



Masteroppgave

Intensivsykepleie, master i spesialsykepleie

Mai 2023

Pandemien rammer Norge

En kvalitativ studie om intensivsykepleiernes erfaringer etter covid-19

Kandidatnavn: Sandra Karoliussen Hammer

Emnekode: MINT5900

Studiepoeng: 30stp.

Antall ord: 17958

Fakultet for helsevitenskap

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Forord

Lite visste jeg hva som ventet meg første skoledag mandag 6.januar 2020 på Oslo Metropolitan University (Oslo Met). Der satt jeg med helt andre forventninger og tanker til årene fremover. Plutselig ble det erklært pandemi i 12.mars 2020. Arbeidshverdagen og verden ble snudd på hodet.

Perioden som masterstudent ved Oslo Met parallelt med å være tidvis ny i fagfeltet intensivsykepleie og oppleve pandemien Covid -19 har vært svært krevende. Det hele oppleves som å miste seg selv, for så å finne tilbake til seg selv igjen.

Å sitte på andre siden av pandemien, og ha skrevet masteroppgaven har vært et svært meningsfylt arbeid. Å få forvalte erfaringene til intensivsykepleierne i pandemien og fått belyse viktigheten av kompetansen gjort meg enda mer stolt av å være intensivsykepleier.

Jeg vil takke bidragsyttere og veilederne jeg har vært i kontakt med på Oslo Met, som har vist meg tålmodighet og nyttig veiledning underveis. Jeg vil takke deltagerne for å delta med sine viktige erfaringer.

Øvrig vil jeg takke nærmeste venner, familie og kollegaer for støtte og forståelse for tiden som er brukt på mastergradsprosjektet.

Takk!

Sammendrag

Bakgrunn	I mars 2020 ble covid -19 en realitet i Norge. Norske sykehus klargjorde og omorganiserte seg for å ta imot koronasmittede pasienter. Spesielt ønsket man å sikre bemanning i intensivavdelingene. Intensivsykepleierne hadde kjernekompetansen i behandlingen av de akutt og kritisk syke pasientene med covid-19. Den kritiske mangelen på intensivsykepleiere gjorde at spesialsykepleiere som operasjons- og anestesisykepleiere ble omdisponert til å arbeide i intensivavdelinger, samt annet personell til reorganiserte intensivkohorter i helseforetakene.
Hensikt	Undersøke intensivsykepleiernes utøvelse og erfaringer fra covid -19 pandemien ved intensivavdelinger i Norske sykehus.
Problemstilling	« <i>Hvordan har intensivsykepleiere erfart å ivareta funksjon- og ansvarsområdet under covid-19-pandemien?</i> »
Metode	Kvalitativ studie utført med 4 dybdeintervju av intensivsykepleiere med erfaring fra arbeid i pandemien ved en norsk intensivavdeling. Analysert med Braun og Clarkes metode for Tematisk Analyse.
Resultat	Intensivsykepleierne mobiliserte, tok ansvar og tilpasset seg pandemisituasjonen tross stor overbelastning av dem selv. Intensivsykepleierne opplevde å ha unik kjernekompetanse for å ivareta covid-19 syke pasienter. For å oppnå best mulig kvalitet veiledet og opplærte de den store mengden av omdisponert personell samtidig i pasientbehandlingen slik at de kunne være ressurs og bidra til å ivareta intensivsykepleiernes funksjons- og ansvarsområde. Intensivsykepleierne erfarte å ha spesialisert klinisk kompetanse som intensivsykepleier i ivaretakelsen av pasient og pårørende.
Konklusjon	Intensivsykepleierne erfarte i varierende grad å ivareta sitt funksjons- og ansvarsområde i covid -19.
Nøkkelord	Intensivsykepleie, erfaringer, Covid -19, funksjons- og ansvarsområde.

Abstract

Background	During the pandemic of covid -19 Norwegian hospitals rapidly reorganized to meet the growing demand of patients. They reorganized staff from other departments work in the ICU's. The critical care nurses had the needed competence to treat the volume of patients with covid-19.
Aim	To recognize critical care nurse's role and scope of practice during the pandemic in Norwegian hospitals.
Issue	<i>«How did the intensive care nurses experience their role and scope of practice during the pandemic of covid-19?»</i>
Method	A qualitative analysis based on the Thematic Analysis, Braun and Clark methods. Semi structural interview of 4 intensive care nurses.
Result	<p>The intensive care nurses mobilized, took responsibility, and adapted to the pandemic situation despite great overload themselves.</p> <p>The intensive care nurses experienced having needed competence to look after the volume of covid-19 sick patients. To achieve the best possible quality, they guided and trained the large amount of redeployed personnel so that they could be a resource and contribute to looking after the intensive care nurse's role and scope of practice.</p> <p>The intensive care nurses experienced having specialized clinical competence as intensive care nurses in the care of patients and relatives.</p>
Conclusion	Critical care nurses experienced various practice of their role and scope during the pandemic of covid-19.
Keywords	Critical care nursing, critical care, experience, role and scope of practice.

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag	3
Abstract	4
1.0 Innledning	8
1.1 Bakgrunn	8
1.2 Tema og problemstilling.....	10
1.3 Studiens hensikt	10
1.4 Oppgavens avgrensning	10
2.0 Kunnskapssøk og kildekritikk	11
2.1 Kunnskapssøk	11
2.1.0 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier.....	13
2.2 Kildekritikk	13
3.0 Teoretisk grunnlag	16
3.1 Intensivsykepleierens kompetanse	16
3.2 Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder.....	16
3.3 Intensivsykepleierens funksjon og ansvar for forskning	17
4.0 Metode	19
4.1 Kvalitativ metode og design.....	19
4.2 Datasamlingsinstrument.....	19
4.3 Innpass i forskningsfeltet	22
4.4. Utvelgelse av informanter.....	22
4.5 Analyse av data.....	22
1. Bli kjent med dataene	23
2. Koding.....	23
3. Søke og identifisere tentative tema.....	24
4. Temaene videreutvikles og gjennomgås.....	24
5. Revidering og videre definering av temaene	26
6. Rapportering, utarbeidelse av resultatdelen.....	28
4.6 Forskningsetiske overveielser.....	28
4.6.1 Informert samtykke.....	28
4.6.2 Konfidensialitet.....	29
4.6.3 Konsekvenser.....	29
5.0 Resultatdel	31
5.1 En arbeidsplass i endring.....	31
5.1.1 Intensivsykepleierens opplevelse av covid-19	34

5.2 Det handler om intensivsykepleierens kompetanse!	37
5.2.1 Opplæring av omdisponert personell	39
5.3 Pasientbehandlingen og ivaretagelsen av pårørende	41
5.3.1 På bekostning av kvalitet?	43
5.3.2 Forholdet til pårørende endret seg	45
5.3.3 Flerkulturelle pårørende og pasienter.....	48
6.0 Hvordan har intensivsykepleier erfart å ivareta sitt funksjons- og ansvarsområde under covid-19-pandemien?	51
6.1 En arbeidsplass i endring	51
6.1.1 Intensivsykepleierne mobiliserte, men ble også preget og beriket av pandemisituasjonen.....	54
6.2 Det handler om intensivsykepleieres kompetanse.....	56
6.2.1 Opplæring av omdisponert personell	56
6.3 Pasientbehandling og ivaretagelse av pårørende.....	57
6.3.1 På bekostning av kvalitet?	60
6.3.2 Ivaretagelsen av pårørende.....	61
6.3.3 Flerkulturelle pårørende og pasienter.....	63
7.0 Undersøkelsens kvalitet	66
7.1 Studiens reliabilitet.....	66
7.2 Undersøkelsen validitet	66
7.3 Forskerens rolle.....	70
Konklusjon	71
Referanseliste.....	72
Vedlegg	78
Vedlegg 1 Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder.....	78
Vedlegg 2 NSD søknad	82
Vedlegg 3 Informasjonsskriv	84
Vedlegg 4 Samtykkeskjema	86

«Jeg husker spesielt en vakt i starten av pandemien. Den gjorde et sterkt inntrykk. Vi var flere ansatte inne hos en pasient, og vi hadde igangsatt det vi hadde av intensivbehandling å tilby. Vi gjorde alt for å forsøke å redde ham. Det var NO-gass, det var dialyse, det var PICCO, og det var gassedasjon. Men det gikk ikke.

Vi besluttet å avslutte intensivbehandlingen, og fikk pårørende inn i isolatet, iført smittevernustyr. Det var to sønner og en ektefelle. Sønnene snakket norsk, mens kona verken forstod eller snakket norsk, hun bare gråt. Den ene sønnen var sint, og den andre prøvde å forklare og være rolig. Disse tre pårørende rundt denne døende mannen ble ganske mye håndtering og lyder i seg selv. På dette tidspunktet stod en kollega, en lege og jeg på sjette timen inne på isolat uten mat og drikke. Hver gang pasienten slutta å puste, slo sønnen pasienten i brystet fordi han ikke ville at han skulle slutte å puste. Respiratoren genererte et undertrykk og det ble jubel for at pasienten «pusta». Vi fikk ikke forklart at det ikke var pasienten selv som pusta, men respiratoren. Vi fikk ikke avslutta behandlingen. Det tok veldig lang tid. I det samme så jeg ut vinduet og fikk øye på Sivilforsvaret som rigget opp store tilhengere foran akuttmottaket. Alt føltes helt surrealistisk. Det føltes som dommedag, og du bare sto der klissvåt i egen svette av arbeidet. Tårene begynte å trille av den håpløse situasjonen, og med pårørende i krise for mannen vi hadde jobbet så hardt få å redde, men som ikke klarte seg. Det var veldig mye oppstyr rundt senga. Jeg kommer aldri til å glemme starten på pandemien.»

Intensivsykepleier, covid -19

1.0 Innledning

11. mars 2020 erklærte verdens helseorganisasjon Coronavirus Disease (covid-19). I februar samme år ble de første smittetilfellene registrert i Norge (Folkehelseinstituttet, 2020b). Covid-19 er en alvorlig virusinfeksjon. Ved å se på andre lands erfaringer så man økt behov for intensivplasser og respiratorer, samt opprette kohortavdelinger, og dermed økt behov for spesialsykepleiere og annet helsepersonell (Folkehelseinstituttet, 2020a). I denne perioden mobiliserte landets sykehus med å øke beredskapen, reorganisere avdelinger og personell, samt utsette elektiv kirurgi for å frigjøre behovet for ressurser for å møte et stort behov for behandling og pleie av de smittede pasientene med covid-19.

Spesialsykepleiere er en fellesbetegnelse på anesthesi-, barne-, intensiv- og operasjonssykepleiere (Forskrift om nasjonal retningslinje for anesthesisykepleierutdanning, 2021; Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning, 2021; Forskrift om nasjonal retningslinje for operasjonssykepleierutdanning, 2021; Forskrift til rammeplan for videreutdanning i barnesykepleie, 2021). Disse er en nødvendig ressurs i behandlingen av pasienter med covid-19. Pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenestene har økt fokus og skal sørge for at pasientens tilbud om helsehjelp er trygg og sikker (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, 2019). Pasientsikkerhet kan defineres som «...vern mot unødig skade som følge av helse- og omsorgstjenestens ytelser eller mangel på ytelser.» (Helsedirektoratet, 2018). Målet er å tilstrebe bedre helsetjenester, utnytte beste tilgjengelige kunnskap og ressurser samt undersøke om tjenestene når ønskede mål og justere tjenestene hvis målene ikke nås (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, 2019).

1.1 Bakgrunn

Covid-19 er en svært smittsom virussykdom som kan gi alt fra lette symptomer til alvorlig skader på lunger, og andre vitale organer gjennom utvikling av multiorgansvikt (McIntosh, 2021). Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) og annen organsvikt kan utvikles som følge av covid-19. Pasienten har da behov for overvåking i intensivavdeling for å behandles med invasiv overtrykksventilering/respiratorbehandling, samt annen organstøttende behandling (Anesi, 2023). Sykehusdødeligheten ved covid-19 er høyere sammenlignet med vanlig influensa (Cates et al., 2020; Verma et al., 2021; Xie et al., 2020). På verdensbasis ga pandemien inngripende og store samfunnsmessige konsekvenser som følge av at det bare i 2020 ble smittet omlag 90 millioner, og omlag to millioner liv gikk tapt (Jörn Klein, 2023).

Per 17. mars 2021 er det 82455 personer som har vært smittet med covid -19 i Norge. Til sammen har det i Norske sykehus vært innlagt 3033 personer med covid -19. Av disse har 570 personer vært lagt inn i intensivavdeling og 648 personer er døde (Folkehelseinstituttet, 2021).

Sykepleierne er den yrkesgruppen som har arbeidet i pandemiens frontlinje og har lidd under et enormt arbeidspress (Li et al., 2021). Manglende erfaring i arbeid med denne pasientgruppen og den store arbeidsbelastningen utsetter sykepleierne for mentalt og følelsesmessig stress, slik som depresjon, angst, frykt og risiko for å utvikle PTSD (Karimi et al., 2020; Li et al., 2021; Lou & Dai, 2002; Xiong et al., 2020). Tan et al. (2020) utførte en kvantitativ studie som kartla fysiske og psykiske symptomer hos helsearbeidere som arbeidet i covid-19 utbruddet. Det viste signifikant sammenheng mellom fysiske symptomer som hodepine, sår hals, engstelse, tretthet, søvnløshet og psykisk stress.

Sykepleiere erfarte mangel på helsepersonell og ressurser som beskyttelsesutstyr (Begerow et al., 2020). Arbeidsmengden ble opplevd som byrde, og de var redde for å selv bli smittet, samt smitte andre. Arbeidet med hardt rammede covid-19 pasienter opplevdes som stressende og utmattende (Lou & Dai, 2002; Schroeder et al., 2020). Bekymringene var ikke grunnløse da helsearbeidere, og da spesielt leger og sykepleiere, hadde forhøyet risiko for å bli smittet av covid-19 sammenlignet med andre (Kramer et al., 2020).

Kandidaten fikk muligheten til å delta i forskningsprosjektet «Rett person på rett plass?». Det var fokus på alle spesialiteter, men kandidaten er i denne studien knyttet opp til intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder.

Det er gjort ulike funn. Oppdaterte søk finner i hovedsak forskning på hvordan pandemien påvirket helsepersonell, og det er gjort studier som setter søkelys på, og involverer, intensivsykepleiere. Det kommer mye om deres erfaringer og belastninger under pandemien (Nordin et al., 2023; Sezgin et al., 2022; Stayt et al., 2023). Det er i derimot lite forskning å finne på intensivsykepleierens utøvelse gjennom sitt funksjons- og ansvarsområde. Pandemisituasjonen covid-19 har av naturlige tidsmessige årsaker ikke frembrakt særlig datagrunnlag. Av disse to grunnene er det et godt utgangspunkt å opprette denne studien for å fylle kunnskapshull om intensivsykepleierens erfaringer i å ivareta sitt funksjons- og ansvarsområde.

1.2 Tema og problemstilling

Tema er intensivsykepleiernes erfaringer i utøvelsen av intensivsykepleie under pandemien covid-19. Intensivsykepleierens erfaringer fra covid-19-pandemien drøftes på bakgrunn av følgende problemstilling:

«Hvordan har intensivsykepleiere erfart å ivareta sitt funksjon- og ansvarsområde under covid-19-pandemien?»

1.3 Studiens hensikt

Studiens hensikt er å finne ny kunnskap om intensivsykepleiernes erfaringer. Den kunnskapen som vi leter etter, gjennomføres med kvalitativ studie.

Helseforetakene tilpasset og forbedret seg covid -19-pandemien i norske sykehus gjennom å omorganisere seg for å sikre bemanning på intensivavdelingene. Elektiv sykehusdrift ble redusert, og personell ble omdisponert til avdelinger de vanligvis ikke arbeider. Man ville utnytte ressursene best mulig og det ble oppgaveglidning for spesialsykepleiere. I denne oppgaven undersøkes intensivsykepleierens erfaringer fra covid -19-pandemien i norske sykehus. Intensivsykepleiere har opplevd å være de av spesialsykepleierne som satt med kjernekompetansen i behandling av pasienter med covid -19.

1.4 Oppgavens avgrensning

Datamaterialet var stort og bredt. Kandidaten har måttet gjøre avgrensninger til å omhandle studiens sentrale funn som drøftes i kapittel 6.

2.0 Kunnskapssøk og kildekritikk

I prosessen til oppgaven er det gjort ulike kunnskapssøk. Det søkes det kunnskap som omhandler erfaringer intensivsykepleiere har gjort i ivaretagelsen av sitt funksjons- og ansvarsområde om covid 19. Utgangspunktet for nye forskning er å bygge på tidligere forskning. Man undersøker hva som finnes av forskning, og avdekker eventuelle kunnskapshull. Bidrar til å utvikle ny kunnskap.

Sett i retrospekt var det innledningsvis for forskningsprosjektet «Rett person på rett plass» ingen funn underveis i pandemien om hvordan intensivsykepleierne erfarte å ivareta sitt funksjons- og ansvarsområde. Det var derfor viktig å gjøre forskning på hvordan intensivsykepleierne med sin kompetanse fikk utøvet intensivsykepleie i pandemien. Dette masterarbeidet har gått over tid fra 21 – 23. Det er på denne tiden kommet mer tilgjengelig forskning, og da mest om helsepersonells erfaringer fra pandemien.

Det er gjort nytt kunnskapssøk i april og mai 2023 i forbindelse med ferdigstillelse av denne studien som kan leses om i neste underpunkt.

2.1 Kunnskapssøk

Kandidaten har brukt tilpasset PICO-skjema for å gjøre litteratursøk basert på oppgavens problemstilling. Fikk søkeveiledning og hjelp av bibliotekar. Kandidaten fikk følgende søkerveiledning. Følgende søkestrategi ble lagt, og beskrives ved bruk av PICO-skjema i tabell 1:

Tabell 1 Søkestrategi, PICO-skjema.

Population/problem Problemstilling	Intervention	Comparison Kontekst	Outcome
Intensivsykepleier	Funksjon- og ansvarsområde	Covid-19	Erfaring
Nurse* Intensive care nurse Nurse* Critical Care Nurse*	Role and scope of practice Behandling, Treatment* Forbygging, Prevent*	Pandemic, Korona, Corona, Covid*	Pasientbehandling Erfaring, opplevd, Experience Resilience Communication Understanding

	Pårørende, Relativ*, Famil*		Mechanical ventilation ARDS Prone position Relaxation Critical care stay
--	--------------------------------	--	---

Kandidaten tok i bruk Chinal og Medline for å finne relevant kunnskap.

Chinal er mye sykepleielitteratur og Medline har både medisin og sykepleie. Disse databasene anses som relevant kunnskapsgrunnlag.

Det ble utført søk i tittel og abstrakt etter veiledning for bibliotekar for best å treffe på søk opp mot denne studiens problemstilling. Det ble gjort flere små søk underveis i prosessen over to år. Kommet mye forskning fra underveis i pandemien, til nå som masteroppgaven slutføres våren 2023.

Tabell 2, viser treff på ulike kombinasjoner av aktuelle søkeord:

Tabell 2: Søketreff

Søkeord	Antall treff
Critical care nurs* OR intensive care nurs* (Title or abstract)	13686
Role* OR scope of practice* (Title or abstract)	3976093
Covid OR coron* OR pandemic* OR SARS*(Title or abstract)	1141610
Experience* (Title or abstract)	193837
Søk med AND	17
Review articles	17

2.1.0 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Tabell 3: Eksklusjons- og inklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
År > 2019	Andre språk enn nordisk og engelsk
Fagfelle vurdert	Primærhelsetjeneste, kommune.
Nordiske og engelsk språk	Pediatri
Intensivsykepleie	
Intensivkohorter, intensivavdeling.	

Kandidaten inkluderer artikler fra 2019 da viruset oppstod, og ansees om aktuell sammen med å ta i bruk fagfelle vurderte artikler for å sikre kvaliteten på forskningen. Språkene må være i tråd med kandidatens språklige forutsetninger, og derfor inkluderes nordiske og engelskspråklige artikler, mens andre språk ekskluderes. Intensivsykepleie er sentralt og brukes som inklusjonskriterier. Det kom opp forskning som omhandler primærhelsetjeneste som kommune, samt pediatri og andre spesialretninger. Disse ekskluderes for å treffe på litteraturen som omhandler oppgavens problemstilling.

2.2 Kildekritikk

I starten av masterprosjektet våren 2021 var det begrenset med studier sammenlignet med nå i 2023. Kandidaten har gjort en del søk underveis, og tatt med seg artikler i denne perioden.

Utfordringen i søket var betegnelsen «funksjons- og ansvarsområde» som er brukt i Intensivsykepleierne NSF (2017a) funksjons og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere. «Role and scope of practice» ble oversettelsen basert på den engelske versjonen av funksjons- og ansvarsbeskrivelsen (Intensivsykepleierne NSF, 2017b).

Søkeprosessen ble også preget av snøballeffekten som innebærer i følge Polit et al. (2021) å lete gjennom ulike ord og formuleringer som ligner på de kandidaten søker etter. Samt det å finne kilder i kildene på artiklene og litteratur som er lest underveis i prosessen. I prosessen kom det publikasjoner og reviews, samt relevante studier ble plukket ut fra plukket ut fra sentrale publikasjoner. Fått tilsendt tips til relevante artikler fra veileder. Kandidaten tok i bruk helsebibliotekets guideline etter type studie for å validere de ulike artiklene som vises i tabell 4. Kandidaten anser det som viktig å vise evne til kvalitetsvurdering ved å presentere et

kort utvalg av artikler, men videre legge hovedvekt på min valgte metode for studien i avsnitt 4.0 metode.

Tabell 4 Artikkelpresentasjon og kvalitetsvurdering

Tittel	Type studie	Kvalitetsvurdering	Presentasjon
Nordin, A., Engström, Å., Fredholm, A., Persenius, M. & Andersson, M. (2023). Measuring moral distress in Swedish intensive care: Psychometric and descriptive results. <i>Intensive and critical care nursing</i> , 76, 103376.	prevalensstudie	Problemstillingen klart formulert ved å undersøke intensivsykepleiernes moralske belastning i kontekst av intensivavdeling i andre året av pandemien. Prevalensstudie egner seg da de bruker verktøyet The Italian Moral distress Scale som sendes ut til strategisk utvalg av personell på intensivavdelinger.	Undersøker moralsk belastning på intensivsykepleiere i andre året av pandemien i svensk intensivomsorg. Bruker The Italian Moral Distress Scale. Man finner tydelig økning i moralsk stress sammenlignet med før pandemien, og det finnes forskjeller basert på hushold, erfaring og om dem veiledet/opplærte mye underveis i pandemien. Konkluderte med at helsetjenesten intensivsykepleierne arbeider i kan forebygge og bedre det moralske stresset.
Stayt, L. C., Bench, S., Credland, N. & Plowright, C. (2023). Learning from COVID-19: Cross-sectional e-survey of critical care nurses' satisfaction and experiences of their role in the pandemic response across the United Kingdom. <i>Nursing in Critical Care</i> , 28(2), 298-306.	Prevalensstudie	Elektronisk undersøkelse som formulerer klar problemstilling ved ønske om å undersøke om intensivsykepleiernes erfaring og vurdere deres tilfredshet i pandemien. Sett i lys av pandemiens smitterestriksjoner fikk the british association of critical care nurses en bred datasamling gjennom kvantitativ åpne spørreskjema benyttet og tekst analysert i etterkant. De gjorde et strategisk utvalg og fikk tak i intensivsykepleiere som kunne dele erfaringer i skjema. Ikke helt velegnet for å få tak i erfaringer, men sett i lys av smitte og arbeidssituasjonen fikk dem et bredt materiale og innblikk.	Intensivsykepleierne opplever tilfredshet i å utgjøre en forskjell i pandemikrisen. De opplevde styrkende teamarbeid, og støtte av erfarne sykepleiere. På motsatt side var de mye bekymret for pasientsikkerheten, mangel på personell, utilfredsstillende pleie og høy dødelighet. Dette belastet intensivsykepleierne.
Kissel, K. A., Filipek, C. & Jenkins, J. (2023). Impact of the COVID-19 Pandemic on Nurses Working in Intensive Care Units: A Scoping Review. <i>Critical Care Nurse</i> , 43(2), 55-63.	Oversiktsartikkel	-Formålet er klart formulert. -Forfatterne gjorde et søk relevant for min problemstilling ved at de bare inkluderte kritisk sykevoksne pasienter med Covid -19. God og utfyllende oversikt over artiklene de brukte og vurderingen av disse. -Det er sannsynlig at viktige og relevante studier ble funnet da jeg har lest og sett flere primærstudier ut fra mine søk og ser at de passer tema og problemstilling i denne studien. 37 fagfellevurderte artikler som er en styrke. 18 artikler med grå litteratur som gjør at kvaliteten på studier i reviewen usikekr, og mulig svak. 18 grå kilder.	Omdisponerte sykepleiere og intensivsykepleiere viste negativ psykologisk påvirkning og det inkluderte stress, belastning, angst, depresjon, frykt, utbrenthet og PTSD. Kvinner fra etniske minoritetsgrupper var særlig utsatt for de negative konsekvensene.

<p>Sezgin, D., Dost, A. & Esin, M. N. (2022). Experiences and perceptions of Turkish intensive care nurses providing care to Covid-19 patients: A qualitative study. <i>International nursing review</i>, 69(3), 305-317</p>	<p>Kvalitativ studie</p>	<p>Formålet er klart formulert ved at undersøkelsen tar sikte på å beskrive intensivsykepleierens erfaringer i deres yrkesutøvelse i pandemien. Kvalitativ metode er hensiktsmessig for å undersøke deltagerens erfaringer. Utvalgsstrategien tar sikte på å inkludere intensivsykepleiere som har arbeidet på pandemisykehus. Snøballmetode for å finne litteratur med semistrukturelle intervjuer til tema. Disse kan inneholde mulig kilder av mindre god kvalitet.</p>	<p>Presenterer 5 hovedfunn Død og reddselv for å dø. Påvirkning av egen familie og deres sosiale liv. Intensivsykepleie til Covid -19 pasienter blir belyst. Det tas opp forskjeller til andre pasientgrupper, og mangelen på standarder for ivaretagelse av Covid -19 syke pasienter.</p>
---	--------------------------	--	--

Sezgin et al. (2022) og Stayt et al. (2023) kommer ikke direkte på funksjons- og ansvarsområdet, men er de to artiklene som inne på tema som ligner denne studien ved at de beskriver det å utøve intensivsykepleie i pandemien og situasjoner beskrives.

Øvrige studier karakteriseres av at de belyser intensivsykepleieres og helsepersonells erfaringene, og særlig belastningen pandemien covid -19 har påført dem. Mengden forskning med intensivsykepleierens erfaring er en styrke, da det er gjort flere funn innenfor tema. Det er mye primærstudier, og det har per tiden oppgaven skrives kommet lite rewievs siden forskningstemaet er relativt nytt.

3.0 Teoretisk grunnlag

Faggruppen i Norsk Sykepleierforbund, Intensivsykepleierne NSF (2004) 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.» (Intensivsykepleierne NSF, 2004).

3.1 Intensivsykepleierens kompetanse

Intensivsykepleieren har spesialisert kompetanse i avansert klinisk sykepleie med formål om å yte helsehjelp til akutt og/eller kritisk syke pasienter i alle aldre med både kirurgiske og medisinske diagnoser (Stubberud, 2020a, s. 41-43). I følge Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning (2021) skal intensivsykepleieren ha kompetanse til å gjøre selvstendige kliniske vurderinger, prioriteringer og beslutninger, samt håndtere komplekse pasientsituasjoner i et høyteknologisk miljø med raske fokusskifter. Dette med mål om tidlig oppdagelse av forverring, og for å kunne sette i gang hensiktsmessige tiltak. Det er stadig forandringer i helsetjenesten og utviklingen fordrer at intensivsykepleieren må holde seg faglig oppdatert for å ha kompetanse til å møte de mangfoldige pasientsituasjonene (Stubberud, 2020a, s. 42-43). I neste avsnitt redegjøres det for intensivsykepleierens kompetanse gjennom deres funksjons- og ansvarsområder.

3.2 Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder

I tråd med oppgavens problemstilling står intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder (vedlegg 1) sentralt, og redegjøres for i korte trekk:

Intensivsykepleierne NSF (2017a) beskriver *intensivsykepleierens formelle kompetanse* til å være selvstendig ved å handle forsvarlig i ivaretagelsen av pasientens autonomi, integritet og rettigheter.

Intensivsykepleierne NSF (2017a) legger føringer for *intensivsykepleierens kliniske funksjon* med grunnlag om å arbeide kunnskapsbasert, og favner disse punktene:

- *Helsefremmende og forebyggende funksjon* gjennom fokus på tiltak i sekundærforebyggende intervensjoner ved å tidlig oppdage tidlige symptomer gjennom kontinuerlig overvåkning av pasientens tilstand (Stubberud, 2020a, s. 52-53).
- *Behandlende og rehabiliterende funksjon* gjennom klinisk observasjons-, vurdering-, beslutnings- og handlingskompetanse (Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning, 2021). Intensivsykepleieren er handlingskompetent gjennom selvstendige sykepleietiltak og arbeider etter forordning fra lege med avansert medisinsk behandling gjennom å systematisk overvåke, vurdere og evaluere behandlingen for pasienter å oppnå best mulig helse og funksjon (Stubberud, 2020a, s. 63- 66). Rehabiliterende funksjon styrkes gjennom helhetlig pasienttilnærming med forebyggende, lindrende og behandlende intervensjoner med mål om best mulig utfall for pasienten. Intensivsykepleieren skal ha kulturell bevissthet, og evne å ivareta faglig og etiske rammer hos pasienter og pårørende med flerkulturell bakgrunn. Samt forstå at deres oppfatning av helse og sykdom kan være ulik (Stubberud, 2020a, s. 47-49).
- *Lindrende og palliativ funksjon* omhandler å gjøre symptomlindrende tiltak, lindre lidelse og legge til rette for en verdig og fredelig død (Stubberud, 2020a, s. 66-67).
- *Intensivsykepleie til pårørende* innebærer å samhandle med pårørende og håndtere deres krise- og stressreaksjoner. Pårørende skal anerkjennes og ivareta dem slik at de kan delta og være ressurs for pasienten (Stubberud, 2020b).

Intensivsykepleierne NSF (2017a) beskriver *intensivsykepleierens pedagogiske funksjon* gjennom veiledning og samhandling ved kunnskapsbasert tilnærming i tråd med opplæring etter personens individuelle kompetanse.

3.3 Intensivsykepleierens funksjon og ansvar for forskning

«Forskning er systematisk utvikling av ny kunnskap» (Stubberud, 2020a, s. 67).

Intensivsykepleieren har ansvar for kompetanseutvikling, kvalitetsforbedring og utvikling av ny kunnskap. Intensivsykepleierens kompetanse er viktig for pasientsikkerheten og bidrar til kvalitet i pasientens behandling og helsehjelp. Det fordrer at sykepleieren er ansvarlig til å følge utviklingen ved å holde seg faglig oppdatert for i størst mulig grad skulle kunne møte

pasientsituasjonene (Stubberud, 2020a). Intensivsykepleieren «...initierer, samarbeider om, og tar ansvar for kvalitetsforbedring, fagutvikling og forskning» (Intensivsykepleierne NSF, 2017a). Forskningsbasert kunnskap er grunnlaget for praksis. Forskning, kvalitetsarbeid og formidling utvikles i samsvar med kompetansekrav i Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning (2021) med mål om å ivareta pasientsikkerhet og øke kvaliteten i helsehjelpen som gis i tråd med utviklingen (Stubberud, 2020a, s. 67-68).

4.0 Metode

I dette kapitlet gjøres det rede for studiens design og valg av metode slik at prosessen fram til resultatet skal være forståelig og transparent for leseren.

4.1 Kvalitativ metode og design

Metode beskrives som veien til kunnskapen. Det er studiens problemstilling som bestemmer metoden. Hensikten er å finne ny kunnskap om intensivsykepleiernes erfaringer. Et kvalitativt forskningsintervju søker å forstå intervjupersonens perspektiv gjennom samtale, kvalitativt forskningsintervju for videre tekstanalyse. Det er egnet metode for å undersøke personers erfaringer og opplevelser (Kvale et al., 2015, s. 20-22), i motsetning til kvantitativ data som belyser ny forskning ut fra tall og statistikk (Polit et al., 2021).

Kvalitativt intervju brukes som metode for å innhente erfaringer, men også får å utforske og forstå, for å gi dypere innsikt. Man undersøker deltagerens verdensopplevelse, og som forsker søker man å forstå helheten, heller enn å forklare. I denne studien ønsker man å søke forståelse for hvordan intensivsykepleierne erfarte å utøve intensivsykepleie gjennom sitt funksjons- og ansvarsområde i pandemien. I kvalitativ forskning har man færre respondenter og søker dypere kunnskap noe som er en styrke for å finne ny kunnskap ut fra studiens problemstilling. Den induktive tilnærmingen i kvalitative studier søker å finne kunnskap om enkeltes erfaringer som ansees å ha allmenn betydning. Det induktive går fra å få fra det spesielle til det generelle (Johannessen et al., 2021; Malterud, 2017). Videre gjøres det rede for studiens styrker og svakheter i kapittel 7; Undersøkelsens kvalitet.

4.2 Datasamlingsinstrument

Det er gjennomført fire semistrukturerte dybdeintervju av fire intensivsykepleiere med erfaring fra Covid -19 pandemien på en intensivavdeling i et norsk sykehus. Semistrukturerte intervju innebærer å følge en forutbestemt intervjuguide som fører intervjuet gjennom ulike tema, med mulighet for oppfølgende spørsmål underveis. Det gir undersøkelsen rammer for en felles bevissthet og gir samtalen struktur som videre bidrar til å systematisere funnene i analysearbeidet (Kvale et al., 2015, s. 44-51). Intervjuguiden var utformet med åpne spørsmål om ulike aspekter ved pandemien, noe som ga deltakerne mulighet til å komme med erfaringer de selv ønsket å dele. Det å lage en intervjuguide med åpne spørsmål, gir deltagerne mulighet til å snakke mer fritt (Malterud, 2017, s. 133-135).

Inklusjonskriteriene for studien «Rett person på rett plass?» er spesialsykepleiere, og i denne undersøkelsen satt søkelys på intensivsykepleiere som arbeider i spesialavdeling og har behandlet Covid -19 pasienter, samt vært omplassert eller fått nye arbeidsoppgaver under pandemien. Deltagerne var spredt i alder, antall års erfaring og kjønn. Studien søker beskrivelser om deltakerens erfaringer, forståelse, holdninger, oppfatninger og refleksjoner (Johannessen et al., 2021) i utøvelsen av intensivsykepleie. Individuelle intervjuer ble benyttet for at deltagerne kunne dele detaljerte og fyldige beskrivelser av deres erfaringer. Grunnen til å velge individuelle intervju var føringer fra øvrig forskningsgruppe.

Intervjuguiden er utarbeidet av forskningsgruppen i «Rett person på rett plass?». Den er basert på oppbyggingen av spesialsykepleiernes funksjons- og ansvarsområde. I denne masteroppgaven er den tilpasset intensivsykepleierens funksjon- og ansvarsområde. Intervjuguiden presenteres i bilde 1:

Bilde 1: Intervjuguide

Intervjuguide

Forskningsspørsmål/problemstilling

Hvordan har spesialsykepleiere erfart å ivareta funksjons- og ansvarsområde under Covid-19-pandemien?

Innhente data om; kjønn, alder, erfaring som spesialsykepleier og type utdanning **skriftlig**

Arbeidsoppgaver

- 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

Pasient og pårørende

- 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?

Avsluttende spørsmål

- 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?

4.3 Innpass i forskningsfeltet

Forskningsgruppen hadde innledningsvis i prosjektet søkt Norsk senter for forskningsdata (NSD), se vedlegg 1. De hadde også innhentet tillatelse hos personvernombudene på de respektive sykehusene for gjennomføring. Videre hadde veileder ved Oslo Met sendt ut rekrutteringsskriv til deltagende intensivavdelinger. Kandidaten fikk kontaktperson ved tildelt avdeling. Kontaktpersonen rekrutterte deltagerne og ga kandidaten kontaktinformasjon for avtale om gjennomføring med hver enkelt.

Intervjuene ble gjennomført på deltakernes arbeidsplass juni 2021. Dette var 15 måneder inn i pandemien, og mellom to smittebølger. De ble intervjuet i en periode med lavt smittetrykk. Sett i retrospekt kan tidspunktet for datainnsamlingen ha påvirket deltagerens ytringer.

4.4. Utvelgelse av informanter

Strategisk utvalg innebærer å lage en strategi for å finne utvalget man ønsker å undersøke for å få data med best mulig informasjonsstyrke ut fra det man søker å forstå (Malterud, 2017, s. 58-60)

I denne studien er det gjort et strategisk utvalg av fire spesialsykepleiere for å få innsikt i deres erfaringer i å ivareta sitt funksjons- og ansvarsområde, i tråd med masterprosjektets omfang. Man ønsker å få dybdekunnskap og forstå deltagerens erfaringer.

Intervjuene ble gjennomførte på avskjermet rom i avdelingen i deltagerens arbeidstid, og det ble benyttet båndopptaker. Lokale rutiner for smittevern basert på helsemyndighetenes anbefaling ble overholdt ved besøket på aktuell intensivavdeling for innhenting av data. Intervjuene var på cirka 30-40 minutter og ble gjennomført etter intervjuguide. Underveis ble det stilt oppfølgingsspørsmål og de ble bedt om å utdype ulike temaer de kom inn på. Se videre i kapittel 6; undersøkelsens kvalitet for refleksjon om gjennomføringen.

4.5 Analyse av data

Det benyttes Refleksiv Tematisk Analyse med seks trinn av Braun og Clarke (2022), forhåndsbestemt av overordnet forskningsgruppe. Metoden egner seg analyse av de kvalitative dataene i denne undersøkelsen.

Analysen gjennomføres i refleksiv- og rekursiv tilnærming gjennom seks faser. Dette vil si at fasene har gått om hverandre, frem og tilbake. Braun og Clarke (2022) anerkjenner forskeren som en ressurs gjennom dens subjektivitet som grunnlag for alle ledd i den kvalitative forskningsprosessen. Subjektiviteten er nøkkelen til å identifisere aspektene i denne typen forskning, i sammenheng med evne til å vise evne til å praktisere refleksivitet. Tekstmaterialet utfordrer forskeren i å se mangfoldet av meninger, og mønstre i disse underveis i prosessen for å finne frem til studiens resultater (Kvale et al., 2015).

De kvalitative forskningsmetodene bygger på det induktive paradigmet ved at forskeren som fortolkende analyseredskap står sentralt med grunnforståelsen om at man kan ha ulik oppfatning avhengig av ståsted (Malterud, 2017, s. 26-28).

Den tematiske analysen til Braun og Clarke (2022) har en sekstrinns fremgangsmåte som redegjøres for gjennom følgende punkter:

1. Bli kjent med dataene

Gjennom intervju og transkribering ble kandidaten kjent med studiens datagrunnlag. Kandidaten utførte selv intervjuene, noterte tanker og nøkkelord på eget ark etter hvert intervju. Transkriberingen ble også gjort selv ved å lytte til lydfile. Intervjuene ble lest flere ganger underveis i prosessen. Kandidaten ble underveis i analyseprosessen i økende grad kjent med datamaterialet.

2. Koding

Kandidaten forsøkte først å kode materialet i kolonner i skriveprogrammet Word. I de første forsøkene høsten 2021 og våren 2022 ble jeg svært engasjert og påvirket materialet av egne erfaringer når jeg ser tilbake på det. Det har vært en prosess som har gått frem og tilbake med flere omstarter for å «knekke koden på kodingen». Jo nærmere man dykket ned i analysen i starten, jo vanskeligere ble det å se hovedtrekkene.

Kandidaten måtte få dataene på avstand ved å legge fra seg arbeidet en periode for å klare å starte analyseprosessen igjen etter flere forsøk. Det opplevdes riktig å utsette innleveringen for å gi meg selv tid til dette arbeidet. Men som det står innledende i boken *Thematic Analysis* av Braun og Clarke (2022, s. 8) kan pause fra analyseprosessen bidra til gode koder og temaer

da det er en tosidig prosess ved dypt engasjement på den ene siden, og rom for den pågående og utviklende analyseprosessen på den andre siden.

Det er lettere å kode når kandidaten gjenopptar analysen vinteren 2022/2023 etter å ha fått litt avstand fra både arbeid i pandemi og analysearbeid. NVivo, analyseprogram ble benyttet. Teksten ble kodet, og videre delt inn i tema i de neste stegene av prosessen. For eksempel er kodeordene; kommunikasjon, smittevernustyr, opplæring, respiratorbehandling, flerkulturell, restriksjoner.

3. Søke og identifisere tentative tema

Lettere å se materialet som en helhet, og temaene blir tydeligere ved å se klynger av ulike temaer i mønstre av materialet. Kandidaten trakk temaene ut fra oppgavens problemstilling, og videre intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsbeskrivelse. Notatene ble gjort rett etter at intervjuene ble tatt opp igjen. Så fort enkelte ord gå igjen på de ulike arkene som representerte de ulike intervjuene av deltagerne. Boken *Tematic Analysis* ble også lest for å gjøre kandidaten selv bevisst på prosessen.

4. Temaene videreutvikles og gjennomgås

Tema blir videre i prosessen mer tydelig når de gjennomgås i flere omganger. Kandidaten ser eksempelvis at reorganiseringen av arbeidsplassen endrer arbeidsforholdene til intensivsykepleierne, som igjen påvirker deres utøvelse av intensivsykepleie i tråd med deres funksjons- og ansvarsbeskrivelse. Videre blir kompetanse, pasient- og pårønderrelaterte skildringer beskrevet.

Bildet neste side viser tentativ temainndeling tidligere i prosessen. I midten er transkribert tekst og på siden ligger det fargekoder for plassering av tema/koding i teksten.

Bilde 1: NVivo, tentativt utdrag fra analyseprosessen.

Name

- Aspekter med å være int.s...
- Bekymring
- Belastning
- Holdninger
- Oppfølging av int.spl
- Påkjenning
- Intensivavdeling
- Arbeidsplass i omstilling
- Arbeidstid
- Vaktorganisering
- Ivaretagelse av pasient
- Pasient - dagbok
- Pasient i isolatmiljø
- Pasientbehandling
- Team - samarbeid
- Ivaretagelse av pårørende
- Omdisponert personell
- Ivaretagelse av omdisp...
- Omdisponert intensivp...
- Smittevernutstyr

Jeg mista nei pusten. Det skremte meg egening iu toru jeg anuu tenkt at selv om man nar ut tøft selv, så har intensivpasienten som ligger i senga det mye verre. Jeg kom til et punkt hvor jeg ble litt usikker på det. Hvem som har det verst. Det skremte meg litt. Jeg ble litt avflata. Jeg ble litt sånn på jobb.. du kjenner jo til at man må være på, på jobb. Man kan ikke slappe av. Man gjør alt man skal på jobb, men i det du går ut døra har du kanskje brukt opp absolutt alt det du hadde å gå på fordi det er så kritisk når du er på jobb. Du er så tom når du går hjem. Jeg har egentlig aldri følt meg så tom før, og jeg tror det er fordi det har strekt så lenge. Jeg husker spesielt en vakt, det var så grusomt. Vi stod inne hos en pasient hvor vi hadde kjørt igang med alt. Det var NO-gass, det var dialyse, det var PICCO, det var gassedasjon og gjorde alt for å redde denne mannen. Det gikk ikke. Vi skulle avslutte og heniet inn pårørende. Da kom det to sønner og en kone, hvor sønnene snakket norsk og kona ikke forstod språket. Kona gråt bare. Ene sønnen var sint, og han andre prøvde å forklare. Disse tre pårørende rundt denne mannen ble ganske mye armer og bein, og lyder i seg selv. Da hadde jeg, en kollega og en lege hadde stått på sjetten timen inne på isolat uten mat og drikke. Hver gang pasienten slutta å puste, slo sønnen pasienten i brystet fordi han ville ikke at han skulle slutte å puste. Respiratoren genererte et undertrykk og det ble jubel for at pasienten «pusta». Vi fikk ikke forklart at det ikke var pasienten selv som pusta. Vi fikk liksom ikke avslutta behandlingen. Det tok veldig lang tid. I det jeg ser ut vinduet så ser jeg at Sivilsforsvaret rygger opp store tilhengere foran akuttmottaket og det føles bare så surrealistisk. Det føles som dommedag og du bare står der klissvåt av egen svette og varme av arbeidet, og tårnene starter på trille for man føler en dommedagsfølelse og ser på det oppstyret du har rundt senga. Du tenker at dette her er bare så vilt liksom. Så den situasjonen tror jeg alltid jeg kommer til å huske. Det var jo en serie av mange hendelser. Jeg var jo så dehydrert og man var så tom. Likevel på det tidspunktet skal du gi. Det er fryktelig vanskelig. Ingen av dine basale behov var dekket, men folk fortsetter å kreve av deg. Når det skjer og går over veldig lang tid så når man kanskje det punktet hvor man er litt på vippen av utbrenthet, selv om jeg hardnakka benekter at jeg ikke blir utbrent. Det må man kanskje innrømme at man har potensiale til å bli. Nå var jeg veldig heldig som hadde en kort periode hjemme hvor jeg hadde to uker hvor jeg tenkte at dette her vil jeg ikke. Så hadde jeg en selvreiseringsfaseuke, så var jeg tilbake på jobb. Men man skal være litt obs på de tingene her, fordi vi har blitt strukket langt og hatt stor påkjenning over veldig lang tid. Jeg tror den kombinasjonen kan være litt ødeleggende da. Så det var vel egentlig det.

Ja, det var veldig tøft å høre du fortelle, og det er gjenkjennbart. Når det kommer til Covid, er det noe annet du mener er viktig å si noe om? Noe som du opplever å ikke ha fått sagt, noe som kanskje er viktig for deg som intensivsykepleier i forbindelse med pandemien? Altså, jeg har jo sikkert sagt det, men jeg tenker det er viktig å huske på de tingene som vi har vært ut av det. At en pandemi nødvendigvis ikke bare er negativt. Når vi får det litt på avstand

Annotations

Code Panel

Edit

CODE STRIPES

- Arbeidsplass i omstilling
- Aspekter med å være int.spl i pandemi
- Vaktorganisering
- Påkjenning
- Ivaretagelse av omdisponert personell
 - Pasientbehandling
 - Ivaretagelse av pårørende
- Belastning

Coding Density

0 item selected

5. Revidering og videre definering av temaene

Tematiseringen blir videre revidert senere i studiens analyseprosess, som en del av den rekursive tilnærmingen prosessen preges av. Systematiseringen av dataene ble i større grad kodet gjennom likhetstrekk eller samsvarer i tematikk. Man kunne kode ulike deler av tekst på tvers av tema. Hovedtemaene bli mer informativ underveis og treffende for innholdet og ulike deler forsøkt avgrenset. Under veiledning ble man oppfordret og fikk innspill som påvirket inndelingen da man fikk reflektert en del og gjort om på temainndelingene. Ut fra dette begynte det å utpeke seg tydeligere temaer og ny inndeling under disse. Jeg så fort hvem av kodene som hadde størst materiale og så nærmere på disse. Eksempelvis kom deltagerens bekymringer fram, og ble etter hvert kodet som en form for belastning. Punktene ble slått sammen.

På bildet neste side vises eksempelvis tema smittevernutstyr som senere i resultatdelen blir et undertema. Se bilde neste side:

Bilde 2: NVivo utdrag.

Name

- Aspekter med å være int.s...
- Bekymring
- Belastning
- Holdninger
- Oppfølging av int.spl
- Påkjønning
- Intensivavdeling
- Arbeidsplass i omstilling
- Arbeidstid
- Vaktorganisering
- Ivaretagelse av pasient
- Pasient - dagbok
- Pasient i isolatmiljø
- Pasientbehandling
- Team - samarbeid
- Ivaretagelse av pårørende
- Omdisponert personell
- Ivaretagelse av omdisp...
- Omdisponert intensivp...
- prøve
- Smittevernustyr

Smittever... Coding Stripes Highlight Code

Smittevernustyr

Summary **Reference**

Files\\A1

1 reference coded, 0.13% coverage

Reference 1: 0.13% coverage

Du stod i tungt smittevernustyr.

Files\\A2

2 references coded, 1.89% coverage

Reference 1: 0.54% coverage

Sånn rent arbeidsoppgave-messig så merket vi fort at man måtte spare på engangsutstyr. Var jo ikke mer dramatisk i det.

Reference 2: 1.36% coverage

Sånn rent praktisk ved å jobbe i smittevernustyr. Så hadde vi jo utstyr, og har aldri følt meg utrygg på å stå i denne jobben selv om man i starten gjorde noen forebyggende tiltak ved å skifte sokker og sko før man gikk inn kontra da man etterhvert det ikke lengre var nødvendig. Det ble ganske gode rutiner.

Files\\A3

2 references coded, 4.77% coverage

Reference 1: 1.20% coverage

Det var ganske slitsomt den perioden der, så blir du kanskje veldig varm og det er jo ikke sånn kjempegodt ventilasjonsanlegg inne på de rommene. Så du føler du går i en sånn boble. Du hører jo ikke hva folk sier og du ser kanskje ikke så godt. Alle sansene blir redusert.

Reference 2: 3.57% coverage

Når du tenker tilbake, er det noe du mener kunne vært gjort annerledes?

CODE STRIPES

Coding Density

- Belastning
- Arbeidsplass i omstilling

1 item selected Coding > Codes > Smittevernustyr

6. Rapportering, utarbeidelse av resultatdelen

Resultatdelen ble skrevet og revidert i flere omganger. Kandidaten så senere i prosessen at analysen burde gjøres i større grad i sammenheng med oppgavens problemstilling.

For å utarbeide resultatene og besvare problemstillingen ble det hensiktsmessig å eksempelvis slå sammen pasient og pårørendepunktene, for dem til å besvares i lys av intensivsykepleierens kliniske funksjon i studiens drøftingskapittel.

Sammenhenger og sitater kom naturlig frem i de ulike resultatinndelingene. Kandidaten opplever materialet som bredt og stort. Det gjorde prosessen med å skrive resultatdelen med tanke om at det skulle være et sammendrag ut fra tema og belyses med sitater.

Videre i denne delen ble drøftingen utarbeidet. Prosessen ble preget av å gå frem og tilbake i analysen for å komme frem til resultatene og drøfte funnene. Kandidaten har grunnet mye, tenkt og lest om igjen transkriptene igjen i de ulike analysetrinnene for å ivareta den opprinnelige meningen til deltagerne, samt for å etterstrebe en helhet i resultatet (Braun & Clarke, 2022, s. 41-44).

4.6 Forskningsetiske overveielser

Forskning forutsetter at kandidaten tar juridiske og forskningsetiske hensyn. World Medical Association utarbeidet i 1964 Helsinkideklarasjonen som sammenfatter etiske prinsipper i medisinsk forskning på mennesker. I kvalitative studier bærer materialet preg av deltagerens karakter og personlige erfaringer. Det er særlig viktig å beskytte deltagerne. Dette omfatter informert samtykke, konfidensialitet, konsekvenser og forskerens rolle (Malterud, 2017). Sistnevnte vil drøftes i kapittel 7.2; forskerens rolle da den har betydning for undersøkelsens kvalitet.

4.6.1 Informert samtykke

Samtykke er hovedregelen i forskning på mennesker eller opplysninger og materiale som kan identifisere enkeltindivider. Forutsetningen er samtykkekompetanse og det skal være frivillig, uttrykkelig, informer- og dokumenterbart (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019).

Studien «Rett person på rett plass?» ble meldt og godkjent av Norsk senter for datainnsamling (NSD referansenummer 566062, vedlegg 1). Deltagerne ble i intervjusituasjonen informert

om studiens mål og hensikt ut fra informasjonsskrivet (vedlegg 2) slik at de vet hva de deltar i. Samtykkeskjema (vedlegg 3) blir gjennomgått med og skrevet under av deltageren. Hver enkelt deltager informeres om at det er frivillig å delta, og at de på uansett tidspunkt kan trekke seg fra studien. Deltagerne regnes ikke som sårbar gruppe. De informeres om at deres personvern og anonymitet blir ivaretatt, og at lydfilen transkriberes av kandidaten selv, for senere å bli slettet. Transkriptene ble oppbevart på minnepenn i låsbart skap på Oslo Met til prosjektets slutt. Deltagerne fikk informasjon om at aidentifisert datamateriale i form av transkript ble benyttet av øvrig forskningsgruppe for videre forskning i prosjektet «Rett person på rett plass?».

ROOS-analyse ble utført av forskningsgruppen og godkjent. Nevnes ikke videre i denne studien. Regional etisk komite er ikke nødvendig da studien ikke inneholder helseopplysninger.

4.6.2 Konfidensialitet

Konfidensialitet innebærer å sikre at deltagerne ikke kan identifiseres (Kvale et al., 2015). De som gjøres til gjenstand for forskning har i hovedsak krav om at informasjonen blir behandlet konfidensielt (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019).

Identifiserbare data oppbevares trygt og utilgjengelig, samt at de skal ikke være gjenkjennbar og ikke kunne spores tilbake til deltageren. Båndopptakene ble slettet etter transkriberingen da disse kunne identifisere deltagerne. Dataene ble behandlet konfidensielt og deltakernes anonymitet ble ivaretatt i henhold til Oslo Met sitt regelverk i tråd med General Data Protection Regulation. Transkriptene ble skrevet ordrett og uten oppkobling til internett. De ble også anonymisert og det ble fjernet deler som kunne være gjenkjennbare med «xx» i fortløpende tekst for å sikre at de var uidentifiserbare. Transkriptene lå som «backup» i låsbart skap av veileder på Oslo Met. Disse er destruert ved prosjektslutt. Kandidaters karakteristikk er endret i sitater for at de ikke skal være gjenkjennbare.

4.6.3 Konsekvenser

Velgjørenhetsprinsippet innen etikk gjelder. Dette innebærer at det skal være lavest mulig risiko for deltageren i forskningen. Forskningen skal ikke gi deltagerne unødvendige

konsekvenser. Nytteperspektivet skal veie opp ved at de positive fordelene for deltagerne skal veies mer enn de risikoen for å skade deltagerne (Kvale et al., 2015).

Kandidaten vurderer det som hensiktsmessig for deltagerne å delta i denne studien da den kan bidra til å styrke arbeidsmessige forhold, og belyse intensivsykepleierens betydning i pandemien. Det bør være fordelaktig å dele sine erfaringer slik at de kan bidra til å danne et sterkere grunnlag for mulig bedre forholdene til senere hendelser. Kandidaten fikk avtalt å utføre intervjuene i deltagerens arbeidstid slik at det ikke gikk ut over deres fritid.

5.0 Resultatdel

I dette avsnittet presenteres resultatene etter intervjuer med deltagende intensivsykepleierne, oppsummert i fem hovedtema.

Covid-19-pandemien ga nye erfaringer rundt intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområde. En verden i pandemi satte smittevern og dem i fokus, og viste hvordan intensivsykepleierens kjernekompetanse var essensiell i behandling av kritisk syke. Mobilisert personell skulle opplæres av intensivsykepleiere. Å mobilisere kompetanse til den kritisk syke var en stor utfordring, selv med massiv mobilisering av ressurser. Intensivsykepleierne opplevde pandemien som krevende, men også at den førte til økt kompetanse og læring. Pasientene var akutt og kritisk syke, og pasientgruppen endret seg gjennom pandemien. Fra å ha åpen avdeling for pårørende ble smitterestriksjonene førende, noe som utfordret intensivsykepleierne i ivaretagelsen av pasienter og pårørende.

Hovedtema	Subtema
En arbeidsplass i endring	Intensivsykepleiernes opplevelse av covid-19
Det handler om intensivsykepleiernes kompetanse	Opplæring av omdisponert personell
Pasientbehandlingen og ivaretagelsen av pårørende	På bekostning av kvalitet? Konsekvenser for pasientene Forholdet til pårørende endret seg Flerkulturelle pårørende og pasienter

5.1 En arbeidsplass i endring

Deltagerne mener at arbeidssituasjonen bar preg av for få intensivsykepleiere i forhold til antallet alvorlig lungesyke med behov for intensivbehandling. Mye var uklart innledningsvis, og en av deltagerne beskriver det slik:

«Jeg synes arbeidsmiljøet endret seg mye fordi folk var redde, og kanskje litt sinte og frustrerte.»

Da samfunnet åpnet mer opp, ble det mindre trykk fra pasienter smittet med covid-19, og mindre bruk for tidkrevende smittevernustyr. Omdisponert personell kom bare i perioder med

høyt smittetrykk, og ble trukket tilbake så raskt belegget av pasienter med covid-19 gikk ned. Deltagerne beskriver nå et etterslep i all annen behandling. Belegget beskrives som konstant høyt, og utfordrende over tid.

Deltagerne beskriver også hvordan de ble preget av media og bilder fra utlandet med utslitt personell som sovnet på vakt. Katastrofepreget, kombinert med lite kunnskapsgrunnlag, beskrives som stressende. En sier det slik:

«Jeg hadde den første covidpasienten vi fikk. Jeg kom på nattevakt og vi var to intensivsykepleiere på denne pasienten. Selv om jeg anser meg selv som veldig sindig ga det en ganske spesiell følelse når man så vaktfordelingen og skulle kle på seg smittevernutstyret og gå inn på isolatet. Det var begrenset hva vi visste om viruset og hvordan det rammet.»

Covid-19-viruset var ukjent, og arbeidssituasjonen var preget av det. I starten skiftet deltagerne sokker og sko, og dusjet når de kom hjem. Å arbeide på isolat ikledd smittevernutstyr ble den nye normalen. Deltagerne beskriver smittevernutstyret som belastende å arbeide i. En av deltagerne beskriver det slik:

«Da jeg først hadde ikledd meg smittevernutstyr og kommet meg inn på isolat, ble det mange timers arbeid før jeg fikk avløsning for å komme ut igjen. Vi fikk gjerne bare en liten pause i løpet av vakta på åtte timer.»

Ubehaget ble også forsterket ved at man i starten måtte gjenbruke smittevernutstyret som var beregnet for engangsbruk. Deltagerne følte usikkerhet, og var nøye med av- og påkledningsrutiner. Det var krevende å ikke ha nok utstyr, og da man i tillegg fikk mye forskjellig utstyr var det vanskelig å stole på at utstyret ga god nok beskyttelse for intensivsykepleierne. Det var masker som ble påvist å ikke være tette nok, og som utsatte intensivsykepleierne for smittefare.

«Vi fikk mye rare masker. Masker som lukta vondt og var ubehagelig. De satt stramt og ga kraftige merker i ansikt, ører og nese. Det var vanskelig å tilpasse dem slik at de

funka effektivt og satt mest mulig behagelig på. Jeg var øm og hadde trykksår over nesa.»

Utstyret ble beskrevet som ubehagelig og vanskelig å tilpasse. Leveransen på utstyr var ujevn, og man fikk forskjellig utstyr. Det var varmt og klamt å arbeide i smittevernutstyret. Det tærte på fysisk og psykisk. Deltagerne sier de ble dehydrerte og fikk hodepine. En forteller det slik:

«Det var vanskelig å kommunisere med maskene. Man ble svimmel og uvel, det hendte at noen besvimte. Man merker ikke alltid at man får for lite oksygen i den stressende arbeidssituasjonen. På slutten kunne jeg oppleve å miste hukommelsen under rapporten, og gikk hjem helt svimmel.»

Frykten for å ta med seg smitte hjem var stor.

«Jeg var veldig bekymra for om jeg tok med smitte hjem til familien. Jeg har hatt dårlig samvittighet overfor barna og mannen min. Den usikkerheten har vært tøff.»

En aleneboende deltaker beskriver tilværelsen slik:

«Det var vanskelig å møte noen utenom jobb fordi jeg bor alene. Det var ganske tøft å være alene etter jobb. Og når vi måtte rasjonere på utstyret følte det ugreit å skulle gjenbruke det. Redselen ble større for å dra smitte ut av avdelingen og gjøre andre syke.»

Deltagerne beskriver at vaktfordelingen kunne oppleves ujevn da enkelte kollegaer fikk fritak for isolatarbeid av ulike grunner. Dette økte belastningen ytterligere på intensivsykepleierne som arbeidet i intensivkohorten. Det var minimalt med pauser på vakt, og det ble få vakter uten smittevernutstyr. Deltagerne beskriver at det ble en stemning preget av urettferdighet i avdelingen. Noen fikk så og si alle vaktene inne i kohorten, og andre var der minimalt. Flere deltagere mener at ledelsen kunne gått inn og sørget for registrering for å sikre jevnere fordeling med ansatte på isolat. Over lengre perioder ble ikke dette fanget opp, og det ble svært belastende for den enkelte med lange perioder med kontinuerlig isolatarbeid.

«Mange har stått mye på disse rommene og fått få pauser. FHI hadde utarbeidet en anbefaling om isolattid på tre til fire timer hvor du skulle være ute av rommet. Det var det ingen av oss som visste fantes. Og det ble ikke fulgt.»

Alt personell strakk seg langt i jobben, arbeidet mye ekstra, og stod på det de kunne. Det ble en periode med lederstyrt turnus med pålegg om arbeid annenhver helg. Deltagere forteller at de har jobbet flere helger enn de selv har hatt fri. Deltagerne sier blant annet:

«Lederstyrt turnus var nok et uttrykk for at folk var slitne, og vi på et tidspunkt ikke lenger klarte å dekke vakter med frivillighet.»

«Jeg var skikkelig sliten i perioder. Følt at jeg måtte jobbe ekstra, og tok en del vakter fordi det var så mange pasienter som trengte det, og vi var for få folk. Det var varmt, og ventilasjonsanlegget var uoptimale på isolatene. Jeg følte jeg arbeidet i ei boble hvor jeg verken kunne se eller høre. Alle sansene ble redusert. Det var veldig krevende.»

«Det er selvfølgelig en belastning å jobbe så mye og i perioder og da særlig mye tid inne på smitterom uten regelmessige pauser. Jeg merket at jeg ble både fysisk og mentalt tom, og hadde generelt lite overskudd.»

5.1.1 Intensivsykepleierens opplevelse av covid-19

I starten beskriver deltagerne et enormt pågangsmot. De opplevde å være rollemodeller og de mobiliserte for å trygge arbeidssituasjonen i kohorten, selv om de kjente på usikkerhet og uro som følge av et virus som endret tilværelse og arbeidssituasjon. Det opplevdes som positivt å se at det var mulig å omrokere store ressurser, selv om det noen ganger ble suboptimalt.

«Det virker som at folk har fått øynene litt mer opp for hva intensivsykepleiere gjør og betyr.»

Å arbeide klinisk som intensivsykepleier medfører vanligvis høy vaktbelastning i form av tredelt turnus med jevn vaktfordeling på døgnet. Deltagerne beskriver arbeidssituasjonen som unntakstilstand. De forteller at det gikk greit i starten. Etter hvert begynte den krevende og stressende arbeidssituasjonen å tære på. Utad gikk det smidigere for hver runde, mens innad

gir deltagerne utrykk for motløshet. Deltagerne beskriver å være redusert både fysisk og mentalt, med manglende overskudd utover i pandemien. Det beskrives slik:

«På jobb tenkte jeg at det ikke var så ille, men etter hvert kjente jeg på kroppen at det ble for mye.»

«Rundene var veldig ulike, og man kjente på motløshet for hver runde. I den første runden var innstillingen å «gunne på», gjøre alt vi kan for pandemien. Neste runde kjente man på at man ikke orket mer. Jeg funderte på om dette var det jeg hadde lyst å drive med. Jeg synes det var helt forferdelig. Til tredje runde hvor lysten ikke ble noe større. Det var paralleller hele veien. Det ble bedre utad for hver runde, men jeg og kollegaene mine opplevde å bli mer og mer preget av motløshet for hver bølge som kom.»

Arbeidssituasjonen tærte på over tid, og man merket arbeidspresset på kroppen, beskrevet slik:

«Jeg var dehydrert og tom. Likevel skal du gi. Det er fryktelig vanskelig. Ingen basale behov var dekket, men folk fortsetter å kreve.»

Deltagere beskriver også disse endringene og utfordringene under pandemien:

«Jeg har i denne perioden hatt betydelige søvnproblemer, og blitt svært gråtelabil noe jeg sjeldent er til vanlig. Hjemme har jeg vært mer irritabel overfor familien. Tankene har vært preget av håpløshet og verstefallstenkning. Belastningen førte etter hvert til en kortere sykemeldingsperiode. I denne perioden måtte jeg gå veldig inn i meg selv fordi jeg mista helt piffen. Jeg kom til et punkt hvor jeg lurte på hvem som hadde det verst, og opplevde at jeg ble helt avflata. Jeg ble litt sånn på jobb også som følge av det høye arbeidspresset. Jeg har aldri følt meg så tom fysisk og psykisk før, og tror det er fordi det har gått over så lang tid. Man skal være litt obs på at man nærmer seg utbrenthet»

Deltagerne sier at deres arbeidsplass har forsøkt å gi tilbud som ivaretar intensivsykepleierne, men det blir av deltagerne beskrevet som tilfeldig. Det har sjeldent vært tid i arbeidshverdagen til å sette søkelys på en selv, og beskrives slik:

«Vi fikk tilbud om psykolog, men jeg følte at jeg ikke hadde behov for det. Men jeg kunne hatt godt av å ha en kollega å prate og utveksle erfaringer med. Den belastningen ønsket jeg ikke å legge på de som kom hit for en kortere periode. Mye ansvar havnet på egne skuldre.»

«Vi har hatt en psykiater tilknyttet avdelingen, men det var ikke et fullgodt tilbud, og det har vært lite rom for debriefing fordi det har vært så hektisk. Det har vært for lite oppfølging.»

Deltagerne beskriver pandemien også som berikende i form av faglig utvikling og økt samhold. Deltagerne beskriver team-bedring, og opplever at man utviklet seg til det bedre. Man fikk større kompetanse på relaxerte pasienter, samt ARDS og respiratorbehandling i denne sykdomstilstanden. Kompetansen på syke lunger har økt. Det å ha med seg omdisponert personell på opplæring ga også mer refleksjon og bevissthet som deltagerne beskriver som krevende, men også givende i form av økt kompetanse.

«Pandemien ble først og fremst veldig belastende. På andre måter var pandemien også berikende og samlende. Vi følte team-building. Samtidig ble kravet til selvstendighet større for oss fast ansatte intensivsykepleiere. Vi måtte i større grad ta avgjørelser selv. I tillegg kom smittevernustyr og ansvaret for to-tre personell på opplæring.»

Deltagerne uttrykte glede over pasienter som overlevde:

«Den første covidpasienten jeg hadde var så glad i å danse før sykdommen rammet. Vi ble godt kjent, da han lå her lenge og tidvis var veldig dårlig. Han ble ekstubert og reintubert to ganger før vi fikk han av respirator. Han kom tilbake på besøk etter en stund, og vi fikk tilsendt dansevideo av han. Vi vet jo sjeldent hvordan det går videre med pasientene vi behandler på intensiv. Det synes jeg var skikkelig fint å se.»

Og det opplevdes vondt, da det ikke gikk så bra:

«Jeg hadde en som var veldig dårlig og døde. Der var det dialysebehandling og gassedasjon. Det var tungt å stå i. Så var det en annen gang hvor pasienten min ble intubert på vakta med alt som hører til. Jeg fikk minimalt med hjelp og måtte ordne alt selv. Det gikk greit.»

De uttrykte også takknemlighet for å ha en jobb å gå til i kontrast til mange andre som ble permittert i sine jobber:

«I pandemisituasjonen var det samtidig godt å ha en jobb å gå til. Jeg er takknemlig får å kunne bidra og kunne dra på jobb å møte mennesker, og da særlig kollegene mine.»

Verden var også en helt annen utenfor arbeid. Hobbyer som man kunne koble av med var også til nytte. Familie og samboer ble beskrevet som ressurser rundt deltagerne i deres arbeid som intensivsykepleier. Andre deltagere som bodde alene, beskrev å kjenne på det.

5.2 Det handler om intensivsykepleierens kompetanse!

Dette kapittelet innledes med en skildring fra en av studiens deltagere. Det beskrives hvordan de brukte livreddende kompetanse i ulike situasjoner. Intensivsykepleierne ivaretok sitt funksjons- og ansvarsområde med avgjørende intensivsykepleierkompetanse i ulike situasjoner, slik som beskrevet her:

«Vi stod i noen situasjoner hvor det måtte gå fort. Det var for eksempel et tilfelle hvor en ekstubert pasient var mobilisert opp i stol for å spise, men tilstanden begynte å fallere. Jeg var egentlig på nabopasienten, men hadde samtidig øye bort til nabosengen og situasjonen. En omdisponert anestesisykepleier hadde ansvaret. Pasienten slet veldig med pusten, og metninga var lav. Den kunne være det på disse pasientene som følge av covid. Jeg fikk med meg at ansvarlig ringte for å avklare med den omdisponerte legen. Den omdisponerte legen forstod ikke alvorret da pasienten ble akutt dårlig. Jeg gikk bort for å hjelpe til og følte jeg måtte gripe inn og si «Jeg tror vi må få han i seng siden han er så sliten og har vansker med pusten sin. Vi fikk han både i seng og på NIV-maske, men etter hvert måtte jeg holde kjevetak for frie luftveier og ga jeg beskjed om intubering raskt, og at legen må kontaktes øyeblikkelig. Han sa han

skulle kle på seg for å komme inn. Han var nok usikker, samtidig som han var redd for å komme inn på isolatet slik jeg tolket det. Det endte med at jeg ringte ut selv til en annen lege og ga beskjed «Vet du hva, han må intuberes NÅ». Når den andre legen kommer og spør hvorfor ingen har ringt før, ble jeg litt sånn.. det var vanskelig. Det var jo ikke mitt pasientansvar, men jeg tok det da jeg så alvoret. Pasienten ble intubert igjen og det gikk raskt unna.. Intuberingsbordet hadde vi alltid beredt, så det var klart når den andre legen kom inn halvt påkledd med akkurat det hun måtte ha for å intubere. Jeg tenker det handler om kompetanse hele veien. Forståelsen for hvor fort en pasient tilstand kan snus. Vi sitter nok med en del kompetanse de omdisponerte ikke har ...»

Intensivsykepleierne forteller at de har fått bruk for kompetansen sin i stor grad. Deltagerne beskrev en trygghet i å ha en erfaren intensivsykepleier på vakt å arbeide sammen med, samt å kunne konferere. I pandemien opplevde intensivsykepleierne å være i fåtall i behandlingen av kritisk syke pasienter med Covid -19.

Samtidig beskrives det at intensivsykepleierne opplevde å stå mye alene og måtte ta selvstendige avgjørelser. Deltagerne beskriver stor ansvarsfølelse:

«I pandemien har vi stått mye alene med økt ansvar for veldig dårlige pasienter. Til og med legene slet på samme måte som oss, da det var manko på anestesileger med intensivkompetanse. Legene ble omdisponerte, og det kunne komme eksempelvis en ortoped som ikke forstod noe av respiratorbehandlingen. De støtta seg veldig til oss intensivsykepleierne. Når vi da hadde behov for å spørre om ting vi hadde observert, så måtte de ut å rådføre seg med andre.»

«Jeg har følt jeg stod med enormt mye ansvar alene for veldig dårlige pasienter, og hvor du nesten ikke fikk besøk av legen. Du hadde jo alltid legen å ringe til, men du var kanskje mye alene. Så kom det også de som skulle være støttepersonell inn å skulle hjelpe deg. De hadde jo heller ikke kompetanse.»

5.2.1 Opplæring av omdisponert personell

Omdisponert personell var mobilisert for å bistå på intensivkohorten for å ivareta de syke pasientene med covid-19. Deltagerne beskriver utfordringene det medførte med situasjoner som eksempelvis denne:

«For eksempel var det en anestesisykepleier som hadde pasientansvar på en vakt jeg var på. Vaktansvarlig sykepleier, har ikke alltid kontroll på hva alle kan hele tiden. De fordeler og belager seg på at den enkelte sier i fra selv om ansvaret overgår deres egen kompetanse. På denne vakten var det en pasient som var veldig dårlig, og jeg fikk forespørsel om jeg kunne overta pasientansvaret. Det var ganske kaotisk, men startet med ABCDE-vurdering for å få kontroll. Pasienten var halv våken og ganske stressa. Jeg var ganske brå mot anestesisykepleieren og sendte vedkommende ut, og var redd for at hun skulle bli sint på meg eller lei seg, men i samtale etterpå var hun faktisk takknemlig for at jeg overtok, sånn at hun kunne slippe ansvaret.»

Det positive med støttepersonellet var at de kunne avlaste intensivsykepleierne ved å drive med mer utfyllende oppgaver. Intensivsykepleierne opplevde støttepersonellet som en viktig mobilisering for å kunne konsentrere seg om det pasientnære arbeidet i større grad.

Deltagerne beskriver hvordan de fikk brukt kompetansen sin som intensivsykepleier på flere måter. De undret seg over bruken av deres kompetanse, da støttepersonell ble fjernet med en gang det verste smittetrykk gikk ned. De forteller om ulike arbeidsoppgaver, som feks. vasking.

«Vi brukes til så mye. Vi vasker, spriter, og organiserer. Noe av dette burde andre gjøre.»

Andre oppgaver var det store opplæringsansvaret intensivsykepleierne fikk for det omdisponerte personellet som kom til intensivkohorten. En intensivsykepleier kunne gå med 2-3 omdisponerte personell hver gang de var på jobb, i tillegg til å ha pasientansvar. De forteller at de er vant til å ha ansvar for opplæring, men ikke i så stor grad. De opplevde det som krevende og kjente på det ekstra ansvaret.

«Vi hadde masse opplæring. Vi ante ikke hvem vi hadde med oss til tider, eller hva de kunne eller hva de var komfortable med å gjøre. Tidvis var det mange folk på

isolatene, men jeg som intensivsykepleier med ansvar kunne ikke bli avløst for eksempelvis gå på toalettet».

Deltagerne beskriver det som belastende å ikke vite hvem de skal gå med, og hvor mange. De omdisponerte hadde svært ulik kompetanse og intensivsykepleierne som drev opplæring skulle møte, ivareta og lære dem opp fra den enkeltes nivå. Noen hadde behov for opplæring i hvordan knekke en ampulle, og andre ga uttrykk for at de var mer selvstendig enn de egentlig var.

«Jeg vet at mange syntes det var fælt å komme hit, men det er sikkert fordi vi fremsto stressa. Vi var jo ikke forberedt på at vi skulle lære opp alle disse folkene.»

Intensivsykepleierne beskriver viktigheten av å beholde fatningen og roen, og gikk inn i oppgavene med dårlige pasienter og flere på opplæring.

«Man måtte være et forbilde for de som var enda reddere enn en selv og som kanskje aldri har sett en intensivpasient før. Selv om jeg kanskje var veldig engstelig og urolig inni meg, så prøvde jeg å ikke vise det.»

De ulike smittetoppene ble omtalt som bølger av deltagerne. De beskriver forskjellene og utviklingen etter hvert som omdisponerte blir mer selvstendig. Lengre ut i pandemien ble det omdisponert intensivsykepleiere fra andre norske sykehus. Deltagerne beskriver det som en enorm hjelp å få kompetente intensivsykepleiere som kunne faget, og bare trengte en letter opplæring på lokale rutiner.

«Vi fikk omdisponert intensivsykepleiere fra andre norske distriktssykehus i senere bølger av pandemien. De hadde jo et annet trykk sammenlignet med oss, men også knappere ressurser. Noen distriktssykehus var bare rustet til å ta én covidpasient, og var sårbare på transport og fjellovergang som kunne være stengte. Selv om vi arbeider i et sykehus som her med stort trykk, har vi også mye å mobilisere. Det ble effektivt etter hvert med hurtigtester. Selv om jeg er overveldet av arbeidstrykket her, er jeg samtidig takknemlig for å jobbe i et større sykehus med større fagmiljø.»

5.3 Pasientbehandlingen og ivaretagelsen av pårørende

Den syke covid-19-pasienten beskrives som dårlige og lungesyke da de kom på intensivavdelingen. I starten kom det pasienter som i utgangspunktet var friske. Det var en merkbar overvekt av antall mannlige pasienter som hadde blitt akutt og alvorlige syke av covid-19. Det var en større andel unge pasienter også, samt høyere andel pasienter og pårørende med flerkulturell bakgrunn som hadde ulikt syn på helse og sykdom.

«Jeg er ikke vant med at de er så unge her på intensivavdelingen. Det er spesielt å skulle behandle en ellers frisk person på rundt 30 år som må legges i respirator på grunn av covid -19.»

Deltagerne opplevde også at det var pasienter fra samme familien og hushold som var innlagte samtidig. De opplevde å ha dialog med pårørende over telefon, for så å ha dem innlagt og behandle dem i samme kohort. De forteller slik:

«Det er jo ofte at hele familien har hatt covid. Vi hadde en litt eldre pasient som fikk respiratorbehandling, hvor datteren ringte inn. Du hørte hun var tung i pusten og slet. Så da gikk det ikke mange dagene før hun også kom på respirator.

«Det er ikke så lenge siden vi hadde en case hvor begge foreldrene var innlagt med Covid. Far var lagt inn og mor var grensen på å bli lagt inn. De hadde et mindreårig barn. Da sendte vi inn «barn som pårørende» til kommunen og ringte og forhørte om de kunne tilby noe hjelp. Vi kobla inn sosionom og kommuneapparater for å sørge for at noen kunne passe ungene.»

Utover i pandemien endret pasientgruppene seg. De med underliggende sykdommer ble innlagt.

Pasientene som lå inne med covid -19 ble mange med ganske likt sykdomsbilde. ARDS-lignende lunger kunne man se på røntgenbildene som ble tatt. Behandlingen ble til underveis og man oppdaterte seg underveis og arbeidet tett med legetjenesten for å gi best mulig behandling ut fra det man viste der og da.

Kompetansen på respiratorbehandling beskriver deltagerne som økt og bedret gjennom pandemien. Det har ikke blitt helt optimalt med omdisponert personell som ikke har kompetanse på respirator og derav ikke respiratoravvenning.

«Vi ble gode på å respiratorbehandle pasienter med ARDS som følge av Covid. Jeg har ikke så mye erfaring med mageleie fra før. Men det har vi gjort veldig mye, og blitt gode på.»

Deltagerne beskriver at man relaxerte pasientene, noe som var nytt innen behandling på respirator. I starten av pandemien ble pasientene raskt intubert og senere i pandemien ble det startet med NIV-behandling da pasientene kom inn til sykehuset. Behandlingsstrategien endret seg underveis.

Intensivpasientene ble snudd i mageleie i mye større grad, og deltagerne beskriver økt kompetanse i særlig dette. De beskriver også at de i starten kunne være opp til 10 personell per mageleie, men at de etter hvert ble effektive nok til å være 5-6 stykker per sning.

«Vi så at de lå lenge på respirator med høye trykk og innstillinger. De ble jo behandla litt som ARDS-lunger. Snudd ofte, og etter hvert i mageleie. Omfanget av mageleie ble mye større, og vi fikk skikkelig snuregimer. Det er krevende fordi vi må være så mange under hvert snuregime i mageleie.»

«Det er risikosport for pasientene å bli snudd i mageleie fordi det kunne løsne en del slim i lungene og gi alvorlige slimpropper. Vi fikk jo faktisk en som gikk i hjertestans da han lå i mageleie. Det er liksom litt med det å komprimere når de ligger på rygg, og få snudd de fort.»

Til vanlig har man ansattgrupper rundt hver pasient. Under pandemien ble det mer tilfeldig og intensivsykepleierne beskriver det som dårligere kontinuitet rundt faste ansatte til den enkelte pasient og deres pårørende.

Intensivsykepleierne som deltok beskriver at overlevelsen har vært god, tross mangel på kompetanse, utstyr og rutiner. Gjennom beskrivelsene kan man si at dem tilpasset seg situasjonen.

«Vi frykta mange ting når viruset kom til Norge, men samtidig stolte jeg på at vi har et godt helsevesen. Det tror jeg har resultert i at veldig mange har overlevd covid. Vi klarte finne løsninger og jobbet for å få hver og en pasient igjennom forløpene sine. Jeg tror også vi har gode rutiner, og god hygiene. Vi er gode på snuregimer i mageleie, vi har gode senger. Så den høye standarden har nok vært viktig for overlevelsen.»

«Takket være de mobiliserte ressursene klarte vi ha en god bemanning. Jeg er overbevist om at det bidro til den gode overlevelsesraten vi har da vi har klart å ivareta aspekter som mobilisering og ernæring. Vi jobber forebyggende, og har nok klart å holde komplikasjoner lavt. Pasientene har hatt gode rammer.»

5.3.1 På bekostning av kvalitet?

Omdisponert personell har blitt satt til pasientansvar, og det har oppstått situasjoner hvor intensivsykepleierne har måtte gripe inn og ta over. De beskriver det som vanskelig å stå i arbeidssituasjonen og senke kravene når de ser at kvaliteten på intensivsykepleien bli forringet.

«Det handler om å redde pasienten og ivareta smittevern. Det må innimellom bli suboptimalt, men det kan ikke bli så suboptimalt at du beveger deg på en knivegg i forhold til kvalitet. Det har jeg jo kjent på ved alle disse som har blitt omdisponert. På enkelte vakter har man jo tenkt at dette forringer kvaliteten. Det synes jeg har vært litt vanskelig.»

«Vi som har arbeidet noen år i avdelingen som intensivsykepleiere har synes situasjoner har vært vanskelige når man ser mangelen på kompetanse, og har vært nødt til å si i fra til vaktansvarlig. Mange viktige elementer forsvinner når opplæringen tynnes ut, selv om man ser at folk gjør så godt de kan.»

«Som intensivsykepleier hadde man ansvar for pasienten og når han for eksempel desaturerte hadde man ansvar for å koble av og bagge pasienten riktig for å ivareta smittevern best mulig. Det var mye å tenke på, i tillegg til å ivareta alle man hadde med seg på opplæring.»

Deltagerne beskriver ikke så mange fatale akutte konsekvenser, men opplever at kvaliteten under intensivbehandlingen blir dårligere. Rutiner og forebyggende tiltak var utfordrende å ivareta. Intensivsykepleierne beskriver det slik:

«Jeg kan ikke si at jeg har eksempler på at pasienter ikke har blitt ivaretatt. Men det er jo klart at kvaliteten har blitt dårligere, fordi alle våre daglige rutiner har blitt satt på vent. Mange rutiner er ikke implementert hos de omdisponerte som utfører dem. Det blir tilfeldig om intensivsykepleieren som går bak får det med seg, og klarer å følge opp at ting blir gjort. Det kan gå to timer for mye uten at hodet blir snudd fordi man ikke tenker på det eller at de med ansvar for pasienten synes det blir ubehagelig. Da blir det ikke gjort.»

«Det er en del av de overordnede prinsippene som blir rokket ved. Vi er kanskje veldig firkanta. Man har tidvis beveget seg på en knivegg i forhold til forsvarlighetsprinsippet. Og tidvis har man tenkt at dette er ikke bra, men takket være tilgjengelige ressurser har klart å bufre for at de fatale konsekvensene ikke har skjedd.»

Intensivrommene ble beskrevet som lite gunstig å være våkne i, da det var lite sosialt og uten tilgjengelig bad og toalett. Alle faktorer for delirium var til stede, og da de fikk det var det utfordrende å gi intensivmedisinsk behandling.

«Driver vi med sedasjonslette hvor pasientene glipper med øya, sporadisk våkner til og ser på masse månemennesker. Alle faktorer for delirium ligger jo til rette. Hvis du da legger på at man ikke forstår språket, og at den som står ved siden av sengen din ikke forstår hva du sier. Det har i ekstubasjonsfase vært vanskelig å få gått videre, som å få pasienten til å samarbeide med NIV og highflow. Det har vært utfordrende.»

Fraværet av pårørende førte til at intensivsykepleierne kjente på at pasientene kunne være ekstra alene.

«Det må ha vært veldig tøft for mange pasienter å våkne opp på intensiv, et ukjent sted for den enkelte og med oss i fullt smittevernutstyr og masker foran ansiktet. I tillegg

til å ivareta den intensivmedisinske biten, har vi gått inn med ansvar for omsorg og forsøkt å være der for den enkelte fordi pårørende ikke har kunnet være til stede.»

Smittesituasjonen hindret både dagbok og «ettersamtaler» en periode, men intensivsykepleierne opplever det som viktig å gjennomføre. Intensivsykepleierne beskriver viktigheten av å fange opp eventuelle utfordringer som følge av intensivoppholdet og forklarer at søvn, mareritt og fysiske plager kan avdekkes og følges opp videre av fastlege.

«Det å komme tilbake som intensivpasient og vise dem rommet tenker jeg er viktig. Å vise dem rommet, sette på suget som de senere kan fornemme følelsen av kan skape sammenheng. Det å vise dem at vifta og ventilasjonsanlegget i taket ikke er edderkoppene de har beskrevet. Det gjør noe å få se omgivelsene i en annen setting, når man er friskere og oppe på bena.»

Deltagerne beskriver at de også har hatt oppfølgingssamtaler over nettbrett, i tillegg til fysisk besøk. De opplever det som positivt for pasientene og pårørende, samt opplever det som fint å se hvordan det går med dem videre. «Ettersamtalen» gir rom for pasienten å stille spørsmål for å skape en sammenheng av behandlingen de har vært gjennom.

«Jeg synes det har vært veldig fint å skrive dagbok. Jeg tror det kanskje har vært enda viktigere for de pasientene som har ligget her under Covid -19, og ikke husker noen ting. Det er forhåpentligvis et verktøy for dem å samle trådene og forstå hva som skjedde med dem. Jeg synes vi er generelt ganske flinke på dagbok. Det falt litt ut særlig første tiden i pandemien, og ikke alle fikk tilbud om det.»

5.3.2 Forholdet til pårørende endret seg

Smittesituasjonen medførte at pårørende ikke kunne være til stede i avdelingen som normalt under covid -19 pandemien. Normalt beskrives pårørende som en ressurs til pasienten og behandlingen på intensivavdelingen. De er naturlig inkludert. I utgangspunktet er intensivavdelingen åpen for pårørende og man utviser en fleksibilitet ut fra pasientens tilstand og deres behov. Deltakerne beskriver erfaring med det fysiske fraværet av pårørende og hvordan de samtidig skulle å ivareta dem.

«Jeg tror den desperasjonen i å få komme inn til sine kjære på intensivkohorten, for mange har opplevdes som ganske grusomt.»

Deltagerne beskriver hvordan telefon var deres primære kommunikasjonsverktøy med pårørende, og hvordan de skapte relasjon over denne:

«Vi ringte pårørende for å gi dem daglig status og prata med dem for å høre hvordan de hadde det. Mange pårørende beskrev det som en tøff situasjon.»

«Det var kona til en pasient jeg hadde. Hun var svært bekymra for sin ektemann som lå i respirator og mottok intensivbehandling. Jeg brukte god tid til samtale med henne på telefonen da vi ikke hadde mulighet for besøk i avdelingen. Jeg satt igjen med en god følelse av at jeg gjorde noe godt for henne. Hun ble så glad når det var jeg som ringte. Jeg tror vi var flinke å ivareta og ta i bruk de virkemidlene vi har kunnet ut fra situasjonen.»

De beskriver også utfordringene under telefonkontakt som vanskelig fordi man mister evnen til å tolke om de forstår informasjonen. Deltagerne beskriver det slik:

«Man måtte forklare pårørende på en helt annen måte enn man vanligvis gjør under telefonkontakt. Nå måtte vi illustrere hvordan det ser ut rundt mannen som ligger i respirator og hva vi gjør. Samt forklarer prognoser, og forklarer hva som er forventet å skje etterpå.»

«Over telefon er det vanskeligere å tolke om informasjonen som blir gitt, er forstått. Når man er fysisk til stede er det lettere å fange opp de signalene som gjør at man tenker at informasjonen ikke er forstått.»

«Det ble tydelig at pårørende ikke hadde fått eller oppfattet situasjonen hos en pasient jeg hadde. De hadde ikke forstått at pasienten var sedert og hadde tube i halsen. Det kunne virke som den pårørende hadde fått litt overfladisk informasjon eller rett og slett ikke forsto hva intensivbehandlingen i praksis gikk ut på. Man lærte seg å kommunisere ganske grafisk. Det var nødvendig å bruke tid på å få pårørende til å forklare hva de forstod, for å kunne møte den informasjonen de trengte.»

De opplevde også pårørende som særdeles engstelige og preget av situasjonen, mye på grunn av det de så og hørte i media.

«Mediedekningen skapte bekymring, og jeg merket at vi intensivsykepleierne brukte svært mye tid på pårørende som var særdeles engstelige. Det ble en del dramatiske oppslag i tabloidpressen og vi måtte nærmest drive folkeopplysning på hva det egentlig betydde når man fikk corona. Media var i større grad skremselspropaganda, heller enn å bidra til opplysning.»

Kommunikasjonen endret seg, og man tok i bruk telefonsamtaler i større grad. Det ble også mulighet for videooverføring slik at de hjemme kunne se intensivsykepleieren og bli vist både pasient og pasientrom. Intensivsykepleierne opplever det som et godt alternativ til telefonsamtalene.

«Jeg synes det var kjempefint å kunne ha Wearby for å vise hvordan det er, og at de kan se sine. Noen har fremstått fornøyd med de muntlige illustrasjonene de har fått, men det er jo så mange som vil komme. Jeg tror Wearby videooverføring har bidratt til å roe ned å gi pårørende mulighet til å få et ansikt på hvem de snakker med, og se hvordan pasienten som ligger i senga har det.»

Intensivsykepleierne forsøkte å tilrettelegge for at nærmeste pårørende skulle komme inn og få samtale med lege og sykepleier på vanlig måte i de tilfellene da pasientens tilstand forverret seg, og det gikk mot avsluttende behandling. Nasjonale føringer med begrensninger om antall var utfordrende å ivareta med ønsket antall pårørende. Det ble forsøkt å tilrettelegge så langt det gikk i de ulike situasjonene.

«Hvis det endte med at det ble avsluttende behandling tilrettela vi slik at de kunne være til stede.»

«Noen ganger når det har vært svært kritisk for pasienten har vi tatt pårørende inn bakveien og ikledd dem smittevernutstyr for at de skal ha kunnet bli med på avslutning av intensivbehandlingen.»

5.3.3 Flerkulturelle pårørende og pasienter

Man har ulikt syn på sykdom og helseutfordringer. Fra tradisjonelt vestlig syn til religiøst syn, beskrevet slik:

«Mange pårørende har sagt at det er Allah som bestemmer om de får Covid eller ikke, og at det er Allah som bestemmer om de blir friske. Det har ikke noe med at vi som helsepersonell har hjulpet dem gjennom noe.»

Vi opplevde en større andel flerkulturelle pårørende og i den forbindelse kunne det medføre språkutfordringer som utfordret kommunikasjonen. Deltagerne beskriver utfordringer med å tilrettelegge i disse situasjonene slik at pårørende skulle bli ivaretatt best mulig. Over telefon var det utfordrende for intensivsykepleierne å tolke om informasjonen ble forstått slik den var ment. En av intensivsykepleierne beskriver det slik:

«Noen pårørende har jo vært vanskelig å informere, på grunn av språkbarrierer. Det har vært vanskelig at mange ulike har ringt. Det på tross av prinsippet om hovedpårørende. Det har jo noen ganger vært telefoner jevnt gjennom hele vekten.»

Informantene beskriver det som vanskelig å inkludere tolk under covid -19 som følge av smitterestriksjonene:

«Det er kjempeviktig å sørge for at de forstår informasjonen vi gir, selv om de snakker godt norsk. Det kan det jo være godt for dem å snakke sitt eget morsmål også.»

«Bruk av tolk er litt mere vrient på telefon. Vi har vært nødt til å bruke en del av våre egne flerspråklige sykepleiere når det har vært kritisk for pasientene og det haster å få gitt informasjon.»

Situasjoner som dette ble beskrevet:

«Jeg hadde en pasient som var veldig dårlig. Vi snakka med pårørende over telefon i veldig mange runder om at vi ikke trodde dette gikk, og besluttet derfor at de måtte komme inn. Det virket ikke som de forsto alvorret i situasjonen for pasienten. Det er

vanskelig å få til tolk gjennom telefonen. Så da ble sjokket voldsomt når de først kom å så hvor alvorlig det faktisk var.»

Deltagerne beskriver utfordringer knyttet til fravær av tolketjeneste til pasienten, som følge av smittesituasjonen:

«Det er lettere når man ikke er i en pandemi. Da kan man rekvirere tolk. Disse tjenestene har jo vært lettere tilgjengelig ellers, mens nå er det så omfattende å gå inn på det rommet.»

«Det var veldig vanskelig å inkludere tolk under pandemien. Jeg er usikker på i hvor stor grad vi egentlig har gjort det. Det har vært flere pasienter som heller ikke har snakket norsk. Det tenker jeg er kjempevanskelig fordi da våkner de kanskje opp med masse mennesker i full heldrakt, og ikke klarer å forstå noen ting av det vi driver med. Vi burde få bedre rutiner på det med tolk.

De fleste pårørende var forståelsesfulle overfor begrensningene. Det kunne imidlertid bli misforståelser og man opplevde at pårørende flere ganger ikke respekterte de satte begrensningene. Det kunne komme flere pårørende selv etter å ha informert om disse. Noen ganger sendte pårørende inn mange ulike familiemedlemmer og nære. Deltagerne beskriver det som svært utfordrende å ivareta pårørende, samt holde oversikt, og ivareta de begrensningene som var satt i smittesituasjonen:

«Vi opplevde at smittede pårørende trengte seg inn i avdelingen. De kunne være uærlig om å oppgi at de ikke hadde Covid, selv om det var smittet. Det var ikke uvanlig at flere som bodde sammen ble smittet, og da særlig familie. Det føltes utrygt, og vi måtte etter beste evne geleide dem ut.»

«Det har vært vanskelig å få folk med flerkulturell bakgrunn til å respektere de besøksrestriksjonene som har vært. Jeg opplever det er knyttet til dårlige norskkunnskaper. Informasjonsbiten på telefon i forhold til besøksrestriksjoner har vært vanskelig å formidle. Og dermed vanskeligere for noen å akseptere.»

Hos de pasientene som det ble avslutning på, var det vanskelig å tilrettelegge for kulturelle og religiøse ritualer. Deltagerne beskriver også utfordringene med intensivbehandling og livssyn ut fra kultur og religion.

«Vi må prøve å tilrettelegge så godt vi kan, men det har vært vanskelig. Fordi vi har ikke hatt noe rom eller mulighet da til å ivareta mange i gangen, eller møte dem på de kulturelle og religiøse behovene deres. Stort sett har det gått bra og det har løst seg med ekstra innsats fra oss intensivsykepleiere og legene her. De fleste pårørende har vært forståelsesfulle.»

6.0 Hvordan har intensivsykepleier erfart å ivareta sitt funksjons- og ansvarsområde under covid-19-pandemien?

Kandidaten trekker frem de mest sentrale funnene fra denne studien. Funnene belyses ut fra oppgavens problemstilling. For å ivareta sitt funksjons- og ansvarsområde er det i denne studien gjort tre hovedfunn:

Hovedtema	Subtema
6.1 En arbeidsplass i endring	Intensivsykepleierne opplevelser av covid-19
6.2 Det handler om intensivsykepleierens kompetanse!	Opplæring av omdisponert personale
6.3 Pasientbehandling og ivaretagelse av pårørende.	På bekostning av kvalitet? Forholdet til pårørende endra seg.

6.1 En arbeidsplass i endring

I slutten av 2019 ble coronaviruset identifisert etter opphopning av pneumoni i klynger hos personer i Wuhan. Viruset spredte seg raskt og det ble erklært global pandemi 11. mars 2020; Covid-19, SARS CoV-2 (Anesi, 2023; WHO, 2023). Viruset ukjent. Media rapporterte om hvordan pandemien brøt ut i landene rundt. Viruset kom nærmere og nærmere.

Det ble erklært pandemi, og 12. mars 2020 kom denne kunngjøringen:

«Vi har allerede innført flere tiltak for å hindre smittespredning i tråd med faglige råd. Men disse tiltakene er ikke lengre nok. I dag kommer regjeringen med de sterkeste og mest inngripende tiltakene vi har hatt i Norge i fredstid.»

(Erna Solberg, statsminister Norge, 12. mars 2020)

Norske intensivavdelinger satt i gang et omfattende arbeid for å møte behovet til syke pasienter med covid-19 som hadde behov for intensivmedisinsk behandling. Det kom et innrykk av pasienter med behov for behandling for respirasjonssvikt i mars 2020. Per 31. mars 2020 var det i løpet av måneden registrert 4800 smittetilfeller. Sannsynlige mørketall var

på rundt 50.000. I første bølge når inneliggende koronapasienter sitt høyeste nivå på 325 pasienter 31. mars 2020. Helsevesenet omorganiserte seg til å bemanne provisoriske og ombygde intensivavdelinger rundt om i landet (Nakstad, 2021). Slettmyr et al. (2023) beskriver i sine funn at arbeidssituasjonen endret seg fra første dag, og at sykepleiere ble brutalt konfrontert med den nye situasjonen. Premissene for utøvelsen av intensivsykepleiernes funksjons- og ansvarsområder endret seg over natten. Det gjaldt å mobilisere personell og reorganisere intensivavdelingene for å møte behovet til de akutt og kritisk syke pasientene som hadde behov for intensivmedisinsk behandling. Mangel på kompetent bemanning og utstyr kunne i følge Karimi et al. (2020) føre til stress hos intensivpersonellet. Omsorg for akutt og kritisk syke pasienter smittet med covid-19 handlet om mer enn et rom med medisinskteknings utstyr. Det handler om kompetent personell for å ivareta pasientene, og i dette scenarioet var det intensivsykepleierne som trengtes. Det var perioder hvor intensivkapasiteten var for liten på grunn av for lav sykepleierbemanning, «intensivkapasiteten blitt utfordret, og helsepersonellet måtte strekke seg lenger enn noen på forhånd kunne forvente.» (NOU 2022:5, s. 121). Dette fikk også konsekvenser for sykehusenes øvrige drift.

Holm og Dreyer (2022) beskriver den store informasjonsstrømmen intensivpersonellet skulle forholde seg til for å holde seg oppdatert på nye rutiner, og viktig informasjon. Oppdatert informasjon var essensielt i følge Lord et al. (2021) for å gjøre intensivsykepleierne trygge nok til å ønske å utøve intensivsykepleie. Deltagerne i denne studien forteller om pandemiens uoversiktlige start med rutiner i endring, en omorganisert arbeidsplass, og mye omdisponert personell. Omorganiseringen medførte etisk belastning og påførte intensivsykepleierne stress (Nordin et al., 2023). Nordin et al. (2023) påpeker i sin studie viktigheten av at ledere i helseorganisasjoner forebygger og reduserer stresset intensivpersonellet opplever.

Den nasjonale beredskapsplanen, lagt fram av Regjeringen (2014), påpeker etiske utfordringer ved prioriteringer av pasienter, men også rasjonering av utstyr, noe deltagerne i denne studien nevner. Det ble fokus på smittevern i den endrede arbeidssituasjonen (Danesh et al., 2021). Dette ble viktig for å beskytte seg selv, pasientene, og å forebygge smittespredning. Helsepersonell hadde større risiko for å bli smittet (Sezgin et al., 2022), noe deltagerne beskriver gjennom økt bekymring. Deltagerne opplevde det som belastende å arbeide i smittevernutstyr, og det hindret sansene deres i utøvelsen av intensivsykepleie som påvirket deres funksjons- og ansvarsområder. Deltagerne opplevde smittetrykt på grunn av gjenbruk

av utstyr ved leveranseproblemer. Kandidaten opplevde også at det ble diskusjon mellom personalet som skulle inn på kohortens isolater, fordi det var for få p3-masker. Disse maskene skulle gi best beskyttelse, og man sto i en situasjon med for få masker. Kandidaten opplevde å måtte ta på seg mindre beskyttende pustevern sammenlignet med sine kolleger. Det ble også gjort omfattende testing av personale i en periode da de hadde tatt inn underkjent smittevernutstyr. I starten av pandemien skapte liten tilgang på smittevernutstyr særlige bekymringer. Deltagerne i studien forteller at leveransene bedret seg etter hvert noe som lettet på bekymringene. Det kom mye ulikt utstyr. Aloweni et al. (2022) undersøkte i sin studie helsepersonells erfaringer med smittevernutstyr. Snittiden for bruk var 6,8 timer, komplikasjoner ved bruk av smittevernutstyr var større hos kvinner og de som arbeidet i kohorter. Trykkskader, maskeindusert acne, smerter og hodepine var typiske erfaringer med bruk av smittevern. Dette sammenfaller med beskrivelsene til deltagerne.

I resultatene kommer det fram mye smittefrykt. De uroer seg for å ta med seg smitte ut fra kohorten. De er redde for å utsette familiene sine for smitte. Aleneboere beskriver utfordringen med å holde seg alene på fritiden for å unngå å utgjøre en smitterisiko for andre, og på den måten oppnå infeksjonskontroll. Det samme fremkommer i narrative til Holm og Dreyer (2022), som utfordret intensivsykepleierne til å utøve faglig skjønn i relasjon til deres privatliv for best mulig smitteforebyggelse. Moore et al. (2022) belyser i sin studie at intensivsykepleiere som arbeidet i pandemien opplevde å bli ekskluderte og behandlet annerledes av sine nærmeste på grunn av arbeidsstedet; Naboer trakk seg unna, en opplevde at hen ikke fikk være i hagen til et familiemedlem. Deltagerne i studien følte at de utgjorde en smitterisiko utenfor arbeidet. Kandidaten kjenner seg igjen i disse beskrivelsene, og erfarte at utenforskapet påvirket det psykososiale behovet, noe som blir belyst i Baron et al. (2015). Situasjonen ga negative sosiale effekter for helsepersonell.

Deltagerne beskriver belastningen de opplever ved å være på isolat, og de opplever det som urettferdig fordeling på vakt. Ledelsen hadde ikke oversikt over hvordan de arbeidet, og de uttrykte misnøye med at isolatarbeidet ikke ble fordelt rettferdig for å utjevne belastningen. Det ble stress over manglende ressurser og uoversiktlig fordeling med folk med ulik kompetanse. Omdisponert personell følte seg usikre når de ble satt til pasienter de kunne ha for lite kompetanse til å håndtere. Dette utfordret intensivsykepleierne på vakt når de ble bedt om å overta pasientansvar for livstruende fallende pasienter. De opplevde at pasientsikkerheten ble utfordret. Dette tar Stayt et al. (2023) opp og belyser

lederutfordringene med organisering av personale for å ivareta både pasientsikkerhet og ansattes sikkerhet og helse. Sezgin et al. (2022) belyser at de belastende arbeidsforholdene som følge av pandemien bør ivareta intensivsykepleierne i arbeidet. Nordin et al. (2023) konkluderer med at det er viktig å ivareta og forebygge den moralske belastningen intensivsykepleierne står i, og kunne blitt bedre utført i praksis, ifølge deltagerne. Uorganisert personellfordeling medførte intern uro og deltagerne opplevde at organiseringen av personell hadde et stort forbedringspotensiale slik at de klarte å stå i arbeidssituasjonen, og derav kunne mobilisere og ivareta sitt funksjons- og ansvarsområde. Mangelen på kompetent helsepersonell har vært hovedutfordringen i pandemien. Sett i lys av intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsbeskrivelse utviste intensivsykepleiere evne til å ta ansvar for å kompensere for organiseringsutfordringene i pandemisituasjonen for å ivareta pasientsikkerheten. Det var imidlertid etiske utfordringer med å skulle strekke til å gjøre prioriteringer etter Yrkesetiske retningslinjer Norsk sykepleierforbund (2019).

6.1.1 Intensivsykepleierne mobiliserte, men ble også preget og beriket av pandemisituasjonen

Det anses som viktig å trekke frem deres opplevelser og erfaringer rundt det å være intensivsykepleier i pandemi. Det forteller noe om deres ansvarsfølelse og mobiliseringsevne. Et viktig premiss for ivaretagelse av intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområde er at intensivsykepleierne klarte å mobilisere ved å stå i arbeidet. Pandemien belastet og påvirket helsepersonell mentalt og emosjonelt som følge av uadekvate arbeidsforhold (Karimi et al., 2020).

Deltagerne beskriver den komplekse utfordringen med å skulle ivareta alle rundt seg; pasient, pårørende, de omdisponerte, øvrig personell og kolleger. Samtidig skulle de klare å ta ansvar for egne behov for å klare å stå i rollen som intensivsykepleier over tid. Alle deltakerne beskriver situasjonen som krevende.

Intensivsykepleierne har ulik resiliens, motstandsdyktighet som i følge Vogt et al. (2023) er en beskyttende mekanisme for å beskytte intensivsykepleierne fra psykologiske belastninger som gjør dem ute av stand til å utføre intensivsykepleie. Deltagerne i denne studien startet svært positive og optimistiske, men etter hvert i intervjuene kommer belastningen mer fram. De forteller at de er svært preget av pandemien og at den tærer på. Noen beskriver det som en maraton. Da belegget med pasienter syke med covid-19 gikk ned, kom etterslepet, der omdisponert personell ble trukket tilbake. Vogt et al. (2023) viser i sin studie at

intensivsykepleiere har blitt svært belastet av pandemien og sliter med utbrenthet, depresjon og PTSD(post-traumatic stress disorder). Intensivsykepleieres mentale helse er bekymringsfull og er direkte årsak til at de forlater yrket. Dette igjen skaper utfordringer for helsetjenesten ved at de har kompetanselekkasje. Hele fundamentet for å ivareta funksjons- og ansvarsområdet for intensivsykepleiere er å hjelpe dem å stå i arbeid som intensivsykepleiere hos intensivpasientene. Det pågår en norsk studie om helseplager hos sykehuspersonell. *Helsepersonellstudien* er under utarbeidelse og ikke klar per tid for utarbeidelse av denne studien (NKVTS, 2022).

Deltagerne i studien forteller at det var tilfeldig om de fikk deltatt på tilbud mot belastningen de stod i. De sier de fikk tilbud om psykologisk hjelp, men at det ikke ble tid til å delta da arbeidspresset var høyt. De opplever seg som generelt dårlig ivaretatt og fulgt opp. Ledere i helsetjenesten bør i følge Nordin et al. (2023) være spesielt oppmerksomme på forhold som kan utløse moralsk belastning hos sykepleiere under pandemien. Økt moralsk belastning økte også forekomsten av negative psykologiske utfall. Man kan både forebygge og bedre dette ved å sette fokus og legge til rette for debrifing og refleksjoner. Dette er viktig for å mobilisere intensivsykepleierne til å øke arbeidskapasitet og produktivitet (Borges et al., 2021). Samtlige deltagere i denne studien beskriver belastninger og symptomer som følge av arbeidssituasjonen. Det tar tid i intervjuene før de spontant forteller at det har påvirket dem i stor grad på ulike vis. De fremstod motivert, positive og rike på erfaringer i starten, men åpnet seg mer underveis i dybdeintervjuene, og fortalte om belastninger som følge av pandemisituasjonen. Slettmyr et al. (2023) belyser også i sine studier at intern god kollegial kultur var viktig for intensivsykepleierne. Dette sammenfaller med det deltagerne forteller. De opplevde å dele situasjonsforståelse. Med det som grunnlag kunne de snakke med hverandre i løpet av arbeidsdagen når situasjonen tillot det. Bondjers et al. (2023) gjorde studien «I've kept going» hvor helsepersonell opplever stor ansvars- og identitetsfølelse som gjør at de blir sterke ressurser i å tilpasse og utvikle arbeidsplassene til best mulig organisering for å utøve arbeidet sitt. Studien viser positive aspekter som mestringsfølelse og Stayt et al. (2023) viser til at intensivsykepleiere opplever stor yrkesstolthet rundt å utgjøre en forskjell i den globale pandemikrisen. Bedre samarbeid gir også tilfredshet, noe som gjenspeiles i denne studien.

6.2 Det handler om intensivsykepleieres kompetanse

Deltagerne opplever å få brukt sin kompetanse i stor grad. De redegjør ikke tydelig for at de har kjernekompetanse, men det tolkes gjennom deres beskrivelser hvor deres handlingskompetanse kommer tydelig frem. Sezgin et al. (2022) beskriver at intensivsykepleiere så viktigheten av deres rolle og tok ansvar tross risikoen det førte med seg. De var opptatt av å håndtere situasjonen bra. Deltagerne beskriver det som viktig å gå foran som et godt eksempel for å få løst pasientsituasjonene de stod i. I pandemisituasjonen ble intensivsykepleiermangelen spesielt tydelig, og ansett som mulig den største utfordringen. Det kunne bli rigget nye intensivplasser, laget provisoriske intensivrom, men mangelen på intensivsykepleierkompetanse kunne ikke forsterkes like raskt. Stayt et al. (2023) beskriver også mangelen på kompetent helsepersonell til å ivareta pasientene syke med covid-19. Ut fra pasientens sykdomsbilde og behov utviser deltagerne i studien at de har en god situasjonsforståelse og forstår at deres unike kompetanse er viktig i behandling av pasienter med covid-19.

6.2.1 Opplæring av omdisponert personell

Sykehusene omdisponerte personell for å møte behovet til pasientene, samt bistå kohorter, særlig på intensiv. I 2021 var 1/3 av alle innleide sykepleiertimer intensivsykepleiere. Intensivsykepleiere skiller seg ut med høyest innleie for å møte pasientbehovet. Det er utfordrende å rekruttere tilstrekkelig spesialsykepleiere, og særlig intensivsykepleiere (NOU 2023:4). Spesialsykepleiere og sykepleiere ble omdisponert til intensiv. Intensivsykepleierne som deltok i studien erfarte at den pedagogiske og veiledende funksjonen var vanskelig å ivareta. Det å møte den enkelte omdisponerte, gi fullverdig opplæring, og samtidig utføre pasientrelaterte arbeidsoppgaver, ble krevende.

De kunne ha flere på opplæring, men ikke bli avløst fordi de hadde pasientansvar. Det tok tid å lære opp. I følge funksjons- og ansvarsbeskrivelsen skal personell på opplæring få arbeidsoppgaver og veiledning i samsvar med personellets individuelle kompetanse.

Deltagerne beskriver et stort spenn i kompetansen til de omdisponerte, som vanskeliggjorde opplæringen. Stayt et al. (2023) belyser det konstante behovet for opplæring av omdisponert personell og hvordan dette ble organisert med manglende oversikt. Og det ble opp til omdisponerte å si i fra om de ikke var kompetente til å ha pasientansvar, noe deltagerne beskrev som uforsvarlig i flere situasjoner. De erfarte at omdisponerte ble satt i situasjoner de

ikke kunne håndtere, noe som kunne oppleves som stressende da pasientsikkerheten ble svekket (Nordin et al., 2023). Holm og Dreyer (2022) viser til lignende erfaringer hos intensivsykepleiere hvor de opplever hverdagen med mange omdisponerte personell som kaotisk. Dette skapte en suboptimal situasjon hvor intensivsykepleierne erfarte å gå på akkord med egen standard. De skulle ivareta de fleste av sine funksjons- og ansvarsområder samtidig som noe kunne bli uoptimalt. Senere i pandemien kom omdisponerte intensivsykepleiere fra andre sykehus og hjalp til. De opplevde det som stor avlastning, fordi de omdisponerte hadde intensivsykepleierkompetanse, og kun trengte mer opplæring i lokale rutiner.

6.3 Pasientbehandling og ivaretagelse av pårørende

«Kvaliteten på helsehjelpen pasienten får, er avhengig av rett person i rett jobb eller «rett person på rett plass». Det vil si at det er samsvar mellom sykepleierens kompetanse, og den oppgaven hun eller han er satt til å gjøre» (Stubberud, 2020a, s. 42-43). Omorganiseringen utfordret utøvelsen ved endrede rutiner, og endret personellorganisering til pasienten. Mål i nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa er å: «Gi behandling og omsorg til syke og døende» (Regjeringen, 2014, s. 9). Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning (2021) krever avanserte kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse til å utøve faglig forsvarlig pasient- og familiesentrert sykepleie til akutt og/eller kritisk syke. I regjeringens nasjonale beredskapsplan (2014 s. 27) forventes høy belastning på helsesektoren. Det nevnes at høyt sykefravær, stor arbeidsbelastning, samt mangel på materiell, intensivplasser, og respiratorer og tilgjengelig ECMO, vil føre til kapasitetsproblemer. Det nevnes ikke kompetanse annet enn i katastrofeledelse og pandemikomite. Kandidaten stiller seg kritisk til mindre fokus på å nevne pasientnære helsepersonell med kompetanse som beredskap. Det må være personell med kompetanse til bruke utstyret. Deltagerne beskriver pasientbelegget som stort, men at de også har tilnærmet likt sykdomsbilde. Pasientene oppleves som avhumanisert i perioder og deltagende intensivsykepleier forteller om deres kliniske rolle som blir drøftet i dette kapittelet.

Helsehjelpen som ytes klinisk til den akutt og/eller kritisk syke pasienten som forebyggende, lindrende og behandlingsintervensjoner har betydning for pasientens rehabilitering (Stubberud, 2020a). Deltagerne beskriver å kompromisse på behandlingsstandarden i sin kliniske praksis, og opplever at utøvelsen blir suboptimal.

Deltagerne i denne studien erfarte at pasientgruppen endret seg underveis, fra å være tidligere friske pasienter som ble alvorlig syke, til at de med mer underliggende sykdom ble rammet. De opplevde også at pasienter fra samme familie ble innlagt samtidig, og pårørende senere ble pasienter.

Informantene i studien til Sezgin et al. (2022) beskrev pasientene som like i behandlings- og pleiebehov som andre intensivpasienter. Deltagerne i denne studien sier de ble mer vant etter hvert. Sezgin et al. (2022) beskriver at pasientene med covid-19 hadde behov for nøye overvåkning av intensivsykepleiere, og at pasientene fallerte mye bare av små justeringer i leie og endret behandling. Deltagerne beskriver at de flere ganger erfarte å bli delegert til ta over, eller gripe inn i situasjoner hvor pasienter fallerte. Noen ganger var situasjonen livstruende. Stayt et al. (2023) resultater viser til bekymringen intensivsykepleierne har med å gå på akkord med pasientsikkerheten og at det noen ganger ble suboptimalt på grunn av for lite personell med rett kompetanse. Det sammenfaller med funnene deltagerne beskriver i denne studien.

Intensivsykepleierne er vant til å arbeide med infeksjonspasienter og respiratorbehandling. Det kreves tekniske ferdigheter (Holm & Dreyer, 2022). Deltagerne beskriver at fordeling av personale til pasientene kunne bli vilkårlig. De fleste hadde tilnærmet likt sykdomsbilde, men de opplevde pasientene som depersonalisert flere ganger. De erfarte at kontinuiteten til pasientene ble dårlige når det ikke var samme personale som fulgte opp. Det belyses også bedre arbeidsflyt, men større bekymringer for å ivareta deres psykososiale behov (Nordin et al., 2023; Wendlandt et al., 2022).

Holm og Dreyer (2022) beskriver behandlingen ved Aarhus ganske lik som i Norge i første bølge. Intensivpasientene bør i utgangspunktet ha minst mulig sedativa (Devlin et al., 2018). I første bølge av covid-19 ble pasientene tungt sederte for å profittere på respiratorbehandling, samt minimere risikoen for selvekstubering med virusaerosoler på avveie, og derav opprettholde infeksjonskontroll (Holm & Dreyer, 2022). Pasientene med covid-19 hadde respirasjonssvikt, ARDS, nyresvikt og tromboemboliske komplikasjoner som trengte oppfølging og behandling (Clerkin et al., 2020).

Deltagerne beskriver å ha erfaring og kompetanse i behandling av pasienter med respirasjonssvikt, ARDS, men varierende erfaring i bruk av mageleie fra før. Mageleie blir

benyttet til pasienter med oksygeneringssvikt. Oksygeneringssvikt var hovedutfordringen hos pasientene innlagt i intensivavdelingene som følge av covid-19. Deltagerne beskriver at de i økende grad la pasientene i mageleie. De erfarte det som en krevende oppgave, og at det tok mange ressurser for å få til. De forklarer at de blir mer effektive etter hvert, og innarbeidet snuregimer. Mageleie bedrer de fysiologiske effektene og reduserer mortalitet til pasientene med alvorlig ARDS (Nilsen et al., 2017). de Miguel-Balsa et al. (2023) finner i sin studie at pasienter som behandles med mageleie har lengre sykehusopphold og flere episoder med obstruksjon av tube. Deltagerne beskriver disse pasientene som intensivmedisinsk spennende. Erfaringen var også at de var krevende å behandle og at det oppstod komplikasjoner. Mageleie krevde kompetanse og evne til å observere, samt handle. En deltager forteller om en intubert pasient i mageleie som får hjertestans, noe som ble en svært utfordrende. Kandidater kan relatere til egen erfaring hos pasienter med krevende og risikofylt snuprosedyre. Men også at respirasjonen bedret seg ganske raskt i de fleste tilfeller. Kandidaten opplevde at omdisponerte operasjonssykepleiere til intensiv var en god ressurs i hjelp til leiring av disse pasientene, da de er gode i leiring perioperativt. Det ble øvet på leiring tverrfaglig med omdisponert personell, og man så verdien i å samhandle med andre spesialsykepleiere.

Intensivsykepleierne beskriver utfordringer med å ivareta pasientene ved oppvåkning. De erfarer i liten grad å forebygge delirium. De anser smittevernutstyret som en hemmende faktor. Pasientene får heller ikke ha pårørende til stede som tidligere. Fra praksis erfarte jeg den massive bruken av benzodiazepiner, særlig Midazolam for sedering. Bruken av benzodiazepiner for sedasjon er en indikator for delirium i følge (Devlin et al., 2018). Infeksjon med covid-19 kunne gi flere følger, og en av dem var delirium som følge av blant annet hypoksi og infeksjon. Tidlig tegn på delirium var et tidlig tegn på respiratorisk forverring, eller indikasjon på ytterligere organsvikt (Ekmekyapar et al., 2022). Sykdomsforløpet og infeksjonen med sine komplikasjoner i seg selv, i tillegg til isolasjon, fravær av pårørende og intensivbehandling, påvirket forekomsten av delirium (Brown et al., 2022). Deltagerne i studien uttrykker utfordringer med våkne pasienter på intensiv. De var isolerte, og ble ivaretatt av personell med fullt smittevernutstyr. Rommene var mindre egnet for rehabilitering. Isolat og rom uten toalett ble nevnt som to faktorer. Intensivsykepleierne erfarte at behandlingen var livreddende og at den forebyggende funksjonen ble vanskelig å ivareta i tråd med vurderinger og anbefalinger (Halvorsen et al., 2019).

Intensivsykepleierne som deltok i studien, beskrev bruken av dagbok og oppfølgingssamtale som meningsfylt og at de etterstrebet å følge opp dette underveis. Intensivpasientene kan på grunn av sedasjon og kroppslig traume som følge av sykdom huske lite av perioden under intensivbehandling (Stubberud, 2020c). Dagbok skrevet av pleiende personell underveis kan gi pasienten dypere innsikt for å danne seg en forståelse og bidra til å realitetsorientere opplevelser fra innleggelsen i etterkant som en del av rehabiliteringen. I etterkant av kritisk sykdom kan dagboken være et nyttig verktøy i rehabiliteringen for å gi dem en forståelse av hva de har vært gjennom (Pattison et al., 2019; Stubberud, 2020a). Tross liten kapasitet viser Galazzi et al. (2023) at helsepersonell etterstrebet å skrive dagboknotat på mindre travle tider av døgnet og innholdet i dagbøkene ble ansett å være tilnærmet likt som før pandemien. Dagboken hjelper pasienten i rehabiliteringen, men også helsepersonellet til å reflektere over deres arbeid. Bruken av dagbok bidro til å redusere avhumaniseringen pandemisituasjonen førte til, i kombinasjon med fravær av pårørende.

I utgangspunktet er rehabilitering en målrettet prosess i samarbeid med pasienten selv, deres pårørende og helsepersonell (Stubberud, 2020a). Deltagerne beskriver økt bekymring over fraværet av pårørende, og meddeler at de kjenner at pasientene blir mer alene. Pasienter kan oppleve fremmedgjøring som følge av situasjonen, og i en vanlig situasjon føle seg isolert (Stubberud, 2019). Deltagerne beskriver at det er utfordrende å ivareta deres psykososiale behov under isoleringen, og opplever ansvar i å gi dem økt omsorg. Dette understøttes av Moore et al. (2022) hvor informantene erfarer avhumanisering som følge av forholdene.

Intensivsykepleierne erfarte å etterstrebe å ivareta sitt funksjons- og ansvarsområde for sin behandlende og rehabiliterende funksjon. Lav dødeligheten i Norge (NOU 2021:6, 2021) kan indikere god behandling, og være et argument for at intensivsykepleierne ivaretok sin kliniske funksjon, selv om det gikk på akkord med standarden mange ganger.

6.3.1 På bekostning av kvalitet?

Holm og Dreyer (2022) finner også i sine funn at intensivsykepleiere opplever å gå på akkord med kvaliteten i sin kliniske og veiledende funksjon. Det samme beskriver deltagerne i denne studien. De beskriver situasjoner som «suboptimal». Stayt et al. (2023) undersøkte intensivsykepleieres tilfredshet og erfaringer i pandemien. Det kom frem at de opplevde stor tilfredshet ved å utgjøre en viktig forskjell under pandemien. Intensivsykepleierne i studien oppga også å verdsette teamarbeid og støtte fra erfarne intensivsykepleiere. Dette samsvarer

med det deltagerne beskriver i denne studien også. De opplever å ha kjernekompetansen i behandlingen av pasientene. De forstår ansvaret, samt tar ansvar for å ivareta deres funksjons- og ansvarsområde selv under de krevende arbeidsforholdene pandemien ga.

Dødeligheten har vært lav i Norge sammenlignet med andre OECD land (36 land organisert for økonomisk samarbeid og utvikling). Trolig på grunn av Norges grunnleggende prinsipp om å ha «likeverdige helsetjenester av god kvalitet, uavhengig av kjønn, alder, funksjonsnivå, bosted og sosial tilhørighet» (NOU 2021:6, 2021, s. 24).

Intensivsykepleierne arbeidet ut fra endrede arbeidsforhold og tilpasset seg situasjonen og beskriver å erfare å ivareta sine funksjons- og ansvarsområder gjennom i utgangspunktet å ha et ressurssterkt helsevesen med kompetente kolleger, tross mangel på både bemanning med rett kompetanse og leveringsutfordringer på generelt utstyr.

6.3.2 Ivaretagelsen av pårørende

Smittetrestriksjonene førte til at pårørende ikke kunne være til stede som vanlig som følge av pandemien. Norge og Danmark hadde mer restriktiv holdning til å ha pårørende tilstede, mot Sverige som bare tillot pårørende til døende pasienter, Jensen et al. (2022). For noen pårørende var det en svært belastende opplevelse å ikke kunne være fysisk til stede, og dette tvang intensivsykepleierne til å være kreative og finne nye løsninger for å involvere og ivareta dem (Luttik et al., 2020). Intensivsykepleierne erfarte det som belastende å begrense pårørende til deres nærmeste for å ivareta smittevern. I tillegg førte det til at man ikke ble like godt kjent med pasienten, som man ofte gjør via pårørendes beretninger (Holm & Dreyer, 2022).

Deltagerne forteller at telefon ble deres primære kommunikasjonsverktøy med pårørende, og beskriver det som utfordrende å skulle etablere relasjon til pårørende over telefon. Det var vanskelig å vurdere om pårørende mottok informasjon og forstod den slik den var ment. Situasjonen pandemien utfordret intensivsykepleierne i å gå på kompromiss med egen standard. Intensivsykepleierne NSF (2017a) er veldig tydelig på å anerkjenne pårørende som ressurs og deres behov for omsorg, samt legge til rette for familiesentrert tilstedeværelse og begrense deres belastning som de vil kunne oppleve i pasientens intensivbehandling. Intensivsykepleierne som deltar i denne studien, erfarer engstelige pårørende som følge av situasjonen (Wendlandt et al., 2022).

Wendlandt et al. (2022) avdekker i sine resultater at sykepleiere opplever bedre arbeidsflyt med fravær av pårørende da det sparer mye tid på selve vaktene. Arbeidsoppgaver ble gjort uten å måtte ivareta pårørende. Et annet aspekt Wendlandt et al. (2022) finner gjennom intervjuene av helsepersonell er at kontakten med pårørende i større grad blir initiert av helsepersonellet, og at det ikke blir brukt like mye tid på venting og tilrettelegging for besøk av pårørende fysisk, noe som var tidsbesparende og bedret arbeidsflyten. De deltagende intensivsykepleierne forteller at de etterstrebet å ringe pårørende en gang per vakt, og tilse at de fikk daglig informasjon om pasientens situasjon, noe som også gjorde at de ringte mindre inn til avdelingen for å få informasjon. Det kan tyde på at de opplevde å bli oppdatert uoppfordret fra helsepersonellens side.

Etter hvert ble det også mulig med videosamtaler, noe intensivsykepleierne erfarte som et bedre verktøy ved at de kunne se hverandre, skape relasjon og legge til rette for digital pasientkontakt, samt vise pasientrom. I studien til Wendlandt et al. (2022) uttrykker informantene frustrasjon rundt videoverktøy da det kunne være komplisert å mestre, samt tok tid fra pasientbehandlingen. Noen uttrykte også at det gjorde kommunikasjonen vanskeligere, og ikke fremsto bra når de så den intuberte pasienten som ble respiratorbehandlet.

Helsetilsynet (2020) påviser også at pårørende opplevde uro knyttet til restriksjonsendringer underveis. Dette ga konsekvenser for pårørende, men også pasienter selv som var i behov av å ha pårørende hos seg. Kentish-Barnes et al. (2021) viser til at pårørende syntes det var utfordrende å etablere en relasjon til intensivsykepleierne som hadde med deres nære å gjøre, og at det hindret dem i kontakten med sine nærmeste under innleggelsen, og at det tapte viktige øyeblikk, og at det ved død kunne etterlate komplisert sorg. Luttik et al. (2020) forteller om intensivpersonell som beskriver det som svært belastende i pleie av døende pasienter hvor pårørende ikke kunne være til stede.

Intensivsykepleierne i Wendlandt et al. (2022) studie opplever redusert mulighet til gi støttende omsorg til døende pasienter. Dette belyser deltagerne også gjennom intervjuene, men at de har lagt forholdene til rette for at pårørende skal være til stede. Wendlandt et al. (2022) har deltagere som har opplevd det som brutalt å måtte avslutte behandlingen og la pårørende se pasienten dø over videosamtale. Kandidaten kjenner også til eksempler fra norsk media hvor pårørende har gått ut da de ikke har fått delta i avsluttende behandling, samt være

nødt til å måtte prioritere innad i familien hvem som skal få dra. Det henvises til sak hvor Buggeland (2020) skriver en artikkel om fire brødre som fikk medhold av Pasientombudet for at alle kunne delta. I en annen sak får ikke en pårørende og hennes barn komme lenger enn til parkeringsplassen for å ta farvel over videosamtale, mens hennes manns foreldre og bror fikk være til stede. Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) §3-1 prioriterer ektefelle og samboer først, men hun og barna fikk ikke komme inn til avslutningen. Man kjenner ikke detaljer i situasjonen, og hvilken situasjon helsepersonellet stod når det ble slik. Kandidaten kjenner lignende eksempler, og det å stå i situasjoner hvor kapasiteten er sprengt på vakt, og det skal gjøres vurderinger som ivaretar mange ulike interesser. Flere pårørende skapte høyere smitterisiko, i tillegg til kanskje å være i karantene som følge av nærkontakt. I disse situasjonene ligger det et stort vurderings- og beslutningsansvar på intensivsykepleiere og kolleger. Restriksjonene tvang intensivsykepleierne til å gå på akkord med den vanlige standarden for å ivareta pårørende (Jensen et al., 2022). De strenge restriksjonene bød på utfordringer. Deltagerne beskriver at de gjorde det de kunne og i ett tilfelle få pårørende inn i smittevernutstyr bakveien for at de skulle få bli med på avslutningen.

Intensivsykepleierne i studien erfarte å ivareta pårørende etter beste evne og var løsningsorienterte i å finne alternative måter å ivareta dem på. Telefon og videosamtaler var viktige verktøy. De utviste skjønn og la forholdene til rette for å inkludere dem særlig da intensivbehandlingen måtte avsluttes.

6.3.3 Flerkulturelle pårørende og pasienter

Deltagerne i studien forteller om økte flerkulturelle utfordringer i pandemisituasjonen. Med flerkulturell menes mennesker med bakgrunn i flere kulturer (Stubberud & Eikeland, 2019). Deltagerne ga uttrykk for frustrasjon i forebyggende øyemed, da de så at det kom inn alvorlig syke fra samme bydeler og miljøer med flerkulturell bakgrunn som trengte intensivbehandling. De undret seg over om faktorer som kunne påvirke dette. Systemene for faktorer og registrering av flerkulturelle er forskjellig i ulike land, men tendensen til overrepresentasjon i smitte med covid-19 av innvandrere og etnisk minoriteter er et gjennomgående mønster i andre land også. I tillegg til sosioøkonomiske forhold og medisinsk risiko påvirker også risikoen for smitte (Indseth, 2021; Mathur et al., 2021). Forutsetningen for å bli smittet er eksponering av virus og en grunn kan være at familie og slekt med samme landbakgrunn omgås i perioder med sterke restriksjoner. Indseth (2021) gjør en samlet vurdering til at viljen til etterlevelse av smittevernråd har vært høy, men at det har vært

systematiske forskjeller i forståelsen av råd og regler som kan ha ført til svakere etterlevelse hos personer med svak tilknytning til norsk samfunn.

De kulturelle ulikhetene kunne oppfattes forskjellig ut fra helsepersonell og pårørende. Intensivsykepleierne gir uttrykk for sitt intensivfaglige vestlige syn i motsetning til noen pårørende og pasienter som var av den oppfatning at Gud bestemmer om de blir friske eller ikke.

Utfordringene som allerede er nevnt i kapittel 7.3.4 Pårørende, ble ytterligere vanskelig da språkbarrieren bød på kommunikasjonsutfordringer. I følge Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning (2021) skal intensivsykepleieren ha kompetanse og holdninger som gir likeverdige tjenestetilbud og ivareta rettigheter innen språk og kultur. Dette fordrer at intensivsykepleieren har flerkulturell kompetanse. Mangelen på denne kompetansen kan gi helsepersonell utfordringer i å gi tilpasset helsehjelp. Den kulturelle tilhørigheten påvirker hvordan mennesker erfarer og forholder seg til helse og sykdom. Dette fordrer at man som helsepersonell har flerkulturell kompetanse som innebærer å være bevisst hvordan etnisitet og kultur påvirker mennesker. Det forstås som holdninger, ferdigheter og kunnskap om kulturelle og religiøse perspektiv bidrar til bedre ivaretagelse av pasienter og pårørende (Stubberud & Eikeland, 2019, s. 234-236).

Deltagerne beskriver vanskeligheter med å ivareta pasient og pårørendes rettighet til tolk. I følge norsk tolkelov har helsetjenesten plikt til å bruke kvalifisert tolk for å yte forsvarlig helsehjelp (Kunnskapsdepartementet, 2021). Deltagerne beskriver at de etter beste evne forsøkte å inkludere tolk der det var strengt nødvendig for å sikre at viktig informasjon ble forstått. Samtidig står det i norsk tolkelov §7 at kravet om kvalifisert tolk kan «fravikes når det ikke er forsvarlig å vente til en kvalifisert tolk er tilgjengelig, når det er nødvendig i nødssituasjoner, eller når andre sterke grunner tilsier det.» (Kunnskapsdepartementet, 2021). Dette kunne fremstå som et dilemma for intensivsykepleierne, da terskelen for å inkludere tolk på bakgrunn av smitterestriksjoner og begrensede tidsressurser kun gjorde at tolk ble inkludert i de mest kritiske situasjonene. De oppga også å identifisere at pårørende ikke alltid hadde forstått alvorlighetsgraden til pasienten. Utfordringen til intensivsykepleierne gikk i å undersøke og identifisere hva pårørende forstod på tross av språkbarrierer, for å sikre at nødvendig informasjon ble gitt, og inkludere tolk der de anså det som strengt nødvendig.

Det at alle deltagerne tar opp det flerkulturelle aspektet og utfordringene rundt, viser evne til kulturell bevissthet og utfordringen dette har medført i pandemien. Dette i tråd med Camhina-Bacotes modell for flerkulturell kompetanse (Stubberud & Eikeland, 2019). Selv om de ikke har hatt inngående kunnskaper om kultur og religion, har de vært interessert i å ivareta disse aspektene i størst mulig grad for å ivareta sitt funksjons- og ansvarsområde for flerkulturelle pårørende.

7.0 Undersøkelsens kvalitet

I dette kapittelet gjøres det en metodediskusjon. Hvordan valg av metode og design påvirker studiens resultater. Kandidaten gjør rede for studiens styrker og svakheter.

Kandidatens rolle som forsker, samt undersøkelsen reliabilitet og validitet.

7.1 Studiens reliabilitet

Gjøre rede for studiens reliabilitet, altså pålitelighet til å vurdere om resultatene fremstår troverdige, konsise og nøyaktige (Kvale et al., 2015). Forskeren bruker seg selv som instrument i forskningsprosessen. Redegjørelsen for metodiske valg, samt å vise til en transparent prosess kan gi leseren innsikt i utarbeidelsen av studiens resultater og funn. Denne studiens reliabilitet vil diskuteres i korte trekk.

Innledningsvis tenker kandidaten at oppgavens problemstilling kan være en styrke da intervjuguidens spørsmål er bygget opp på funksjons- og ansvarsområdene til spesialsykepleierne. Det er likevel så åpne spørsmål at deltageren kan dele erfaringer de selv mener er viktig, og samtidig være innenfor tematiske rammer i funksjons- og ansvarsbeskrivelsen. Noen spørsmål kunne være svært åpne, og kandidaten ble spurt om å utdype. Resultatene fikk en stor bredde innenfor funksjons- og ansvarsområdet. Analysen kan ha blitt påvirket av kandidatens egne opplevelser. På den ene siden kan kandidaten i større grad forstå deltagerne, og trekke frem det intensivsykepleierfaglige aspektet. På den andre siden kan kandidatens opplevelser ha påvirket analysen selv i for stor grad.

Veiledere underveis har tolket og bekreftet resultatene som troverdige. Funnenes reliabilitet kan forsterkes ved at resultatene i denne studien kan forankres i sammenheng med bekreftende studier fra annen forskning belyst i drøftingsdelen.

7.2 Undersøkelsen validitet

Johannessen et al. (2021) beskriver validitet i kvalitative studier som troverdighet og at validitet dreier seg om hvorvidt studiens metode undersøker det den har til hensikt å undersøke, og i hvilken grad forskerens fremgangsmåte (studiens design) reflekterer studiens formål og at den representerer virkeligheten. Denne studien hadde til hensikt å innhente kunnskap om hvilke erfaringer intensivsykepleiere hadde med å ivareta funksjons- og ansvarsområder under covid-19-pandemien. Det ble valgt en kvalitativ metode og individuelle

intervju med intensivsykepleiere som var «bedside» hos kritisk syke covid-19-pasienter, og funnene gjenspeiler svar fra de som «hadde skoene på», og det menes her at selv om studien er basert på fire intensivsykepleieres erfaringer, representerer den deres virkelighet. Validitet er også avhengig av om resultatene i studien kan overføres til liknende studier/fenomener. Det er kommet flere lignende studier fra ulike land det er naturlig å sammenligne seg med, og som presenterer sammenfallende funn. Slik som Stayt et al. (2023) undersøker og finner at intensivsykepleiere erfarer å utgjøre en stor forskjell, men også er utsatt for mange bekymringer til pasientsikkerheten, mangel på helsepersonell og omdisponerte. Funnsom høy moralsk belastning bekreftes også i Nordin et al. (2023) sin studie som belyser konsekvensene for intensivsykepleierne som deltok.

Kvale et al. (2015, s. 252-253) sier validitet er å kontrollere for feilkilder og kvalitetssikre metoden som er anvendt i undersøkelsen. De beskriver validering i syv ulike stadier:

1. Tematisering; sammenheng mellom studiens forskningsspørsmål og teoretisk avklaring. I denne studien er problemstilling og forskningsspørsmål identisk, og studiens tematisering er fundamentert på teori om intensivsykepleierens funksjon og ansvar. Det menes her at tematiseringen er ivaretatt ved at studiens intervjuguide er utledet fra intensivsykepleierens funksjon og ansvar. Det kan være en svakhet at det ikke er utarbeidet egne forskningsspørsmål ut fra studiens problemstilling, men kandidaten mener resultat og drøfting av disse ivaretar sammenhengen til problemstillingen og studiens tematisering.
2. Planlegging; gyldigheten (validiteten) av kunnskapen som produseres er avhengig av undersøkelsesoppleggets kvalitet og metodene som brukes for å ivareta studiens emne og formål. Fra et etisk perspektiv bør et gyldig forskningsdesign produsere kunnskap som er fordelaktig for mennesket og minimalisere skadelige konsekvenser. Det forskningsetiske er ivaretatt ved at studien fikk godkjenning fra NSD og deltakerne ble ivaretatt ved å gi sitt informerte samtykke for deltakelse. I tillegg ble det planlagt og gjennomført individuelle dybdeintervju da man søkte etter intensivsykepleierens erfaring. Man ønsket å se dybden, og i den sammenheng ble det metning, da deltagerne sier mye om det samme i de ulike temaene. Resultatet er et rikt datamateriale, hvor helheten sees ut fra oppgavens rammer satt av øvrig forskningsgruppe for prosjektet.

3. Dette fører til begrensning for resultatet i denne oppgaven. I det overordna forskningsprosjektet «Rett person på rett plass?» deltar flere med samme grunnlag som kandidaten i dette masterprosjektet. Kandidaten er en uerfaren forsker, men erfaren intensivsykepleier. Lite erfaring i forsinking, samt at det i forkant av studien ikke ble utført pilotintervju, kan ha hatt innvirkning slik at gjennomføringen ble svakere.

Veileder ved Oslo Met kontaktet aktuell intensivavdeling og satt kandidaten i kontakt med avdelingens kontaktperson som fant deltagere. Siden fikk kandidaten deltagernes kontaktinformasjon og gjorde avtaler med hver enkelt for gjennomføring av intervju. Denne studien er en del av et større forskningsprosjekt med samme problemstilling, slik at problemstilling og intervjuguide var allerede utarbeidet. Det var også søkt og godkjent av NSD.

4. Intervjuing: validiteten handler om intervjupersonens troverdighet og selve intervjuingens kvalitet. Intervjuing bør være en grundig utspørring om meningen med det som blir sagt, og en kontinuerlig kontroll av informasjonen som gis – «på stedet»-kontroll. Intervjusituasjonen ble gjennomført på deltagernes arbeidsplass på skjermet rom. I forkant hadde de blitt forespurt å bli med fra kontaktperson i avdelingen som hadde hengt opp info om prosjektet. Deltagerne fikk informasjon og samtykkeskjema innledningsvis i møtet, og båndopptaker ble satt i gang. Kandidaten fortalte om studien basert på prosjektbeskrivelsen. Kandidaten fremsto spent, noe deltagerne også gjorde. Med litt prat innledningsvis gikk situasjonen seg til ut i intervjuene. Kandidaten opplevde gjenkjennelse i deltagernes erfaringer. Deltagerne var forskjellige og noen trengte mer presisering av spørsmålene, mens andre ble stilt mer oppfølgingsspørsmål. Hver intervjusituasjon hadde likheter og ulikheter. Kandidaten er uerfaren i intervjusituasjonen som kan ha påvirket datainnsamlingen. Kandidaten var bevisst på å holde seg tilbakeholden og legge til rette slik at deltagerne fikk snakke i hovedsak. Det ble totalt gjort fire dybdeintervju og kandidaten fikk erfaring som intervjuer etter hvert. Malterud (2017) hevder å søke metning i utvalgets informasjonsstyrke heller enn utvalgsstørrelsen.
5. Transkribering; ved valg av språklig stil for transkripsjon reises spørsmål om hva som utgjør en gyldig overføring fra muntlig til skriftlig form. Transkriberingen ble gjort

ordrett uten eventuelle lyder og verbale uttrykk. Kandidaten transkriberte intervjuene selv umiddelbart etter at intervjuene var over, og leste gjennom data gjentatte ganger for å kvalitetssikre data mest mulig. Lydopptakene hadde god lyd, som minimerer faren for tapte utsagn. Kandidaten er en uerfaren forsker, så selv om dette ble gjort, kan det ikke utelates at utsagn kan ha blitt overhørt eller utelatt.

6. **Analysering;** dette har å gjøre med hvorvidt spørsmålene som stilles til intervjuteksten er gyldige og hvorvidt fortolkningene er logiske. Kandidaten valgte Braun og Clarke (2022) tematiske analyse, og fulgte alle ledd i analysemetoden. Som uerfaren forsker, oppleves denne analysemetoden som oversiktlig og forståelig. Braun og Clarke (2022) påpeker at det er viktig å finne en metode som gir forskeren en forståelse av hvordan «rydde i dataene» og utarbeide mønstre og tema. I analysedelen var kandidaten opptatt av å være så «fri» for egen forforståelse som mulig, men i og med at kandidaten har «stått» i sammenlignbare pasientsituasjoner som deltakerne, kan det ha påvirket analysearbeidet og funn. Kandidaten er en erfaren intensivsykepleier og kjenner «stammespråket», og meninger kan ha gått tapt, og utsagn oversett. I analysefasen hadde kandidaten diskusjon med veileder, tema og subtema ble «flyttet litt rundt» før endelig resultat. Analysearbeidet er beskrevet i kapittel 4 metode. I kapittel 5 presenteres resultater og disse drøftes i kapittel 6.
7. **Validering;** Vurdere om rapporteringen gir en valid beskrivelse av hovedfunnene i en studie, samt hvordan leserens rolle som validitetsbedømmer av resultatene. I en studie med omfattende funn er det umulig å presentere alle funn. Kandidaten har fulgt anbefalt analysemetode og presentert de mest sentrale funnene. En uerfaren forsker kan ha kommet i skade for å utelukke viktige funn. Gjennomføringen av forskningsprosessen, planlegging, intervjuing, analyse av data, redegjørelsen for funn og drøfting av de mest sentrale funnene menes her er en måte å ha minimalisert dette på. Kandidaten er takknemlig for at deltakerne har gitt et rikt datamateriale om sine erfaringer med å ivareta intensivsykepleierens funksjon og ansvar under covid-19 pandemien, og håper at disse er ivaretatt på en forsknings- og intensivsykepleiefaglig tilfredsstillende måte.
8. **Rapportering;** hvordan funnene fremstår med valide beskrivelser av funnene i studien. Det handler om hvordan denne studien er skrevet for å ivareta deltagerens ytringer ut

fra analysen. På andre siden skal resultatene være forståelig for leseren i den mening deltagerne ytret seg. Resultatkapittelet er arbeidet gjennom i flere omganger, og kortet ned da omfanget var stort med bevissthet om å ivareta det kandidaten anså som studiens hovedfunn. Arbeidet med resultatet vil i følge Kvale et al. (2015) bli preget av kandidatens forforståelse. Fremgangsmåten er tidligere beskrevet i kapittel 4 metode

7.3 Forskerens rolle

Kvale et al. (2015) forteller om forskerens rolle som det viktigste redskapet i nydannelsen av kunnskap. I kvalitativ forskning handler det om at forskeren skal forstå sin aktive rolle (Braun & Clarke, 2022). Forskerens integritet er avgjørende for kvaliteten på den vitenskapelige kunnskapen som utvikles, samt de etiske beslutningene som er tatt i den forbindelse (Kvale et al., 2015). Forskeren vil påvirke forskningsprosessen og resultatene av denne (Malterud, 2017, s. 41-42).

Kandidaten er i denne konteksten forsker. I intervju situasjonen er samtalen preget av forskerens kontroll over samtalen som er utgangspunkt for videre fortolkning gjennom analyseprosessen (Kvale et al., 2015, s. 22-26).

Kandidaten deler erfaring i arbeid under pandemien som intensivsykepleier, som både gir styrker og svakheter til studien. Perspektiver i det intensivsykepleierfaglige vil kandidaten kunne formidle da kunnskapen om fagfeltet ligger til grunn. På andre siden skal evnen til å formidle deltagerens ytringer være i tråd med deres meninger. Kandidaten kan ha påvirket fremstillingen av resultatene på bakgrunn av egen forforståelse. Dog har kandidaten vært dette bevisst da Malterud (2017) understreker viktigheten av å ikke la forforståelsen styre intervjuene og analyseprosessen. Kvale et al. (2015) hevder også at forskeren er hovedverktøyet i kvalitativ forskning, og forskerens kunnskap er en forutsetning for kvaliteten på studiens datagrunnlag. Metodekapittelet gir innsikt i kandidatens valg og faktorer som påvirker resultatene i utarbeidelsen.

Konklusjon

Undersøkelsen har tatt sikte på å undersøke intensivsykepleiernes erfaring fra covid-19-pandemien i norske sykehus. Gjennom resultatene fremkommer det utfordringer med å ivareta funksjons- og ansvarsområdene. Intensivsykepleierne har unik kompetanse i pasientbehandlingen. Mangelen på intensivsykepleiere ga utfordringer som høy arbeids- og ansvarsbelastning. De opplevde å gå på akkord med egen standard for funksjons- og ansvarsområder for å ivareta pasientsikkerheten.

Det ligger et stort potensial i videre forskning innen intensivsykepleiernes erfaringer med å ivareta sitt funksjons- og ansvarsområde under covid-19-pandemien.

Referanseliste

- Aloweni, F., Bouchoucha, S. L., Hutchinson, A., Ang, S. Y., Toh, H. X., Bte Suhari, N. A., Bte Sunari, R. N. & Lim, S. H. (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*, 78(8), 2383-2396.
- Anesi, L., George. (2023). *COVID-19: Critical care and airway management issues*. UpToDate. Hentet 17.mars 2023 fra <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-critical-care-and-airway-management-issues>
- Baron, R., Binder, A., Biniiek, R., Braune, S., Buerkle, H., Dall, P., Demirakca, S., Eckardt, R., Eggers, V. & Eichler, I. (2015). Evidence and consensus based guideline for the management of delirium, analgesia, and sedation in intensive care medicine. Revision 2015 (DAS-Guideline 2015)—short version. *GMS German Medical Science*, 13.
- Begerow, A., Michaelis, U. & Gaidys, U. (2020). Wahrnehmungen von Pflegenden im Bereich der Intensivpflege während der COVID-19-Pandemie. *Pflege*.
- Bondjers, K., Lingaas, I., Stensland, S., Atar, D., Zwart, J.-A., Wøien, H. & Dyb, G. (2023). "I've kept going"—a multisite repeated cross-sectional study of healthcare workers' pride in personal performance during the COVID-19 pandemic. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1-8.
- Borges, L. M., Holliday, R., Barnes, S. M., Bahraini, N. H., Kinney, A., Forster, J. E. & Brenner, L. A. (2021). A longitudinal analysis of the role of potentially morally injurious events on COVID-19-related psychosocial functioning among healthcare providers. *PloS one*, 16(11), e0260033.
- Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis : a practical guide*.
- Brown, J., Ingleman, J., Duff, J. & Coyer, F. (2022). Exploration into the factors influencing evidence uptake of delirium management in intensive care. A qualitative descriptive study. *Australian critical care*, 35, S11.
- Buggeland, S. A. (2020). Ahus snur: Alle fire brødrene får besøke døende far. *VG*. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/zggaB4/ahus-snur-alle-fire-broedrene-faar-besoeke-doeende-far>
- Cates, J., Lucero-Obusan, C., Dahl, R. M., Schirmer, P., Garg, S., Oda, G., Hall, A. J., Langley, G., Havers, F. P., Holodniy, M. & Cardemil, C. V. (2020). Risk for In-Hospital Complications Associated with COVID-19 and Influenza - Veterans Health Administration, United States, October 1, 2018-May 31, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 69(42), 1528-1534. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6942e3>
- Clerkin, K. J., Fried, J. A., Raikhelkar, J., Sayer, G., Griffin, J. M., Masoumi, A., Jain, S. S., Burkhoff, D., Kumaraiah, D. & Rabbani, L. (2020). COVID-19 and cardiovascular disease. *Circulation*, 141(20), 1648-1655.
- Danesh, M. K., Garosi, E. & Golmohamadpour, H. (2021). The COVID-19 Pandemic and nursing challenges: A review of the early literature. *Work*, 69(1), 23-36.
- de Miguel-Balsa, E., Blasco-Ruso, T., Gómez-Medrano, N., Mirabet-Guijarro, M., Martínez-Pérez, A. & Alcalá-López, A. (2023). Effect of the duration of prone position in ards patients during the SARS-CoV-2 pandemic. *Medicina Intensiva (English Edition)*.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Hentet 10.mai 2023 fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E. & Rochweg, B. (2018). Clinical

- practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical care medicine*, 46(9), e825-e873.
- Ekmekyapar, T., Ekmekyapar, M., Tasci, I., Sahin, L. & Delen, L. (2022). Clinical features and predisposing factors of delirium due to COVID-19 pneumonia in intensive care units. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 26(12), 4440-4448.
- Folkehelseinstituttet. (2020a). *Risikovurdering og respons i Norge*. Hentet 9.mars 2021 fra <https://www.fhi.no/contentassets/c9e459cd7cc24991810a0d28d7803bd0/vedlegg/nostat-om-risiko-og-respons-2020-03-12.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2020b). *Ukerapport: 12 2020 (13.3–19.3)*. Hentet 9.mars 2021 fra <https://www.fhi.no/contentassets/8a971e7b0a3c4a06bdbf381ab52e6157/vedlegg/orste-halvar--2020/2020-03-21-ukerapport-covid-19.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2021). *Statistikk om koronavirus og covid-19*. Hentet 17.mars 2021 fra <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/corona/dags--og-ukerapporter/dags--og-ukerapporter-om-koronavirus/>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for anestesisykepleierutdanning. (2021). *Forskrift om nasjonal retningslinje for anestesisykepleierutdanning*, Kunnskapsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2021-10-26-3091?q=anestesisykepleie>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning. (2021). *Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning* (LOV-2005-04-01-15-§3-2). Kunnskapsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2021-10-26-3094>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for operasjonssykepleierutdanning. (2021). *Forskrift om nasjonal retningslinje for operasjonssykepleierutdanning* Kunnskapsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2021-10-26-3095?q=operasjonssykepleie>
- Forskrift til rammeplan for videreutdanning i barnesykepleie. (2021). *Forskrift til rammeplan for videreutdanning i barnesykepleie*. Kunnskapsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2021-10-26-3092?q=barnesykepleiere>
- Galazzi, A., Bruno, M., Binda, F., Caddeo, G., Chierichetti, M., Roselli, P., Grasselli, G. & Laquintana, D. (2023). Thematic analysis of intensive care unit diaries kept by staff: insights for caring. *Intensive and critical care nursing*, 76, 103392.
- Halvorsen, H. T., Hammer, S. K., Nystrøm, V. & Leonardsen, A.-C. (2019). Delirium hos intuberte intensivpasienter:–intensivsykepleieres erfaringer. *Inspira*, (4), 17-22.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *God kvalitet – trygge tjenester – Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten* (Meld. St. 10 (2012–2013)). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2018* (Meld. St. 9 (2019–2020)). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20192020/id2681185/>
- Helsedirektoratet. (2018). *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet 9.mars 2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- Helsetilsynet. (2020). *Pasient- og brukererfaringer med tjenester under koronapandemien 2020. Samlerapport fra spørreskjemaundersøkelse og fokusgruppeintervju*. Hentet 1. mai 2023 fra <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2020/pasient-og-brukererfaringer-med-tjenester-under-koronapandemien-2020/pasient-og-brukererfaringer-med-tjenester-under->

[koronapandemien-2020-samlerapport-fra-spoerreskjemaundersoekelse-og-fokusgruppeintervju/](#)

- Holm, A. & Dreyer, P. (2022). Fortællinger fra en pandemi–intensivsygeplejerskernes oplevelser af første bølge af COVID-19. *Nordisk sygeplejeforskning*, 12(2), 1-11.
- Indseth, T. (2021). *Covid-19: Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/koronapandemie-n-og-innvandrerbefolkningene-vurderinger-og-erfaringer-rapport-2021.pdf>
- Intensivsykepleierne NSF. (2004). *Definisjon av intensivsykepleie*. Hentet 21.04.2023 fra <https://www.nsf.no/fg/intensivsykepleierne-nsf/fag-utdanning-og-forskning>
- Intensivsykepleierne NSF. (2017a). Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere. https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/funksjons-og-ansvarsbeskrivelsen-for-intensivsykepleiere-vedtatt-20september2017_1.pdf
- Intensivsykepleierne NSF. (2017b). The role and scope of practice of the critical care nurse. <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/hia7uzxLKqvTpU1hhfYZBV8XUiP7Dmn1UAKfxbVWsvS9HKrdDY.pdf>
- 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.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6. utgave. utg.). Abstrakt forlag.
- Jörn Klein, O. D., Helge Leander B. Jensen, Bianca Stammler. (2023). *Covid -19*. Store Norske Leksikon. Hentet 30. april 2023 fra <https://sml.snl.no/covid-19>
- Karimi, Z., Fereidouni, Z., Behnamoghdam, M., Alimohammadi, N., Mousavizadeh, A., Salehi, T., Mirzaee, M. S. & Mirzaee, S. (2020). The lived experience of nurses caring for patients with COVID-19 in Iran: a phenomenological study. *Risk management and healthcare policy*, 13, 1271.
- Kentish-Barnes, N., Cohen-Solal, Z., Morin, L., Souppart, V., Pochard, F. & Azoulay, E. (2021). Lived experiences of family members of patients with severe COVID-19 who died in intensive care units in France. *JAMA network open*, 4(6), e2113355-e2113355.
- Kramer, V., Papazova, I., Thoma, A., Kunz, M., Falkai, P., Schneider-Axmann, T., Hierundar, A., Wagner, E. & Hasan, A. (2020). Subjective burden and perspectives of German healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 1-11.
- Kunnskapsdepartementet. (2021). *Lov om offentlige organers ansvar for bruk av tolk mv. (tolkeloven)* (2021-0952). <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2021-06-11-79>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Li, X., Zhou, Y. & Xu, X. (2021). Factors associated with the psychological well-being among front-line nurses exposed to COVID-2019 in China: A predictive study. *Journal of nursing management*, 29(2), 240-249.
- Lord, H., Loveday, C., Moxham, L. & Fernandez, R. (2021). Effective communication is key to intensive care nurses' willingness to provide nursing care amidst the COVID-19 pandemic. *Intensive and critical care nursing*, 62, 102946.
- Lou, M.-F. & Dai, Y.-T. (2002). Nurses' experience of caring for delirious patients. *The journal of nursing research: JNR*, 10(4), 279-290.

[Record #180 is using a reference type undefined in this output style.]

- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Universitetsforl.
- Mathur, R., Rentsch, C. T., Morton, C. E., Hulme, W. J., Schultze, A., MacKenna, B., Eggo, R. M., Bhaskaran, K., Wong, A. Y. & Williamson, E. J. (2021). Ethnic differences in SARS-CoV-2 infection and COVID-19-related hospitalisation, intensive care unit admission, and death in 17 million adults in England: an observational cohort study using the OpenSAFELY platform. *The Lancet*, 397(10286), 1711-1724.
- McIntosh, K. (2021). *Covid-19: Clinical features*. UpToDate.
https://www.uptodate.com/contents/covid-19-clinical-features?search=covid%2019&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Moore, D. J., Dawkins, D., Hampton, M. D. & McNiesh, S. (2022). Experiences of critical care nurses during the early months of the COVID-19 pandemic. *Nursing Ethics*, 29(3), 540-551.
- Nakstad, E. R. (2021). *Kode rød : kampen for det vakre*. Gyldendal.
- Nilsen, H. M., Rosnes, M. & Leonardsen, A.-C. (2017). Pasienter med ARDS i mageleie. *Sykepleien*.
- NKVTS. (2022). *Stress og helseplager hos sykehuspersonell i løpet av covid-19-pandemien*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Hentet 5.mai 2023 fra <https://www.nkvts.no/sykehuspersonell-covid-19/>
- Nordin, A., Engström, Å., Fredholm, A., Persenius, M. & Andersson, M. (2023). Measuring moral distress in Swedish intensive care: Psychometric and descriptive results. *Intensive and critical care nursing*, 76, 103376.
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 10. mai 2023 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- NOU 2021:6. (2021). *Myndighetenes håndtering av koronapandemien, Rapport fra Koronakommisjonen*. Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon & Teknisk redaksjon. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2021-6/id2844388/?ch=1>
- NOU 2022:5. (2022). *Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2. Rapport fra Koronakommisjonen*. D. s.-o. s. T. redaksjon. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d0b61f6e1d1b40d1bb92ff9d9b60793d/no/pdfs/nou202220220005000dddpdfs.pdf>
- NOU 2023:4. (2023). *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. D. s.-o. s. T. redaksjon. <https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)* Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient>
- Pattison, N., O'Gara, G., Lucas, C., Gull, K., Thomas, K. & Dolan, S. (2019). Filling the gaps: A mixed-methods study exploring the use of patient diaries in the critical care unit. *Intensive and critical care nursing*, 51, 27-34.
- Polit, D. F., Beck, C. T. & Polit, D. F. (2021). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh edition.; International edition. utg.). Lippincott Williams & Wilkins.

- Regjeringen. (2014). *Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa*. Helsedirektoratet. https://www.regjeringen.no/contentassets/c0e6b65e5edb4740bbdb89d67d4e9ad2/nasjonal_beredskapsplan_pandemisk_influensa_231014.pdf
- 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.
- Sezgin, D., Dost, A. & Esin, M. N. (2022). Experiences and perceptions of Turkish intensive care nurses providing care to Covid-19 patients: A qualitative study. *International nursing review*, 69(3), 305-317.
- Slettmyr, A., Arman, M., Andermo, S., Malmberg, C., Hällström, Å., Hugelius, K. & Schandl, A. (2023). Intensive care nurses' lived experience of altruism and sacrifices during the Covid-19 pandemic: A phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 79(1), 244-253.
- Stayt, L. C., Bench, S., Credland, N. & Plowright, C. (2023). Learning from COVID-19: Cross-sectional e-survey of critical care nurses' satisfaction and experiences of their role in the pandemic response across the United Kingdom. *Nursing in Critical Care*, 28(2), 298-306.
- Stubberud, D.-G. (2019). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 15-47). Gyldendal.
- Stubberud, D.-G. (2020a). Intensivsykepleierens funksjon og ansvar. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (1. utg., s. 41-78). Cappelen Damm Akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2020b). Omsorg for pårørende. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleier* (1. utg., s. 117-135). Cappelen Damm Akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2020c). Oppfølging av pasienten etter utskriving fra intensivavdeling. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleier* (s. 224-234). Cappelen Damm Akademisk.
- Stubberud, D.-G. & Eikeland, A. (2019). Flerkulturell kompetanse i sykepleie til akutt og/eller kritisk syke pasienter. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 233-257). Gyldendal.
- Tan, B. Y., Chew, N. W., Lee, G. K., Jing, M., Goh, Y., Yeo, L. L., Zhang, K., Chin, H.-K., Ahmad, A. & Khan, F. A. (2020). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on health care workers in Singapore. *Annals of internal medicine*, 173(4), 317-320.
- Verma, A. A., Hora, T., Jung, H. Y., Fralick, M., Malecki, S. L., Lapointe-Shaw, L., Weinerman, A., Tang, T., Kwan, J. L., Liu, J. J., Rawal, S., Chan, T. C. Y., Cheung, A. M., Rosella, L. C., Ghassemi, M., Herridge, M., Mamdani, M. & Razak, F. (2021). Characteristics and outcomes of hospital admissions for COVID-19 and influenza in the Toronto area. *Cmaj*. <https://doi.org/10.1503/cmaj.202795>
- Vogt, K. S., Simms-Ellis, R., Grange, A., Griffiths, M. E., Coleman, R., Harrison, R., Shearman, N., Horsfield, C., Budworth, L. & Marran, J. (2023). Critical care nursing workforce in crisis: A discussion paper examining contributing factors, the impact of the COVID-19 pandemic and potential solutions. *Journal of Clinical Nursing*.
- 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.
- WHO. (2023). *Coronavirus disease (Covid -19) pandemic*. World Health Organization. Hentet 4.mai 2023 fra <https://www.who.int/europe/emergencies/situations/covid-19>

- Xie, Y., Bowe, B., Maddukuri, G. & Al-Aly, Z. (2020). Comparative evaluation of clinical manifestations and risk of death in patients admitted to hospital with covid-19 and seasonal influenza: cohort study. *Bmj*, 371, m4677.
<https://doi.org/10.1136/bmj.m4677>
- Xiong, H., Yi, S. & Lin, Y. (2020). The psychological status and self-efficacy of nurses during COVID-19 outbreak: a cross-sectional survey. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 57, 0046958020957114.

Vedlegg

Vedlegg 1 Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder

FUNKSJONS- OG ANSVARSBESKRIVELSE FOR INTENSIVSYKEPLEIER

Intensivsykepleie er en spesialitet innen sykepleiefaget. Spesialiteten utøves på grunnlag av avanserte kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse innen områdene pasientbehandling, undervisning, fagutvikling, samhandling og organisasjon.

HENSIKTEN MED FUNKSJONS- OG ANSVARSBESKRIVELSEN ER Å

- være retningsgivende for klinisk utøvelse av intensivsykepleie
- konkretisere intensivsykepleierens funksjon og ansvar i behandlingsskjeden for arbeidsgivere og samarbeidende profesjoner
- være et bindeledd mellom utdanningens studieprogram og klinisk praksis
- være en faglig plattform for lederskap, prioriteringer, fag- og karriereutvikling innen intensivsykepleie



NSF's LANDSGRUPPE AV
INTENSIVSYKEPLEIERE





NSFLIS

1.0 Formell kompetanse

En intensivsykepleier har autorisasjon som sykepleier i Norge og har utdanning etter gjeldende rammeplan for intensivsykepleie (1, 2). Dette gir kompetanse til å arbeide ved intensivenheter på nivå 1, 2 og 3, intermediaærenhet, postoperativ enhet og prehospitale tjenester (3). Intensivsykepleieres kompetanse benyttes også i andre enheter innenfor primær- og spesialisthelsetjenesten. Intensivsykepleieren har et selvstendig sykepleiefaglig ansvar og skal handle forsvarlig, ivareta pårørende og sikre pasientens autonomi, integritet og rettigheter (4, 5, 6, 7, 8).

2.0 Klinisk utøvelse av intensivsykepleie

Intensivsykepleie er kunnskapsbasert og favner helsefremmende og forebyggende funksjon, behandlende og rehabiliterende funksjon, og lindrende og palliativ funksjon.

2.1 Helsefremmende og forebyggende funksjon innebærer at intensivsykepleieren

- anvender systematisk observasjon og vurdering for å identifisere helsesvikt eller forhøyet risiko for helsesvikt på et tidlig stadium
- iverksetter tiltak som forebygger videre utvikling av helsesvikt og sykdom
- beskytter pasienten mot komplikasjoner og skade i forbindelse med undersøkelser og behandling
- tilrettelegger for helsefremmende omgivelser og fremmer velvære, håp og livsmot hos intensivpasienten

2.2 Behandlende og rehabiliterende funksjon innebærer at intensivsykepleieren

- vurderer kontinuerlig pasientens ressurser og gjennomfører systematiske tiltak for å bevare, styrke eller gjenopprette funksjonell kapasitet
- yter kompensierende hjelp ved svikt i pasientens vitale funksjoner
- gjennomfører medisinsk behandling i samarbeid med og på ordinasjon fra pasientens legeteam, og tar medansvar for forsvarlig behandling
- anvender avansert medisinsk teknisk utstyr på en forsvarlig og hensiktsmessig måte
- sikrer kontinuitet, plan og kvalitet i pasientens behandling gjennom tverrfaglig samarbeid og hensiktsmessig dokumentasjon
- tilrettelegger for rehabilitering allerede i det akutte stadiet av pasientforløpet, med langsiktige mål om å bedre pasientens funksjonsnivå/helsestatus og opplevelse av livskvalitet
- samarbeider med øvrige ledd i pasientforløpet for å arbeide koordinert om rehabilitering og for å kunne forbedre tjenestene ut fra kunnskap om langsiktige pasientresultater

2.3 Lindrende og palliativ funksjon innebærer at intensivsykepleieren

- gjennomfører symptomlindrende tiltak for å begrense belastninger som pasienten vil kunne oppleve i forbindelse med sykdom, skade og behandling ved akutt helsesvikt
- hjelper pasienten til å bruke kreftene sine på helsefremmende prosesser og bidrar til å håndtere og lindre stress, smerter og ubehag
- tar utgangspunkt i pasientens totale situasjon når palliativ omsorg ytes
- medvirker i beslutningsprosesser rundt begrensning av livsforlengende behandling, og tar medansvar for å bidra til en verdig død

2.4 Intensivsykepleie til pårørende innebærer å

- tilrettelegge for et pasient- og familiesentrert behandlingsmiljø og begrense belastninger pårørende vil kunne oppleve i forbindelse med intensivbehandling
- anerkjenne pårørende som ressurser for pasienten og veilede og støtte dem så de kan ta del i omsorgen for pasienten
- anerkjenne og ivareta pårørendes behov for omsorg i en situasjon med akutt, kritisk sykdom

3.0 Undervisning, fagutvikling og forskning

Kompetansebygging, kvalitetsforbedring og utvikling av ny kunnskap er sykepleiefaglig forankrede og systematiske prosesser.

Intensivsykepleieren

- bruker relevant pedagogisk og oppdatert kunnskapsbasert tilnærming i sin undervisning, veiledning og rådgiving
- samarbeider med utdanningssektoren om gjennomføring av praksisstudier
- anerkjenner flere kunnskapsformer og inkluderer pasienters/pårørendes erfaringskunnskap
- bidrar i relevante fora med kritisk refleksjon og etisk bevissthet om spesialitetens kontekst, praksis og rammer
- initierer, samarbeider om og tar ansvar for kvalitetsforbedring, fagutvikling og forskning

4.0 Samhandling, ledelse og organisasjon

Intensivsykepleie utøves, utvikles og ledes i et kort- og langsiktig perspektiv på helsegevinst og risikostyring. Samhandling i behandlingsteamet foregår derfor både innen og mellom enheter i pasientforløpet. Intensivsykepleie står under faglig lederskap av kvalifiserte spesialsykepleiere.

Intensivsykepleier i utøver- og lederposisjon tar ansvar for å

- samhandle om kvalitet og pasientsikkerhet gjennom pasientforløpene
- bidra med sin spisskompetanse i rådgivende funksjoner
- videreutvikle systemer og sikre kompetansesammensetning for å ivareta kvalitet ved mottak, overføringer og oppfølging etter intensivbehandling
- gi opplæring og arbeidsoppgaver til medhjelpere i samsvar med personalets individuelle kompetanse
- delta i å diskutere prioriteringer og ressursfordeling og ta medansvar for effektiv og forsvarlig ressursbruk

5.0 Annet

Funksjons- og ansvarsbeskrivelsen for intensivsykepleiere utvikles i et dynamisk samspill med historiske tradisjoner, samfunnets behov og helsetjenestens utvikling. Den revideres på oppdrag og mandat fra NSFLIS' generalforsamling.



Foto: Erik M Sundt, forsidebilde er tatt av NSF/ v/Monica Kvaale

6.0 Referanser

1. Rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie; 1999, 2005. Utdannings- og forskningsdepartementet
2. Forskrift om krav til mastergrad. 2005. Kunnskapsdepartementet
3. Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge. 2014. Utarbeidet av NSFLIS og Norsk Anestesiologisk Forening
4. NSF's yrkesetiske retningslinjer. 2011
5. Lov om pasient- og brukerrettigheter. 2001. Helse- og omsorgsdepartementet
6. Lov om helsepersonell. 2001. Helse- og omsorgsdepartementet
7. Lov om spesialisthelsetjenesten. 2001. Helse- og omsorgsdepartementet
8. Lov om donasjon og transplantasjon av organ, celler og vev. 2015. Helse- og omsorgs-departementet

Vedtatt 20. september 2017



Vedlegg 2 NSD søknad

NSD sin vurdering

Prosjekttittel: 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 – Vurder

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 96 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/meldeendringer-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 ~~fa~~ 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)



Forespørsel om tillatelse til å gjennomføre 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.

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

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

For å undersøke spesialsykepleierens erfaringer og opplevelser rekrutteres ABIO sykepleiere som har hatt erfaring med klinisk arbeid knyttet til pasienter med covid-19 infeksjon eller har vært omplassert og fått nye funksjoner på grunn av koronapandemien. ABIO sykepleiere rekrutteres via kontaktperson på de ulike avdelinger/sykehus.

Prosjektet er godkjent av Norsk Senter for Databehandling (nr: 566062).

Datainnsamling vil gjøres ved individuelle intervjuer med varighet på omtrent **60 minutter som vil** foregå enten på arbeidsplassen, ved OsloMet eller digitalt.

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

Hvis du har spørsmål til studien ta kontakt med Berit Taraldsen Valeberg, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid på OsloMet; Beritva@oslomet.no eller på telefon 99726919.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
Berit Taraldsen Valeberg
Professor



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

anestesi-, 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 anestesi-, 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 universitetet i Oslo, 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 skrevet. 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 brannsikret 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@oslomet.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)