



Masteroppgave i intensivsykepleie

Mai 2022

Hvordan har intensivsykepleiere erfart å ivareta sine funksjons- og
ansvarsområder under covid-19 pandemien?

En kvalitativ studie

Kandidatnavn: Frigg Johanne Jahren Petersen
Emnekode: MINT5900 Masteroppgave
Antall studiepoeng: 30
Antall ord: 17836

Fakultet for helsevitenskap
Oslo Metropolitan University
Storbyuniversitetet

Forord

Da covid-19 pandemien brøt ut jobbet jeg i intensivavdelingen ved Akershus Universitetssykehus og hadde akkurat begynt på intensivsykepleierutdanningen. Jeg husker jeg ble skremt da de første prognosene kom om antallet intensivpasienter som kunne forventes i Norge, og en tvil på om vår intensivkapasitet ville strekke til.

I tiden som fulgte så jeg mine kollegaer, og opplevde selv, å leve med usikkerhet og stress, store endringer på arbeidsplassen og høy arbeidsbelastning. Men like mye var opplevelsen preget av en motstandsdyktighet, yrkesstolthet og en omstillingsevne uten sidestykke.

På tross av at covid-19 pandemien har vært en krevende tid, er min opplevelse at intensivsykepleieres innsats har vært imponerende og inspirerende. Situasjonen gjorde stort inntrykk på meg, og da vi skulle bestemme tema for masterarbeidet var det derfor tydelig for meg at jeg ønsket å forske på intensivsykepleieres arbeid under pandemien.

Takk til min veileder Dag-Gunnar Stubberud for god oppfølging og veiledning. Takk for raske, konstruktive og tydelige tilbakemeldinger.

Takk til forskningsgruppen bak prosjektet «Rett person på rett plass?» for at jeg har fått ta del i deres forskningsprosjekt.

Takk til min arbeidsgiver, postoperativ seksjon i anesthesiavdelingen ved Akershus Universitetssykehus, som har tilrettelagt for gjennomføring av dette mastergradsprosjektet.

Takk til kontaktpersoner i avdelingene hvor informantene ble rekruttert fra.
Tusen takk til informantene for deltagelse.

Sist men ikke minst tusen takk til min samboer for støtte, motivasjon og tilrettelegging underveis i prosessen.

Sammendrag

Bakgrunn: Det er gjort mye forskning på hvordan intensivsykepleieren har erfart sin arbeidssituasjon, både fysisk og psykisk, under covid-19 pandemien. Hvordan intensivsykepleiere har erfart å ivareta sine funksjons- og ansvarsområder under pandemien er ikke tidligere undersøkt.

Hensikt: Å utforske intensivsykepleieres erfaringer med å ivareta sine funksjons- og ansvarsområder under covid-19 pandemien. Å få kunnskap om hvordan ulike faktorer har påvirket intensivsykepleieres forutsetning for å ivareta de ulike funksjons- og ansvarsområdene kan være nyttig for fremtiden.

Problemstilling: Hvordan har intensivsykepleiere erfart å ivareta sine funksjons- og ansvarsområder under covid-19 pandemien?

Metode: Dette er en kvalitativ studie hvor det er gjennomført fire individuelle intervju av intensivsykepleiere som har behandlet covid-19 pasienter. Analyse av intervjuene ble gjennomført med Braun og Clarke sin tematiske analysemetode.

Resultat: Gjennom analysen oppsto seks hovedtemaer: utfordrende å ivareta den forebyggende funksjonen, utfordrende å ivareta den behandlende funksjonen, utfordrende å ivareta den lindrende funksjonen, utfordrende å gi omsorg til pårørende, mye ansvar for opplæring av kollegaer uten intensivsykepleierutdanning og utfordrende å samhandle med ukjente kollegaer.

Konklusjon: Intensivsykepleiere har opplevd flere utfordringer relatert til å ivareta sine funksjons- og ansvarsområder under covid-19 pandemien. Mangel på intensivsykepleiere er spesielt fremtredende. Mange omdisponerte sykepleiere har påvirket arbeidsflyt, og bydd på utfordringer med tanke på samhandling og kompetansesammensetning i pasientbehandlingen. Dårlig kvalitet og tilgang på beskyttelsesutstyr har hatt flere negative konsekvenser. Pårørendeomsorgen ble betydelig påvirket.

Nøkkelord: Intensivsykepleie, intensivavdeling, sykepleie, funksjon og ansvar, covid-19, erfaring.

Abstract

Background: Many studies describe how critical care nurses have experienced their work situation both physically and psychologically during the covid-19 pandemic. How critical care nurses have experienced taking care of their role and scope of practice has not been studied.

Aim: To explore how critical care nurses have experienced taking care of their role and scope of practice. To gather knowledge about how various factors influencing critical care nurses' ability to take care of their role and scope of practice can be useful for the future.

Problem statement: How did critical care nurses experience taking care of their role and scope of practice during the covid-19 pandemic?

Method: This is a qualitative study with four in-depth interviews of critical care nurses who have cared for patients with covid-19. Data was analysed using Braun and Clarke's thematic analysis method.

Results: Six main themes emerged: Challenging to take care of the preventative function, challenging to take care of the therapeutic function, challenging to take care of the relieving function, challenging to care for the patients' relatives, a lot of responsibility for training colleagues without critical care education and challenging to work with unknown colleagues.

Conclusion: Critical care nurses have experienced many challenges concerning taking care of their role and scope of practice during the covid-19 pandemic. A lack of critical care nurses was particularly noteworthy. Reallocated nurses have been disruptive to established workflows, and presented challenges concerning teamwork and appropriate configurations of skills within teams. Furthermore, poor quality of and access to personal protective equipment have caused several negative consequences for nurses, and the ability to care for the patients' relatives have been significantly affected.

Keywords: Critical care nursing, critical care, nursing, role and scope of practice, covid-19, experience.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING.....	7
1.1 TEMA OG PROBLEMSTILLING.....	7
1.2 BAKGRUNN	8
1.3 STUDIENS HENSIKT.....	10
1.4 AVGRENSNING	10
2.0 KUNNSKAPSSØK OG KILDEKRITIKK.....	11
2.1 KUNNSKAPSSØK.....	11
2.2 KILDEKRITIKK.....	15
3.0 INTENSIVSYKEPLEIERENS FUNKSJONS- OG ANSVARSOMRÅDER.....	31
3.1 KLINISK UTØVELSE AV INTENSIVSYKEPLEIE	31
3.1.1 Helsefremmende og forebyggende funksjon.....	31
3.1.2 Behandlende og rehabiliterende funksjon.....	32
3.1.3 Lindrende og palliativ funksjon.....	33
3.1.4 Omsorg for pårørende.....	34
3.2 UNDERVISNING, FAGUTVIKLING OG FORSKNING	34
3.3 SAMHANDLING, LEDELSE OG ORGANISASJON	34
4.0 METODE.....	36
4.1 KVALITATIVT METODE OG DESIGN.....	36
4.2 DATAINNSAMLING	37
4.2.1 Utarbeidelse av forskningsspørsmål og intervjuguide.....	37
4.2.2 Innpass til forskningsfeltet.....	39
4.2.3 Utvelgelse av informanter	40
4.3 ANALYSE AV DATA.....	40
4.4 FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER.....	43
4.4.1 Informert samtykke.....	43
4.4.2 Konfidensialitet.....	44
4.4.3 Konsekvenser.....	44
5.0 RESULTATER.....	46
5.1 UTFORDRENDE Å IVARETA DEN FOREBYGGENDE FUNKSJONEN.....	46
5.1.1 Utfordrende å forebygge smitte.....	46
5.1.2 Utfordrende å ivareta pasientsikkerheten	47
5.2 UTFORDRENDE Å IVARETA DEN BEHANDLENDE FUNKSJONEN.....	50
5.2.1 Utfordrende å sikre kontinuitet i behandlingen.....	50
5.2.2 Har hatt mye hovedansvar for helsehjelpen pasienten ble tilbudt	51

5.2.3 Ineffektiv bruk av kompetanse i behandlingen av pasienten	52
5.3 UTFORDRENDE Å IVARETA DEN LINDRENDE FUNKSJONEN	52
5.3.1 Utfordrende å ivareta pasientens psykososiale behov	52
5.4 UTFORDRENDE Å GI OMSORG TIL PÅRØRENDE.....	54
5.4.1 Redusert mulighet til å la pårørende være deltagende	54
5.4.2 Redusert mulighet til å støtte pårørende	55
5.4.3 Redusert mulighet til å dele informasjon med pårørende	55
5.4.4 Pårørende ble ikke behandlet likt.....	56
5.5 MYE ANSVAR FOR OPPLÆRING AV KOLLEGAER UTEN INTENSIVSYKEPLEIEUTDANNING	57
5.6 UTFORDRENDE Å SAMHANDLE MED UKJENTE KOLLEGAER	57
6.0 DISKUSJON.....	60
6.1 UTFORDRENDE Å IVARETA DEN FOREBYGGENDE FUNKSJONEN.....	60
6.1.1 Utfordrende å forebygge smitte.....	60
6.1.2 Utfordrende å ivareta pasientsikkerheten	62
6.2 UTFORDRENDE Å IVARETA DEN BEHANDLENDE FUNKSJONEN.....	64
6.2.1 Utfordrende å sikre kontinuitet	65
6.2.2 Har hatt mye hovedansvar for helsehjelpen pasienten ble tilbudt	66
6.2.3 Ineffektiv bruk av kompetanse i behandlingen av pasienten	68
6.3 UTFORDRENDE Å IVARETA DEN LINDRENDE FUNKSJONEN	69
6.3.1 Utfordrende å ivareta pasientens psykososiale behov	69
6.4 UTFORDRENDE Å GI OMSORG FOR PÅRØRENDE	71
6.4.1 Redusert mulighet til å la pårørende deltagende	71
6.4.2 Redusert mulighet til å støtte pårørende	72
6.4.3 Utfordrende å dele informasjon med pårørende.....	73
6.4.4 Pårørende ble ikke behandlet likt.....	74
6.5 MYE ANSVAR FOR OPPLÆRING AV KOLLEGAER UTEN INTENSIVSYKEPLEIEUTDANNING	75
6.6 UTFORDRENDE Å SAMHANDLE MED UKJENTE KOLLEGAER	77
6.8 METODEDISKUSJON.....	79
6.8.1 Forskerens rolle.....	79
6.8.2 Undersøkelsens reliabilitet.....	79
6.8.3 Undersøkelsens validitet.....	80
7.0 KONKLUSJON.....	85
8.0 REFERANSELISTE.....	86
9.0 VEDLEGG.....	95
VEDLEGG 1. GODKJENT SØKNAD NSD	95
VEDLEGG 2. SAMTYKKESKJEMA	98
VEDLEGG 3. BRAUN OG CLARKES 15-PUNKTS SJEKKLISTE.....	102

1.0 Innledning

Dette er en masteroppgave der kandidaten har gjort en kvalitativ undersøkelse av hvordan intensivsykepleiere har erfart å ivareta sine funksjons- og ansvarsområder under covid-19 pandemien.

1.1 Tema og problemstilling

Den 11. mars 2020 erklærte Verdens helseorganisasjon (WHO) Coronavirus disease 2019 (covid-19) som en pandemi. Dette ble raskt en pandemi med en smittespredning og alvorlighetsgrad vi ikke har vært vitne til i moderne tid. De tidlige prognosene i Norge spådde at omfanget av smittede og alvorlig syke pasienter ville langt overgå kapasiteten ved sykehusene og særlig intensivavdelingene. Per 11.1.2022 har det vært 450 903 personer som har vært smittet med covid-19 i Norge. Til sammen har 7432 personer vært innlagt i sykehus, 1498 personer har vært innlagt i intensivavdeling og 1350 personer er døde (Folkehelseinstituttet 2022).

Covid-19 er en smittsom virusinfeksjon som gir alt fra lette symptomer til alvorlig sykdom som kan skade pasientens lunger, men også andre organer som hjerte, nyrer, lever og beinmarg. Pasienten kan utvikle multiorgansvikt (Jost 2020, McIntosh 2022). Ved utvikling av akutt lungesviktsyndrom (ARDS) og annen organsvikt, har pasienten behov for respiratorbehandling og eventuelt annen organstøttende behandling, og kontinuerlig overvåkning i intensivavdeling (Anesi 2021, Jost 2020, Loeb og London 2021).

Intensivsykepleiere er en yrkesgruppe som har jobbet i frontlinjen under pandemien. Med sin spesialiserte kompetanse i å gi helsehjelp til akutt og kritisk syke pasienter har intensivsykepleieren vært en etterspurt og nødvendig ressurs i behandling av pasienter med covid-19.

Selv om intensivsykepleiere har arbeidet innenfor sitt spesialfelt under pandemien, har det vært under andre forutsetninger enn de var vant med. Mye tyder på at arbeidsmengden deres økte. En studie av Bruyneel, Lucchini og Hoogendoorn (2022) fant signifikant økning i Nursing Activity Score (NAS), et skåringsverktøy som kartlegger sykepleieres arbeidsmengde i intensivavdelinger.

Det var mye nytt på en gang som kan ha påvirket hvordan intensivsykepleiere fikk ivarett sine funksjons- og ansvarsområder. Blant annet store organisatoriske endringer, og at

helsehjelpen måtte gjennomføres i beskyttelsesutstyr - noe intensivsykepleiere er vant med, men ikke i dette omfanget. Intensivsykepleierne har under pandemien også erfart mangel på intensivsykepleiere og andre ressurser, som blant annet beskyttelsesutstyr (Bergman et.al. 2021, Fernandez-Castillo et.al. 2021).

Mangel på tilstrekkelig intensivsykepleierkompetanse til å ivareta det økte antallet pasienter som trengte respiratorbehandling, gjorde det nødvendig å omdisponere store personalressurser til intensivavdelingene. Blant disse var anesthesi-, barne- og operasjonssykepleiere, samt sykepleiere fra intermedier- og overvåkningsavdelinger. Dette var sykepleiere som hadde spesialkompetanse eller erfaring med avansert pasientbehandling, men mange manglet reell erfaring fra intensivavdeling.

Selv om intensivsykepleiere var kompetente til å ivareta alvorlig syke covid-19 pasienter, var det store endringer i forutsetningene for å yte helsehjelp til intensivpasienten. Med dette forskningsprosjektet ønsket kandidaten å undersøke om rammefaktorene under pandemien har påvirket intensivsykepleierens mulighet i å ivareta sine funksjons- og ansvarsområder.

Problemstillingen er derfor:

«Hvordan har intensivsykepleiere erfart å ivareta sine funksjons- og ansvarsområder under covid-19 pandemien?»

1.2 Bakgrunn

Kandidaten har selv erfart covid-19 pandemiens konsekvenser for personalet i intensivavdelingene. Under den første smittebølgen våren 2020 var kandidaten tilknyttet intensivavdelingen ved Akershus Universitetssykehus (Ahus), et av sykehusene som tidlig opplevde stor pågang av covidsyke pasienter. Det var mye usikkerhet om sykdommen og store endringer i avdelingens drift. Ved normal drift har avdelingen 10 intensivplasser, men i løpet av en ukes tid ble det oppskalert til 20. Tidligere ubrukte lokaler ble gjort i stand, det ble bygget smittesluser og det var opplæring av omplasserte sykepleiere og opplæring i bruk av nytt beskyttelsesutstyr. Kort tid etter var så godt som alle intensivplassene belagt med alvorlig syke covidpasienter. Kandidaten fikk erfare hvordan kravene til kompetanse og forsvarlighet ble senket, da man selv ble tildelt pasientansvar som overgikk egen kompetanse og uten tilstrekkelig opplæring. Situasjonen gjorde stort inntrykk og var viktig for

motivasjonen til å utføre et masterprosjekt relatert til intensivsykepleierens erfaringer under covid-19 pandemien.

Kandidaten har utført dette masterprosjektet som del av et større forskningsprosjekt ved OsloMet. Arbeidstitelen for dette prosjektet har vært «*Rett person på rett plass? Bruk av spesialsykepleierens kompetanse under covid-19 pandemien i norske sykehus*».

Forskningsprosjektet er et samarbeid mellom universitetets master- og videreutdanninger i anesthesi-, barne-, intensiv- og operasjonssykepleie. Det er gjennomført kvalitative intervjuer av anesthesi-, barne-, intensiv- og operasjonssykepleieres erfaringer med å ivareta sine funksjons- og ansvarsområder under covid-19 pandemien. Kandidaten er én av seks personer som har gjennomført intervjuer av intensivsykepleiere.

Det er gjort mange studier av intensivsykepleieres erfaringer under covid-19 pandemien. Flere studier har beskrevet hvordan intensivsykepleiere som jobbet med alvorlig syke covidpasienter har opplevd psykiske symptomer som stress, angst, utmattelse og risiko for å utvikle posttraumatisk stressyndrom/PTSD (Carmassi et.al. 2020, Galanis et.al. 2021, Karimi et.al. 2020, Liu et. al. 2020, Schroder et. al. 2020).

Studier har også beskrevet og problematisert ulike aspekter ved bruk av beskyttelsesutstyr for smitte. Mangel på eller en trussel om mangel på beskyttelsesutstyr har vært en kilde til stress, angst og bekymring (Fernandez et.al. 2020, Gordon, Magbee & Yoder 2021, Kramer et.al.2020). Flere studier beskriver at dårlig kvalitet på beskyttelsesutstyr har bidratt til at sykepleiere har opplevd utrygghet og frykt for smitte, ubehag, trykksår, dehydrering og utmattelse (Aloweni et.al.2022, Bergman et.al. 2021, Lie et.al.2020, Liu et.al.2020)

Bergman et.al. (2021) og Gonzalez-gil (2021) er blant flere studier som beskriver økt pasient per sykepleier ratio i intensivavdelingene og økt arbeidsbelastning som følge av mangel på personalressurser. Det er også beskrevet utfordringer knyttet til omdisponert personell som mangler intensivsykepleierkompetanse (Andersson, Nordin og Engström 2022, Bergman et.al. 2021, Marceau et.al. 2022).

Videre beskriver flere studier intensivsykepleieres erfaring med hvordan besøksrestriksjoner i sykehusene og høyt arbeidspress medførte store begrensninger for intensivsykepleieres

mulighet til å ivareta pårørendeomsorg (Jensen et.al. 2022, Kentish-Barnes et.al. 2021, Wendlandt, Kime og Carson 2022)

Det er gjort mye forskning på hvordan intensivsykepleieren har erfart sin arbeidssituasjon, både fysisk og psykisk, under pandemien. Kandidaten har ikke funnet forskning som beskriver hvordan intensivsykepleiere har erfart å ivareta sine funksjons- og ansvarsområder.

1.3 Studiens hensikt

Hensikten med forskningsarbeidet er å utforske intensivsykepleieres erfaringer med å ivareta sine funksjons- og ansvarsområder under covid-19 pandemien. Kunnskap om hvordan ulike faktorer har påvirket intensivsykepleieres forutsetning for å ivareta de ulike funksjons- og ansvarsområdene kan være nyttig for fremtiden.

Kandidaten mener slik kunnskap kan ha flere hensiktsmessige formål, både under denne og eventuelle fremtidige pandemier. Intensivsykepleiere har arbeidet i fronten under pandemien og sitter med viktig kunnskap om bruk av kompetanse, kvalitet på helsetjenestene og utfordringer. Det kan være aktuelt å bruke kunnskapen i utdanningssituasjoner for å forberede fremtidens intensivsykepleiere på hva som kan møte dem. Det kan også være nyttig kunnskap for organisering og beredskapsplanlegging i sykehusene, eventuelt synliggjøre behov for kvalitetsarbeid. Videre vil kunnskap om intensivsykepleieres arbeidsforhold være betydningsfullt for å best mulig kunne sikre at de får ivaretatt sine funksjons- og ansvarsområder under ulike forutsetninger.

I en tid med mangel på intensivsykepleiere (Helsedirektoratet 2012, Hernes 2021, Riksrevisjonen 2019, Tønnessen 2020) håper kandidaten at prosjektet kan bidra med kunnskap om hvordan vi kan ivareta intensivsykepleierne vi har, slik at de ønsker å bli værende i en viktig og en spennende, men krevende profesjon.

1.4 Avgrensning

Forskningsprosjektet avgrenser seg til intensivsykepleiere som har behandlet pasienter med covid-19 sykdom. Fokuset for datainnsamlingen er intensivsykepleierens erfaring med å ivareta sine funksjons- og ansvarsområder og ikke generell erfaring med sin arbeidssituasjon under pandemien.

2.0 Kunnskapssøk og kildekritikk

Kunnskapssøk er en viktig del av oppstartsfasen i et forskningsprosjekt. Hensikten er å undersøke om det finnes tidligere forskning på problemstillingen og om det foreligger kunnskapshull (Polit og Beck 2021).

2.1 Kunnskapssøk

Kandidaten gjorde et systematisk kunnskapssøk på intensivsykepleierens erfaringer og opplevelser. Det ble søkt i databasene CINAHL, MEDLINE og Embase. Disse databasene er valgt ut til kunnskapssøket fordi de inneholder alle typer studiedesign, har god representasjon av sykepleierforskning og med sannsynlighet kan dekke kunnskapsområdet tilfredsstillende (Helsebiblioteket 2016a, Polit og Beck 2021).

Det var utfordrende å finne treffende engelske søkeord, da forskningsspørsmålets fokus var begrepet «funksjons- og ansvarsområder». Et begrep som er hentet fra et norsk dokument (NSFLIS 2017a). Kandidaten valgte å bruke Norsk sykepleierforbunds oversettelse «role and scope of practice» som utgangspunkt (NSFLIS 2017b). Denne oversettelsen var et lite brukt begrep i engelske artikler, men kandidaten fant at «scope of practice» i noe større grad ble omtalt. Andre søkeord for begrepet ble oppdaget gjennom en refleksjonsprosess og det Polit og Beck (2021) beskriver som snøballeffekt. Dette innebar blant annet å bruke ulike formuleringer og forståelser av «funksjon» og «ansvar» samt å lete etter lignende formuleringer for begrepene i relevante artikler og deres referanselister. Søkeord ble vurdert og oversatt underveis ved hjelp av Helsebibliotekets MeSH-termbase og SveMed+ for å sikre at de var treffende med tanke på betydning og kontekst. Etter å ha gjennomgått flere søkeord uten å finne en konkret og treffende oversettelse av «funksjon og ansvar», besluttet kandidaten å inkludere flere ulike søkeord i håp om å treffe det som fantes av relevante forskningsartikler.

Et PICO-skjema er et hjelpemiddel man kan bruke for å sortere søkeord når man skal utføre et systematisk søk (Polit og Beck 2021). I kvalitative studier utføres ofte kunnskapssøk med utgangspunkt i et PIC(o)- skjema, der siste kolonne med søkeord, *O*, er utelukket da man kanskje ikke ønsker å sammenligne eksempelvis et tiltak med et konkret utfall (Polit og Beck 2021). Kandidaten valgte å anvende et fullt PICO-skjema for å målrette søket i større grad. Det var ønsket å finne kvalitative studier. Emneordet «kvalitativ» knyttes ikke alltid opp til

relevante studier (Johannessen, Tuft og Christoffersen 2016, s.104). Derfor er ord som eksempelvis «experience» inkludert. Søkeordene «ICU», «intensive care» og «nurses» er inkludert for å treffe artikler som handler om sykepleiere i konteksten intensivavdeling uten å nødvendigvis være intensivsykepleiere, siden kandidaten tenkte dette også kunne være relevante funn. Se tabell 1 for PICO-skjema med utvalgte søkeord.

Tabell 1. PICO-skjema med utvalgte søkeord

P Hvilken populasjon	I Hvilket fenomen	C I hvilken kontekst	O Hvilke endepunkter eller type studier
Intensivsykepleiere	Funksjons- og ansvarsområde	Covid-19-pandemien	Erfaringer
Intensivsykepleie Intensive care nurse Intensive care ICU Nurses	Funksjon Ansvar Rolle Role and scope of practice Scope of practice Professional responsibility Professional competence Professional knowledge	Covid-19 Coronavirus-19	Erfaring Opplevelse Experience Perspectives Qualitative

Subject headings er standardiserte koder eller emneordssystemer i databasene som hjelper deg å finne samme temaer med andre ord. Dette ble brukt underveis i søket og gir bedre treffsikkerhet i databasene (Polit og Beck 2021). Kodene varierer mellom databasene, i Medline ble eksempelvis *Intensive Care* kodet til *Critical Care*.

Første søk i Cinahl ga få treff. Derfor ble det gjort et nytt søk der søkeordene for funksjon- og ansvarsområde (kolonne *I*) ble ekskludert, fordi kandidaten ikke hadde lyktes å finne et universalt anvendt begrep for temaet og søkeordene derfor kanskje var lite treffsikre.

I Embase og Medline ble første søk utført etter samme strategi med søkeord innen kolonnene *P*, *C* og *O*, men dette produserte svært mange treff. Søkene ble derfor utført på nytt der søkeordene i kolonne *I* ble inkludert for å snevre ned søket. Treff for søkene er fremstilt i Tabell 3.

I følge Polit og Beck (2021) er ofte søketreffet så stort at man ikke har kapasitet til gå i dybden på alle. Derfor screener man dem overflatisk for relevans ved å lese titler og sammendrag, og går i dybden på artiklene etter man har snevret artiklene videre ned med inklusjons- og eksklusjonskriterier (se tabell 2).

Tabell 2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	<ul style="list-style-type: none"> - Nordisk eller engelsk språk - Tilfredsstillende kvalitetsnivå, se tabell 4, 5, 6 og 7. - Artikler med fokus på intensivsykepleiere eller sykepleiere som har jobbet på intensivavdelinger under covid-19 pandemien - Forskningsartikler
Eksklusjonskriterier	<ul style="list-style-type: none"> - Artikler som ikke omtaler sykepleieres erfaringer - Artikler som kun fokuserte på pandemiens konsekvenser for sykepleiere sin psykiske helse

Tabell 3. Søketreff i databaser

Database (Inkluderte søkeordskolonner)	Antall treff	Relevante treff	Treff med direkte fokus på intensivsykepleieres funksjons- og ansvarsområde
Cinahl (PICO)	9	Gonzalez-gil et.al. (2020) Gordon, Magbee og Yoder (2021) Mortensen et.al. (2022) Wendlandt, Kime og Carson (2022)	0
Cinahl (PCO)	159	Andersson, Nordin og Engström (2022) Bergman et.al. (2021) Chegini et.al. (2021) Fernandez-Castillo et.al. (2021) Fernandez et.al. (2020) Liu et.al. (2020)	0
Embase (PCO)	626		
Embase (PICO)	20	Kentish-Barnes et.al. (2021)	0
Medline (PCO)	539		
Medline (PICO)	37	Brockopp et.al. 2021) Danielis et.al. (2021)	0

Flere av forskningsartiklene som ble brukt er funnet utenom det systematiske søket. Kandidaten søkte direkte i tidsskrift som publiserer forskning relatert til intensivsykepleie, som *Intensive and Critical Care Nursing*, *Journal of Advanced Nursing* og *Journal of Clinical Nursing* med søkeordet «covid-19». Videre har kandidaten funnet artikler gjennom screening av referanselister i relevante forskningsartikler og litteratur. Kandidaten har også fått tilsendt tips til relevante artikler fra egen veileder og fra øvrige medlemmer i forskningsprosjektet.

Se tabell 8 i kapittel 2.2. for alle inkluderte forskningsartikler.

Det lyktes ikke kandidaten å finne noen forskningsartikler med direkte tilknytning til problemstillingen. Det kan skyldes at temaet «funksjon og ansvar» ikke har et universelt

begrep og relevante artikler derfor er utfordrende å finne. Det kan også indikere at problemstillingen ikke har vært forsket på tidligere. Tilsynelatende er det mangel på kunnskap på området, noe som øker nytteverdien av dette forskningsprosjektet.

2.2 Kildekritikk

Her presenteres en kvalitetsvurdering av alle inkluderte forskningsartikler.

Forskningsartiklene er vurdert med en forenklet versjon av Helsebibliotekets (2016b) sjekklister for kritisk vurdering av forskningslitteratur, sortert etter ulike studiedesign. Se Tabell 4, 5, 6 og 7.

Tabell 4. Sjekkliste for vurdering av kvalitative studier (Helsebiblioteket 2016b)

Kan du stole på resultatene?	Ja	Uklart	Nei
1. Er formålet med studien klart formulert?	Almerud et.al (2007) Andersson, Nordin og Engström (2022) Brockopp et.al. (2021) Chegini et.al. (2020) Danielis et.al. (2021) Fernandez-Castillo et.al. (2021) Frivold, Dale og Slettebø (2015) Gilmartin og Wright (2008) Gordon, Magbee og Yoder (2021) Karimi et.al. (2020) Kentish-Barnes et.al. (2021) Liu et.al. (2020) Marceau et.al. (2022) Mortensen et.al. (2022) Schroeder et.al. (2020) Wong et.al. (2017)		
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Almerud et.al (2007) Andersson, Nordin og Engström (2022) Brockopp et.al. (2021) Chegini et.al. (2020) Danielis et.al. (2021) Fernandez-Castillo et.al. (2021)	Marceau et.al. (2022)	

	<p>Frivold, Dale og Slettebø (2015)</p> <p>Gilmartin og Wright (2008)</p> <p>Gordon, Magbee og Yoder (2021)</p> <p>Karimi et.al. (2020)</p> <p>Kentish-Barnes et.al. (2021)</p> <p>Liu et.al. (2020)</p> <p>Mortensen et.al. (2022)</p> <p>Schroeder et.al. (2020)</p> <p>Wong et.al. (2017)</p>		
<p>3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?</p>	<p>Almerud et.al (2007)</p> <p>Andersson, Nordin og Engström (2022)</p> <p>Brockopp et.al. (2021)</p> <p>Chegini et.al. (2020)</p> <p>Danielis et.al. (2021)</p> <p>Fernandez-Castillo et.al. (2021)</p> <p>Frivold, Dale og Slettebø (2015)</p> <p>Gilmartin og Wright (2008)</p> <p>Gordon, Magbee og Yoder (2021)</p> <p>Karimi et.al. (2020)</p> <p>Kentish-Barnes et.al. (2021)</p> <p>Liu et.al. (2020)</p> <p>Marceau et.al. (2022)</p> <p>Mortensen et.al. (2022)</p> <p>Schroeder et.al. (2020)</p> <p>Wong et.al. (2017)</p>		
<p>4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</p>	<p>Almerud et.al (2007)</p> <p>Andersson, Nordin og Engström (2022)</p> <p>Brockopp et.al. (2021)</p> <p>Chegini et.al. (2020)</p> <p>Danielis et.al. (2021)</p> <p>Fernandez-Castillo et.al. (2021)</p> <p>Frivold, Dale og Slettebø (2015)</p> <p>Gilmartin og Wright (2008)</p> <p>Gordon, Magbee og Yoder (2021)</p> <p>Karimi et.al. (2020)</p> <p>Kentish-Barnes et.al. (2021)</p> <p>Liu et.al. (2020)</p> <p>Marceau et.al. (2022)</p>		

	Mortensen et.al. (2022) Schroeder et.al. (2020) Wong et.al. (2017)		
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Almerud et.al (2007) Andersson, Nordin og Engström (2022) Brockopp et.al. (2021) Chegini et.al. (2020) Fernandez-Castillo et.al. (2021) Frivold, Dale og Slettebø (2015) Gilmartin og Wright (2008) Gordon, Magbee og Yoder (2021) Kentish-Barnes et.al. (2021) Liu et.al. (2020) Marceau et.al. (2022) Schroeder et.al. (2020) Wong et.al. (2017)	Danielis et.al. (2021) Karimi et.al. (2020) Mortensen et.al. (2022)	
6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Frivold, Dale og Slettebø (2015) Liu et.al. (2020) Marceau et.al. (2022)	Rapporterer kun at forfatterne ikke har interessekonflikter eller bakgrunn som påvirker undersøkelsen, men gjør ikke rede for egen bakgrunn: Andersson, Nordin og Engström (2022) Chegini et.al. (2020) Danielis et.al. (2021) Fernandez-Castillo et.al. (2021) Gordon, Magbee og Yoder (2021) Karimi et.al. (2020) Mortensen et.al. (2022) Schroeder et.al. (2020)	Almerud et.al (2007) Brockopp et.al. (2021) Gilmartin og Wright (2008) Kentish-Barnes et.al. (2021) Wong et.al. (2017)
7. Er etiske forhold vurdert?	Almerud et.al (2007) Andersson, Nordin og Engström (2022) Chegini et.al. (2020)		Brockopp et.al. (2021)

	<p>Danielis et.al. (2021)</p> <p>Fernandez-Castillo et.al. (2021)</p> <p>Frivold, Dale og Slettebø (2015)</p> <p>Gilmartin og Wright (2008)</p> <p>Karimi et.al. (2020)</p> <p>Kentish-Barnes et.al. (2021)</p> <p>Liu et.al. (2020)</p> <p>Marceau et.al. (2022)</p> <p>Mortensen et.al. (2022)</p> <p>Schroeder et.al. (2020)</p> <p>Wong et.al. (2017)</p>		<p>Gordon, Magbee og Yoder (2021)</p>
<p>8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført?</p>	<p>Almerud et.al (2007)</p> <p>Andersson, Nordin og Engström (2022)</p> <p>Brockopp et.al. (2021)</p> <p>Chegini et.al. (2020)</p> <p>Danielis et.al. (2021)</p> <p>Fernandez-Castillo et.al. (2021)</p> <p>Frivold, Dale og Slettebø (2015)</p> <p>Gilmartin og Wright (2008)</p> <p>Gordon, Magbee og Yoder (2021)</p> <p>Karimi et.al. (2020)</p> <p>Kentish-Barnes et.al. (2021)</p> <p>Liu et.al. (2020)</p> <p>Marceau et.al. (2022)</p> <p>Mortensen et.al. (2022)</p> <p>Schroeder et.al. (2020)</p> <p>Wong et.al. (2017)</p>		
<p>Basert på punkt 1-8, mener du at resultatene er til å stole på?</p>	<p>Almerud et.al (2007)</p> <p>Andersson, Nordin og Engström (2022)</p> <p>Brockopp et.al. (2021)</p> <p>Chegini et.al. (2020)</p> <p>Danielis et.al. (2021)</p> <p>Fernandez-Castillo et.al. (2021)</p> <p>Frivold, Dale og Slettebø (2015)</p> <p>Gilmartin og Wright (2008)</p> <p>Gordon, Magbee og Yoder (2021)</p> <p>Karimi et.al. (2020)</p> <p>Kentish-Barnes et.al. (2021)</p> <p>Liu et.al. (2020)</p> <p>Marceau et.al. (2022)</p>		

	Mortensen et.al. (2022) Schroeder et.al. (2020) Wong et.al. (2017)		
--	--	--	--

Tabell 5. Sjekkliste for vurdering av prevalensstudier (Helsebiblioteket 2016b)

Kan du stole på resultatene?	Ja	Uklart	Nei
1. Er problemstillingen klart formulert?	Aiken et.al. (2002) Aloweni et.al. (2022) Andel et.al. (2022) Bergman et.al. (2021) Gonzalez-Gil et.al. (2020) Jansson et.al. (2020) Jensen et.al. (2022) Kramer et.al. (2021) Wendlandt, Kime og Carson (2022)		
2. Er designet en velegnet metode for å besvare problemstillingen?	Aiken et.al. (2002) Aloweni et.al. (2022) Bergman et.al. (2021) Gonzalez-Gil et.al.(2020) Jansson et.al. (2020) Jensen et.al. (2022) Kramer et.al. (2021) Wendlandt, Kime og Carson (2022)	Andel et.al. (2022)	
3. Er populasjonen klart definert?	Aloweni et.al. (2022) Andel et.al. (2022) Bergman et.al. (2021) Gonzalez-Gil et.al.(2020) Jensen et.al. (2022) Kramer et.al. (2021) Wendlandt, Kime og Carson (2022)	Aiken et.al. (2002) Jansson et.al. (2020)	
4. Ble utvalget inkludert på en tilfredsstillende måte?	Aiken et.al. (2002) Aloweni et.al. (2022) Bergman et.al. (2021) Gonzalez-Gil et.al.(2020) Jansson et.al. (2020) Jensen et.al. (2022) Kramer et.al. (2021)	Andel et.al. (2022) Wendlandt, Kime og Carson (2022)	

5. Er det gjort rede for om respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert, og svarprosent?		Jansson et.al. (2020)	Aiken et.al. (2002) (oppgitt svarprosent) Aloweni et.al. (2022) Andel et.al. (2022) Bergman et.al. (2021) Jensen et.al. (2022) (oppgitt svarprosent) Gonzalez-Gil et.al.(2020) Kramer et.al. (2021) Wendlandt, Kime og Carson (2022)
6. Er svarprosenten høy nok		Aiken et.al. (2002) Aloweni et.al. (2022) Andel et.al. (2022) Bergman et.al. (2021) Gonzalez-Gil et.al. (2020) Jansson et.al. (2020) Jensen et.al. (2022) Kramer et.al. (2021) Wendlandt, Kime og Carson (2022)	
7. Bruker studien målemetoder som er pålitelige for det man ønsker å måle?	Aiken et.al. (2002) Aloweni et.al. (2022) Andel et.al. (2022) Bergman et.al. (2021) Gonzalez-Gil et.al.(2020) Jansson et.al. (2020) Kramer et.al. (2021)	Jensen et.al. (2022) Wendlandt, Kime og Carson (2022)	
8. Er datainnsamlingen standardisert?	Aiken et.al. (2002) Aloweni et.al. (2022) Andel et.al. (2022) Bergman et.al. (2021) Gonzalez-Gil et.al.(2020) Jansson et.al. (2020) Jensen et.al. (2022) Kramer et.al. (2021) Wendlandt, Kime og Carson (2022)		

9. Er dataanalysen standardisert?	Aiken et.al. (2002) Aloweni et.al. (2022) Andel et.al. (2022) Bergman et.al. (2021) Gonzalez-Gil et.al.(2020) Jansson et.al. (2020) Jensen et.al. (2022) Kramer et.al. (2021) Wendlandt, Kime og Carson (2022)		
Basert på punkt 1-9, mener du at resultatene er til å stole på?	Aiken et.al. (2002) Aloweni et.al. (2022) Andel et.al. (2022) Bergman et.al. (2021) Gonzalez-Gil et.al.(2020) Jansson et.al. (2020) Jensen et.al. (2022) Kramer et.al. (2021) Wendlandt, Kime og Carson (2022)		

Tabell 6. Sjekkliste for vurdering av oversiktsartikkel (Helsebiblioteket 2016b)

Kan du stole på resultatene?	Ja	Uklart	Nei
1. Er formålet med oversikten klart formulert?	Al-Mutair et. al (2013) Bruyneel, Luccini, Hoogendoorn (2022) Carmassi et.al. (2020) Cuesta og Singer (2012) Fernandez et.al. (2020) Galanis et.al. (2021) Xyrichis og Ream (2008)		
2. Søkte forfatterne etter relevante typer studier?	Al-Mutair et. al (2013) Bruyneel, Luccini, Hoogendoorn (2022) Carmassi et.al. (2020) Cuesta og Singer (2012) Fernandez et.al. (2020)		

	Galanis et.al. (2021) Xyrichis og Ream (2008)		
3. Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?	Al-Mutair et. al (2013) Fernandez et.al. (2020) Galanis et.al. (2021) Xyrichis og Ream (2008)	Bruyneel, Luccini, Hoogendoorn (2022) Carmassi et.al. (2020) Cuesta og Singer (2012)	
4. Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?	Al-Mutair et. al (2013) Fernandez et.al. (2020) Galanis et.al. (2021)	Bruyneel, Luccini, Hoogendoorn (2022) Carmassi et.al. (2020) Cuesta og Singer (2012) Xyrichis og Ream (2008)	
5. Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?	Galanis et.al. (2021)		(Ikke gjort) Al-Mutair et. al (2013) Bruyneel, Luccini, Hoogendoorn (2022) Carmassi et.al. (2020) Cuesta og Singer (2012) Fernandez et.al. (2020) Xyrichis og Ream (2008)
Basert på punkt 1-5, mener du at resultatene er til å stole på?	Al-Mutair et. al (2013) Bruyneel, Luccini, Hoogendoorn (2022) Carmassi et.al. (2020) Cuesta og Singer (2012) Fernandez et.al. (2020) Galanis et.al. (2021) Xyrichis og Ream (2008)		

Tabell 7. Sjekkliste for vurdering av kohortstudie (Helsebiblioteket 2016b)

Kan du stole på resultatene?	Ja	Uklart	Nei
1. Er formålet med studien klart formulert?	Lie et.al. (2021)		
2. Ble personene rekruttert til kohorten på en tilfredsstillende måte?	Lie et.al. (2021)		
3. Ble eksponeringen presist målt?	Lie et.al. (2021)		
4. Ble utfallet presist målt?	Lie et.al. (2021)		
5. Har forfatterne identifisert alle viktige forvekslingsfaktorer?		Lie et.al. (2021)	
6. Har forfatterne tatt hensyn til kjente, mulige forvekslingsfaktorer i design og/eller analyse?	Lie et.al. (2021)		
7. Ble mange nok av personene i kohorten fulgt opp?		Lie et.al. (2021)	
8. Ble personene fulgt opp lenge nok?		Lie et.al. (2021)	
9. Basert på punkt 1-8, mener du at resultatene er til å stole på?	Lie et.al. (2021)		

Basert på sjekklister i tabell 4-7 har kandidaten ut i fra egen kompetanse vurdert at de utvalgte artiklene har tilfredsstillende kvalitet for å inkluderes. På tross av at noen artikler ikke oppfyller alle kriterier i de aktuelle sjekklister oppfattet kandidaten det som at artiklene hadde rimelige og fornuftige konklusjoner sett i lys av lignende studier, og mener derfor at funnene er pålitelige. Ingen av artiklene fokuserte på kandidatens problemstilling. Mange av de inkluderte studiene fokuserte på intensivsykepleieres og sykepleieres sin generelle opplevelse av egen arbeidssituasjon under pandemien. Studiene ble allikevel inkludert, fordi de hadde relevans for drøfting av egne funn.

Tabell 8. Presentasjon av inkluderte forskningsartikler

Forfatter (År)	Tittel	Hovedfunn
Aiken et.al. (2002)	Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction.	Økt antall pasienter per sykepleier var assosiert med blant annet økt mortalitet hos pasienter, og økt utmattelse og redusert jobbtilfredshet hos sykepleiere.
Almerud et.al. (2007)	Of vigilance and invisibility – being patient in technologically intense environments	Fire temaer belyste pasientenes erfaringer: 1. konfrontasjon med døden 2. møte med tvungen avhengighet 3. et uforståelig miljø 4. tveitydigheten av å være et objekt av klinisk overvåkning men samtidig usynlig på det personlige plan
Aloweni et.al. (2022)	Health care workers' experience of personal protective equipment use and associated adverse effects during the COVID-19 pandemic response in Singapore	Uheldige konsekvenser ved bruk beskyttelsesutstyr ble rapportert av 54% av deltagerne. De vanligste symptomene var som følge av maskebruk og inkluderte trykksår, akne og smerter/brennende følelse. 31% rapporterte at dette påvirket arbeidet deres negativt. 90% av deltagerne rapporterte at beskyttelsesutstyr var tilgjengelig og at de var trent i korrekt bruk.
Al-Mutair et.al. (2013)	Family needs and involvement in the intensive care unit: a literature review.	Familier rangerte behov for informasjon og behov for forsikring som det viktigste. De opplevde at viktige behov ikke ble møtt, og indentifiserte sykepleiere som det beste personellet til å møte behovene.
Andel et.al. (2022)	Safety implications of different forms of understaffing among nurses during the COVID-19 pandemic	Fant at underbemanning både med tanke på ekspertise og antall helsepersonell førte til en økning av nestenulykker, som videre kan bidra til ulykker og skader. Underbemanning med tanke på antall helsepersonell bidro spesielt til at sikkerhetsrutiner ble nedprioritert. Underbemanning med tanke på ekspertise bidro spesielt til økt forekomst kognitive feilvurderinger.
Andersson, Nordin og Engstöm (2022)	Critical care nurses' experiences of working during the first phase of the COVID-19 pandemic– Applying the Person-centred Practice Framework.	Funnene presenteres innen de fire prinsipper for personsentrert omsorg: forutsetninger, pleiemiljø, personsentrerte prosesser og personsentrerte utfall. Selv om ambisjonene og kunnskapen for å jobbe i tråd med personsentrert omsorg var høy, opplevde intensivsykepleierne mange utfordringer for å gjennomføre det.

Bergman et.al. (2021)	Registered nurses' experiences of working in the intensive care unit during the COVID-19 pandemic	Få omplasserte sykepleiere fikk opplæring før arbeid på covid-intensivavdelingen. Pasientsikkerhet og pleiekvalitet ble redusert, sykepleieintervensjoner ble nedprioritert. Sykepleiere opplevde etisk stress når de ikke hadde mulighet til å utføre god sykepleie. Økt arbeidsbelastning og dårligere arbeidsmiljø gikk ut over sykepleiernes helse og velvære.
Brockopp et.al. (2021)	COVID-19: The Lived Experience of Critical Care Nurses	Sykepleierne opplevde en rollefrustrasjon: sykepleier-pasient-forholdet ble drastisk endret, de måtte endre måter å ivareta pasient-pårørende kontakt, å pleie alvorlig syke pasienter uten pårørendekontakt var belastende. De opplevde emosjonell og fysisk utmattelse. Tydelige og tilstedeværende ledere var svært betydningsfullt.
Bruyneel, Luccini, Hoogendoorn (2022)	Impact of COVID-19 on nursing workload as measured with the Nursing Activities Score in intensive care.	Presenterer funn fra tre ulike studier som alle fant en signifikant økning i NAS (Nursing Activities Score) hos covid-19 intensivpasienter sammenlignet med intensivpasienter uten covid-19. NAS indikerer sykepleieres arbeidsmengde.
Carmassi et.al. (2020)	PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: What can we expect after the COVID-19 pandemic. A systematic review	Variabler som presenterte risikofaktorer men også faktorer for motstandskraft hos helsepersonell: eksponeringsnivå, arbeidsrolle, antall år med arbeidserfaring, grad av sosial- og jobbstøtte, arbeidets organisering, karantene, alder, kjønn, sivilstatus og mestringsstrategier.
Chegini et.al. (2020)	Experiences of critical care nurses fighting against COVID-19: A qualitative phenomenological study.	Sykepleiernes erfaringer ble delt i fire temaer: 1. psykologiske (frykt, stress, angst, selvtillit, arbeidsstolthet) 2. organisatoriske (dårlig planlegging, underbemanning, mangel på informasjon, utfordringer med retningslinjer, dårlig kommunikasjon, mangel på beskyttelsesutstyr) 3. sosiale (sosial panikk, falske rykter og nyheter, verdsettelse og støtte fra kollegaer, solidaritet) 4. profesjonelle (opplevelse av diskriminering på grunn av profesjon, urimelig turnus, dårlig opplæring)
Cuesta og Singer (2012)	The stress response and critical illness: a review	Artikkelen beskriver hva stressresponsen innebærer og hvordan stress kan påvirke patofysiologi ved kritisk sykdom.
Danielis et.al. (2021)	Nurses' experiences of being recruited and transferred to a new sub-intensive care unit devoted to COVID-19 patients	Sykepleierne opplevde at de ble satt til å jobbe i «frontlinjen» i pandemien. De fikk liten tid til å forberede seg og opplevde følelser som frykt og utilstrekkelighet. De måtte omstille seg og opplevde at arbeidet var meningsfylt,

		men opplevde også å få store sammenbrudd. De opplevde kompleksiteten i erfaringen de fikk som en stor mulighet til å utvikle seg faglig.
Fernandez-Castillo et.al. (2021)	Intensive care nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative study	Intensivsykepleiernes opplevelse av å utøve helsehjelp under pandemien belyser både svakheter og styrker i helsevesenet. Blant annet har sykepleiere blitt påvirket av frykt og isolasjon som gjorde det vanskelig å opprettholde humanisering i pleien.
Fernandez et.al. (2020)	Implications for COVID-19: a systematic review of nurses' experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic	Sykepleiere er sentrale i helsevesenets beredskap for pandemier. Sykepleiere trenger betydelig støtte fra myndigheter og sykepleiergrupper, både før, under og etter pandemier. Uten dette vil sykepleiere sannsynligvis oppleve betydelige psykologiske reaksjoner, dette kan føre til utbrenthet, og tap av sykepleiere fra yrket.
Frivold, Dale og Slettebø (2015)	Family members' experiences of being cared for by nurses and physicians in Norwegian intensive care units: a phenomenological hermeneutical study.	Betydninger av å være pårørende kan forsås som å ha en mottakende rolle (informasjon og støtte) og en deltagende rolle (opplevelsen av å bli inkludert og få delta i pleieaktiviteter og beslutningsprosesser). Gode relasjoner til helsepersonellet er avgjørende. Pårørende som fikk informasjon, støtte og mulighet til deltagelse uttrykket takknemlighet og tillit til helsevesenet.
Galanis et.al. (2021)	Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis.	Faktorer som økte sykepleieres risiko for utmattelse var: yngre alder, redusert sosial støtte, liten grad av forberedelse på å mestre covid-19 utbruddet hos familie og kollegaer, økt opplevd trussel av covid-19, lengre arbeidstid i isolasjonsavdelinger, arbeid i høyrisiko miljøer, arbeid på sykehus med mangelfull og utilfredsstillende materielle og menneskelige ressurser, økt arbeidsbelastning, og lavere grad av spesialisert opplæring om covid-19
Gilmartin og Wright (2008)	Day surgery: patients felt abandoned during the preoperative wait	Flertallet av pasientene følte seg forlatt under det preoperative stadiet og sykepleiere anerkjente ikke viktigheten av psykisk støtte.
Gonzalez-Gil et.al. (2020)	Nurses' perceptions and demands regarding COVID-19 care delivery in critical care units and hospital emergency services.	37% av sykepleiere oppga frykt for å bli smittet på arbeidet. 28% rapporterte økt arbeidsbelastning, økt pasient per sykepleier ratio og at turnusen ikke ga dem mulighet til å koble av eller hvile. 24% rapporterte økt ansvar når de pleiet covidpasienter. 21% rapporterte dårlig kommunikasjon med mellomledere. 53% rapporterte manglende mulighet til å yte psykososialomsorg til

		pasienter og familier, og emosjonell utmattelse. 44% hadde vansker med å få luftet følelsene sine.
Gordon, Magbee og Yoder (2021)	The Experiences of critical care nurses caring for patients with COVID-19 during the 2020 pandemic: A qualitative study	Intensivsykepleiere erfarte betydelige psykiske og fysiske symptomer når de behandlet covid-19 pasienter. Psykiske: stress, angst, hjelpsløshet og bekymring. Fysiske: søvnforstyrrelser, hodepine, ubehag, utmattelse og tungpustethet. De opplevde redusert mulighet til å ha omsorgsfull kontakt med pasientene, utfordringer med beskyttelsesutstyr, pleieforsinkelser, konstant endring av retningslinjer og språkbarrierer. De opplevde også negative sosiale effekter. Identifiserte mestringsstrategier var kollegastøtte, familiestøtte, distraksjon, pleie av kropp og sinn, og tro/spiritualitet.
Jansson et.al. (2020)	The proportion of understaffing and increased nursing workload are associated with multiple organ failure: A cross-sectional study	Nivået av underbemanning og økt arbeidsbelastning hos sykepleiere var assosiert med økt multiorgansvikt, som demonstrerer at tilstrekkelig sykepleierbemanning i forhold til pasientens kompleksitet er avgjørende for kvaliteten på intensivbehandling.
Jensen et.al (2022)	Conditions and strategies to meet the challenges imposed by the COVID-19-related visiting restrictions in the intensive care unit: A Scandinavian cross-sectional study	Begrenset besøksaktivitet har vært utbredt på intensivavdelinger i Skandinavia. Besøksbegrensningene ga redusert kvalitet på pårørendeomsorgen. Det førte til dilemmaer for helsepersonell, men bidro også til initiativ til utvikling av nye måter å ivareta pårørendeomsorgen.
Karimi et.al. (2020)	The Lived Experience of Nurses Caring for Patients with COVID-19 in Iran: A Phenomenological Study	Presenterer tre hovedtemaer med utfordringer: 1. Mentale: angst, stress og frykt 2. Emosjonelle: emosjonelt påvirket av lidelsen pasienten opplevde med den alvorlige sykdommen, og distansen til pårørende på grunn av besøksrestiksjoner. 3. Pleiekontekst: kaos, underbemanning, mangel på støtte og utstyr. Utfordringene hadde betydelig påvirkning på helsehjelpens kvalitet.
Kentish-Barnes et.al. (2021)	The lived experience of ICU clinicians during the coronavirus disease 2019 outbreak: a qualitative study.	Deltagerne opplevde desorganisering i starten og måtte skape nye rutiner, økning i profesjonelle relasjoner og uventede samarbeid, å miste sine referansepunkter og måtte skape nye meningsfulle relasjoner til pasientene, arbeid under store begrensninger, å kompensere for fraværet av pasientenes familie og skape nye måter å

		interagere med pårørende, fravær av pårørende ved palliativ behandling.
Kramer et.al. (2021)	Subjective burden and perspectives of German healthcare workers during the COVID-19 pandemic	Sykepleiere rapporterte større grad av subjektiv belastning og stress enn annet helsepersonell, og høyest skåret sykepleierne som jobbet på en covidavdeling. Sykepleiere og leger hadde økt risiko for å bli smittet av Covid-19, størst risiko var hos sykepleiere som jobbet på en covid-avdeling.
Lie et.al. (2021)	Healthcare professionals in COVID-19-intensive care units in Norway: preparedness and working conditions: a cohort study	Helsepersonell under første smittebølge av covid-19 var kvalifisert og forberedt, men opplevde flere utfordringer. Arbeid med nye kollegaer og faglige utfordringer var stort sett ansett som positivt, men mange rapporterte utfordringer i kommunikasjon med nye kollegaer, bekymring for smitte og opplevde det vanskelig å nekte pårørende å komme på besøk. Symptomer som svette, utmattelse, dehydrering, hodepine, sult, usikkerhet, maskeirritasjon og forsinket do-besøk ble rapportert av mer enn 50%.
Liu et.al. (2020)	Experiences of front-line nurses combating coronavirus disease-2019 in China: A qualitative analysis	Presenterer fire hovedtemaer for sykepleiernes erfaringer: <ol style="list-style-type: none"> 1. Møte med stor fare og mange nye utfordringer 2. Stress på grunn av frykt for smitte, utmattelse fra høy arbeidsbelastning og stress av å pleie alvorlig syke pasienter 3. Sterk opplevelse av plikt og identitet som helsearbeider 4. Rasjonell forståelse av pandemien; sykepleierne trodde de ville overvinne pandemien.
Marceau et.al. (2022)	Exploration of the occupational and personal dimensions impacted by the COVID-19 pandemic for nurses: A qualitative analysis of survey responses	Funnene ble presentert i ti hovedtemaer, seks relatert til det profesjonelle og fire relatert til det personlige. Profesjonelle: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pandemiens påvirkning på smitteforebygging på jobb 2. Endring av arbeidsoppgaver 3. Endringer i pleien 4. Forverring av arbeidsforhold 5. Økt stress på jobb 6. Problemer relatert til yrket Personlige: <ol style="list-style-type: none"> 1. Påvirkning på familie 2. Å måtte håndtere endringene i fritid og privatliv 3. Påvirkning på fysisk helse 4. Påvirkning på psykisk helse

Mortensen et.al. (2022)	Healthcare professionals' experiences during the initial stage of the COVID-19 pandemic in the intensive care unit: A qualitative study	<p>Presenterer tre hovedtemaer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Profesjonalitet: tilpasning til situasjonen, ansvarsopplevelse og yrkesstolthet. En opplevelse av vilje og plikt til å hjelpe. Usikkerhet og uklare arbeidsoppgaver, mangel på kompetanse. 2. Fellesskap/dugnadsånd: En opplevelse av ansvar for å bidra til en større mening, og en profesjonell forpliktelse 3. Institusjonell organisering: store endringer medførte at helsepersonell måtte jobbe på andre sykehus, andre avdelinger, en annen turnus, ha andre arbeidsoppgaver eller andre ledere enn til vanlig.
Schroeder et.al. (2020)	Nursing perspectives on care delivery during the early stages of the covid-19 pandemic: A qualitative study	<p>Sykepleiere tilpasset seg raskt til en ny måte å gi pleie som følge av pandemien. De opplevde en følelse av plikt til å pleie covidpasienter, på tross av frykt for å bli smittet selv og å smitte andre. Sykepleiere opplevde økt pasienteksponering og nye arbeidsoppgaver.</p> <p>Roller og sykepleiepraksis endret seg for å møte behovet for helsehjelp, men det var utfordrende. Tilstrekkelig beskyttelse, emosjonell støtte og klare retningslinjer og veiledning av sykepleiere er nødvendig.</p>
Wendlandt, Kime og Carson (2022)	The impact of family visitor restrictions on healthcare workers in the ICU during the COVID-19 pandemic	<p>Sykepleiere rapporterte redusert forståelse og økt stress blant familier, og dårligere mulighet til å gi palliativ omsorg. Det var endringer i roller og ansvar i behandlingsteamet. Pleien ble mer kompleks. Teknologi presenterte både nye muligheter for kontakt mellom pasient og pårørende, men også utfordringer. Deltagere ønsket familiene tilbake på avdelingen og uttrykket bekymring for de negative effektene av besøksrestriksjonene.</p>
Wong et.al. (2017)	Barriers to regaining control within a constructivist grounded theory of family resilience in ICU: Living with uncertainty.	<p>Pårørende opplevde økt emosjonell sårbarhet og kaos, å leve med usikkerhet og emosjonell frakobling da et familiemedlem var innlagt på intensivavdeling. De havnet i et fremmed miljø som kunne oppleves kaotisk. De kunne oppleve mangelfull kommunikasjon fra helsepersonell. Det overnevnte ble identifisert som barrierer for å oppleve kontroll i situasjonen.</p>
Xyrichis og Ream (2008)	Teamwork: a concept analysis	<p>Fant av teamarbeid er en dynamisk prosess som involverer to eller fler helsepersonell med komplementær bakgrunn og kompetanse, som deler felles mål og utøver en</p>

		<p>samordnet fysisk og mental innsats for å vurdere, planlegge eller evaluere pasientbehandling.</p> <p>De mente dette oppnås gjennom gjensidig avhengighet, åpen kommunikasjon, felles beslutningstaking, og at det bidrar til fordelaktige utfall for pasienter, organisasjon og helsepersonell.</p>
--	--	--

3.0 Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder

Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere definerer intensivsykepleie slik:

«Intensivsykepleie er spesialisert sykepleie av akutt og kritisk syke pasienter, som har manifest eller potensiell svikt i vitale funksjoner. Intensivsykepleie innebærer å delta aktivt i prosessen mot å gjenopprette pasientens helse eller å legge til rette for en verdig død. Målet med intensivsykepleie er å etablere en terapeutisk relasjon med intensivpasienter og deres pårørende, og å styrke pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige kapasitet med forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende tiltak.» (NSFLIS 2004)

I følge funksjons- og ansvarsbeskrivelsen for intensivsykepleiere (NSFLIS 2017a) kan intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder deles inn i:

- Klinisk utøvelse av intensivsykepleie
- Undervisning, fagutvikling og forskning
- Samhandling, ledelse og organisasjon

3.1 Klinisk utøvelse av intensivsykepleie

Klinisk utøvelse av intensivsykepleie omfatter helsefremmende og forebyggende funksjon, behandlende og rehabiliterende funksjon, lindrende og palliativ funksjon og omsorg for pårørende (NSFLIS 2017a).

3.1.1 Helsefremmende og forebyggende funksjon

Intensivsykepleierens forebyggende funksjon kan deles inn i primær-, sekundær- og tertiærforebygging. Primærforebygging handler om å forebygge sykdom generelt i samfunnet. Dette kan relateres til å forebygge smitte slik intensivsykepleiere har arbeidet på en måte som forebygger spredning av covid-19 viruset. Sekundærforebygging overlapper til dels med den behandlende funksjon, og innebærer at intensivsykepleieren tidlig oppdager tegn til helsesvikt og sykdom hos pasienten, og iverksetter tiltak for å forebygge videre utvikling og for å gjenopprette vitale funksjoner (Stubberud 2020). Videre innebærer

tertiærforebygging å forhindre at det oppstår komplikasjoner til pasientens sykdom og helsehjelpen som gis samt å forebygge at nye helseproblemer oppstår (Stubberud 2020).

Sekundærforebygging i praksis kan eksempelvis forstås som å oppdage endringer i lungelyder ved auskultasjon, fallende tidalvolum eller negative trender på blodgassmålinger. Dette kan kreve tiltak som leieendring, slimmobilisering, endringer i respiratorinstillinger eller administrering av legemidler. Tertiærforebygging kan eksempelvis forstås som forebygging av komplikasjoner ved behandling med mageleie, et vanlig behandlingstiltak ved covid-19, som i følge Malhotra (2021) gir økt risiko for blant annet dislosering av intravaskulære katetre og endotrachealtube, samt oppkast og aspirasjon til lunder, og utvikling av trykksår og ødemer i ansikt og øyne.

Å ivareta den forebyggende funksjonen krever at intensivsykepleieren utfører systematisk overvåkning og klinisk undersøkelse av pasienten for å tidlig oppdage tegn til endringer i tilstanden. I tillegg kreves det at intensivsykepleieren planlegger og prioriterer helsehjelpen, har handlingsberedskap og kan handle kompetent i akutte og problematiske situasjoner (Stubberud 2020, s.52-59). Intensivsykepleieren skal bidra til et helsefremmende miljø rundt pasienten, og fremme håp, livsmot og velvære (NSFLIS 2017a). Intensivsykepleierens forebyggende funksjon er avgjørende for å ivareta pasientsikkerheten (Helsedirektoratet 2019a).

3.1.2 Behandlende og rehabiliterende funksjon

Den behandlende funksjon innebærer at intensivsykepleieren overvåker og behandler sykdom og svikt i pasientens ressurser med et mål om å bevare, styrke eller gjenopprette funksjonell kapasitet (NSFLIS 2017a, Stubberud 2020). Dette innebærer både selvstendige sykepleietiltak og et delegert ansvar for å utføre legeordinert medisinsk behandling. Intensivsykepleieren yter helt eller delvis kompenserende helsehjelp ved svikt i pasientens vitale funksjoner (NSFLIS 2017a). Respiratorbehandling er en sentral del av intensivsykepleierens spesialitet. For pasienter med alvorlig covid-19 sykdom er kompenserende helsehjelp for respirasjonssvikt essensielt.

Den rehabiliterende funksjonen innebærer å legge til rette for rehabilitering allerede i det

akutte stadiet av pasientens skade eller sykdom med et mål om å bedre eller gjenopprette pasientens funksjonsnivå og opplevelse av livskvalitet (NSFLIS 2017a, Stubberud 2020).

I følge Norsk sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer har sykepleieren et personlig ansvar for å yte helsehjelp som er etisk, faglig og juridisk forsvarlig (NSF 2019). Å sikre at helsehjelpen er trygg og sikker er en viktig del av intensivsykepleierens behandlende og forebyggende funksjon og totale ansvar. Trygge og sikre intervensjoner innebærer at sykepleierens kompetanse samsvarer med ansvaret man har og oppgavene som løses, og at praksis samsvarer med kravet til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra vedkommendes kvalifikasjoner jmf. Helsepersonelloven (1999). Kvaliteten på helsehjelpen er avhengig av rett person til rett jobb eller «rett person på rett plass» (Meld. St. 10 2012–2013, Meld. St. 9 2019-2020, Sosial- og helsedepartementet 1997).

Intensivsykepleieren må kunne veie behandlingens nytte og ulemper for å ivareta *velgjørhets- og ikke-skadep prinsippet*.

Faglig forsvarlig behandling av intensivpasienten krever tekniske ferdigheter, detaljert kunnskap om fysiologiske prosesser, patofysiologi og intensivmedisinsk behandling. Kvalitet i behandlingen handler ikke bare om *hva* som gjøres, men *hvordan* og *hvorfor*. Mangelfull kompetanse kan i verste fall være skadelig for pasienten (Stubberud 2020).

Intensivsykepleieren har også ansvar for å sikre kontinuitet i pasientbehandlingen gjennom dokumentasjon og tverrfaglig samarbeid (NSFLIS 2017a).

3.1.3 Lindrende og palliativ funksjon

I følge NSFLIS (2017a) innebærer den lindrende funksjonen å utføre symptomlindrende tiltak og bidra til å håndtere og lindre smerter, stress og ubehag. Dette for å begrense belastningene pasienten kan oppleve i forbindelse med sykdom og behandling, og for å hjelpe pasienten til å bruke sine krefter i helsefremmende prosesser. Å ivareta pasientens psykososiale behov er en viktig del av den lindrende funksjonen. Kunnskap om pasientens psykososiale behov ved kritisk sykdom har også betydning for å fremme pasientens opplevelse av personlig kontroll (Stubberud 2019a). Intensivsykepleieren medvirker i beslutningsprosesser knyttet til begrenning av livsforlengende behandling og har ansvar for å bidra til en verdig død (NSFLIS 2017a).

3.1.4 Omsorg for pårørende

I følge NSFLIS (2017a) har intensivsykepleieren ansvar for å ivareta pårørende. Dette innebærer å anerkjenne og ivareta pårørende som ressurser for pasienten, deres behov for omsorg og å begrense belastningen de kan oppleve i forbindelse med intensivbehandling. Intensivsykepleieren skal tilrettelegge for et pasient- og familiesentrert behandlingsmiljø, og støtte og veilede pårørende slik at de kan ta del i omsorgen for pasienten (NSFLIS 2017a).

3.2 Undervisning, fagutvikling og forskning

Intensivsykepleieren skal bruke en pedagogisk relevant, oppdatert og kunnskapsbasert tilnærming i undervisning, veiledning og rådgivning av kollegaer og studenter (NSFLIS 2017a, Kunnskapsdepartementet 2021). Intensivsykepleieren har også ansvar for å delta i kritisk refleksjon og etisk bevissthet rundt intensivsykepleiens kontekst, praksis og rammer.

For å sikre kvalitet i helsehjelpen skal intensivsykepleieren utøve kunnskapsbasert praksis. Dette innebærer at sykepleien er forankret i den beste og mest oppdaterte forsknings-, erfarings-, og pasientkunnskapen (Meld.St.10 2012-2013, NSF 2019). Intensivsykepleieren har ansvar for å utvikle eget fagområde gjennom å initiere og ta ansvar for forskning, fagutvikling og kvalitetsarbeid (NSFLIS 2017a). Dette innebærer å vurdere kvaliteten av egen praksis, å utvikle ny kunnskap og å bidra til å innarbeide ny kunnskap for å forbedre praksis. Intensivsykepleierens ansvar for forskning og kvalitetsarbeid er viktig for å ivareta pasientsikkerhet og kvaliteten på helsehjelpen som tilbys (Stubberud 2020, s.67).

3.3 Samhandling, ledelse og organisasjon

Intensivsykepleierens ansvar for administrasjon og ledelse innebærer å anvende kunnskap og ferdigheter for å lede og koordinere, og samhandle tverrprofesjonelt, i behandling av intensivpasienten (Kunnskapsdepartementet 2021). For å ivareta faglig forsvarlighet kreves det kunnskap om helsetjenestens oppbygning og kunnskap om lovverk og rammebetingelser som er styrende for tjenestene (NSF 2018). Intensivsykepleieren skal samhandle om kvalitet og pasientsikkerhet, og bidra til effektiv og forsvarlig ressursbruk (NSFLIS 2017a). I følge Helsedirektoratet innebærer kvalitet at helsetjenestene *«er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter*

ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt» (Helsedirektoratet 2019a, s.11). Kvalitet i helsetjenesten kan også innebære at ressursene i helsetjenesten utnyttes på en slik måte at pasienten og samfunnet får mest mulig gevinst, men rasjonalisering skal ifølge Helse- og omsorgsdepartementet ikke gå på bekostning av kvalitet og pasientsikkerhet (Meld. St. 10 2012–2013).

Intensivsykepleieren har også ansvar for å sikre kompetansesammensetning for å ivareta kvalitet i behandlingen, og gi opplæring og oppgaver til hjelpere som samsvarer med deres kompetanse (NSFLIS 2017a). Dette er høyst relevant da intensivsykepleiere under pandemien har samhandlet med mange omplasserte sykepleiere med ulik utdannings- og erfaringsbakgrunn.

4.0 Metode

Metoden man anvender beskriver veien til målet og bestemmes av forskningsprosjektets problemstilling (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2016). Dette kan ses som den overordnede strukturen i forskningsprosjektet og her er det vanlig å skille mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Johannessen, Tufte og Christoffersen (2016) kaller kvantitativ forskning *tallenes tale*. Med denne tilnærmingen samler og kartlegger man målbar informasjon om tall og variabler, og anvender statistiske analyseverktøy for å utvikle kunnskap om for eksempel årsak-effekt eller forekomst av et fenomen. I forskning med kvalitativ metode, som de kaller *tekstens tale*, forsker man på mennesker og menneskelige egenskaper.

I og med dette forskningsstudiet har vært en del av et større forskningsprosjekt, var forskningsmetode og -design bestemt. Fordi man ønsket å få dybdekunnskap om intensivsykepleierens erfaringer, var det kvalitativ metode og design som var aktuelt å bruke.

4.1 Kvalitativ metode og design

Kvalitative forskningsdesign er egnet når vi vil utforske menneskers erfaringer, opplevelser, tanker, holdninger og adferd (Malterud 2017). Man forsker i dybden for å få et rikt datamateriale for å forsøke å forstå menneskers perspektiver på virkeligheten i et avgrenset område. Kvalitativ metode er hensiktsmessig spesielt når vi vil undersøke fenomener vi har lite kunnskap om (Malterud 2017). I dette prosjektet søkes dybdekunnskap om intensivsykepleieres erfaringer med å ivareta sine funksjons- og ansvarsområder under covid-19 pandemien.

Kvalitative studier knyttes ofte til en spesifikk metodetradisjon. Tradisjonene har ulik teoretisk forankring, og eksempler er *grounded theory*, *fenomenologi* eller *narrativ analyse* (Malterud 2017). Disse har røtter i ulike akademiske disipliner, eksempelvis har psykologer med fokus på individers erfaringer i egen livsverden gjerne anvendt fenomenologi som metodisk tilnærming (Polit og Beck 2021, s.474). I følge Malterud (2017) er det ikke et krav at forskningen har en spesifikk tradisjonstilhørighet, og slike studier kalles gjerne pragmatiske. Det erkjennes at å sikre konsistens mellom problemstilling og fremgangsmåte er

av større betydning enn å erkjenne en tradisjonstilhørighet (Malterud 2017, Polit og Beck 2021). Dette prosjektet har ingen spesifikk tradisjonstilhørighet.

Kvalitative metoder utgjør en felles strategi for utvikling av kunnskap innenfor det fortolkende paradigmet (Malterud 2017). Når den overordnede metodologien er på plass må det tas stilling til hvordan selve undersøkelsen skal gjennomføres, altså forskningsdesignet.

Om metoden beskriver *veien til målet*, kan designet kalles *kartet for veien*.

Forskningsdesignet er selve planen for hvordan man skal besvare problemstillingen og hvordan undersøkelsen skal gjennomføres (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2016).

Innenfor kvalitativ metode er det ulike strategier for å samle inn, organisere og fortolke data. Eksempelvis individuelle intervjuer, fokusgruppeintervju, dokumentanalyse og observasjonsstudier (Malterud 2017).

I dette forskningsprosjektet var det bestemt av den overordnede forskningsgruppen å bruke individuelle intervjuer. Et individuelt forskningsintervju gir stor frihet. Intervjuet tillater at deltageren kan dele detaljrike erfaringer, som kan bidra til dybdekunnskap knyttet til problemstillingen og inkludere perspektiver forskeren ikke har forventet (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2016). Individuelle intervju bidrar til detaljerte og fyldige beskriver, fremfor breddekunnskap som oppnås gjennom gruppeintervjuer.

4.2 Datainnsamling

Datainnsamlingen ble gjennomført med fire individuelle intervjuer av intensivsykepleiere som oppfylte inklusjonskriteriene for prosjektet. Intervjuene fant sted på et avskjermet rom på deltakerens arbeidsplass, og hvert intervju tok ca. en time. Intervjuene ble tatt opp på digital diktafon. Lydfilene ble deretter transkribert ordrett, men aidentifisert (se kapittel 4.4 om forskningsetiske overveielser). Kandidaten fulgte helsemyndighetenes aktuelle anbefalinger og de enkelte avdelingenes rutiner med tanke på smittevern.

4.2.1 Utarbeidelse av forskningsspørsmål og intervjuguide

Kandidaten gjennomførte semistrukturerte individuelle intervjuer. Et semistrukturert intervju innebærer at man har en intervjuguide med overordnede spørsmål og temaer man vil

gjennomgå, men åpner også for samtale og spørsmål som ikke er forutbestemt (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2016). Intervjuguiden skal sikre at intervjueren og deltageren har en felles bevissthet for temaet i fokus og gir samtalen en struktur som gjør det enklere å systematisere svarene i analysefasen. Dette bidrar til å unngå at intervjuet kun blir hverdagslig konversasjon eller får et mangfold av uttalelser uten sammenheng (Malterud 2017). Flexibiliteten inviterer deltageren til å dele detaljrike opplevelser og tanker utenfor de forhåndsbestemte spørsmålene. Det tillater avsporinger som gjør at vi kan bevege oss utenfor forforståelsens rammer og se fenomenet fra nye perspektiver (Malterud 2017).

Problemstillingen og intervjuguiden var allerede bestemt og utarbeidet av den overordnede forskningsgruppen, og var felles for alle deltagere i denne studien. Temaene og spørsmålene i intervjuguiden fokuserte på spesialsykepleieres arbeidsoppgaver. Spørsmålene var laget for å bruke i intervjuer av spesialsykepleiere innen anestesi-, barne-, intensiv- og operasjonssykepleie, og ikke spesifikt for intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder (se tabell 9).

I og med at kandidaten ikke hadde erfaring med intervjuing ble det gjennomført ett pilotintervju med fagsykepleieren på egen arbeidsplass som informant. Vedkommende oppfylte utvalgsriteriene til studien (se kapittel 4.2.3). Gjennom pilotintervjuet fikk kandidaten verdifull erfaring med å stille relevante oppfølgingsspørsmål underveis, og hvordan spørsmål kunne omformuleres eller utdypes dersom de ble misforstått eller ga lite utfyllende svar.

Tabell 9. Intervjuguide

Problemstilling	Hvordan har spesialsykepleiere erfart å ivareta sine funksjons- og ansvarsområder under covid-19 pandemien?
Spørsmål	<p><u>Arbeidsoppgaver</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fortell hvordan du har opplevd arbeidssituasjonen din under pandemien - Kan du fortelle hvilke arbeidsoppgaver du har hatt under pandemien som du ikke har til vanlig - Dersom du har hatt andre oppgaver enn vanlig; hvordan synes du at du har fått brukt kompetansen din? - Kan du gi noen eksempler? (fikk brukt kompetansen/fikk ikke brukt kompetansen) - Har du hatt andre samarbeidspartnere enn vanlig under pandemien - Fortell om dine erfaringer med samarbeid under pandemien <p><u>Pasient og pårørende</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvordan opplever du at pasientene har blitt ivaretatt i denne perioden? Fortell om en situasjon der pasienten har blitt godt ivaretatt og en situasjon der pasienten ikke har blitt så godt ivaretatt - Hvilke erfaringer har du gjort deg med å ivareta pårørende under pandemien? (informasjon, delaktighet og støtte) - Hvilken rolle har pårørende hatt under pandemien? <p><u>Avsluttende spørsmål</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvis du skulle tenke tilbake; kan du fremheve noe som har vært veldig fint, eller noe som har vært spesielt vanskelig? - Når du tenker tilbake, er det noe du tenker kunne vært gjort annerledes? - Avslutningsvis; Er det noe du vil si noe mer om, noe du ikke har fått sagt?

4.2.2 Innpass til forskningsfeltet

Datainnsamlingen foregikk ved to ulike sykehus sommeren 2021. For å få innpass til forskningsfeltet hadde prosjektansvarlig for forskningsprosjektet på forhånd søkt om godkjenning fra Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) (se vedlegg 1) og innhentet tillatelser fra personvernombudene ved de respektive sykehusene der intervjuene fant sted.

Rekruttering av informantene ble utført av en kontaktperson ved aktuelle avdelinger, enten en fagsykepleier eller avdelingssykepleier. Intervjuene ble avtalt fortløpende og gjennomført i avdelingen til de enkelte informantene. Kontaktpersonen ved sykehusene bidro med å finne et passende samtalerom der intervjuet kunne foregå uforstyrret. Intervjuene ble gjennomført like før, like etter eller i arbeidstiden, for å være til minst mulig ulempe for informantene.

4.2.3 Utvelgelse av informanter

Utvelgelsen av informantene foregikk ved strategisk utvalg. Det vil si at informantene ble rekruttert på bakgrunn av bestemte inklusjonskriterier for å kunne bidra med mest mulig relevant kunnskap. Denne utvalgsmetoden er hensiktsmessig for å få deltagere med høy informasjonsstyrke for å oppnå mest mulig dybdekunnskap om fenomenet det forskes på (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2016). Inklusjonskriteriene var forhåndsbestemt for prosjektet, og var at vedkommende måtte være utdannet intensivsykepleier og ha erfaring med å gi helsehjelp til pasienter med covid-19. Informantene i denne undersøkelsen hadde jobbet med denne pasientgruppen i ett år når intervjuene ble gjennomført.

Kandidaten utførte fire dybdeintervjuer. I en kvalitativ studie er det ikke definert konkret hvor stort utvalget skal være. Målet er å innhente så mye data som trengs for å svare på problemstillingen (Malterud 2017, Polit og Beck 2021). Ofte beskrives begrepet metning når man snakker om utvalgsstørrelser. Det innebærer at utvalget økes til man oppnår et metningspunkt der man har dekket kunnskapsområdet tilfredsstillende slik at flere intervjuer ikke vil produsere ny kunnskap (Malterud 2017). I følge Malterud (2017) er utvalgets informasjonsstyrke viktigere enn å søke metning basert på en bestemt utvalgsstørrelse. I følge Masterhåndboken er 3-4 informanter et realistisk og tilstrekkelig utvalg for et masterprosjekt på 30 studiepoeng (OsloMet 2021). Til sammen ble det utført 14 intervjuer av intensivsykepleiere i dette forskningsprosjektet.

4.3 Analyse av data

Kandidaten anvendte en tematisk analysemetode utviklet av Virginia Braun og Victoria Clarke. Dette er en metode for å identifisere, analysere og oppsummere temaer i datamaterialet. Analysen innebærer seks faser og har en refleksiv og rekursiv tilnærming, som innebærer en frem- og tilbakegang mellom fasene og datamaterialet, heller enn å foregå

strengt lineært (se tabell 10 og 11) (Braun et.al. 2019). Analysemetoden var forhåndsbestemt av den overordnede forskningsgruppen.

Analysemetoden legger blant annet vekt på forskerens subjektivitet, som ikke bare er gyldig, men en ressurs, og understreker forskerens aktive rolle i tolkning av data og produksjon av ny kunnskap. Temaene oppstår gjennom grundig analytisk arbeid fra forskeren som utforsker og utvikler en forståelse av meningsmønstre på tvers av all innsamlet data (Braun et.al. 2019).

Tabell 10. De seks fasene i tematisk analyse (Braun et.al. 2019).

<p>Fase 1 - Bli kjent med datamaterialet</p> <p>Transkriptet leses og det lyttes til lydfiler. Her vektlegges åpenhet og engasjement overfor hva som finnes i data, uten at det låses til hverken teori eller forskningsspørsmål. Samtidig må man være oppmerksom på sammenhenger i materialet, muligheter og hva som vekker interesse.</p>	<p>I denne fasen ble lydfiler fra intervjuene transkribert. Transkriptene ble lest gjennom flere ganger slik at kandidaten ble kjent med dataene. Tanker rundt funnene ble notert underveis. Alle tekstelementer som ble ansett å være relevante for problemstillingen ble trukket ut i et analyseskjema.</p>
<p>Fase 2 – Lage innledende koder</p> <p>I fase to begynner kodegenereringen. Kodingen styres av studiens hensikt, forskningsspørsmålene og gjennom koder som åpent skapes fra datamaterialet. Her blir oppmerksomheten mer fokusert og etter hvert begynner man å systematisere materialet i henhold til koder som ligner på hverandre, eller samsvarer. Kodene skal avdekke både det som er opplagt mening i materialet, men også det som er et mer skjult og latent meningsinnhold.</p>	<p>I denne fasen jobbet kandidaten med kondensering og koding av tekstelementene i analyseskjemaet. Videre ble disse fargekodet. Koder fikk like farger dersom kandidaten tolket at de handlet om det samme. Under prosessen med fargekoding forsøkte kandidaten å stille seg åpen til sammenhenger, det som var felles og latente meninger, fremfor å bli for detaljfokusert. Dette for å unngå at viktig dybdekunnskap kunne gå tapt. Noen koder fikk flere ulike fargekoder dersom kandidaten opplevde at utsagnet belyste flere temaer.</p>
<p>Fase 3 – Søke etter temaer</p> <p>I fase tre begynner man mer tydelig å søke og skape temaene som utgår fra kodene.</p> <p>Fase 4 – Temaene gjennomgås</p> <p>Når kodene er lagt til temaer kontrolleres det at kodene er lagt under riktige temaer, samt at temaene er nøyaktige og henger godt sammen med innhold. Temaene skal representere en sammenhengende og innsiktsfull historie om data, relatert til</p>	<p>Kandidaten valgte å slå sammen fase 3 og 4.</p> <p>I disse fasene søkte og gjennomgikk kandidaten kodene laget i fase 2 og utformet aktuelle undertemaer. Dette for å strukturere en oversikt over koder og undertemaer. Når dette var gjennomført gikk kandidaten gjennom innholdet i hvert undertema, for å sikre at datamaterialet var riktig kodet, kodene var riktig plassert og at undertemaene var logisk tolket og omhandlet det samme.</p>

forskningsspørsmålene og skal resultere i en tematisk oversikt.	Som en del av prosessen ble analysen gjennomgått og diskutert med veileder.
Fase 5 - Definere og navngi temaer Denne fasen innebærer å avgrense detaljer i temaer og finne overordnede temaer.	I denne fasen utformet kandidaten aktuelle hovedtemaer. I denne prosessen syntes det hensiktsmessig å ordne hovedtemaene og undertemaene på en måte som tydeliggjorde sammenhengen med forskningsspørsmålet. Hensikten var å beskrive <i>hvordan intensivsykepleiere hadde erfart å ivareta sine funksjons- og ansvarsområder</i> , og hovedtemaene ble derfor formet med dette i tankene. Det var viktig at måten hovedtemaene ble bygget opp ikke skulle påvirke analysen og funnene, men heller gi en struktur som respekterte meningsinnholdet og svarte på forskningsspørsmålet.
Fase 6 – Rapportere funn Den sjettede og siste fasen innebefatter publisering og rapportering av materialet	Denne fasen innebar å presentere funnene i resultatkapittelet. Videre ble temaene analysert og drøftet opp mot forskningsspørsmålet. Avslutningsvis konkluderte kandidaten funnene mot problemstillingen.

I analysen av kvalitativ data snakkes det ofte om en induktiv eller deduktiv tilnærming. I følge Braun et.al (2019) innebærer en deduktiv tilnærming at forskeren har med seg ideer eller teorier som utgjør et utgangspunkt for analysen, og at teorien utforskes i datamaterialet. Kandidaten har hatt en deduktiv tilnærming fordi funksjons- og ansvarsbeskrivelsen av NSFLIS (2017a) har ligget til grunn som teoretisk rammeverk for utarbeidelsen av hoved- og undertemaer i analyseprosessen. Det teoretiske grunnlaget har styrt analyseprosessen med tanke på hva kandidaten har ansett å være relevant og ha en sammenheng med problemstillingen.

Tabell 11. Eksempler fra analyseprosessen

Fase 1 Tekstelement	Fase 2 Kode	Fase 3 og 4 Undertema	Fase 5 Hovedtema
Når de begynner å våkne til så ser du jo bare sykepleierne som svinger rundt, du ser bare øynene til folk. De er så tildekket at du ser ikke folk skikkelig (...) Og så det at selve kommunikasjonen gjennom masken blir veldig dårlig, for du må ofte snakke med veldig høy stemme, og det blir ofte sus og brus i maskene. Så om du bare ser på kommunikasjonen, på pasienten som ligger der i halvørnska, så kan det være veldig dårlig og belastende for pasienten. Det kan bli vanskelig å få med seg det vi sier. Det kan også bli vanskelig å høre hva pasienten sier om de begynner å snakke.	Utfordrende å kommunisere med pasientene	Utfordrende å ivareta pasientens psykososiale behov	Utfordrende å ivareta den lindrende funksjonen
Og det personlige beskyttelsesutstyret til sykepleierne var elendig (...) Så jeg tenker at man får ta skikkelig lærdom av det her og bygge opp et lager med utstyr som man trenger. Så man slipper å bruke kaffefilter nesten som munnbind. Det var for dårlig. Det kunne vært gjort, for å si det pent, mye bedre	Dårlig kvalitet på beskyttelsesutstyr	Utfordrende å forebygge smitte	Utfordrende å ivareta den forebyggende funksjonen

4.4 Forskningsetiske overveielser

Alle som driver forskning må følge juridiske retningslinjer og etiske standarder. Etiske spørsmål er integrert i alle faser av en intervjuundersøkelse, og omfatter informert samtykke, konfidensialitet, konsekvenser og forskerens rolle (Kvale og Brinkmann 2015, s.95).

Forskerens rolle har betydning for undersøkelsens kvalitet og vil drøftes i kapittel 6.8 Metodediskusjon.

4.4.1 Informert samtykke

Et informert samtykke innebærer at deltagerne har fått informasjon om forskningsprosjektets design og formål samt eventuelle fordeler og ulemper ved å delta (Kvale og Brinkmann

2015). Dette inkluderer også informasjon om fortrolighet, anonymitet, hvem som får tilgang til forskningsmaterialet og hva det skal brukes til. Informert samtykke skal også sikre at deltagelsen er frivillig og at informantene er informert om at de kan trekke seg når som helst i prosessen.

Ved rekruttering fikk informantene tilsendt samtykkeskjema med skriftlig informasjon om forskningsprosjektets problemstilling, tema og formål (se vedlegg 2). Det ble gitt informasjon om at kun kandidaten ville ha tilgang til lydfiler fra intervjuet og at kandidatens veileder og øvrige medlemmer i forskningsprosjektet ville få tilgang til transkribert og aidentifisert datamateriale. Informantene fikk informasjon om at anonymiserte data skulle brukes både i dette masterprosjektet og for senere publisering i artikkelform. Alle informantene signerte samtykkeskjemaet og ga frivillig samtykke om deltagelse i prosjektet.

4.4.2 Konfidensialitet

Å sikre konfidensialitet innebærer enighet med deltagerne om hva data skal brukes til, samt å ivareta anonymitet og verne om deltagerens privatliv (Kvale og Brinkmann 2015). Dette innebærer både at identifiserbare data oppbevares trygt og utilgjengelig for andre enn forskeren, og at data som offentliggjøres ikke skal være gjenkjennbare.

Intervjuene ble tatt opp med Nettskjema sin diktafon-app, en tjeneste som er godkjent av universitetet til bruk ved forskningsintervjuer. Denne datalagringstjenesten sikrer automatisk kryptering og lagring av lydfilene, som kun gis tilgang til gjennom en sikker innloggingsportal. Tjenesten er godkjent for lagring av den type data som ble samlet i dette prosjektet. Lydfilene ble transkribert fri for identifiserbare data. Dette innebar blant annet at transkriberingen ble gjort på bokmål og språkvasket ved behov for å fjerne eventuelle dialekter eller andre potensielt gjenkjennbare karakteristika. Konfidensialitet er også ivaretatt ved at demografiske data ikke ble innhentet. Kandidaten anså at dette ikke var nødvendig for å få dybdekunnskap om problemstillingen.

4.4.3 Konsekvenser

Forskeren må reflektere over mulige fordeler og konsekvenser for informanter ved deres deltagelse, og må ta ansvar for at deltagelse ikke fører til ulemper for dem (Kvale og Brinkmann 2015). Her er velgjørenhetsprinsippet relevant. Deltagelse skal innebære minst

mulig risiko, og fordelene ved deltagelse og oppnådd kunnskap bør veie tyngre enn potensielle ulemper for å berettige forskningen.

Kandidaten tenker at deltagelse kan være positivt for deltagerne dersom arbeidsmessige forhold som har bydd på utfordringer kan belyses og potensielt forbedres. Kandidaten mener at ikke deltagelse førte til ulemper for informantene.

5.0 Resultater

I dette kapitlet presenteres funnene fra de fire intervjuene. Forskningsspørsmålet var som nevnt: Hvordan har intensivsykepleiere erfart å ivareta sine funksjons- og ansvarsområder under covid-19 pandemien? I analysen strukturerte det seg ut følgende hovedtemaer:

- Utfordrende å ivareta den forebyggende funksjonen
- Utfordrende å ivareta den behandlende funksjonen
- Utfordrende å ivareta den lindrende funksjonen
- Utfordrende å gi omsorg til pårørende
- Mye ansvar for opplæring av kollegaer uten intensivsykepleierutdanning
- Utfordrende å samhandle med ukjente kollegaer

5.1 Utfordrende å ivareta den forebyggende funksjonen

Gjennom analysen strukturerte det seg ut følgende undertemaer relatert til den forebyggende funksjonen:

- Utfordrende å forebygge smitte
- Utfordrende å ivareta pasientsikkerheten

5.1.1 Utfordrende å forebygge smitte

Informantene fortalte om utrygghet, usikkerhet og frustrasjon knyttet til situasjonen med beskyttelsesutstyr. «Og det med smitteutstyret som var, ja... feil utstyr, fake utstyr, for lite utstyr. Det var en ganske stor påkjønning». Informantene hadde opplevd at det var mye usikkerhet rundt hvor mye beskyttelsesutstyr sykehuset hadde igjen, og de savnet mer åpenhet. Selv om de aldri opplevde å gå tom for beskyttelsesutstyr, kjente de på dette som en overhengende trussel. Blant annet ble de forberedt på å gjenbruke masker utover det de var godkjent til. Dette var spesielt vanlig i starten av pandemien. Én informant var spesielt frustrert fordi vedkommende visste at sykehuset hadde lagre med beskyttelsesutstyr forbeholdt en tuberkulosepandemi som personalet ikke fikk bruke. «Man føler seg nedprioritert, når man ofrer så mye. (...) Man hadde jo lyst til å bidra, men da har man en forventning om at man blir ivaretatt. Hadde man for eksempel brukt smittevernsutstyret i kjelleren så hadde man følt seg tryggere og mer ivaretatt».

Videre fortalte informantene at kvaliteten på utstyret de fikk ofte var veldig dårlig. Én beskrev munnbindene de brukte i starten av pandemien som «kaffefilter». Informantene hadde også opplevd at utstyret de fikk ikke var godkjent. *«Vi hadde jo fake smittevernsutstyr, og fikk greie på i ettertid at et nærliggende sykehus hadde visst dette hele tiden. Til slutt fikk vi greie på at ledelsen her også hadde visst hele tiden at det ikke var godkjent. Da fikk man litt mistillit til alle».*

I tillegg var det tungt, ubehagelig og varmt å arbeide i heldekkende beskyttelsesutstyr. En informant fortalte at det rant både svette og snørr fra dem i tette drakter og masker. *«Så det var ekstremt varmt og vi ble kjempeslitne. Da var alt nytt også, men det var og litt med utstyret. Vi hadde jo plastfrakker helt i begynnelsen, og tette masker, det rant jo bare av oss».*

Etter hvert opplevde informantene at kvaliteten på beskyttelsesutstyret ble bedre, noe som i tur hadde positiv effekt på den opplevde arbeidssituasjonen. En annen viktig faktor var at de i større grad kunne stole på tilgangen til utstyret. Informantene uttrykte frustrasjon fordi de mente at en pandemi er en høyst sannsynlig trussel som de forventet at sykehusene skulle ha bedre beredskap for. *«Det personlige beskyttelsesutstyret til sykepleierne var elendig (...) Jeg tenker at man får ta skikkelig lærdom av det her og bygge opp et lager med utstyr som man trenger. Så man slipper å bruke kaffefilter som munnbind. Det var for dårlig. Det kunne vært gjort, for å si det pent, mye bedre».*

En av informantene uttrykte manglende tillit til deler av smitteverninformasjonen de fikk. Noen rutiner ble stadig endret, noe vedkommende mente at sådde tvil om påliteligheten og kunnskapsgrunnlaget bak. Dette gjaldt eksempelvis retningslinjer for bruk av hansker; om man kunne bruke doble hansker, om de kunne skiftes inne på pasientrommene eller beskyttelsen fra vanlige hansker versus operasjonshansker.

5.1.2 Utfordrende å ivareta pasientsikkerheten

Informantene mente at pasientene stort sett hadde blitt trygt og forsvarlig ivaretatt, men de fortalte også om situasjoner der det hadde vært vanskelig å ivareta pasientsikkerheten og at situasjonen hadde vært sårbar. Dette var i stor grad knyttet til at helsehjelpen foregikk på isolater, noe som var mer ressurskrevende og at bemanningen ikke var tilstrekkelig.

Informantene ga uttrykk for at de hadde vært bekymret for sikkerheten i behandlingen,

samtidig som pasientsikkerheten ble ivaretatt så godt som mulig med de rammene informantene hadde.

Flere av informantene fortalte at det opplevdes sårbart når man var eneste intensivsykepleier med dårlige pasienter inne på et isolat og det kunne ta tid å få hjelp av kompetent personell dersom man trengte det. Flere informanter beskrev en opplevelse av å være alene, på tross av at de hadde kollegaer rundt seg på isolatet. *«Jeg husker at jeg har stått alene som intensivsykepleier, også har du andre arbeidsgrupper rundt på et isolat. Og da kjenner man litt på hvis det skjer noe nå så skal man jo vite... ja hva man skal gjøre. Man har følt at man har stått litt alene med veldig mye ansvar da».*

Sårbarheten handlet ikke om mangel på «nok hender», men mangel på kompetent personell. Manglende intensivsykepleierkompetanse hos de omplasserte sykepleierne var en utfordring. *«Selvfølgelig at man skulle vært fler folk. Men ikke sant, man kunne hatt så mange folk man bare vil, men skal vite hva man driver med og. Det er kompetansen.».*

Når de ivaretok dårlige pasienter og hadde travle vakter følte det utrygt å gå med sykepleiere uten intensivsykepleierutdanning. Selv om pasientsikkerheten kunne oppleves som sårbar, hadde de ikke noe valg om de skulle ha kapasitet til å tilby intensivbehandling til alle pasienter som trengte det. *«Men jeg skjønner samtidig at vi var nødt til å bruke de vi hadde. Men det var ikke optimalt, det var ikke alltid nok kompetanse på de som var der».* Noen informanter hadde opplevd problematiske hendelser i pasientbehandlingen knyttet til de omplasserte sykepleiernes manglende intensivsykepleierkompetanse. De hadde også opplevd at det kunne være få kollegaer å rådføre seg med inne på isolatet. Hvis en pasient ble dårlig var de ofte usikre på om de hadde tilgang til kompetent hjelp og kollegaer de kunne lene seg på faglig. *«Nei det er den følelsen av å stå alene, at det ikke er nok folk. Føle seg hjelpeløs. Klokken tikker, får ikke hjelp. Eller bare trenger noen å diskutere med, «skal vi vente eller skal vi gjøre det nå». Ja at man må ta en del vurderinger på egenhånd da.»*

To av informantene fortalte også at mange av de kritisk syke og komplekse pasientene normalt ville blitt sendt til et større sykehus. På grunn av kapasitetsutfordringer i sykehusene var ikke dette mulig, noe som førte til at informantene måtte ivareta dårligere pasienter enn til vanlig.

Informantene fortalte at det var mye usikkerhet rundt behandlingsstrategiene i starten av pandemien. Behandlingsstrategien ble i stor grad påvirket av det de fikk høre fra andre land ettersom de hadde mangel på kunnskap, og informantene anerkjente at noe ble feil i begynnelsen. Etter hvert økte kunnskapen, og behandlingsstrategien tok utgangspunkt i et bedre evidens- og erfaringsbasert kunnskapsgrunnlag. Informantene fortalte at pasientene ble ivaretatt så godt som mulig med de forutsetningene de hadde i starten av pandemien, og at det hadde vært vanskelig å gjøre noe annerledes da man sto i noe så nytt og ukjent. *«Det var vel kanskje behandlingsstrategiene som vi fant litt ut av etterhvert. Så de første pasientene kunne kanskje ikke fått en bedre behandling. Det var jo nytt, og jeg tenker at det er ingen som kan klandres for det, ingen som visste. Vi måtte bruke de dataene vi hadde fra andre land. Men man turte å gå litt sine egne veier etterhvert. Men jeg tror de fleste pasientene har blitt veldig godt ivaretatt, det tror jeg.»*

Til forskjell mente én informant at pasientene kanskje hadde blitt ivaretatt bedre enn ellers fordi det var stort fokus blant personalet på å bidra til å tilby den beste helsehjelpen og at de hele tiden anvendte den nyeste forskningen.

Informantene fortalte også at de hadde jobbet med nye behandlingsmetoder under pandemien. Dette var eksempelvis mer avansert og spisset respiratorbehandling, dypere og mer langvarig sedasjon, langvarig bruk av muskelrelaksasjon, samt hyppig bruk av mageleie. Noen av informantene hadde erfaring med behandlingsmetodene fra før, for andre var det helt nytt.

Én informant fortalte at avdelingen hadde papirkurver, fremfor elektroniske. Vedkommende opplevde at dette utgjorde en trussel for pasientsikkerheten og at dokumentasjonsmetoden ikke var egnet å anvende når man jobbet på isolater. Intensivsykepleierne førte og oppbevarte papirkurvene inne på pasientrommene, og når legevisitten var utenfor rommet hadde de på grunn av smittevern derfor ikke tilgang til pasientkurvene. Videre fortalte informanten: *«Og når vi overflyttet pasienter til andre sykehus. Vi har jo ikke en skanner der inne, så hvordan skulle vi få papirene ut. Det har vært et problem. Så innimellom har man rapportert muntlig og så skrevet ned på utsiden, for å sende med det. Og det er ikke så lett å høre gjennom masker og ting, så feil kan skje. Så det har vært mye avvik på.»*

5.2 Utfordrende å ivareta den behandlende funksjonen

Gjennom analysen strukturerte det seg ut følgende undertemaer relatert til den behandlende funksjonen:

- Utfordrende å sikre kontinuitet i behandlingen
- Har hatt mye hovedansvar for helsehjelpen pasienten ble tilbudt
- Ineffektiv bruk av kompetanse i behandlingen av pasienten

5.2.1 Utfordrende å sikre kontinuitet i behandlingen

Informantene fortalte om flere utfordringer knyttet til å ivareta kontinuitet i pasientbehandlingen. Hovedutfordringene som ble trukket frem var ukjente lokaler og utstyr, omplasserte sykepleiere uten intensivsykepleierutdanning og mangel på rutiner i starten. Når de arbeidet på en kohortavdeling måtte de bruke utstyr de ikke var vant med, og det gikk mye tid til å finne det frem og gjøre seg kjent med det. En informant beskrev at dette opplevdes «vimsete». De måtte også stadig tilpasse seg å jobbe i nytt beskyttelsesutstyr, som kunne by på ulike utfordringer. «Under andre bølge begynte vi å teste «clean air» (en beskyttelsesdrakt) med den nye lufttilførselen. Det var også en del utfordringer med det i starten. Vi frøs og det var forskjellig problemer». Informantene fortalte at det ble mer system på ting og økt grad av kontinuitet og faste rutiner etter hvert, men at det tok mye lenger tid enn ønsket å komme dit.

Å jobbe med omplasserte sykepleiere gjorde at informantene stadig måtte tilpasse seg og bli kjent med nye kollegaer, hvor de fleste ikke var vant med å jobbe i en intensivavdeling. Spesielt i starten av pandemien førte manglende erfaring hos de omplasserte sykepleierne til at det var utfordrende å sikre kontinuitet i oppgavene som skulle utføres. Informantene fortalte om lite flyt i arbeidet og at de hele tiden måtte forklare hvordan og hvorfor helsehjelpen skulle utføres. Én informant fortalte at arbeidet med nye kollegaer kunne være tungvint og at arbeidsoppgavene som skulle utføres tok lang tid.

Som nevnt i kapittel 5.1.2 brukte de papirkurver i avdelingen til noen av informantene. Dette gjorde det utfordrende å sikre kontinuitet i dokumentasjonen og videreføringen av informasjon om pasientene.

5.2.2 Har hatt mye hovedansvar for helsehjelpen pasienten ble tilbudt

Informantene fortalte at de ofte fikk hovedansvaret for pasientbehandlingen på tross av at flere omplasserte sykepleiere ble opplært til å hjelpe dem. Det var mangel på intensivsykepleiere, så mye ansvar ble gitt til de få som var der. Dette kunne være krevende, spesielt for to av informantene som var relativt uerfarne som intensivsykepleiere. De fortalte at planen var at omplasserte sykepleiere skulle læres opp til å være *sykepleier 1* (pasientansvarlig sykepleier), men at dette ble møtt med motstand av de omplasserte sykepleierne og dermed aldri ble noe av.

Noen informanter opplevde å få ansvar for å kvalitetssikre det som foregikk inne på isolatene, og opplevde det som et spesielt stort ansvar med tanke på antallet nye kollegaer de samarbeidet med. I tillegg ble de tidvis ansvarliggjort for kvaliteten i behandlingen selv når de var ute av pasientrommet. Derfor kunne pauser være en særlig utfordring og de opplevde det vanskelig å gå fra pasienten. *«De (omplasserte sykepleiere) skrev fra seg alt ansvar. Men vi var tydelige på at det som skjer mens vi er ute får vi ikke styrt. (...) Vi passet veldig på å gjøre alt ferdig før vi gikk ut, så det ble veldig stressende vakter»*, fortalte en av informantene.

Noen informanter hadde opplevd at det oppsto uønskede hendelser i pasientbehandlingen mens de var ute av rommet, og at det derfor kunne føles utrygt å forlate rommet. Én informant fortalte at opplevelsen av det store ansvaret førte til et kontrollbehov, og at det ble vanskelig å delegere bort oppgaver. Noen ga uttrykk for at det var en urimelig stor ansvarsbelastning. De kunne også oppleve at de omplasserte sykepleierne vegret seg for å ta ansvar slik at det ble en større ansvarsbelastning på intensivsykepleierne. En informant fortalte: *«I andre bølgen tror jeg mange var veldig lei. De var opptatt av at det er ikke mitt ansvar og de hadde lyst til å sette mer krav. Og man skjønner jo hvorfor de setter de kravene. De jobber jo egentlig bare på dagtid, og plutselig måtte de jobbe turnus, det er veldig tøft. Så man forstår deres side og. (...) Men det var likevel veldig slitsomt, vi må jo ha en avlastning vi og. Så vi følte at kan vi ikke være såpass kollegiale med hverandre at man tenker dette er kanskje ikke ditt felt, men hjelp oss litt. Det var vanskeligst. At det ble skjøvet over på oss fordi vi har valgt med å jobbe med det. Men vi har ikke akkurat valgt å jobbe under de omstendighetene da. Så det var nok det tøffeste.»*

Informantene ble tildelt mye ansvar, og opplevde det som frustrerende å ha liten grad av medbestemmelse.

Som tidligere nevnt, fortalte samtlige informanter om mangel på intensivsykepleiere. Det ble sagt at pandemien har gjort det spesielt synlig hvor nødvendig intensivsykepleierkompetansen er, og hvor betydelig mangelen på kompetansen er. Informantene fortalte om økt ansvarsmengde, de har stått mye alene, og de har opplevd reduserte arbeidsvilkår og større arbeidsbelastning. Flere savnet en tydeligere verdsettelse av kompetansen.

5.2.3 Ineffektiv bruk av kompetanse i behandlingen av pasienten

Informantene fortalte at mye verdifull kompetanse ble brukt feil, særlig i starten av pandemien. De opplevde at oppgaver som ikke krevde særskilt kompetanse og som kunne utføres tilstrekkelig av hjelpepersonell, likevel ble tildelt spesialsykepleiere. *«I starten ble vi brukt som vaskepersonell, det var utenfor vårt ansvarsområde og ikke en god bruk av kompetanse. Det følte feil, og det tok lang tid før ufaglærte tok over den funksjonen».* Informantene opplevde det spesielt frustrerende at intensivsykepleiere med mange års utdanning og erfaring fikk ansvar for å vaske utstyr eller være slusevakter, når bemanningssituasjonen var sårbar og man trengte intensivsykepleierkompetansen inne hos pasientene. Informantene opplevde dette som ineffektiv bruk og sløsing av kompetanse.

5.3 Utfordrende å ivareta den lindrende funksjonen

Gjennom analysen strukturerte det seg ut følgende undertemaer relatert til den lindrende funksjonen:

- Utfordrende å ivareta pasientens psykososiale behov

5.3.1 Utfordrende å ivareta pasientens psykososiale behov

Informantene fortalte at det hadde vært utfordrende å ivareta pasientens psykososiale behov. De problematiserte flere faktorer, som for eksempel isolasjon, kommunikasjonsbarrierer, og utrygghet og engstelse hos pasientene.

Én informant fortalte at det virket belastende for pasientene å ligge på isolerte rom, kanskje enerom, der de kun var omringet av mennesker i heldekkende drakter.

Informantene fortalte at de opplevde utfordringer med å kommunisere med pasientene. Det heldekkende beskyttelsesutstyret forstyrret både syn, hørsel og tale, og ble dermed til hinder for verbal og non-verbal kommunikasjon med pasienten. *«Når pasientene våkner til så ser de bare øynene til folk. Sykepleierne er så tildekket at pasientene ser ikke sykepleierne skikkelig (...) Selve kommunikasjonen gjennom masken blir veldig dårlig for du må snakke med veldig høy stemme, og det blir ofte sus og brus i maskene. Det kan bli vanskelig å få med seg det vi sier. Det kan også bli vanskelig å høre hva pasienten sier om de begynner å snakke».*

Én informant presiserte at det ligger mye god omsorg i kommunikasjon, og at disse utfordringene kunne ha en negativ innvirkning på den psykososiale omsorgen til pasientene.

Informantene opplevde at pasientene var redde, forvirrede, stressede, skremte, irritable og slitne, og delte flere tanker om årsakene til dette. Blant annet ble det nevnt at det var belastende for pasientene å være rammet av en virussykdom som de visste var potensielt dødelig. Flere av pasientene opplevde sykdommen som svært skremmende. Pasientene slet veldig med respirasjonen, og det var vanskelig for dem å slappe av og hvile. På grunn av bemanningsproblemene klarte ikke informantene alltid å tilfredsstille pasientens behov umiddelbart. Til tider var det nødvendig å prioritere hardt, med den konsekvensen at pasientene måtte vente på mat, stell eller snuing. Én informant mente at når pasientene var redde kunne det også forverre situasjonen at de ikke fikk god kontakt med pleierne på grunn av forstyrrende beskyttelsesutstyr. En fortalte at det var mange ting som måtte «klaffe» for at pasientene skulle ha det godt, som for eksempel smertestillende, ro, god informasjon og effekt av respirasjonsstøtte.

Informantene fortalte at strenge besøksrestriksjoner gjorde at pasientene i stor grad ble isolert fra sine pårørende, som gjorde det vanskelig å fremme sosial kontakt. De gangene det ble tilrettelagt for møter med pårørende opplevde informanter at pasientene hadde blitt spesielt godt ivaretatt. I noen tilfeller hadde pårørende eksempelvis fått hilse gjennom et vindu, når det ikke var mulighet til å slippe dem inn på avdelingen.

Informanter opplevde at pasientene ble best ivaretatt når de hadde mulighet til å bruke god tid på kommunikasjon, informasjon og trygging. Dessverre opplevde noen av informantene at de

ofte ikke strakk til på dette området. *«Man har følt at man ikke har strekt til, mange ganger. Så da har jeg kjent på at jeg har ikke klart å dekke alle behovene til pasienten... Men man gjør så godt man kan. Så får man... man må jo bare velge å forsonne seg med at man har gjort så godt man kan...».*

5.4 Utfordrende å gi omsorg til pårørende

Gjennom analysen strukturerte det seg ut følgende undertemaer relatert til å gi omsorg til pårørende:

- Redusert mulighet til å la pårørende være deltagende
- Redusert mulighet til å støtte pårørende
- Redusert mulighet til å dele informasjon med pårørende
- Pårørende ble ikke behandlet likt

5.4.1 Redusert mulighet til å la pårørende være deltagende

Informantene fortalte at behandlingen av pårørende under pandemien har vært preget av strenge besøksbegrensninger. De fortalte at det ble gjort skjønnsmessige vurderinger om å slippe inn pårørende bare når det ble ansett som absolutt nødvendig. Dette kunne være tilfeller der pasienten var kritisk syk og det var usikkert om vedkommende ville overleve, eller om pasienten hadde vært innlagt på intensivavdelingen usedvanlig lenge. De fleste pårørende fikk ikke være tilstede og delta i behandlingen. De fortalte at dette var vanskelig.

Om situasjonen rundt pårørendes besøksbegrensninger gjentok informantene ting som «det har ikke vært aktuelt» og «vi hadde ikke noe valg». De fortalte at pårørende ikke ble ivaretatt optimalt, men at de samtidig ble ivaretatt så godt det kunne gjøres forholdene tatt i betraktning. Én informant mente at besøksbegrensningene har vært veldig belastende for de pårørende, og flere fortalte at pårørendes rolle i situasjonen ble mindre. *«De har hatt en veldig liten rolle egentlig. De har vært veldig perifere og ja. Litt rart. Jeg vet ikke helt hva jeg skal svare på det...».*

Noen informanter fortalte om forsøk på alternative former for pårørendedeltagelse. For eksempel var det en pasient som hadde vært innlagt svært lenge og det var behov for en

pårørendesamtale – denne ble gjennomført utendørs på parkeringsplassen til sykehuset, med de involverte stående i en stor ring.

5.4.2 Redusert mulighet til å støtte pårørende

Informantene fortalte at de har hatt mindre, og i perioder svært lite kontakt med pårørende. Å ikke få møtes ansikt til ansikt har påvirket muligheten til å gi omsorg. *«De pårørende har ikke fått vært så mye tilstede og... følt seg sett, sånn følelsessett»*. Krav på arbeidsplassen og mangel på tid førte også til at informantene ikke fikk ringt pårørende så ofte som de pårørende hadde behov for, og informantene fortalte at omsorgen de kunne gi gjennom en telefonsamtale var begrenset. *«De må på en måte søke støtte andre steder da... De må få støtte andre steder, vi kan jo bare snakke med dem på telefon»*. Informantene fortalte at pårørende stort sett har vist forståelse og respekt for de strenge besøksreglene. Når de fikk beskjed om at de kunne komme på besøk førte det derimot ofte til redsel og engstelse for at pasientens tilstand var kritisk. I lys av dette var nok pårørende innforstått med hva en besøkstillatelse innebar, så det å få slippe inn på sykehuset kan ha vært en ambivalent opplevelse. Én informant uttalte at de pårørende ikke hadde blitt optimalt ivaretatt, men at det var *«sånn det måtte bli»*. Flere fortalte at de ønsket de hadde hatt mer tid til pårørende.

5.4.3 Redusert mulighet til å dele informasjon med pårørende

Det var felles for intervjuene at informantene snakket om den uformelle samtalen og samspillet med pårørende, og hvordan dette gikk tapt under pandemien da pårørende ikke fikk komme på besøk. Kommunikasjonen og informasjonen ble annerledes når alle samtaler foregikk over telefon. *«Hvis du kan komme inn på selve rommet, så er det mange spørsmål du får svar på der og da av sykepleieren. Du ser ting du lurer på, og det blir en helt annen situasjon enn bare telefon og prat. Så jeg tenker at de pårørende har mistet veldig mye ved at de ikke har fått komme inn.»*

Informantene mente at pårørende får en annen innsikt i situasjonen når de er fysisk tilstede, og at denne innsikten vanskelig lar seg oversette muntlig. *«Det er så vanskelig å beskrive hva man gjør gjennom en telefon. Og se alt vi gjør og hvor godt de blir ivaretatt. Det er mye enklere å gjøre ved siden av sengen»*.

Informantene ga uttrykk for at det er noe informasjon som faller dem naturlig å formidle når pårørende er tilstede, men som uteble når pårørende ikke fikk tilbringe tid i pasientrommet og delta i uformell samtale med intensivsykepleieren. Dette var kanskje spesielt ting informantene i lys av sin erfaring opplevde som naturlig forekommende hos en intensivpasient. «*Det er så naturlig når pårørende kommer på besøk å si at ja han begynte på antibiotika i dag fordi han fikk en liten lungebetennelse, som man alltid får. Men det er ikke naturlig å ringe og informere om det fordi det er så.. En lungebetennelse, det får man jo på intensiv på en måte (...) det falt ikke naturlig å si det. Ja det var litt sånne ting som kanskje glapp synes jeg. Det tenkte jeg litt på. (...) Typisk «jeg skal bare henge opp den antibiotikaen her» og så sier pårørende «åja hvorfor får han det da?»*».

Mangel på tid ble igjen lagt vekt på. «*Man kunne ikke sitte å prate med dem i telefonen hele tiden, for det hadde vi ikke nok folk til. Står jeg og prater med deg i telefonen så er det ingen som står hos din kjære*». I et par intervjuer ble det nevnt at legene var flinke til å ringe og gi informasjon, og informantene mente dette hadde vært viktig for pårørende.

Det fremstår som at informantene opplevde at informasjonsflyten til pårørende ble dårligere, og kandidaten fikk inntrykk av at flere av informantene synes dette har vært vanskelig. De skulle ønske de hadde mer tid til pårørende, men arbeidspress og for lav bemanning har vært et hinder.

5.4.4 Pårørende ble ikke behandlet likt

Informantene ved et av sykehusene fortalte om utfordringer i forbindelse med lettelser i besøksrestriksjonene. De opplevde ulik behandling av pårørende og uklare besøksregler, og at dette føltes urettferdig. «*Som sykepleier har man kjent på at det har blitt urettferdig. For noen pasienter som ikke har vært så dårlig har hatt lov til å ha masse besøk, og så er det andre som har ligget og vært mye, mye sykere som har ikke har hatt besøk. Og vi har ikke hatt noen klare besøksregler sånn utover i pandemien da, når man begynte å slippe litt opp (...) Man har ikke klart å tilrettelegge likt for alle*». De savnet klare grenser for hvor ofte og hvor mange pårørende som kunne komme, og mer konsekvente regler. Kandidaten fikk inntrykk av informantene var preget av samvittighet og en sterk rettferdighetssans overfor pårørende, og at denne ble utfordret under pandemien.

5.5 Mye ansvar for opplæring av kollegaer uten intensivsykepleierutdanning

Informantene fortalte at de ofte samarbeidet med nye og ukjente kollegaer uten intensivsykepleierutdanning, og at de fikk ansvar for opplæringen deres. Informantene fortalte at omfanget av opplæring de utførte under pandemien var betydelig mer enn vanlig. Dette krevde mye av dem, og var en opplevelse de virket å ha blandede følelser til. *«Det har vært veldig mange nye fjes, og det har vært krevende for vi måtte drive opplæring. Det å drive opplæring i en så begrenset periode, det var jo bare uker og måneder... Du føler at du aldri kommer dit at de blir en ressurs. Eller jo noen selvfølgelig, men det er noen få. Jeg har følt at vi har brukt enorme ressurser på å drive opplæring når vi egentlig trenger å være en ekstra intensivsykepleier. Så det er noen som har vært her en og to uker av gangen og det har bare vært en belastning».*

De fortalte at det ble brukt mye ressurser på opplæring, både av deres egen innsats og på administrativt nivå. Kandidaten oppfattet en klar ambivalens til nytteverdien av ressursbruken. På en side opplevde informantene at de fikk mer ansvar og belastning som resultat av omplasseringen. På den andre siden var de for få intensivsykepleiere til å gjøre jobben alene, de trengte folk og de ønsket å bli avlastet. To av informantene fortalte at ansvaret for opplæring var særlig krevende fordi de selv var relativt nyutdannede. På tross av at informantene ikke opplevde tiltaket avlastende slik det var tenkt, ville de heller ikke vært foruten. Men aller helst ønsket de seg flere kollegaer med intensivsykepleierutdanning. Informantene uttrykket også forståelse og sympati for de omplasserte sykepleiere, og fortalte om frustrasjon fra begge sider – intensivsykepleierne fikk ikke den kompetente hjelpen de trengte, mens de omplasserte sykepleierne ble opplært til arbeid som i utgangspunktet ikke tilhørte deres funksjon.

5.6 Utdfordrende å samhandle med ukjente kollegaer

Behovet for økt bemanning førte som til mye omdisponert personell, og informantene hadde i perioden jobbet med både ukjente sykepleiere og ukjente leger. Alle informantene opplevde å få omplasserte sykepleiere til sine avdelinger. De syntes som regel at samarbeidet fungerte greit, men at det var utfordrende å hele tiden lære nye kollegaer å kjenne. De fortalte at det krevde mer av dem å samhandle med nye kollegaer fremfor dem de hadde kjent i flere år. Det

var lite flyt i arbeidet og de måtte gå grundigere gjennom hvordan ting skulle gjøres, for eksempel ved stell av pasienten.

Informantene ga uttrykk for at det var positivt å bli kjent med sykepleiere på tvers av avdelinger, men at det kunne være slitsomt å stadig jobbe med nye mennesker. En fortalte *«Det er litt tungt å gå inn på en vakt der du er på et rom med mange andre sykepleiere og kjenner kanskje bare én av dem»*. Informanten sa at det hadde vært vanskelig å være en god kollega. Vedkommende ønsket å være hyggelig og sosial med de omplasserte sykepleierne, men beskyttelsesutstyret virket forstyrrende. *«Men de hørte ikke hva jeg sa, jeg hørte ikke var de sa. Så ble det litt til at man satt litt for seg selv, for det var så bråkete og slitsomt»*.

En annen utfordring var at de kunne være usikre på kompetansen til de omplasserte sykepleierne, og det var frustrerende når de jobbet med sykepleiere som de mente ikke var kompetente til å jobbe på en intensivavdeling. *«Det fungerte ikke fordi det var en del sykepleiere som ikke var vant med å jobbe på intensiv. Når vi spurte om å få medisiner kunne det ta kjempelang tid, spurte om å kjøre en blodgass og det tok kjempelang tid. Så alt var tungvint»*.

Informantene fortalte at de hadde samhandlet med ukjente leger på covidpostene. To av informantene fortalte at de på kohortavdelingen fikk jobbe med anestesileger, som var mer spesialisert mot pasientgruppen enn «medisinerne» som de vanligvis jobbet med. De opplevde at dette ga et bedre og tryggere pasientforløp fremfor når de ivaretok covidpasienter på sin vanlige intensivavdeling med de faste legene. De to andre informantene hadde opplevd at det kunne være utfordrende å jobbe med nye leger. Man måtte «føle seg mer frem» i samhandlingen og opplevde at behandlingen kunne bli lite konsekvent. Det var frustrerende at det stadig kom inn nye leger som ville utføre behandlingen på sin måte. *«Etterhvert ble det dratt inn leger fra andre avdelinger som gikk visitt, og da ble en del ting gjort på litt andre måter, det var ganske frustrerende. Det var som om legene ikke hadde en enighet om hva som er riktig behandlingsstrategi. (...) Man ble litt frustrert over at noen leger bare gjorde ting på sin måte uten å høre på erfaringen fra de legene som har stått der i månedsvis. Så det å jobbe med andre leger...de fleste var veldig ålreit altså, stort sett. Men du har alltid noen som vil gjøre ting på sin måte. Og det passer ikke helt, det blir litt utfordrende.»*

De ga uttrykk for at det som sykepleier var vanskelig å motsi en lege, og de opplevde at legene ikke hørte på dem. Det var utfordrende når nye leger ikke fulgte behandlingsprinsippene man hadde god erfaring med og som var etablert på avdelingen.

Informantene fortalte at bekjentskap på tvers av avdelinger og spesialiteter, og økt forståelse for hverandres arbeid, var positive effekter som hadde kommet fra samhandlingen under pandemien.

6.0 Diskusjon

I dette kapitlet drøftes resultatene fra analysen med hjelp av eksisterende teori og forskning. Til sist diskuteres metoden, og studiens reliabilitet og validitet.

6.1 Utfordrende å ivareta den forebyggende funksjonen

I henhold til funksjons- og ansvarsbeskrivelsen for intensivsykepleiere (NSFLIS 2017a) handler den forebyggende funksjonen om å identifisere helsesvikt eller forhøyet risiko for helsesvikt på et tidlig stadium, å iverksette tiltak som forebygger videre utvikling av helsesvikt og sykdom, å beskytte pasienten mot komplikasjoner og skade, og å tilrettelegge for helsefremmende omgivelser.

6.1.1 Utfordrende å forebygge smitte

Å forebygge smitte kan forstås under den forebyggende funksjon.

Informantene fortalte om utfordringer knyttet til kvalitet og tilgang på beskyttelsesutstyr, og problematiserte spesielt utstyret for luftveisbeskyttelse. Dette førte til flere negative konsekvenser, eksempelvis utrygghet for tilstrekkelig beskyttelse, og fysiske symptomer som dehydrering og hodepine.

Med hensyn til kvalitet har andre studier beskrevet at beskyttelsesutstyr kunne gi sår i ansiktet, dårlig maskestANDARD kunne føre til økt frykt for smitte og tvil på sikkerheten til utstyret kunne ha negativ innvirkning på sykepleieres mestring i situasjonen (Fernandez et.al.2020, Lie 2021, Liu 2020). Flere studier har rapportert uheldige konsekvenser som følge av dårlig kvalitet på utstyret, som sår og merker i ansiktet, ubehag, utmattelse og hodepine (Aloweni et.al. 2022, Bergman et.al.2021, Gordon, Magbee & Yoder 2021, Lie et.al. 2021). Informantene fortalte om hodepine, dehydrering, og at det var svært varmt og slitsomt å jobbe i beskyttelsesutstyret. Aloweni et.al. (2022) fant også at 31% av sykepleiere opplevde at de uheldige konsekvensene av beskyttelsesutstyret påvirket arbeidet deres negativt.

Med hensyn til tilgang viser studier at mangel på eller trussel om mangel på beskyttelsesutstyr kan være en kilde til stress, bekymring og angst hos helsepersonell under en pandemi (Fernandez et.al. 2020, Gordon, Magbee & Yoder 2021, Kramer et.al.2020). Informantene i denne studien fortalte at bekymring om mangel på beskyttelsesutstyr hadde

vært en påkjenning. Informantene savnet åpenhet om tilgangen på beskyttelsesutstyr, og fortalte om stadig endring av utstyr og tvil på smitteverninformasjonen de fikk.

Infeksjonsforebyggende tiltak som bruk av munnbind og hansker er helt grunnleggende for forebygging og kontroll av infeksjoner i sykehus (Forskrift om smittevern i helsetjenesten 2005, Folkehelseinstituttet 2016). I følge Folkehelseinstituttet (2016) er korrekt bruk av beskyttelsesutstyret, samt at utstyret oppfyller norske standarder for kvalitet viktig for å sikre tilstrekkelig beskyttelse av pasienter og helsepersonell. Kandidaten tolker at informantenes opplevelser ikke alltid var i tråd med dette kravet, og at det kan ha redusert forebyggingen av smitte av covid-19 viruset.

Informantene har vært utsatt for både fysisk og psykisk belastning relatert til utfordringene med beskyttelsesutstyret. De fortalte ikke eksplisitt hvorvidt dette hadde gått ut over helsehjelpen. Likevel tolker kandidaten at omfanget av ubehag og stress knyttet til beskyttelsesutstyret var så omfattende at det kan ha hatt en negativ innvirkning på arbeidssituasjonen deres og påvirket deres evne til å utføre helsehjelpen til pasienten. En oversiktsartikkel av Carmassi et.al. (2020) fant også at tilstrekkelig beskyttende tiltak mot smitte var en beskyttende faktor mot utvikling av symptomer på posttraumatisk stress hos helsepersonell. Med tanke på dette kan utfordringene tenkes å ha påvirket om intensivsykepleiere orket å stå i arbeidssituasjonen.

En oversiktsstudie av Fernandez et.al. (2020) identifiserte tilstrekkelig tilgang på beskyttelsesutstyr som en av de største utfordringene under pandemier og en viktig faktor for å sikre sykepleieres sikkerhet. Den primære smitemåten for Covid-19 virus er gjennom direkte smitte der luftveipartikler fra en smittebærer når luftveiene til en mottaker (McIntosh 2022) og tilstrekkelig luftveisbeskyttelse er derfor særlig viktig. Vi vet at leger og sykepleiere har økt risiko for smitte sammenlignet med andre, og deres beskyttelse bør være av høyeste prioritet (Kramer et.al. 2020). Kandidaten tolker at utfordringene med beskyttelsesutstyret kan ha gått ut over forebygging av smittespredning. Med tanke på den sårbare bemanningssituasjonen og intensivsykepleiernes nødvendige kompetanse i behandlingen av alvorlig syke covid-19 pasienter, vil både økt spredning av sykdommen generelt i samfunnet samt økt smitte av intensivsykepleiere være alvorlig for kapasiteten for pasientbehandling.

6.1.2 Utfordrende å ivareta pasientsikkerheten

Pasientsikkerhet kan defineres som «vern mot unødig skade som følge av helse- og omsorgstjenestens ytelser eller mangel på ytelser» (Helsedirektoratet 2019a, s.31).

Intensivsykepleierens forebyggende funksjon innebærer å sikre at helsehjelpen er trygg og sikker (Helsedirektoratet 2019a, Helsepersonelloven 1999, Meld.St.10 2012-2013).

Selv om informantene fortalte at forsvarlighet og sikkerhet i pasientbehandlingen stort sett hadde blitt ivaretatt, var det også situasjoner og faktorer som hadde opplevdes utfordrende. I hovedsak var utfordringene knyttet til en sårbar bemanningssituasjon med mangel på kompetent personell, både en mangel på intensivsykepleiere og at omplasserte sykepleiere manglet intensivsykepleieutdanning. De nevnte også utfordringer knyttet til behandlingsmetoder, og bruk av papirkurver.

Flere studier beskriver risikoer ved underbemanning av intensivsykepleiere. Ifølge studien til Bergman et.al. (2021) førte underbemanning under pandemien til at pasientsikkerheten ble redusert og sikkerhetsrutiner ble nedprioritert. Andel et.al. (2022) fant at underbemanning bidro til økning av nestenulykker i intensivavdelinger. En stor finsk studie fant også en sammenheng mellom underbemanning og økt forekomst av multiorgansvikt hos pasienter i en intensivavdeling (Jansson et.al 2020). Dette kan tyde på at informantene hadde en rettmessig grunn til bekymring og opplevelse av sårbarhet. En annen faktor var at redusert kapasitet på de større sykehusene førte til at noen informanter hadde ivaretatt dårligere pasienter enn de pleide, og sto i en situasjon der de virkelig hadde behov for kompetent hjelp. Opplevelsen deres av «å stå alene» handlet først og fremst om for lite tilgjengelig kompetanse, ikke at det var for få hender til å hjelpe. Kandidaten tolket også sårbarheten de beskrev som en sårbar pasientsikkerhet.

Informantene fortalte om ulike utfordringer knyttet til bemanningssituasjonen med mange omplasserte sykepleiere. Sykepleierne kunne mangle nødvendig kompetanse, samt at informantene var usikre på eller fant det vanskelig å stole på kompetansen deres. Andre studier har også beskrevet intensivsykepleieres opplevelse av stress og bekymring under pandemien knyttet til å ikke kjenne kompetansen til kollegaene sine (Andersson, Nordin og Engström 2022, Lie et.al. 2021). Utryggheten deres kan tenkes å handle om

intensivsykepleiernes kunnskap om nivået av kompetanse som var nødvendig for å ivareta pasientgruppen. Den spesialiserte kompetansen som krevdes for å systematisk overvåke covidpasienten for tegn på forverring i helsetilstanden samt å forebygge komplikasjoner til helsehjelpen som ble gitt, var avgjørende for pasientsikkerheten. Å gjøre dette krever kunnskap om hva som er normalt og unormalt, for «*Hvis en ikke vet hva en skal se, så ser en det ikke*» (Stubberud 2020, s.54).

Noen informanter hadde også opplevd problematiske hendelser som kunne knyttes til manglende intensivsykepleierkompetanse hos omplasserte sykepleiere. Informanter opplevde at mangelen på tilgjengelig intensivsykepleierkompetanse var utrygt, og de opplevde å stå alene i faglige beslutninger og kunne være utrygge på å forlate rommet. Intensivsykepleiere har en lovpålagt plikt til å utføre forsvarlig helsehjelp (Helsepersonelloven 1999, Kap.2, § 4). Likevel understreker Helsepersonelloven (1999, kap.3, § 16) og Helsedirektoratet (2019a) virksomhetens ansvar for å organiseres på en slik måte at helsepersonell er i stand til å overholde sine lovpålagte plikter samt at medarbeidere har den nødvendige kompetansen for å sikre pasientsikkerheten. Kandidaten erfarte selv i starten av pandemien å jobbe på en intensivavdeling og bli tildelt ansvar utenfor sin kompetanse og uten tilstrekkelig opplæring.

Det kan virke som bemanningsutfordringene noe av tiden ble løst ved å senke kravet om kompetanse, og at det førte til situasjoner der det var utfordrende å ivareta ansvaret for trygg og sikker helsehjelp. Eksempelvis anerkjente Akershus Universitetssykehus i en intern prosedyre i starten av covid-19 pandemien at omplassering av sykepleiere var nødvendig og at dette ville gi redusert mulighet til forsvarlig praksis, noe de aksepterte (Ahus 2020).

Knyttet til selve pasientbehandlingen delte informantene både positive og utfordrende opplevelser. I starten av pandemien erkjente de at manglende erfaring og kunnskap om sykdommen skapte usikkerhet og kan ha ført til at noen pasienter ble feilbehandlet. Ifølge Helsedirektoratet (2019a) er et viktig premiss for kvalitet i helsetjenestene at behandlingen er basert på pålitelig kunnskap og at helsepersonellet har klinisk kompetanse. I starten av pandemien tenker kandidaten at dette kunne være et uoppnåelig krav da sykdommen var så ny og det var mangel på kvalitetssikker kunnskap. Informantene fortalte at de måtte høre på erfaringskunnskapen fra andre land da dette var kunnskapen som var tilgjengelig. Etterhvert som erfaringen og kunnskapen utover i pandemien økte, opplevde informantene at helsehjelpen og pasientbehandlingen var god. En informant fortalte at behandlingen

etterhvert ble svært god fordi den kontinuerlig baserte seg på nyeste forskning og at det var stort fokus blant personalet på hvordan de kunne tilby den beste behandlingen for pasientene. Likevel var behandlingsmetoder som mageleie nytt for noen av informantene, og spesielt for de omplasserte sykepleierne uten intensivsykepleierkompetanse. Dette er en behandlingsmetode som innebærer en økt risiko for skade og komplikasjoner (Malhotra 2021). Den kan anses som risikabelt, særlig dersom behandlingen utføres av personell som mangler tilstrekkelig erfaring og kompetanse.

Det kom frem flere faktorer som hadde gjort det utfordrende for informantene å ivareta pasientsikkerheten og sin forebyggende funksjon. Kandidaten tolker at situasjonen, særlig i starten av pandemien, gjorde det krevende å opprettholde standarden for trygg og sikker helsehjelp. Kvaliteten på helsehjelpen pasienten får er avhengig av rett kompetanse til rett tid eller «*rett person på rett plass*» (Meld. St. 10 2012–2013, Meld. St. 9 2019-2020, Sosial- og helsedepartementet 1997). I møte med det økte antallet intensivpasienter oppfatter kandidaten det som at det ikke alltid var rett eller tilstrekkelig kompetanse tilgjengelig til en hver tid. På tross av en sårbar situasjon fortalte informantene at pasientsikkerheten stort sett ble tilstrekkelig ivaretatt. Kandidaten har inntrykk av at informantene strakk seg langt for å ivareta sin forebyggende funksjon, særlig sett i lys av rammefaktorene for helsehjelpen og kunnskapen de hadde i møte med en ukjent situasjon.

Et funn som kom frem som ikke er presentert i andre forskningsartikler, er at en informant fortalte om bruk av papirkurver i avdelingen. Kandidaten tolker at dette kunne være en trussel for pasientsikkerheten fordi det eksempelvis økte risikoen for feildokumentasjon ved overflytting av pasienter. Informanten fortalte selv at dette hadde medført flere avvik.

6.2 Utfordrende å ivareta den behandlende funksjonen

I henhold til funksjons- og ansvarsbeskrivelsen for intensivsykepleiere (NSFLIS 2017a) handler den behandlende funksjonen blant annet om å ta medansvar for forsvarlig behandling, og å sikre kontinuitet og kvalitet i behandlingen. Pasientbehandling skal utøves på grunnlag av avansert kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse (NSFLIS 2017a).

6.2.1 Utfordrende å sikre kontinuitet

I følge Store norske leksikon kan kontinuitet forstås som en *ubrutt sammenheng* (Aarnes 2021). Kontinuitet handler både om hvordan behandlingen fungerer og at den følges opp, og er blant annet avhengig av hensiktsmessig dokumentasjon og tverrfaglig samarbeid (NSFLIS 2017a, Stubberud 2020). Kontinuitet er viktig for kvaliteten i helsetjenestene (Helsedirektoratet 2019a).

Kandidaten tolket at omfanget av nye og ukjente kollegaer utfordret kontinuiteten i helsehjelpen. Foruten nye kollegaer og kollegaer uten intensivsykepleieutdanning fortalte informantene at det var utfordrende å sikre kontinuitet som følge av ukjente lokaler og utstyr, og mangel på rutiner i starten.

Informantene hadde i perioder jobbet på kohortavdelinger som var ukjente for dem. Dette medførte at de i starten ikke var kjent med hvor utstyr var plassert, samt at de var nødt til å bruke annet utstyr enn de var vant med. I studiene til Bergman et.al. (2021) og Andersson, Nordin og Engström (2022) beskrev intensivsykepleiere at de opplevde arbeidsplassen som et kaos da de måtte omstille seg til arbeid på en ukjent avdeling med ukjent utstyr. Kandidaten opplever selv at arbeid med ukjent utstyr kan være tidskrevende og bidra til usikkerhet. Informantene opplevde også at det var en utfordring å stadig tilpasse seg bruk av nye typer beskyttelsesutstyr og endrede rutiner knyttet til dette. Kandidaten har inntrykk av at de overnevnte faktorene virket forstyrrende, og at det var utfordrende å ivareta kontinuiteten i behandlingen fordi det skapte usikkerhet og var tidskrevende. Informantene fortalte at rutiner kom på plass etterhvert, men at dette tok tid.

Når det gjaldt nye kollegaer førte manglende intensiv erfaring hos de omplasserte sykepleierne til dårligere flyt i arbeidet. Rutiner og pleie måtte kontinuerlig forklares, og mye tok lang tid. Å jobbe på en intensivavdeling krever avansert kunnskap og ferdigheter, men også kjennskap til lokale rutiner og fortrolighet med blant annet medisinsk-teknisk utstyr for å kunne sikre kontinuitet i pasientbehandlingen. Informantene fortalte at de omplasserte sykepleierne i varierende grad manglet dette.

Ifølge Stubberud (2020) er kontinuerlig dokumentasjon av helsehjelpen og pasientopplysninger også viktig for å sikre kontinuitet. I denne sammenheng problematiserte to av informantene bruk av papirkurver på sine avdelinger, fordi de mente sikkerheten ved

overføring av informasjon ble redusert. Dokumentasjon knyttet behandlingen til intensivpasienter er nøyaktig og ofte omfattende. Kandidaten opplever selv at høyt arbeidspress på en vakt kan gå ut over dokumentasjonens kvalitet på grunn av prioriteringer og mangel på tid.

Ved siden av grundig dokumentasjon for å sikre overføring av nødvendig informasjon opplever kandidaten at det spiller en stor rolle å ha kontinuitet i hvilke sykepleiere som har ansvar for pasienten fra vakt til vakt. I intensivavdelinger er det vanlig at personell fordeles ut i fra hvilke pasienter de kjenner fra tidligere. Selv om det skal være mulig å tilegne seg nødvendig informasjon om pasienten gjennom journalsystemer, opplever kandidaten at sykepleierens personlige kjennskap til pasienten, vedkommende sin sykehistorie og tilstand har mye å si for muligheten til å levere kontinuitet i pleien. Det økte antallet intensivpasienter og mange nye ansatte kan også ha påvirket hvorvidt man fikk ivaretatt denne formen for kontinuitet.

Kontinuitet er et ønske og krav for å sikre kvalitet i helsetjenestene (Helsedirektoratet 2019a). Ut ifra informantenes uttalelser er det vanskelig å si om dette ble oppfylt. Kandidaten tolker uansett at deres mulighet til å ivareta kontinuiteten har blitt utfordret på flere måter.

6.2.2 Har hatt mye hovedansvar for helsehjelpen pasienten ble tilbudt

Intensivsykepleieren har ansvar for å lede og koordinere pasientbehandlingen og bidra til effektiv ressursbruk (NSFLIS 2017a).

Informantene fortalte at intensivsykepleierne satt med hovedansvaret i sykepleierkollegiet for helsehjelpen som ble gitt til pasientene. Kunnskapsdepartementet beskriver faglig ledelse som et viktig kompetanseområde for intensivsykepleiere (Kunnskapsdepartementet 2021). Dette ble et særlig relevant ansvar under pandemien da intensivsykepleiere jobbet med mange omplasserte sykepleiere uten intensivsykepleierkompetanse. Både Andersson, Nordin og Engström (2022) og Lie et.al. (2021) fant at intensivsykepleiere opplevde stress og bekymring knyttet til å ikke kjenne kollegaers kompetanse, og at det bidro til økt opplevelse av ansvar. Informantene opplevde å ha hovedansvaret for at behandling og øvrige rutiner på vekten ble gjennomført på tilfredsstillende vis på tross av at det var mange omplasserte sykepleiere på vakt.

I følge NSFLIS (2017a) har intensivsykepleiere ansvar for å gi opplæring og arbeidsoppgaver til kollegaer som samsvarer med deres individuelle kompetanse. I helsepersonelloven står det også at man kan overlate oppgaver til hjelpere dersom det er forsvarlig ut i fra oppgavens art, personellets kvalifikasjoner og den oppfølging som gis (Helsepersonelloven 1999). Hensikten med å delegere oppgaver til omplasserte sykepleiere skulle være å avlaste eller frigjøre tid for intensivsykepleierne, eller sett på en annen måte – å sikre kapasitet til å gi intensivbehandling til alle pasientene som trengte det. Om det faktisk var avlastende er usikkert fordi informantene likevel opplevde å ha ansvaret for de omplasserte sykepleiernes praksis, også når de forlot pasientrommet. Det virker som blant annet manglende tillit til deres kompetanse medførte en økt ansvarsopplevelse og et økt kontrollbehov. Studien til Anderson, Nordin og Engström (2022) fant også at det er et tungt ansvar å skulle overvåke praksisen til sykepleierkollegaer. Kandidaten tolker at utfordringene gjorde det vanskelig for informantene å delegere og overlate arbeidsoppgaver til de omplasserte sykepleierne.

Informantene fortalte at flere av de omplasserte sykepleierne gjorde motstand da det ble forespeilet at de skulle trenes opp til å bli pasientansvarlige, slik at dette ikke ble noe av. Kandidaten ser at dette var en utfordrende situasjon og at man kan argumentere fra begge sider. På en side var det rimelig å forvente at de omplasserte sykepleierne skulle *«utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner»* i henhold til Helsepersonelloven (1999, § 4). Man kan argumentere med at mange av de omplasserte var spesialiserte innenfor anestesi og operasjon, og hadde kompetanse til å ivareta akutt og kritisk syke pasienter. Og selv om det vanligvis ikke benyttes, har arbeidsgiver som regel en kontraktsfestet mulighet til å omdisponere sykepleiere, slik det eksempelvis står i kandidatens tidligere arbeidskontrakt: *«arbeidssted, arbeidsoppgaver og ansvarsområder kan endres når dette er nødvendig av driftsmessige eller organisatoriske årsaker»*. På den andre siden arbeidet de omplasserte sykepleierne utenfor sitt vante arbeidsområde. Kandidaten vil argumentere for at det å kjenne grensene for sin kompetanse er avgjørende for å utøve forsvarlig praksis. Man kan tenke at de kanskje opplevde det utrygt å ta ansvar for en pasientgruppe og behandlingsmetoder de ikke var vant med.

Informantene uttrykte at det kunne være belastende å ha hovedansvaret for helsehjelpen pasienten ble tilbudt. Det var utfordrende fordi de omplasserte sykepleierne i noen grad ikke

ønsket å ta større ansvar samt at de selv, på grunn av flere faktorer, opplevde at det var vanskelig å delegere vekk ansvar og oppgaver. De anerkjente at de ønsket all hjelpen de kunne få velkommen, da deres yrkesgruppe var for få til å ivareta det økte antallet intensivpasienter som følge av covid-19 pandemien. Likevel uttrykket informantene at mangelen på intensivsykepleiere var tydelig, og at dette under pandemien førte til at deres ansvars- og arbeidsbelastning økte. De savnet også en verdsettelse av intensivkompetansen.

6.2.3 Ineffektiv bruk av kompetanse i behandlingen av pasienten

I følge funksjons- og ansvarsbeskrivelsen skal intensivsykepleiere ta medansvar for effektiv og forsvarlig ressursbruk (NSFLIS 2017a). Helsedirektoratet (2019a) understreker også at god utnyttelse av ressurser er viktig for kvalitet i helsetjenestene og pasientbehandlingen. Intensivsykepleiere utfører ofte oppgaver som ikke krever spesialkompetanse eller har direkte tilknytning til pasientbehandlingen. Dette kan eksempelvis være rydding, vasking og klargjøring av en intensivplass. Under pandemien økte arbeid på isolater. Dette var ekstra ressurskrevende blant annet på grunn av en økning av arbeidsoppgaver, eksempelvis håndtering av smitteavfall eller smittevasking av utstyr. Selv om dette er viktige oppgaver for driften av en intensivavdeling, krever det ingen særskilt kompetanse. Under samme periode økte behovet for kompetent personell. Informantene fortalte at det var ineffektiv bruk og sløsing av verdifull kompetanse, da de i større grad enn normalt måtte utføre slike arbeidsoppgaver. I en studie av Marceau et.al. (2022) beskriver sykepleierne at de opplevde økt arbeidsbelastning som følge av økte oppgaver som eksempelvis smittevasking, og rapporterte også at dette hadde negativ innvirkning på kvaliteten på helsetjenestene. Kandidaten tolket ikke at informantene opplevde at det hadde direkte negative konsekvenser for pasientbehandlingen. Det ble derimot tolket at frustrasjonen til informantene handlet om en økt arbeidsbelastning, men også som en bekymring for at ressursbruken var uforsvarlig da de visste hvor sårt behovet for kompetanse var på pasientrommene.

Det kan argumenteres for at den store økningen arbeidsoppgaver informantene måtte utføre var en ineffektiv bruk av deres kompetanse, og ikke var en effektiv og forsvarlig ressursbruk i situasjonen med mangel på intensivsykepleiere. Kandidaten oppfattet at informantene hadde liten mulighet til å påvirke situasjonen, og var avhengige av at arbeidsoppgavene ble utført. Etterhvert tok opplært støttepersonell over store deler av denne typen arbeidsoppgaver. Situasjonen kan kanskje skyldes at mange norske intensivavdelinger normalt har lite fast

støttepersonell, eventuelt at mengden oppgaver overgikk deres kapasitet. Nytenkning rundt og bedre oppgavedeling mellom helsepersonell er et tiltak Helsedirektoratet (2014) har fremmet for å løse fremtidig ressursmangel og for å bedre utnytte spesialistkompetanse. Eksempelvis kan dette være flere helsefagarbeidere på intensivavdelinger. En forbedring i oppgavedeling kan tenkes å bidra til at intensivsykepleiere i større grad forbrukt sine ressurser i pasientbehandlingen de er spesialisert til å utføre.

6.3 Utfordrende å ivareta den lindrende funksjonen

I henhold til funksjons- og ansvarsbeskrivelsen for intensivsykepleiere (NSFLIS 2017a) handler den lindrende funksjonen blant annet om å redusere stress hos pasienten og hjelpe pasienten med å bruke krefter på helsefremmende prosesser.

6.3.1 Utfordrende å ivareta pasientens psykososiale behov

Akutt og kritisk sykdom kan medføre store psykososiale påkjenninger hos pasienten, både som følge av sykdom og av helsehjelpen som gis (Stubberud 2019a, s.15). Informantene fortalte at de til tider var nødt til å prioritere hardt på grunn av mangel på personell. Det virker som dette førte til en nedprioritering av pasientens behov for psykososial omsorg.

Informantene problematiserte den langvarige og betydelige isolasjonen, samt beskyttelsesutstyr som kom i veien for menneskelig kontakt og kommunikasjon mellom pleier og pasient. I flere studier utført i løpet av covid-19 pandemien beskriver sykepleiere isolasjon, barriereskapende beskyttelsesutstyr, manglende ressurser og forsinkelser av pleien som en avhumanisering av pleien (Bergman 2021, Fernandez-Castillo 2021, Gordon, Magbee og Yoder 2020, Kentish-Barnes 2021). Avhumanisering innebærer at «*pasienten opplever seg mer som et objekt enn som et menneske*» (Stubberud 2019a, s.26). Alvorlig syke covid-19 pasienter har vært utsatt for betydelig isolasjon. Det har vært mer enn hva som er normalt for intensivpasienter blant annet på grunn av besøksrestriksjoner og heldekkende beskyttelsesutstyr hos pleierne.

Informanter fortalte at mangel på personalressurser og behov for prioriteringer kan ha medført mangel på omsorgsfull kontakt. Mangel på omsorgsfull kontakt kan i følge Almerud

(2007) og Gilmartin og Wright (2008) føre til at pasienter føler seg usikre og oversett. Informantene fortalte at de hadde opplevd pasienter utrygge, engstelige, stresset, slitne og forvirret. Dette kan bidra til å utløse psykisk stress hos pasientene. Kandidaten tolker at informantene opplevde det utfordrende å redusere stress hos pasientene. Psykisk stress kan føre til fysiologiske stressreaksjoner, og ha negative konsekvenser for pasientens sårbarhet for sykdom, for sykdomsforløpet og rehabilitering (Cuesta og Singer 2012, Sand et.al. 2014). Eksempelvis kan det føre til redusert immunforsvar, som vil være spesielt ugunstig for denne pasientgruppen som allerede behandles for en alvorlig infeksjon, og har svekket motstandsdyktighet.

Det virker som psykososial omsorg kunne havne i andre rekke fordi arbeidsbelastningen var stor og ressursene knappe. En informant fortalte: *«Man får ikke dekket alle behovene alltid, fordi det er andre ting som kommer først. Om det er respirasjon eller sirkulasjon som gjør pasienten dårlig, så blir andre ting nedprioritert»*. I studien til Andersson, Nordin og Engström (2022) fortalte intensivsykepleiere at pleien ble upersonlig og rutinepreget, og sammenlignet behovet for prioriteringer og standardiseringen av pleien med å jobbe på en fabrikk. Intensivsykepleie innebærer normalt å gjøre prioriteringer i pleien og behandlingen, men kandidaten får inntrykk av at dette har økt under pandemien. Bergman et.al. (2021) beskriver at redusert mulighet til gi pleie av kvalitet under pandemien ga etisk stress hos sykepleierne. Med tanke på rammene som ble satt for å utføre pleien virker det som informantene forsonte seg med at de hadde gjort så godt de kunne og hadde prioritert pleien riktig. Likevel oppfatter kandidaten det som at samvittigheten deres var preget. I følge Aiken et.al. (2002) kan redusert mulighet til å gi pleie av kvalitet også bidra til at sykepleiere opplever utmattelse og redusert jobbtilfredshet. Dette er potensielt alvorlige konsekvenser i en nødvendig yrkesgruppe.

Flere faktorer kan påvirke pasientens evne til å mestre negativt stress og oppleve kontroll, eksempelvis sosial støtte, informasjon, ro og hvile (Stubberud 2019a). På tross av mange utfordringer kom frem at informantene forsøkte å styrke den psykososiale omsorgen, redusere stress og øke pasientens mestring på de måtene de hadde mulighet til. Dette kunne eksempelvis være å la pasienten hilse på pårørende gjennom et vindu, bruke ekstra god tid på kommunikasjon med tanke på forstyrrende og barriereskapende elementer, eller å etterstrebe at kombinasjoner av tiltak skulle «klaffe» for at pasienten skulle ha det godt.

I følge Fernandez-Castillo et.al (2021) blir muligheten til å gi god og helhetlig pleie negativt påvirket under pandemier. Kandidaten tolker at utilstrekkelig bemanning, kommunikasjonsbarrierer og besøksrestriksjoner var sentrale faktorer som utfordret informantenes mulighet til å ivareta pasientenes behov for psykososial omsorg. Det tolkes at dette kan ha hatt uheldige konsekvenser for pasientene, men kan også ha bidratt til en preget samvittighet og økt stress hos informantene.

6.4 Utfordrende å gi omsorg for pårørende

I henhold til funksjons- og ansvarsbeskrivelsen for intensivsykepleiere (NSFLIS 2017a) skal intensivsykepleieren tilrettelegge for et familiesentrert behandlingsmiljø og ivareta pårørendes behov for omsorg. Det er økt fokus i helsevesenet på betydningen av å inkludere pasientens pårørende i helsehjelpen til pasienten (Meld. St.29 2012-2013). Med familiefokusert omsorg anerkjenner man pårørende som en ressurs, da de som regel har stor betydning for pasientens behandlingsresultat (Helsedirektoratet 2019b). Dessuten er det økt oppmerksomhet på belastningene det medfører å være pårørende når et familiemedlem blir kritisk syk. Noen viktige prinsipper for familiefokusert omsorg er gjensidig respekt, samarbeid, å dele informasjon, deltakelse og støtte (Helsedirektoratet 2019b, Stubberud 2019b).

6.4.1 Redusert mulighet til å la pårørende deltagende

Ifølge funksjons- og ansvarsbeskrivelsen har intensivsykepleiere ansvar for å anerkjenne pårørende som en ressurs for pasienten, og veilede og støtte dem slik at de kan ta del i omsorgen for pasienten (NSFLIS 2017a). I pasient- og brukerrettighetsloven står det også «*Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten*» (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999, kap.3, § 3-1). Pasienter som får respiratorbehandling og sedasjon vil ikke være samtykkekompetente. Sykehusenes besøksrestriksjoner la store restriksjoner på informantenes mulighet til å la pårørende være deltagende i pasientbehandlingen. Informantene beskrev hvordan pårørende sjeldent fikk være tilstede hos pasientene og fikk begrenset sin rolle som deltagende i behandlingen.

Fra flere studier rapporterer sykepleiere at det var vanskelig for dem å nekte pårørende inngang til avdelingen og aktiv deltagelse (Brockopp et.al. 2021, Jensen et.al. 2022, Lie et.al. 2021). Dette tolkes samstemt med hva informantene fortalte. Men selv om de synes det var vanskelig opplevde de det nødvendig. Kandidaten forstår det som at intensivsykepleierne har vært i en konflikt mellom etiske instinkter og et opplevd ansvar. Ansvaret for å etterleve regler og begrense smitten i samfunnet ser ut til å veie tungt i deres vurdering om det var forsvarlig å være så strenge og begrense pårørendes mulighet til medvirkning. I noen tilfeller fikk det etiske aspektet veie tyngst, som når de valgte å invitere inn pårørende til pasienter som hadde ligget veldig lenge på avdelingen.

Andre studier fant at besøksrestriksjonene førte til at viktige samarbeidssamtaler uteble, og at mangelfull medvirkning fra pårørende førte til at de ikke hadde kunnskap om hvem pasientene var som mennesker (Andersson, Nordin og Engström 2022, Wendlandt, Kime, Carson 2022). Pårørende er viktige ressurser for at intensivsykepleieren skal bli kjent med pasienten. Kandidaten tolker at besøksrestriksjonene kan ha bidratt til at pleien ble upersonlig da intensivsykepleierne manglet kjennskap til pasientenes personlighet. Selv om informantene hadde begrenset mulighet til å la pårørende medvirke på den tradisjonelle måten, klarte de i noen tilfeller å gjennomføre alternative tiltak – slik som en pårørendesamtale som ble gjennomført utendørs på sykehusets parkeringsplass.

Kandidaten tolker at en redusert mulighet til å la pårørende være deltagende hadde konsekvenser for pårørendes og pasientens rettigheter. Det kan også ha påvirket intensivsykepleierens arbeid da pårørende er ressurser blant annet med tanke på kunnskap om pasienten.

6.4.2 Redusert mulighet til å støtte pårørende

I funksjons- og ansvarsbeskrivelsen for intensivsykepleiere innebærer omsorg for pårørende å støtte pårørende slik at de kan delta i omsorgen for pasienten, og å anerkjenne og ivareta deres behov for omsorg i en situasjon med akutt og kritisk sykdom (NSFLIS 2017a).

Informantene fortalte om sin begrensede mulighet til å støtte pårørende, og at pårørende hadde måttet søke støtte andre steder. De fortalte at de hadde ønsket situasjonen var annerledes og de hadde mer tid til pårørende, men at de ikke hadde muligheten og «det var sånn det måtte bli». Informantene ga uttrykk for at dette hadde vært vanskelig for dem. I

følge Jensen et.al. (2022) opplevde intensivsykepleiere moralsk og emosjonelt stress når de måtte balansere besøksrestriksjonene og pårørendes behov.

Pårørende til akutt og kritisk syke har behov for støtte fra familie og venner, men også fra sykepleiere. Støtte fra sykepleiere kan bidra til mestre situasjonen de står i og oppleve økt trygghet (Frivold, Dale & Slettebø 2015, Wong et.al. 2017). Informantene anerkjente at pårørende ikke hadde blitt optimalt ivaretatt under pandemien. Kandidaten tolker at dette kan ha ført til negative opplevelser for pårørende.

Kandidaten oppfatter det som at informantene har vært tydelig begrenset i sin mulighet til å ivareta sin ansvar for å støtte pårørende. Dette syntes å være en konsekvens av gjeldende besøksrestriksjoner og bemanningsutfordringer, som var utenfor deres kontroll. Mangel på tilstrekkelig støtte fra intensivsykepleierne under pandemien kan ha hatt en negativ innvirkning på pårørendes opplevelse av mestring og trygghet.

6.4.3 Utfordrende å dele informasjon med pårørende

Å dele informasjon er et viktig prinsipp for familiefokusert omsorg (Helsedirektoratet 2019b, Stubberud 2019b). Pasient- og brukerrettighetsloven understreker dessuten nærmeste pårørendes rett på informasjon om pasientens helsetilstand og helsehjelpen som ytes om pasienten samtykker til dette eller dersom forholdene tilsier det (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999).

Informantene fortalte at informasjonsflyten til pårørende ble redusert blant annet på grunn av besøksbegrensninger og tap av den uformelle samtalen. I en normalsituasjon er intensivsykepleiere vant med at pårørende ofte er mye tilstede hos intensivpasienten. Man opererer ikke med faste besøksregler og tilrettelegger i større grad for den enkeltes behov ut i fra situasjonen. Dette er naturlig da situasjonen rundt en intensivpasient er usikker, uforutsigbar og alvorlig. Miljøet på pasientrommet kan da observeres av pårørende og vekke tanker og spørsmål man kanskje ellers ikke ville fått. Informantene mente at noe informasjon som er naturlig å gi inne på pasientrommet ikke faller seg like naturlig å formidle gjennom en telefonsamtale. Kanskje er det i noen grad er ulik forståelse mellom intensivsykepleier og pårørende for hvilken informasjon som er betydningsfull.

God og tilstrekkelig informasjon om pasienten er noe av det aller viktigste for pårørende, og har betydning for deres mestring, tilfredshet og forståelse av situasjonen (Al.Mutair et.al. 2013, Frivold, Dale & Slettebø 2015, Wood, Chaitin og Arnold 2018). Informantene fortalte at de opplevde det utfordrende å gi god informasjon gjennom telefonsamtaler, og opplevde at pårørende kunne få mindre informasjon enn normalt. To kvalitative studier utført under covid-19 pandemien fant at kvaliteten på kommunikasjonen ble dårligere, informasjon ble utelatt og pårørendes forståelse av informasjonen ble redusert når kontakten begrenset seg til telefonsamtaler (Kentish-Barnes et.al.2021, Wendlandt, Kime & Carson 2022). Mangel på tid ble også trukket frem av informantene som en barriere for å dele informasjon. Kandidaten har også tanker om at pårørendes behov for enstydig og pålitelig informasjon kan ha økt under pandemien. Covid-19 pandemien har hatt et enormt fokus i mediene. Det har vært en konstant flyt av ny informasjon, ytringer med polariserte standpunkt, beskrivelser av sykdommens alvor og den kritiske situasjonen på sykehusene. I følge pårørendeveilederen var mangelfull eller dårlig informasjon allerede før pandemien en årsak til mange henvendelser fra pårørende (Helsedirektoratet 2019b).

Kandidaten oppfatter det som at aktiviteten i rommet og samspillet mellom intensivsykepleier og pårørende på pasientrommet var av betydning for hvilken og hvor mye informasjon som formidles. Kandidaten tolker at besøksbegrensningene, pårørendekontakt som begrenset seg kun til telefonsamtaler og mangel på tid har hatt negativ innvirkning på intensivsykepleiernes mulighet til å dele informasjon med pårørende. Det kan virke som pårørendes behov for informasjon i flere tilfeller ikke ble ivaretatt som ønsket, noe som kan ha ført til negative opplevelser for pårørende.

6.4.4 Pårørende ble ikke behandlet likt

I følge pårørendeveilederen er prinsippet om rettferdighet en grunnleggende verdi i helsesektoren. Eventuelle forskjeller i tjenestetilbudet skal baseres på saklige hensyn, og relevante forskjeller i pårørendes ønsker og behov (Helsedirektoratet 2019b).

Informanter ved et av sykehusene fortalte at de hadde opplevd ulik behandling av pårørende hva gjaldt besøksregler utover i pandemien da besøksrestriksjonene begynte å lette. Dette er et funn kandidaten ikke finner presentert i andre forskningsartikler.

Informantene savnet klare og konsekvente regler for hvor mange og hvor ofte pårørende kunne komme på besøk. Det virket som det ble vanskeligere å vurdere om pårørende skulle få inngang til avdelingen fordi man i større grad skulle gjøre skjønnsmessige vurderinger grunnet fravær av felles regler. I intensivsykepleie er skjønn ofte en viktig del av beslutningsprosesser. Siden skjønn er en subjektiv vurderingsprosess tolker kandidaten at det var vanskelig å møte pårørendes behov for besøkstilgang likt og rettferdig. Det virket dessuten som at pandemisituasjonen gjorde vurderingen mer utfordrende. Informantene opplevde at dette resulterte i ulik behandling av pårørende, der noen fikk være mye hos pasienten, og andre lite.

I følge Stubberud er det viktig å være konsekvent på besøksreglene på intensivavdelingen (2019b). Hvis ikke kan pårørende oppleve at reglene er personavhengige og det kan føre til at de stiller spørsmål ved andre ting, som eksempelvis pasientbehandlingen. I en usikker situasjon hjelper det for pårørende å se at det er like regler og lik behandling av alle (Stubberud 2019b).

Kandidaten tolker at forskjellene som oppsto i liten grad var basert på saklige hensyn eller relevante forskjeller i pårørendes behov (Helsedirektoratet 2019b), men heller som en konsekvens av ulike skjønnsvurderinger i enkeltsituasjoner. I en usikker situasjon som en pandemi, med stadig endrede rutiner og regler, forstår kandidaten det som at skjønn og subjektive synspunkter ble være mer utfordrende å forsvare og at intensivsykepleiere hadde behov for klare felles retningslinjer. For beslutningen om å slippe pårørende inn angikk kanskje ikke lenger bare avdelingen eller den enkelte pasient og intensivsykepleier, men kunne også anses som et samfunnsangående i lys av smittesituasjonen.

6.5 Mye ansvar for opplæring av kollegaer uten intensivsykepleieutdanning

I henhold til funksjons- og ansvarsbeskrivelsen til NSFLIS (2017a) skal intensivsykepleieren gi opplæring og arbeidsoppgaver til medhjelpere i samsvar med personalets individuelle kompetanse.

Faglig ledelse er definert av Kunnskapsdepartementet (2021) som et viktig kompetanseområde for intensivsykepleiere. Veiledning og undervisning av studenter og kollegaer er en sentral del av dette, og noe intensivsykepleiere normalt gjør jevnlig. Under

pandemien virker det som dette ansvaret økte betraktelig. Informantene fortalte at de har brukt mye tid på å lære opp omplasserte sykepleiere uten intensivsykepleierutdanning. I flere studier har intensivsykepleiere fortalt at opplæring av mange nye kollegaer under pandemien har gitt en økt arbeidsbelastning (Andersson, Nordin og Engström 2022, Bergman et.al. 2021, Marceau et.al. 2022). «Belastende» var også et ord som gikk igjen når informantene snakket om mengden opplæring de måtte utførte.

Omplassering av sykepleiere var et av tiltakene som ble brukt for å håndtere det økte antallet intensivpasienter. Kandidaten oppfatter at informantene opplevde varierende grad av nytte av tiltaket. De negative holdningene til tiltaket virket først og fremst relatert til at mange var omplassert i en for kort periode, slik at de i liten grad rakk å bli en ressurs. I disse tilfellene tolker kandidaten det som at opplæringen ga informantene en økt arbeidsbelastning. Galanis et.al. (2021) og Marceau et.al. (2022) beskriver at mangel på tilstrekkelig personalressurser under pandemien har bidratt til utbrenthet og overbelastning av sykepleiere. Kandidaten tolker det slik at å unngå å omplassere sykepleiere kanskje ikke hadde bidratt til en reduksjon av arbeidsbelastningen fordi det samtidig ville ført til en ytterligere mangel på personalressurser. Videre uttrykket informantene at det ikke nødvendigvis var opplæringen i seg selv, men den betydelige mengden opplæring informantene måtte utføre som var belastende. Intensivsykepleiere skal i følge NSFLIS delta i prioritering og ressursfordeling, og ta medansvar for forsvarlig og effektiv ressursbruk (2017a). Informantene oppga at de brukte store ressurser til opplæring, både fra dem selv og fra fagsykepleiere, men fortalte at de hadde lite medbestemmelse i situasjonen.

Kandidaten oppfatter det som at opplæringen i noen tilfeller førte til at omplasserte sykepleiere ble ressurser som kunne avlaste arbeidspresset på intensivsykepleierne. I andre tilfeller, spesielt når omplasseringen var kortvarig, tolker kandidaten at det ga økt arbeidsbelastning for informantene. Til tross for dette uttrykket informantene at de ikke ville vært foruten de omplasserte sykepleierne. Kandidaten tolker det som at informantene verdsatt tiltaket for øke bemanningen, men at de ønsket en lavere belastning på dem selv i form av å drive opplæring, samt at de ønsket at sykepleiere var omplassert i lengre perioder av gangen.

6.6 Utfordrende å samhandle med ukjente kollegaer

I henhold til funksjons- og ansvarsbeskrivelsen til NSFLIS (2017a) skal intensivsykepleieren samhandle om kvalitet og pasientsikkerhet. Medisinsk behandling gjøres i samarbeid med, og etter ordinasjon fra lege, og intensivsykepleieren har medansvar for forsvarlig behandling.

Samhandling kan beskrives som *«et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnene til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte»* (St.meld. nr.47 2008-2009, s.13). Dette er med et mål om flyt i arbeidsprosessene, slik at pasienter og pårørende opplever sammenheng og forutsigbarhet i behandlingen. Informantene fortalte at samhandlingen med de mange nye kollegaene hadde fungert greit, men at det blant annet hadde ført til lite flyt i arbeidet.

Kandidaten tolker det som at flyt arbeidet i noen grad bygger på spisskompetanse og erfaring, og at pasientbehandlingen flyter bedre når man jobber i et kjent miljø med kollegaer man er trygg på. Å ikke kjenne kollegaene sine og ikke ha et felles kompetansegrunnlag kan virke som det har hatt en negativ innvirkning på flyten i arbeidsprosessene.

Informantene fortalte at det var utfordrende å kontinuerlig måtte samhandle med nye kollegaer og at dette krevde mye av dem. En av samhandlingsutfordringene som kom frem var utfordringer med kommunikasjonen. Blant annet ble beskyttelsesutstyr til hinder for verbal og non-verbal kommunikasjon med sykepleierkollegaer. Det kan også virke som kommunikasjonsutfordringene i noen grad bunnet i et manglende felles kompetansegrunnlag, siden mye tid ble brukt på å forklare hvorfor og hvordan helsehjelpen skulle utføres.

Kommunikasjon er viktig for å samhandle om kvalitet i pasientbehandlingen. God kommunikasjon kan bedre pasientsikkerhet, og ineffektiv kommunikasjon kan ha negativ innvirkning på pasientens behandlingsresultat (Stubberud 2020). Informantene fortalte videre at samhandling med ukjente kollegaer var utfordrende fordi de var usikre på deres kompetanse, og at beskyttelsesutstyret kunne oppleves som en barriere for å bli kjent. Den norske studien til Lie et.al. (2021) rapporterte lignende funn i forbindelse med samhandling, og fant at dette skapte stress og opplevelse av økt ansvar for intensivsykepleierne. Det kan tenkes at samhandlingsutfordringene bidro til en bekymring for om kvaliteten i behandlingen ble ivaretatt. Kandidaten erfarer selv at det å ha bekjentskap og relasjoner til sine sykepleierkollegaer påvirker kvaliteten og flyt i pasientbehandlingen, men også at det har betydning for opplevelsen av trygghet og trivsel på jobb.

Om samhandling med legene fortalte informantene om ulike erfaringer. To av informantene fortalte at samhandlingen med nye leger hadde fungert svært godt. På kohortavdelingen hadde de opplevd at samhandling med nye leger hadde fungert bedre enn med legene de samhandlet med på sin vante avdeling. De opplevde økt kvalitet og sikkerhet i behandlingen. Den positive opplevelsen virket knyttet til legenes kompetanse og samhandlingsevner. De andre informantene fortalte at de hadde opplevd frustrasjon og utfordringer når de samhandlet med noen av de nye legene. De opplevde å ikke bli hørt og at nye leger ikke fulgte behandlingsprinsippene som var etablert på bakgrunn av erfaringskunnskapen i avdelingen. Legen har beslutningsansvaret hva gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient (Helsepersonelloven 1999). Likevel skal lege og intensivsykepleier samhandle i medisinsk behandling, og intensivsykepleieren skal ta medansvar for at behandlingen er forsvarlig (NSFLIS 2017a). I et teamarbeid er medlemmene gjensidig avhengig av hverandre, og god samhandling krever blant annet god kommunikasjon og samarbeid i beslutningsprosesser (Xyrichis og Ream 2008). Eksempelvis er intensivsykepleieren den som er tilstede og overvåker pasienten kontinuerlig, og legen er avhengig av observasjonene og de kliniske vurderingene intensivsykepleieren utfører. I følge Xyrichis og Ream (2008) kan et godt teamarbeid bidra blant annet til økt effektivitet, høyere kvalitet på helsehjelpen og bedre behandlingsresultat for pasienten og økt jobbtilfredshet blant helsepersonellet. Det tolkes at informantenes frustrasjon handlet om at en tidvis dårlig samhandling påvirket kvaliteten i pasientbehandlingen negativt, fordi de måtte utføre forordnet behandling de var faglig uenig i og ikke var overensstemmende med de etablerte behandlingsprinsippene i avdelingen. Et viktig premiss for kvalitet i helsetjenestene er at behandlingen er virkningsfull (Helsedirektoratet 2019a). Informantene opplevde at noen leger forordnet behandling som ikke samstemte med dette. Det virker som det var utfordrende for dem å ta medansvar for det de mente var forsvarlig pasientbehandling fordi de opplevde å ikke bli hørt av nye leger.

På tross av at samhandlingen med ukjente kollegaer hadde vært krevende ga informantene uttrykk for at det stort sett hadde gått greit. De fortalte dessuten at det hadde vært en verdifull profesjonell erfaring, og de satt pris på de nye bekjentskapene de opplevde på tvers av spesialiteter og avdelinger. Likevel hadde det skapt noe usikkerhet å samhandle med så mange nye kollegaer, og informantene opplevde at spesielt samhandling med ukjente sykepleierkollegaer hadde negativ innvirkning på flyt i arbeidsprosessene.

6.8 Metodediskusjon

I dette kapitlet vil kandidaten drøfte studiens kvalitet. Det vil si forskerens rolle, undersøkelsens reliabilitet og validitet.

6.8.1 Forskerens rolle

Fordi forskeren bruker seg selv som redskap i innhenting og dannelse av ny kunnskap, er forskerens rolle og integritet avgjørende for kvaliteten på undersøkelsen og beslutningene som treffes (Kvale og Brinkmann 2015). Dette innebærer et ansvar for å kontrollere og validere at resultatene som legges frem representerer de faktiske funnene. Det er viktig å gjøre rede for egen bakgrunn fordi forskerens forforståelse kan påvirke resultatene.

Kandidaten er selv intensivsykepleier og har behandlet pasienter med covid-19, og har med seg egne erfaringer og tolkning av situasjonen. Egne erfaringer fra pandemien kan ha gjort det utfordrende å være objektiv og kan ha påvirket intervjuer og tolkning av data. Kandidaten har forsøkt å holde en profesjonell avstand, være åpen i analyseprosessen og ha fokus på problemstillingen for å motvirke dette. Det kan også være en styrke at kandidaten har stor kjennskap til feltet og kan bruke sin kunnskap i tolkningen av data. Braun og Clarke legger vekt på at forskerens subjektivitet er en ressurs da forskeren har en aktiv rolle i produksjonen av ny kunnskap (Braun et.al. 2019).

Det å forske i egen avdeling kan være en svakhet på grunn av bias. Kandidaten har ikke forsket i egen avdeling, noe som kan være med på å styrke sannsynligheten for å få troverdige utsagn fra informantene.

6.8.2 Undersøkelsens reliabilitet

Reliabilitet handler om påliteligheten til studiens resultater, om de er konsise og nøyaktige (Kvale og Brinkmann 2015, Johannessen, Tufte og Christoffersen 2016). Ofte brukes etterprøvnbarhet som et mål på reliabilitet. Slik reliabilitetstesting er lite hensiktsmessig i kvalitative metoder fordi datainnsamlingen styres av unike samtaler og observasjoner, og fordi forskeren bruker seg selv som instrument i forskningsprosessen, både som intervjuer og fortolker. Forskeren har også sin egen erfaringsbakgrunn og forforståelse (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2016, Malterud 2017).

Selv om man ønsker å unngå for stor grad av subjektivitet i tolkningen av data for å styrke reliabiliteten, kan et overdrevent fokus på dette motvirke kreativ tenkning og variasjon, som kan ønskes i kvalitativ forskning (Kvale og Brinkmann 2015). I følge Malterud (2017) vil ulike forskere feste seg ved ulike nyanser ved datamaterialet, og vi erkjenner at det finnes flere gyldige versjoner av kunnskapen. Ulike grep for å styrke reliabiliteten i kvalitativ forskning kan være å gi grundig innsikt og begrunnelse av utvalgsmetode, datainnsamling og -tolkning, hvordan deltagere og etiske hensyn er behandlet samt forskerens tilhørighet og bakgrunn (Polit og Beck 2021, s.567-581).

Kandidaten har brukt seg selv som instrument gjennom hele forskningsprosessen, og erkjenner at egne erfaringer og bakgrunn kan ha påvirket forståelsen av data og tolkningen av disse. Kandidaten erkjenner at egne intervjuferdigheter kan være en svakhet. Kandidaten har derfor forsøkt å styrke påliteligheten rundt datainnsamlingen ved å tilegne seg kunnskap om intervjuteknikk, ved øvelse og gjennomføring av pilotintervju. Datainnsamlingen ble utført gjennom et strategisk utvalg, som i følge Malterud (2017) kan styrke reliabiliteten på resultatnivå.

Fordi det er gjennomført individuelle intervjuer kan også mellommenneskelige forhold ha påvirket i intervjuprosessen. Troverdigheten til forskningen kan blant annet styrkes ved å vise transparens rundt hele forskningsprosessen og å være nøyaktig i behandlingen av datamaterialet (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2016, Malterud 2017). Transparens er forsøkt gjennom beskrivelser av metode og fremgangsmåte i kapittel 4, samt at kandidatens behandling av datamaterialet er undersøkt av og diskutert med veileder.

6.8.3 Undersøkelsens validitet

Å validere handler om å stille spørsmål ved funnernes gyldighet og troverdighet. Det dreier seg om hvorvidt valgt design og metode undersøker det forskeren har til hensikt å undersøke samt om funnene representerer virkeligheten (Kvale og Brinkmann 2015, Malterud 2017).

Validering gjøres gjennom hele forskningsprosessen gjennom kontinuerlige kvalitetskontroller. Kandidaten har valgt å diskutere validitetsaspektet etter Kvale og Brinkmanns syv stadier for validering som deles inn i: 1. Tematisering, 2. Planlegging, 3. Intervjuing, 4. Transkribering, 5. Analysering, 6. Validering og 7. Rapportering (Kvale og Brinkmann 2015, s.278).

6.8.3.1 Tematisering

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) handler dette om hvor solide studiens teoretiske forutsetninger er og hvor logisk utledningen fra teori til forskningsspørsmål er. Det handler om å klargjøre bakgrunnen og formålet for studien og å innhente tilstrekkelig forkunnskap. Problemstillingen og analysen av funnene er gjort med utgangspunkt i teori om intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder og tidligere forskning om intensivsykepleierens erfaringer under covid-19 pandemien.

6.8.3.2 Planlegging

Utvalget av informanter kan ha påvirket funnene. Utvalgsstørrelsen på fire informanter ble i hovedsak bestemt på bakgrunn av oppgavens omfang, men også på bakgrunn av dataens styrke. Metning er ofte et begrep som omtales i forbindelse med utvalgsstørrelse og handler å nå et punkt der flere intervjuer ikke vil gi noe ny kunnskap på området. Dette begrepet er i følge Malterud (2017) problematisk i kvalitativ forskning, som vektlegger at høy informasjonsstyrke hos informantene er viktigere for å besvare problemstillingen. Kandidaten opplevde at informantene hadde høy informasjonsstyrke. Alle hadde jobbet i en intensivavdeling som behandlet covid-19 pasienter siden pandemiens utbrudd. Det vil si i overkant av et år innen intervjuene fant sted. Informantene kom også fra to ulike sykehus. Kandidaten anser variasjonen som en styrke fordi det reduserer risiko for bias i funnene eksempelvis på bakgrunn av bestemte avdelingsnormer eller erfaringer.

6.8.3.3 Intervjuing

Kvaliteten på intervjuet er avgjørende for validiteten på studiens resultater. I følge Kvale og Brinkmann (2015) kan blant annet forskerens kunnskap om intervjuemnet, samtaleferdigheter, åpenhet og evne til å stille gode oppfølgingsspørsmål underveis være en styrke. Kandidaten har etterstrebet dette under intervjuene, samt forberedt seg og jobbet med intervjuteknikk blant annet gjennom pilotintervjuet. Likevel er kandidaten åpen for at egne intervjuferdigheter kan være en svakhet.

Deltagersjekk en metode for validering. Dette kan gjøres underveis i intervjuene eller i etterkant ved at deltagere får lese gjennom transkribert datamateriale (Polit og Beck 2021). Kandidaten brukte valideringsmetoden underveis i intervjuene ved å stille

oppfølgingsspørsmål og ba deltagere om å utdype meninger eller oppklare dersom noe var uklart.

Intervjuets kvalitet og troverdighet avhenger også av intervjuguiden som benyttes. I og med at intervjuguiden for prosjektet var ferdig laget kan ikke utformingen av denne drøftes, kun kandidatens erfaring med å bruke intervjuguiden. En erfaring var at spørsmålene knyttet til hvilke andre arbeidsoppgaver informantene hadde hatt under pandemien var lite spesifikke for min utvalgsgruppe intensivsykepleiere. Kandidaten tenker at disse i større grad var rettet mot andre yrkesgrupper som ble intervjuet i det større forskningsprosjektet, som anesthesi-, barn- og operasjonssykepleiere. Kandidaten tenker også at intervjuguiden i større grad kunne ha vært knyttet til de spesifikke funksjons- og ansvarsområdene til intensivsykepleiere, og at dette kanskje hadde ført til andre resultater som var relevante for problemstillingen. På en annen side er det forståelse for at intervjuguiden skulle tilpasses spesialsykepleiere innenfor ulike spesialfelt, og at det derfor ikke var mulig å ha spørsmål som var mer direkte relevant for intensivsykepleiere. Intervjuguidens utforming førte også til at kandidaten fikk mye kunnskap om hvordan informantene hadde erfart sin arbeidssituasjon generelt. Dette bidro til å danne et helhetlig bilde av informantenes situasjon, som viste seg nyttig når funnene skulle tolkes og analyseres ved å skape en kontekst. Likevel førte det også til et mangfold av interessante funn som kan ha gjort det utfordrende å identifisere det som var relevant for problemstillingen.

6.8.3.4 Transkribering

Det finnes ikke noe tydelig svar på hva som er riktig oversettelse fra muntlig til skriftlig form. Kvale og Brinkmann (2015) foreslår å stille spørsmålet «Hva er en nyttig transkripsjon for min forskning?». Kandidaten har valgt å transkribere intervjuene ordrett. Transkripsjonen skal søke å være lojal mot virkeligheten, slik deltagernes erfaringer og meninger beformidlet og oppfattet under intervjuene (Malterud 2017). Selv om kandidaten mener *hva* informantene fortalte var av større betydning for forskningsspørsmålet enn *hvordan* de fortalte det, kom det frem ulike nyanser under informantenes uttalelser som kandidaten opplevde relevante, eksempelvis bruk av sarkasme. Kandidaten oppfattet at dette kunne ha betydning for tolkning av latent meningsinnhold i datamaterialet.

6.8.3.5 Analysering

Kandidaten er nybegynner i forskning og dataanalyse som kan være en svakhet. Kandidaten har forsøkt å styrke validiteten i analysen gjennom grundig gjennomgang av litteratur om analyseverktøyet samt hjelp fra veileder underveis i analysen. Den valgte analysemetoden innebærer en frem og tilbakegang mellom temaer og originaltekst for å kontinuerlig sikre at fortolkningene mest mulig gjenspeiler virkeligheten (Braun et.al. 2019). Gjennom prosessen har også veileder gjentatte ganger undersøkt kandidatens fortolkning og koder, og gitt tilbakemeldinger på analysen. Kandidaten har anvendt Braun og Clarke sin 15-punkts sjekkliste for kvalitetsvurdering av analyseprosessen for tematisk analyse (se vedlegg 3) (Braun og Clarke 2006, s.96). Likevel kan liten erfaring med dataanalyse hos kandidaten ha ført til at relevant kunnskap i intervjuene ikke er fanget opp. Mye av utsagnene som kom frem under intervjuene handlet i stor grad om informantenes generelle arbeidserfaring under pandemien. Fordi kandidaten hadde en deduktiv tilnærming og en så klar forforståelse for hva som var relevant ut i fra funksjons- og ansvarsbeskrivelsen av NSFLIS, kan dette potensielt ha hatt en negativ innvirkning på egen åpenhet overfor datamaterialet. Det kan ha ført til at kandidaten har mistet utsagn som kunne ha vært relevante for problemstillingen.

6.8.3.6 Validering

Validering innebærer en vurdering av hvilke valideringsformer som er relevante for studien og gjennomføring av de aktuelle valideringsprosedyrene (Kvale og Brinkmann 2015). Dette diskuteres gjennom hele kapittel 6.8.3.

6.8.3.7 Rapportering

Validitet i rapportering innebærer hvorvidt de rapporterte resultatene gir en gyldig og troverdig beskrivelse av hovedfunnene (Kvale og Brinkmann 2015). I denne sammenheng kan det være en svakhet at kandidaten har manglende erfaring med å drøfte forskningsfunn. Kandidaten tenker også at det kan være en utfordring at problemstillingen favnet bredt og resulterte i en mengde interessante funn. Dersom begrensningen i omfanget av denne masteroppgaven ikke hadde vært til hinder, kan det tenkes at funnene kunne ha blitt drøftet dypere og ført til mer kunnskap. En annen utfordring i rapporteringsfasen er å sikre at rapporten er troverdig mot informantenes ytringer. I tråd analysemetoden har kandidaten kontrollert funn i resultatkapittelet opp mot de fire intervjuene for å oppnå dette (Braun et.al. 2019). Likevel er resultatkapittelet et samarbeid mellom forskeren og informanter, og det

anerkjennes at rapportering av funnene kan være påvirket av kandidatens forforståelse (Kvale og Brinkmann 2015). Kandidaten har forsøkt å være tydelig i beskrivelsen av fremgangsmåte for å sikre konsistens mellom metode, analyse og rapportering av funn, i tråd med analysemetoden og masterhåndboken (Braun et.al. 2019, Oslomet 2021).

7.0 Konklusjon

På bakgrunn av undersøkelsens resultater konkluderer kandidaten med at informantene har erfart mange utfordringer med å ivareta sine funksjons- og ansvarsområder. Spesielt fremtredende er kanskje mangelen på intensivsykepleierkompetanse som har påvirket informantenes arbeids- og ansvarsbelastning og opplevelse av ivaretatt pasientsikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen.

Informantene har måttet forholde seg til mange nye kollegaer uten intensivsykepleierutdanning. Dette har ført til betydelige mengder opplæring, dårligere flyt i arbeidet, samhandlingsutfordringer, og bekymring for kompetanse i pasientbehandlingen.

Personlig beskyttelsesutstyr syntes å ha negativt påvirket kontakt og kommunikasjon med både kollegaer og pasienter. Dårlig kvalitet og tilgang på beskyttelsesutstyr har ført til ubehag og stress for intensivsykepleiere, som kan ha påvirket arbeidet.

Pårørendeomsorgen har også blitt betydelig påvirket som følge av besøksrestriksjoner og mangel på tid og bemanning.

Det er tilsynelatende mange faktorer som har påvirket hvorvidt intensivsykepleiere har kunnet ivareta sine funksjons- og ansvarsområder. Dette er kun resultater fra fire informanter. Kandidaten antar at det mye mer kunnskap å hente og mener det er behov for mer forskning på denne problemstillingen.

8.0 Referanseliste

- Aarnes, J.F. (2021) Kontinuitet. I *Store norske leksikon*. Hentet 1.4.2022 fra:
<https://snl.no/kontinuitet>
- Ahus (2020) Retningslinje for sykepleier 1 på intensiv COVID-19 under koronapandemi Trinn 1-4. *Intern prosedyre Akershus Universitetssykehus*. Hentet fra lokal database, godkjent for ekstern bruk. Dokument kan oppgis på forespørsel.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J. og Silber, J.H. (2002) Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of American Medical Association*, 288(16): 1987-1993.
- Almerud, S. et.al. (2007) Of vigilance and invisibility – being patient in technologically intense environments. *Nursing in Critical Care*, 12(3): 151-157.
- Aloweni, F., Bouchoucha, S. L., Hutchinson, A., Ang, S. Y., Toh, H. X., Bte Suhari, N. A. et.al. (2022). Health care workers' experience of personal protective equipment use and associated adverse effects during the COVID-19 pandemic response in Singapore. *Journal of Advanced Nursing*, 00: 1–14. doi: 10.1111/jan.15164
- Al-Mutair, A. S., Plummer, V., O'Brien, A., & Clerehan, R. (2013). Family needs and involvement in the intensive care unit: a literature review. *Journal of clinical nursing*, 22(13-14): 1805-1817.
- Andel, S. A., Tedone, A. M., Shen, W., & Arvan, M. L. (2022). Safety implications of different forms of understaffing among nurses during the COVID-19 pandemic. *Journal of Advanced Nursing*, 78(1): 121–130.
- Andersson, M., Nordin, A., & Engström, Å. (2022). Critical care nurses' experiences of working during the first phase of the COVID-19 pandemic—Applying the Person-centred Practice Framework. *Intensive and Critical Care Nursing*, 69: 103179. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103179>
- Anesi, G. (2021) Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Critical care and airway management issues. *Uptodate*. Hentet 20.1.2021 fra:

https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-critical-care-and-airway-management-issues?topicRef=127429&source=see_link

- Bergman, L., Falk, A., Wolf, A. og Larsson, I. (2021) Registered nurses' experiences of working in the intensive care unit during the COVID-19 pandemic. *Nursing in critical care*, 26(6): 467-475.
- Braun, V. og Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2): 77–101.
- Braun, V., Clarke V, Hayfield N., Terry, G. (2019). Thematic Analysis. In:ed: Liamputtong, P. *Handbook of Research Methods in Health and Social Sciences*. Springer nature, Singapore.
- Brockopp, D., Monroe, M., Davies, C. C., Cawood, M., & Cantrell, D. (2021). COVID-19: The Lived Experience of Critical Care Nurses. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 51(7/8): 374-378.
- Bruyneel, A., Lucchini, A., og Hoogendoorn, M. (2022). Impact of COVID-19 on nursing workload as measured with the Nursing Activities Score in intensive care. *Intensive & critical care nursing*, 69: 103170. doi: 10.1016/j.iccn.2021.103170
- Carmassi C, Foghi C, Dell'Oste V, Cordone A, Bertelloni CA, Bui E, et al. (2020). PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: What can we expect after the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 292: 113312. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113312>
- Chegini, Z., Arab-Zozani, M., Rajabi, M. R., & Kakemam, E. (2021). Experiences of critical care nurses fighting against COVID-19: A qualitative phenomenological study. *Nursing Forum*, 56(3): 571-578.
- Cuesta, J.M. og Singer, M. (2012) The stress response and critical illness: a review. *Critical Care Medicine*, 40(12): 3283-3289.
- Danielis, M., Peressoni, L., Piani, T., Colaetta, T., Mesaglio, M., Mattiussi, E., & Palese, A. (2021). Nurses' experiences of being recruited and transferred to a new sub-intensive

care unit devoted to COVID-19 patients. *Journal of nursing management*, 29(5): 1149-1158.

Fernandez-Castillo, R. J., González-Caro, M. D., Fernández-García, E., Porcel-Gálvez, A. M., & Garnacho-Montero, J. (2021). Intensive care nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Nursing in critical care*, 26(5): 397-406.

Fernandez, R., Lord, H., Halcomb, E., Moxham, L., Middleton, R., Alananzeh, I., og Ellwood, L. (2020). Implications for COVID-19: a systematic review of nurses' experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic. *International journal of nursing studies*, 111: 103637.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103637>

Folkehelseinstituttet (2016) *Isoleringsveilederen. Bruk av isolering av pasienter for å forebygge smittespredning i helseinstitusjoner*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
www.fhi.no.

Folkehelseinstituttet (2022) *Statistikk om koronavirus og covid-19*. Hentet den 12.1.2022 fra:
<https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/corona/dags--og-ukerapporter/dags--og-ukerapporter-om-koronavirus/>.

Forskrift om smittevern i helsetjenesten (2005) *Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten*. FOR-2005-06-17-610. Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-06-17-610?q=smittevern>

Frivold, G., Dale, B. Og Slettebø, Å. (2015) Family members' experiences of being cared for by nurses and physicians in Norwegian intensive care units: a phenomenological hermeneutical study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(4): 232-240.

Galanis, P., Vraika, I., Fragkou, D., Bilali, A., & Kaitelidou, D. (2021). Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of advanced nursing*, 77(8): 3286-3302.

Gilmartin, J. og Wright, K. (2008) Day surgery: patients felt abandoned during the preoperative wait. *Journal of Clinical Nursing*, 17(18): 2418-2425.

- González-Gil, M. T., González-Blázquez, C., Parro-Moreno, A. I., Pedraz-Marcos, A., Palmar- Santos, A., Otero-García, L., et.al. (2021). Nurses' perceptions and demands regarding COVID-19 care delivery in critical care units and hospital emergency services. *Intensive & critical care nursing*, 62: 102966.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102966>.
- Gordon, J. M., Magbee, T., & Yoder, L. H. (2021). The Experiences of critical care nurses caring for patients with COVID-19 during the 2020 pandemic: A qualitative study. *Applied Nursing Research*, 59: 151418.
<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151418>
- Helsebiblioteket (2016a) *Kildevalg*. Hentet 19.1.2021 fra:
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>
- Helsebiblioteket (2016b) *Sjekklist*. Hentet 25.1.2021 fra:
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklist>
- Helsebiblioteket (2018) *MeSH termbase* (Medical Subject Headings). <http://mesh.uia.no>
- Helsedirektoratet (2012). *Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030*. www.helsedirektoratet.no.
- Helsedirektoratet (2014) *Nasjonal personellbilde – personell- og kompetansesituasjonen i helse- og omsorgssektoren*. IS-2248. Oslo: Helsedirektoratet.
www.helsedirektoratet.no
- Helsedirektoratet (2019a) *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023*. Oslo: Helsedirektoratet. www.helsedirektoratet.no
- Helsedirektoratet (2019b) *Pårørendeveileder*. IS-1512. Hentet 27.1.2022 fra:
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parerendeveileder>
- Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v.* LOV-1999-07-02-64.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hernes, N. (2021, 12.februar). Mangel på intensivsykepleiere. Spesielt bekymret for barneintensiv. *Sykepleien*. www.sykepleien.no

- Jansson, M., Ohtonen, P., Syrjälä, H., & Ala-Kokko, T. (2020). The proportion of understaffing and increased nursing workload are associated with multiple organ failure: A cross-sectional study. *Journal of advanced nursing*, 76(8): 2113-2124.
- Jensen, H. I., Åkerman, E., Lind, R., Alfheim, H. B., Frivold, G., Fridh, I., & Ågård, A. S. (2022). Conditions and strategies to meet the challenges imposed by the COVID-19-related visiting restrictions in the intensive care unit: A Scandinavian cross-sectional study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 68: 103116.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103116>
- Johannessen, A, Tufte, P. Og Christoffersen, L. (2016) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 5.utg. Abstrakt Forlag.
- Jost, P. (2020). Covid-19. *Norsk elektronisk legehåndbok*. Trondheim: Norsk helseinformatikk AS. www.legehandboka.no.
- Karimi, Z., Fereidouni, Z., Behnammoghadam, M., Alimohammadi, N., Mousavizadeh, A., Salehi, T., et al. (2020) The Lived Experience of Nurses Caring for Patients with COVID-19 in Iran: A Phenomenological Study. *Risk Management & Healthcare Policy*, 13: 1271-1278. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S258785>,
[10.2147/RMHP.S258785](https://doi.org/10.2147/RMHP.S258785)
- Kentish-Barnes, N., Morin, L., Cohen-Solal, Z., Cariou, A., Demoule, A., & Azoulay, E. (2021). The lived experience of ICU clinicians during the coronavirus disease 2019 outbreak: a qualitative study. *Critical Care Medicine*, 49(6): 585-597.
- Kramer V, Papazova I, Thoma A, Kunz M, Falkai P, Schneider-Axmann T, et al. (2020). Subjective burden and perspectives of German healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 271(2): 271-281.
- Kunnskapsdepartementet (2021). *Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning*. www.lovdatabok.no.

- Kvale, S. Og Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Gyldendal Akademisk
- Lie, I., Stafseth, S., Skogstad, L., Hovland, I. S., Hovde, H., Ekeberg, Ø., & Ræder, J. (2021). Healthcare professionals in COVID-19-intensive care units in Norway: preparedness and working conditions: a cohort study. *BMJ open*, *11*(10): e049135. doi:10.1136/bmjopen-2021-049135
- Liu YE, Zhai ZC, Han YH, Liu YL, Liu FP & Hu DY. (2020). Experiences of front-line nurses combating coronavirus disease-2019 in China: A qualitative analysis. *Public Health Nursing*, *37*(5): 757-763.
- Loeb, R. og London, M.J. (2021). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Intensive care ventilation with anesthesia machines. *UpToDate*. Hentet 25.3.2022 fra: <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-intensive-care-ventilation-with-anesthesia-machines>
- Malhotra, A. (2021) Prone ventilation for adult patients with acute respiratory distress syndrome. *Uptodate*. Hentet 25.1.2022 fra: https://www.uptodate.com/contents/prone-ventilation-for-adult-patients-with-acute-respiratory-distress-syndrome?search=prone%20ventilation&topicRef=127419&source=see_link#H19
- Malterud, K. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4.utg. Universitetsforlaget.
- Marceau, M., Ledoux, I., Lavoie, S., Benyamina Douma, N., Mailhot-Bisson, D., & Gosselin, É. (2022). Exploration of the occupational and personal dimensions impacted by the COVID-19 pandemic for nurses: A qualitative analysis of survey responses. *Journal of Advanced Nursing*, *00*: 1-15. <https://doi.org/10.1111/jan.15167>
- McIntosh, K. (2022). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): epidemiology, virology, clinical features, diagnosis, and prevention. *UpToDate*. Hentet 17.3.2022 fra: <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-epidemiology-virology-and-prevention>

- Meld. St. 10 (2012–2013). *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Meld. St. 9 (2019-2020). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2018*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Mortensen, C. B., Zachodnik, J., Caspersen, S. F., & Geisler, A. (2022). Healthcare professionals' experiences during the initial stage of the COVID-19 pandemic in the intensive care unit: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 68: 103130. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103130>
- NSF (2018) *Forsvarlighet – om faglig kompetent og omsorgsfull sykepleie*. Oslo: Norsk sykepleierforbund. Hentet 24.3.2022 fra: https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/nsf-forsvarlighetshefte-april_2018.pdf
- NSF (2019) *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 30.1.2021 fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- NSFLIS (2004) Definisjon av intensivsykepleie vedtatt på NSFLIS generalforsamling 2. september 2004. Hentet 24.3.2022 fra: <https://www.nsf.no/fg/intensivsykepleiere/fag-utdanning-og-forskning-0>
- NSFLIS (2017a) *Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier*. Hentet 18.1.2021 fra: <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/czwgg4sqZCCRzfiNDM56nSWsxIgGckwVuoUe0fcXZ6NYPysIQb.pdf>
- NSFLIS (2017b) *The role and scope of practice of the critical care nurse*. Hentet 20.1.2022 fra: <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/hia7uzxLKqvTpU1hhfYZBV8XUiP7Dmn1UAKfxbVWsVS9HKrdDY.pdf>
- Oskarsen, L.S. (2021, 17.november) Intensivsykepleier Sandra Louise slutter i jobben etter tre år: -Jeg føler meg utilstrekkelig. *NRK*. www.nrk.no
- OsloMet (2021) Masterhåndbok. Veiledende retningslinjer for masteroppgave i anesthesi-, barne- og intensivsykepleie kull 2020.

- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) Lov om pasient- og brukerrettigheter. LOV-1999-07-02-63. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.
- Polit, D.F. Og Beck, C.T. (2021) *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 11th Edition. Wolters Kluwer.
- Riksrevisjonen (2019). Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene. www.riksrevisjonen.no
- Sand, O., Sjaastad, Ø.V., Haug, E. Og Toverud, K.C. (2014) *Menneskets fysiologi*. 2.utg. Gyldendal.
- Schroeder, K., Norful, A. A., Travers, J., & Aliyu, S. (2020). Nursing perspectives on care delivery during the early stages of the covid-19 pandemic: A qualitative study. *International journal of nursing studies advances*, 2: 100006. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2020.100006>
- Sosial- og helsedepartementet (1997). *Rett person på rett plass. Handlingsplan for helse- og omsorgspersonell 1998–2001*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- St.meld. nr.47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Stubberud, D.G. (2019a) Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I: Stubberud (red.) *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. 2.utg. Gyldendal akademisk
- Stubberud, D.G. (2019b) Omsorg for pårørende til den voksne pasienten. I: Stubberud (red.) *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. 2.utg. Gyldendal akademisk
- Stubberud, D.G. (2020) Intensivsykepleierens funksjon og ansvar. I: Gulbrandsen og Stubberud (red.) *Intensivsykepleie*. 4. utg. Cappelen Damm Akademisk.
- Tønnessen, E. (2020, 24.mars). Stor mangel på intensivsykepleiere. *Khrono*. www.khrono.no

- Wendlandt, B., Kime, M., & Carson, S. (2022). The impact of family visitor restrictions on healthcare workers in the ICU during the COVID-19 pandemic. *Intensive and Critical Care Nursing*, 68: 103123. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103123>
- Wong, P., Liamputtong, P., Koch, S. og Rawson, H. (2017) Barriers to regaining control within a constructivist grounded theory of family resilience in ICU: Living with uncertainty. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24): 4390-4403.
- Wood, G., Chaitin, E. og Arnold, R. (2018) *Communicating in the ICU: Holding a family meeting*. Uptodate. Hentet 17.3.2022 fra: https://www-uptodate-com.ezproxy.oslomet.no/contents/communication-in-the-icu-holding-a-meeting-with-families-and-caregivers?search=communicating%20icu&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=3#H2
- Xyrichis, A., & Ream, E. (2008) Teamwork: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 61(2): 232-241.

9.0 Vedlegg

Vedlegg 1. Godkjent søknad NSD

NSD sin vurdering

Prosjektittel

Rett person på rett plass? Bruk av spesialsykepleieres kompetanse under covid-19 pandemien i norske sykehus.

Referansenummer

566062

Registrert

23.11.2020 av Berit Taraldsen Valeberg - beritva@oslomet.no

Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet - storbyuniversitetet / Fakultet for helsevitenskap / Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Berit Taraldsen Valeberg, beritva@oslomet.no, tlf: 99726919

Type prosjekt

Forskerprosjekt

Prosjektperiode

04.01.2021 - 31.12.2026

Status

09.12.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

09.12.2020 - Vurdert

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 med vedlegg den 09.12.2020, 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: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2026.

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 og 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 samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

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 behandles 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 om behandlingen 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/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Maren Urheim Tlf. Personverntjenester:
55 58 21 17 (tast 1)



Vil du delta i forskningsprosjektet

Rett person på rett plass?

Bruk av spesialsykepleieres kompetanse under covid-19 pandemien i norske sykehus

Forskningsgruppen «akutt og kritisk syke og skadde» ved OsloMet – Storbyuniversitetet ønsker å kartlegge anesthesi-, barne-, intensiv- og operasjonssykepleieres (ABIO) erfaring og opplevelser i å ivareta eget funksjons og ansvarsområde under covid-19 pandemien. ABIO sykepleiere har en spesialisert kompetanse for å ivareta akutt og/eller kritisk syke pasienter i alle aldre. De har en felles kunnskaps- og ferdighetsbase og i tillegg en spesialisert kjernekompetanse som sikrer pasienten i ulike deler av pasientforløpet.

Formål

I mars 2020 var covid-19 pandemien en realitet i Norge, og helseforetakene forberedte seg på store belegg med koronasmittede pasienter i sykehusene. Dette medførte omorganiseringer i sykehusets normale drift for å sikre bemanningen i spesielt intensivavdelingene. Elektiv sykehusbehandling ble redusert, og anesthesi-, barne- og operasjonssykepleiere ble i flere tilfeller omdisponert til å jobbe i intensivavdelinger med «koronapasienter» eller i andre avdelinger de vanligvis ikke jobber. For å utnytte ressursene i helsetjenesten best mulig under covid-19 pandemien ble oppgaver mellom spesialsykepleierne forskjøvet.

Spesialsykepleierne har derfor utøvet helsehjelp som vanligvis ikke er deres kjernekompetanse, og hatt et ansvar og utført helsehjelp de ikke utøver til daglig. Dette er et forskningsprosjekt hvor hensikten er å få kunnskap om følgende problemstilling:

Hvordan har spesialsykepleiere erfart å ivareta funksjon- og ansvarsområdet under covid-19 pandemien?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid ved OsloMet, er ansvarlig for prosjektet. Prosjektleder er professor Berit Taraldsen Valeberg.

Prosjektet vil samarbeide med spesialavdelinger ved Universitetssykehuset i Akershus, Oslo universitetssykehus, Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg sykehus

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 slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta. Det vil heller ikke påvirke deg eller din stilling som spesialsykepleier negativt om du deltar i denne studien.

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 medlemmer i prosjektgruppen knyttet til OsloMet vil ha tilgang til opplysningene/data fra prosjektet.

I det digitale opptaket av samtalen med deg vil det som kan identifisere deg bli anonymisert under transkribering, og teksten vil ikke inneholde navn eller personidentifiserende opplysninger som vil kunne spores tilbake til deg. Alt innsamlet materiale vil oppbevares i låst brannsikkert skap ved OsloMet. Resultater fra studien vil publiseres i anerkjente forskningstidsskrifter, men det vil ikke være mulig å bli gjenkjent i publikasjonene.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene fra prosjektet blir slettet når studien er avsluttet, senest 31.12. 2026

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,

- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, 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 har Norsk senter for forskningsdata AS (NSD) 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: professor Berit Taraldsen Valeberg, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid på OsloMet Beritva@oslomet.no eller personvernombudet ved OsloMet:

personvernombud@slomet.no

(Ingrid Jacobsen).

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Berit Taraldsen Valeberg

Professor/veileder

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet

Rett person på rett plass?

Bruk av spesialsykepleieres kompetanse under covid-19 pandemien i norske sykehus
og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til å delta i individuelt intervju og at mine opplysninger behandles frem til
prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3. Braun og Clarkes 15-punkts sjekkliste

Braun og Clarke 2006, s.96.

15-point checklist of criteria for good thematic analysis	Criteria
1.	The data have been transcribed to an appropriate level of detail, and the transcripts have been checked against the tapes for 'accuracy'.
2.	Each data item has been given equal attention in the coding process.
3.	Themes have not been generated from a few vivid examples (an anecdotal approach) but, instead, the coding process has been thorough, inclusive and comprehensive.
4.	All relevant extracts for all each theme have been collated.
5.	Themes have been checked against each other and back to the original data set.
6.	Themes are internally coherent, consistent, and distinctive.
7.	Data have been analysed rather than just paraphrased or described.
8.	Analysis and data match each other – the extracts illustrate the analytic claims.
9.	Analysis tells a convincing and well-organised story about the data and topic.
10.	A good balance between analytic narrative and illustrative extracts is provided.
11.	Enough time has been allocated to complete all phases of the analysis adequately, without rushing a phase or giving it a once-over-lightly.
12.	The assumptions about Thematic Analysis are clearly explicated.
13.	There is a good fit between what you claim you do, and what you show you have done – ie, described method and reported analysis are consistent.
14.	The language and concepts used in the report are consistent with the epistemological position of the analysis.

15.	The researcher is positioned as <i>active</i> in the research process; themes do not just 'emerge'.
-----	---