailto:anneeik@oslomet.no), 67236079
- Vårt personvernombud: *Ingrid Jacobsen*  
[ingridj@oslomet.no](mailto:ingridj@oslomet.no)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Anne Eikeland

George Michael Anyayahan

Prosjektansvarlig  
(Forsker/veileder)

Student

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*hvilke erfaringer har intensivsykepleierne i forbindelse med 22. juli 2011?*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i individuelt intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 15. november 2020.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)