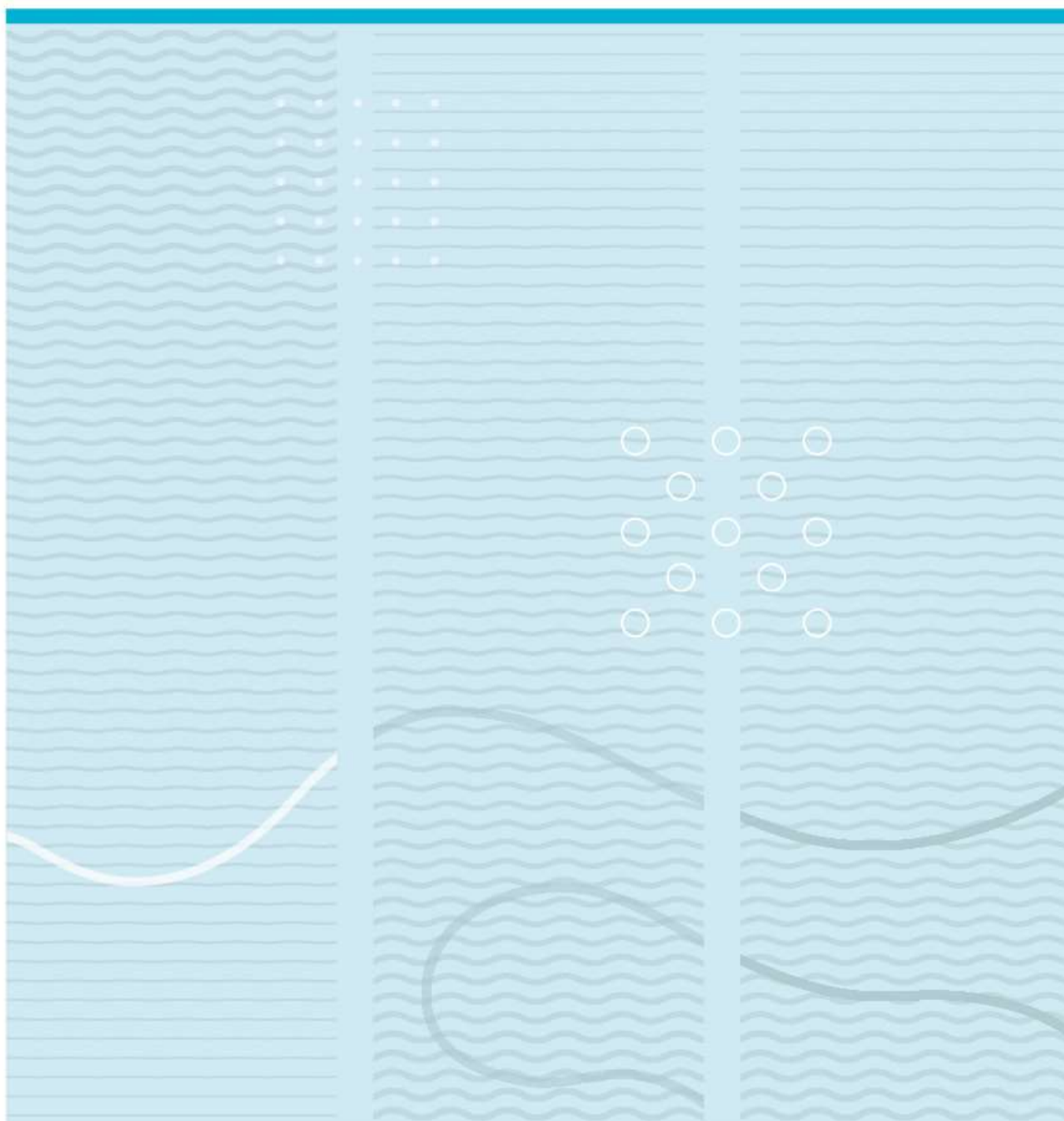


Bente Meyer-Kristiansen

Krig uten ordentlige våpen

Hvilke erfaringer og opplevelser har helsepersonell i forhold til de isolerte pasientene med covid-19, som mottar intensivbehandling? En kvalitativ studie



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse og sosialkunnskap
Institutt for sykepleie og helsevitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2021 Bente Meyer-Kristiansen

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Tittel: Krig uten ordentlige våpen.

Introduksjon: Covid-19 pandemien forandret arbeidshverdagen til helsepersonell over hele verden.

Det var mangel på smittevernutstyr og intensivpersonell, lite kunnskap om viruset og store omveltninger på flere sykehus for å få plass til pasientene med covid-19. Hvilke erfaringer og opplevelser hadde helsepersonellet i forhold til de isolerte pasientene med covid-19 på intensivavdelingen, og hvilke erfaringer hadde helsepersonellet med kommunikasjonen og samarbeidet om disse pasientene?

Hensikt: Hensikten med denne masteroppgaven er å belyse helsepersonellens erfaringer og opplevelser under covid-19 pandemien. Målet er å få være med på å få mer kunnskap om hvordan en best mulig kan ivareta helsepersonell og pasienter under en pandemi. Dette ses i lys av elementer fra personsentrert sykepleie og deler av intensivsykepleiernes funksjons- og ansvarsområder.

Metode: En kvalitativ studie, med innholdsanalyse i tråd med Graneheim og Lundeman.

Studiedesign: Eksplorerende design med en semistrukturert intervjuguide. *Utvalg:* 11 informanter fordelt på to fokusgrupper fra en intensivavdeling på et sykehus i Helse Sørøst. Intervjuene ble gjennomført desember 2021.

Resultater: Funnene består av fire kategorier og 13 subkategorier. Kategoriene omhandler distanse til hverandre, fra usikkerhet til trygghet, opplevelse av barrierer til pasienten og erfaring av unikt samarbeid. Tema som kom frem under analysen var: *Fra kaos til system.*

Konklusjon: Intensivsykepleiere og leger har kjent på en følelse av usikkerhet og redsel under covid-19 pandemien. Det har vært en krevende tid for helsepersonell blant annet på grunn av mangel på smittevernsutstyr, smittevernsutstyret reduserte den verbale og non-verbale kommunikasjonen og det var lite kunnskap om viruset. Men pandemien kan ha bidratt positivt for arbeidsmiljøet, det oppstod et unikt samarbeid på tvers av profesjoner, og en følelse av å stå sammen.

Abstract

Title: War without proper means

Introduction: The Covid-19 pandemic changed the working lives of healthcare professionals around the world. There was initially a shortage of infection control equipment and intensive care personnel, little knowledge of the virus and major upheavals in several hospitals to accommodate patients with covid-19. What experiences did the healthcare personnel have in relation to the isolated patients with covid-19 on the intensive care unit, and what experiences did the healthcare personnel have with the communication and cooperation regarding these patients?

Purpose: The purpose of this Master's thesis is to shed light on health care personnel's experiences during the Covid-19 pandemic. The goal is to gain more knowledge about how best to care for healthcare workers and patients during a pandemic. This is shown in light of elements from person centred nursing and parts of the intensive care nurses' function and responsibility areas.

Method: A qualitative study, with content analysis in line with Graneheim and Lundeman.

Study design: Exploratory design with a semi-structured interview guide. Selection: 11 informants divided into two focus groups from an intensive care unit at a hospital within the South-East Regional Health Authority. The interviews were conducted in December 2021.

Results: The findings consist of four categories divided into 13 sub-categories. The categories deal with physical and mental distance between each other, from uncertainty to safety, experience of barriers to the patient and experience of unique collaboration. The topics that emerged during the analysis were: *From chaos to system*.

Conclusion: Nurses and doctors have felt a sense of uncertainty and fear during the covid-19 pandemic. It has been a challenging time for healthcare workers partly due to a lack of protective equipment and the fact that protective equipment reduced verbal and non-verbal communication, and there was little knowledge about the virus. However, the pandemic may have contributed positively to the working environment. A unique collaboration arose across professions, and a sense of standing together.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	3
Innholdsfortegnelse	4
Forord	6
1 Innledning	7
1.1 Avgrensninger	8
1.2 Hensikt og mål.....	8
1.3 Forskningsspørsmål og problemstilling	9
2 Eksisterende forskning	10
2.1 Covid-19 viruset	10
2.2 Kommunikasjon og samarbeid	11
2.3 Opplevelser av stress.....	12
2.4 Ivaretagelse av helsepersonellet	13
2.5 Litteratursøk.....	15
3 Teoretisk rammeverk	16
3.1 Intensivsykepleierens ansvars- og funksjonsområder	16
3.2 Personsentrert sykepleie.....	17
3.2.1 Sykepleierens forutsetninger	17
3.2.2 Pleiemiljøet.....	19
4 Metode, metodiske overveielser og analyse	21
4.1 Design og metodiske overveielser.....	21
4.2 Utvalg	22
4.3 Intervjuguide	23
4.4 Datainnsamling.....	23
4.5 Forforståelse	25
4.6 Dataanalyse	25
4.7 Troverdighet.....	28
4.8 Forskningsetiske vurderinger	30
5 Funn og resultater	32
5.1 Distanse til hverandre	32
5.1.1 Vanskelig å høre og å bli hørt	33

5.1.2	Kommunikasjon gjennom stengte dører	34
5.1.3	Tydelig kommunikasjon	35
5.2	Fra usikkerhet til trygghet	35
5.2.1	Føler seg gamblet med	36
5.2.2	Fysiske påkjenninger i møte med den nye og ukjente jobbhverdagen	37
5.2.3	Emosjonelt og personlig stress	38
5.2.4	Følelse av å bli ivaretatt	39
5.3	Opplevelse av barriere til pasienten	40
5.3.1	Utfordringer med å nå inn til pasienten i smittevernsutstyr	40
5.3.2	Utfordringer med å sette grenser i det store rommet	41
5.3.3	Pasientens utrygghet	41
5.4	Erfaring av unikt samarbeid	42
5.4.1	Faglig og sosial tilhørighet	43
5.4.2	Faglige forventninger	44
5.4.3	Faglig forberedthet	45
6	Diskusjon	47
6.1	Distanse til hverandre	47
6.2	Fra usikkerhet til trygghet	49
6.3	Opplevelser av barrierer til pasienten	52
6.4	Erfaring av unikt samarbeid på kohorten	54
6.5	Metodekritikk	56
6.6	Implikasjoner for praksis og videre forskning	58
7	Konklusjon	59
8	Litteraturliste	60
9	Vedlegg	64
9.1	Vedlegg 1	64
9.2	Vedlegg 2	64
9.3	Vedlegg 3	66
9.4	Vedlegg 4	69
9.5	Vedlegg 5	70

Forord

Denne studien er gjennomført ved Universitetet i Sørøst-Norge i tilknytning til masterstudiet i intensivsykepleie.

Jeg vil takke min veileder Astrid Danielsen. Hun har hjulpet meg mye gjennom analyseprosessen, og hun har motivert meg til å fortsette arbeidet.

Jeg vil også takke informantene som villig stilte opp til intervju, og bidro til å gjøre denne studien mulig. Takk til avdelingen som bidro med rekrutteringen av informanter til studien.

Tusen takk til medstudentene Lindsay Marker Østvold og Synne Samuelsen for god hjelp til Endnote og andre rare tekniske problemer som har dukket opp underveis. En stor takk også til kollega Klaus S. Tvedt for god korrekturlesing, og takk til min gode gamle studentvenn Pål A. Hegland som kom med mange inspirerende innspill.

Takk til kollegaer og medstudenter for oppmuntrende ord og gode diskusjoner.

Og sist, men ikke minst en stor takk til Steinar, Viola og Leander for stor tålmodighet og masse oppmuntringer de to siste årene.

Skien, 28. mai 2021

Bente Meyer-Kristiansen

1 Innledning

Covid-19 pandemien har medført samfunnsmessige utfordringer med overfylte sykehus, lite kunnskap, omplasseringer av intensivpersonell og ombygginger av sykehus i store deler av verden (Haffajee & Mello, 2020; Holshue et al., 2020; Remuzzi et al., 2020). I frontlinjen har helsepersonellet stått. Å stå i frontlinjen kan innebære stolthet, men også usikkerhet og redsel for det ukjente. Helsepersonellet kjente på frykten for å ta med smitten hjem, og noen var redde for å bli syke selv (Ulrich et al., 2020).

SARS-CoV-2, omtalt i denne studien som covid-19, er et virus som spredte seg raskt over hele verden, og ble en folkehelsekrise som overvældet helsevesenet. Samfunnets forberedthet til en pandemi var liten. Derav behov for import av vesentlig utstyr og personell. FHI oppfordret alle til å holde seg mest mulig hjemme, skoler stengte, hjemmekontor ble dagligdags for de fleste og sykehusene fyltes opp av dårlige pasienter (Zickfeld et al., 2020).

Innleggelse av pasienter med covid-19 førte til betydelig mangel på personlig beskyttelsesutstyr, ventilatorer, intensivplasser og intensivpersonell i store deler av landet vårt. Intensivavdelinger på flere sykehus har gjennomgått ombygginger for å forberede plass til pasientene med covid-19. Pasientrom er blitt bygget om til isolat med forganger og sluser (Melby et al., 2020). For å få bedre kapasitet på intensivavdelingene, ble det anbefalt å legge pasienter med covid-19 på større isolat (Hou et al., 2020). Slike isolater har fått navnet kohort. En kohort er en gruppe med en felles faktor, og fellesfaktorer for pasientgruppen på kohort i denne pandemien er påvist covid-19 og behandling med mekanisk ventilasjon.

Det som kjennetegner covid-19 pasientene på intensiv er akutt respiratorisk lungesvikt med behov for respirasjonsstøtte i form av høyflow oksygenterapi, noninvasiv ventilasjon eller respiratorbehandling. Noen får septisk sjokk og multiorgansvikt. Mange har behov for bukleie på grunn av respirasjonssvikten, og nyrestøttende behandling på grunn av multiorgansvikten (George L Anesi, 2021; Sun et al., 2020).

På kohorten samles mange pasienter med covid-19 på samme rom. Det er høy aktivitet på grunn av alt det tekniske utstyret som skal håndteres, ustabile pasienter som kan kreve to intensivsykepleiere hele døgnet, og mye medikamenter som skal administreres. Å legge intuberte pasienter i bukleie er en avansert prosedyre som krever minimum fire personer. Prosedyren krever

god kompetanse og erfaring, kommunikasjon og godt samarbeid. (Bakkellund & Thorsen, 2015). Liten plass på kohorten, mye teknisk utstyr som lager støy, mange støyende prosedyrer, og høy aktivitet på rommet, utfordret både kommunikasjonen og samarbeidet for pasienter og helsepersonell.

Volumet av de mest kritisk syke pasientene er større enn vi er vant med, og krever mye kunnskap for å behandle (González-Gil et al., 2021). På grunn av mangel på personell har sykepleiere og leger fra andre avdelinger blitt omplassert til intensiv. Å lære av hverandre og tilpasse seg nye ferdigheter kan være stressende for alle de involverte (Thusini, 2020), og det kan innebære mye usikkerhet rundt begrenset intensivpersonell (Krøger, 2021).

Denne studien vil belyse de erfaringene og opplevelsene helsepersonell har hatt med å samarbeide og kommunisere i denne usikre og krevende pandemien.

1.1 Avgrensninger

På grunn av oppgavens størrelse har en ikke tatt med hvordan intensivsykepleierne forberedte seg før vekten startet, og ikke samhandlingen med pårørende.

I studien er det valgt å ha fokus på kommunikasjonen og samarbeidet mellom helsepersonellet og til pasientene inne på isolatet, samt hvilke følelser helsepersonellet opplevde under covid-19 pandemien i forhold til den usikkerheten som oppstod.

1.2 Hensikt og mål

Hensikten med denne studien er å belyse erfaringer og opplevelser intensivsykepleiere og leger har fra isolatet med de kritisk syke pasientene med covid-19, og hvilke erfaringer de har i forhold til samarbeid og kommunikasjon i den krevende situasjonen under covid-19 pandemien. Målet har vært å få mer kunnskap om hvordan en best mulig kan ivareta helsepersonell og pasienter under en pandemi.

Opgaven er viktig både i nåtidens situasjon og i fremtiden, fordi vi må forvente flere og hyppigere pandemier. Dette er noe sykehusene rundt om i verden bør forberede seg på. Ved å tilegne oss ny kunnskap vil vi bli bedre rustet til å møte en ny pandemi.

1.3 Forskningsspørsmål og problemstilling

Hovedfokuset i denne studien er på intensivsykepleiere og legers erfaringer og opplevelser fra arbeidet med kritisk syke pasienter med covid-19, der samarbeidet og kommunikasjonen i en ny og krevende situasjon har vært utfordrende. Problemstillingen er:

«Hvilke erfaringer og opplevelser har helsepersonell i forhold til de isolerte pasientene med covid-19, som mottar intensivbehandling?»

De mer spesifikke forskningsspørsmålene er:

«Hvilke erfaringer har helsepersonell i forhold til kommunikasjon med hverandre inne på kohorten?»

«Hvilke opplevelser av endring har helsepersonell på intensivavdelingen i covid-19 pandemien?»

«Hvilke erfaringer har helsepersonell med samarbeidet rundt pasientene med covid-19?»

2 Eksisterende forskning

Når en skal utvikle ny kunnskap om et tema, er det viktig å se hva som finnes av forskning på feltet fra før. I dette kapittelet belyses eksisterende forskning med bakgrunn i hva covid-19 er, kommunikasjon og samarbeid om pasientene med covid-19, opplevelser av stress, og ivaretagelse av helsepersonell under pandemien.

Studiene til Sun og Eftehar Ardebili (2021; 2020) er kvalitative studier som omhandler hvilke erfaringer helsepersonell har med pasienter med covid-19 på intensivavdelinger. Hovedfunnene i studiene deler pandemien inn i ulike faser. I starten er det mye frykt, angst, håpløshet og bekymring blant helsepersonell. Det etterfølges av en situasjon med mange sykehusinnleggelser, høy dødelighet blant pasientene, mange helsepersonell i karantene, stor frustrasjon og utmattelse, men også takknemlighet for kollegaer og god teamstøtte. Siste fase er en tilpasning til situasjonen, men med fortsatt negative følelser som frykt og usikkerhet og bekymring for fremtiden.

Det er gjort få studier fra Norge som omhandler helsepersonellets erfaringer og opplevelser fra pandemien. Det vil derfor være viktig å avdekke kunnskap fra en norsk kontekst.

2.1 Covid-19 viruset

I desember 2019 ble et nytt coronavirus identifisert på grunn av lungebetennelsestilfeller i byen Wuhan i Kina. Viruset er blitt betegnet som severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) (Jansson et al., 2020). Viruset spredte seg til hele verden, og WHO erklærte en pandemi 11. mars 2020 (WHO, 2020). I Europa spredte viruset seg meget raskt, slik at flere land erklærte unntakstilstand. Norge stengte ned 12. mars 2020 (Helsedirektoratet, 2020).

Omtrent 20% av de som er smittet med covid-19 viruset, utvikler alvorlig sykdom som krever sykehusinnleggelse, og omtrent 25% av sykehusinnleggelsene krever intensivbehandling (George L Anesi, 2021). Spekteret av covid-19 viruset spenner seg fra asymptomatisk infeksjon til milde luftveissymptomer til alvorlig lungebetennelse med akutt respiratorisk syndrom (ARDS), akutt nyreskade, leverskade og hjerteskaade (George L Anesi, 2021; Pieter Cohen & Jessamyn Blau, 2021). I starten av pandemien var det stor usikkerhet på hvordan viruset smittet (Holshue et al., 2020). Det

er gjort mange studier på ulike behandlinger, og de første bølgene av pandemien bar preg av stadig skiftende medikamenter til utprøving mot covid-19 viruset (Tsang et al., 2021).

2.2 Kommunikasjon og samarbeid

God kommunikasjon mellom helsepersonell kan bidra til å bedre pasientsikkerheten (Stubberud, 2018, s. 59). Kommunikasjon i relasjoner er utveksling av verbale og nonverbale tegn og signaler, og god profesjonell kommunikasjon har et faglig fokus (Eide et al., 2017, s. 17).

Under covid-19 pandemien har det vært store utfordringer med kommunikasjonen mellom helsepersonell på grunn av smittevernsutstyret. Smittevernsutstyret reduserer hørselen og danner en distanse i relasjonen (Duan et al., 2021; Hayirli et al., 2021) En studie (Hampton et al., 2020) målte lydnivået på operasjon- og intensivavdelingen, med og uten åndedrettsvern, og med og uten bakgrunnsstøy, for å se om de kunne oppfatte beskjedene som ble gitt. Funn i studien viser at når en har på åndedrettsvern på en intensivavdeling der medisinsk teknisk utstyr lager støy, svekker det taleforståelsen, noe som kan redusere pasientsikkerheten betydelig. I studien høynet forskerne stemmevolumet, men taleforståelsen var fortsatt redusert, noe som kan skyldes at redusert mimikk reduserer taleforståelsen.

Akutt og kritisk syke pasienter kan oppleve en følelse av isolasjon på grunn av at ved mekanisk ventilasjon, kan en bli fratatt muligheten til å snakke, og medisinsk teknisk utstyr kan gjøre det vanskelig å kommunisere nonverbalt. Pasienten kan oppleve kommunikasjonen så vanskelig at han eller hun gir opp (Stubberud, 2015b, s. 83). Tiltak for å forebygge følelse av isolasjon kan være å snakke med klar stemme, stille spørsmål som kan besvares kort og gjenta det pasienten har sagt for å være sikker på at det var det pasienten mente. Vær også oppmerksom på den nonverbale kommunikasjonen til pasienten ved å observere pasientens mimikk (Stubberud, 2015b, s. 94).

Et teamarbeid kan fungere godt og føre til økt effektivitet, tilfredshet blant medarbeidere og et bedre behandlingsresultat for pasienten, men det kan også være en kilde til det motsatte. Et godt teamarbeid er avhengig av at alle samhandler godt, at de vet hva som er hensikten med arbeidet og at de forstår at de er avhengig av hverandre for å nå målet (Stubberud, 2018, s. 56).

Studiene til Thusisi og LoGiudice et al. (2021; 2020) viser at helsepersonell fikk et helt spesielt teamarbeid under covid-19 pandemien. Sykepleierne følte på en stolthet ved å bidra. De viste en

helt spesiell omsorg for hverandre, og båndene de knyttet, vil alltid være der. Samarbeidet mellom ulike profesjoner ble også styrket. En så ikke så mange forskjeller i faggrupper, men alle jobbet sammen som en samlet helsefront. Alle kjempet som et lag mot et mål og en felles fiende.

Pandemien har med andre ord endret hvordan vi forholder oss til hverandre, uavhengig av status og rolle.

En annen studie viser at ulike barrierer utfordret teamarbeidet under pandemien og forstyrret kommunikasjonen og mellommenneskelige forhold. Den fysiske barrieren med smittevernsutstyret dempet informasjonsflyten, hindret anerkjennelse av hverandre, reduserte tilhørigheten og økte den mellommenneskelige belastningen. Barrierer gav også emosjonell og sosial distansering mellom helsepersonell og til pasientene, noe som påvirket teamarbeidet. Dårlig teamarbeid kan gi lavere kvalitet og sikkerhet, dårligere pasientresultater og redusert tilfredshet (Hayirli et al., 2021).

Intensivsykepleierne viste bekymring for at sykepleierne som blir omplassert til intensivavdelingene ikke har nok erfaring, og at det derved går utover pasientsikkerheten. Teamarbeidet ble preget av usikkerhet når en ikke kjenner de som kommer, og en ikke vet hva en kan forvente av kunnskap og erfaring (Bergman et al., 2021).

2.3 Opplevelser av stress

Helsepersonell er blant de yrkesgruppene som er spesielt utsatt for arbeidsrelaterte risikofaktorer som høyt arbeidspress, lite kontroll over arbeidet og sterke emosjonelle inntrykk. Slike risikofaktorene bidrar til økt frykt og stress (Haavik & Toven, 2020; Mealer et al., 2017), og høyt sykefravær (STAMI, 2019).

Isolasjon påvirker helsepersonellet. En studie viser at 97% av helsepersonellet rapporterte om ulike ubehag som tung pust, utmattelse, trykkskader, angst, ansiktsakne, søvnløshet, depresjon eller utslett ved bruk av smittevernsutstyr. Helsepersonellet i studien uttrykte viktigheten av tiltak som selvpustende smittefrakker og motoriserte åndedrettsvern eller tåkebriller (Duan et al., 2021).

En kvantitativ studie fra sykepleiere i Madrid viste at 28% av sykepleierne hadde så høy arbeidsbelastning at de ikke klarte å kople av og hvile, og 44,9% hadde vanskeligheter med å luften følelsene sine etter sterke inntrykk. De hadde en redsel for å bli smittet og var utmattet.

Sykepleierne pekte på viktigheten av å tilrettelegge pauser og grunnleggende behov som mat, hvile

og debriefing (González-Gil et al., 2021). Sykepleierne fikk ikke nok hvile på skiftet, og flere hadde frykt og angst forårsaket av skiftende protokoller, mangel på forskning og gjenbruk av personlig verneutstyr, som for eksempel åndedrettsvern som ble puttet i papirposer og brukt på nytt. Samtidig opplevde mange en dyp følelse av teamarbeid og en fornyet respekt for yrket sitt (LoGiudice & Bartos, 2021).

To kvantitative studier (Hassamal et al., 2021; Leng et al., 2021) tar for seg hvilke stresskilder og risikofaktorer helsepersonell opplevde på intensivavdelingen under covid-19 pandemien. 46% av de som jobbet med covid-19 pasientene opplevde et overveldende stress. Mange opplevde depresjon og angst, selv blant sykehuspersonalet med relativt lave covid-19 innleggelser. Hyppig ledelseskontakt og støtte fra sykehuset gjorde at de følte seg tryggere. Funn i studien til Leng et al. viser at sykepleierne som jobbet med covid-19 pasienter, opplevde signifikant mer stress. Risikofaktorer under covid-19 pandemien er arbeid i et isolert miljø, bekymringer for mangel på verneutstyr, fysisk og følelsesmessig utmattelse, fysisk ubehag og skader på kroppen på grunn av smittevernutstyr, det at en ikke kan drikke eller gå på do på mange timer, stor arbeidsmengde, mangel på kunnskap om SARS-CoV-2 viruset, frykt for å bli smittet og utilstrekkelig arbeidserfaring med covid-19 (Bergman et al., 2021; González-Gil et al., 2021; Leng et al., 2021). Bergman (2021) presiserer også at sykepleierne oppfattet at kvaliteten på sykepleien og pasientsikkerheten ble kompromittert under pandemien. Det resulterte i etisk stress som kan påvirke sykepleiernes fysiske og psykososiale velvære.

2.4 Ivaretagelse av helsepersonellet

Ulrich et al. (2020) diskuterer de psykiske, emosjonelle og moralske belastningene som sykepleierne ble utsatt for under pandemien, og hva som skal til for å ivareta sykepleierne. Studien viser at det er viktig å ivareta sykepleiernes grunnleggende behov. De trenger gode pauser i løpet av skiftet, tid til å spise og tilgang på sunn mat, samt fri og mulighet til å hvile og sove. Studien peker også på viktigheten av å ta vare på det gode samarbeidet og kollegiale støtten som har oppstått under pandemien.

En viktig teknikk for å mestre stress er å ha søkelys på arbeidsoppgavene. Dersom arbeidsoppgavene virker uoverkommelige, er det viktig å sette søkelys på det en faktisk kan gjøre noe med. I stressede situasjoner blir noen handlingsorienterte, nærmest uten å tenke seg om,

mens andre blir passive og trekker seg tilbake. Slike reaksjoner kan være en del av vår personlighet og sier noe om hvordan vi mestrer stressede situasjoner (Skants, 2014, s. 60).

Støtte og anerkjennelse fra ledere og kollegaer kan gjøre at vi lettere mestrer situasjonen vi er i (Lord et al., 2021; Skants, 2014, s. 60). Studien til Lord et al. peker på viktigheten av en ledelse som kommer med god informasjon om situasjonen. Helsepersonellet responderte positivt på en daglig oppdatering fra ledelsen som bestod av et kort informasjonsmøte om overføringer av pasienter, begrensninger i utstyr og oppdatert tilbud om å lufte tankene.

Sykepleierledere spiller i tillegg en viktig rolle i å gi tilstrekkelig personlig verneutstyr, fleksible arbeidsvakter og skape et omsorgsfullt miljø (Leng et al., 2021). Studier viser også at dersom sykepleierledere er til stede, vil helsepersonell føle seg tryggere (Beckman, 2020). Når en ansatt opplever å bli sett av lederen, vil vedkommende bli trygg og vil kunne bruke sine evner og potensiale i jobben på en bedre måte (Vevatne, 2020, s. 133). En rapport (Melby et al., 2020) under første fase av pandemien i Norge viste at 71 % av sykepleierne fikk nødvendig støtte fra kollegaer, 52% fikk støtte fra nærmeste leder og 23% fikk støtte fra ledere sentralt/toppledere.

En kvalitativ studie (Hou et al., 2020) intervjuet sykepleiere på intensivavdelinger og beskriver forberedelser sykehusene gjorde i starten av pandemien. Studien peker på at gode forberedelser som tilstrekkelig utstyr og god struktur for omorganisering, trygger sykepleierne, i tillegg til tillit til organisasjonen og et godt tverrfaglig samarbeid. En annen studie omtaler hvordan en tar vare på helsepersonellens emosjonelle velvære under pandemien. Det er blant annet tilførsel av mat, samtalerom, tydelige retningslinjer for bruk av smittevernutstyr, inspirerende og ærlig informasjon på e-post eller annet fora, og daglige til ukentlige oppdateringer med rom for spørsmål og bekymringer (Ripp et al., 2020).

Under SARS-epidemien, et utbrudd med alvorlig akutt luftveissyndrom i Hong Kong i 2003, blir mye av de samme forberedelsene ved intensivavdelinger beskrevet. Det var lite smittevernutstyr og mangel på personell. De samlet pasientene i kohorter og hasteopplærte annet personell, for å omplassere de til intensiv. Personalet på intensiv var under et enormt press også under SARS-epidemien, de jobbet lange skift og var helt utslitte. Sykehuset opprette en telefonlinje for personalet hvor de kunne ringe og lufte tanker (Chan, 2003; Lopez et al., 2003).

2.5 Litteratursøk

Et litteratursøk er nødvendig for å fundamentere og avklare kunnskapshull i eksisterende kunnskap om temaet. Det ble gjennomført systematiske litteratursøk sammen med bibliotekar.

For å få en oversikt over litteraturgrunnet ble det søkt i følgende helsefaglige databaser:

Medline, Cinahl, UpTo Date og The European Society of Intensive Care Medicine (ESICM).

I søket er det brukt Pico skjema (vedlegg 1) og søkelogg (vedlegg 2) for å få oversikt over artiklene.

Ved bruk av Svemed +, Helsebiblioteket, Google Scholar og i Cinahl ble det funnet aktuelle emneord og MeSH termer som ble brukt til å gjennomføre søkene. Søkeordene som ble mest brukt er «covid-19, SARS-CoV-2, covid-19 pandemic, coronavirus infection, middle east respiratory syndrome, intensive care unit, ICU, critical care nursing, nurse, doctor, hospital, communication, nonverbal communication, communication care, communication barriers, experience, cooperation, isolation, SARS».

Kunnskapspyramiden er brukt, og det er forsøkt å søke så høyt opp i pyramiden som mulig for å finne kvalitetsvurderte studier og systematiske oversikter (Helsebiblioteket.no, 2021). Det finnes oppsummeringsstudier på Covid-19 i forhold til ulike behandlinger og komplikasjoner, men lite om helsepersonellens opplevelser og erfaringer. Det vil derfor være enkeltstudier som er mest relevante. Søk fra 2003 til 2021 er inkludert.

Søkene er begrenset til artikler skrevet på engelsk og artikler som er fagfellevurdert. Søkene i Medline og Cinahl gav mange treff på kommunikasjon og erfaringer med pasienter med covid-19 fra intensivavdelinger, både kvalitative og kvantitative studier. Det er valgt ut artikler fra ulike deler av verden, nordiske, europeiske, amerikanske, australske og asiatiske studier for å få et mer helhetlig bilde av helsepersonellens erfaringer. Det finnes foreløpig få norske studier.

Denne studien vil også bli belyst med artikler som omhandler erfaringer med SARS-epidemien i Asia i 2003, da det var en stor epidemi. Forberedelsene som ble gjort på sykehusene under SARS-epidemien, usikkerheten helsepersonellet bar på, og erfaringene som ble gjort, har stor overføringsverdi til denne pandemien.

3 Teoretisk rammeverk

3.1 Intensivsykepleierens ansvars- og funksjonsområder

I denne studien er det naturlig å trekke inn intensivsykepleierens ansvars- og funksjonsområder, fordi den er retningsgivende for klinisk utøvelse av intensivsykepleie og konkretiserer ansvar og funksjon. På bakgrunn av studiens mål er det fokusert på funksjonsområdene; helsefremmende og forebyggende funksjon, behandlende og rehabiliterende funksjon, forsknings og utviklingsfunksjon, samt intensivsykepleier i lederposisjon (NSFLIS, 2017).

Intensivsykepleieren har ansvar for å tilrettelegge for helsefremmende omgivelser (NSFLIS, 2017). Intensivsykepleierens holdninger og væremåte er knyttet til hvordan sykepleiehandlinger utføres. Intensivsykepleieren skal fremme et sunt miljø rundt pasienten preget av nærhet og medmenneskelighet, og skjerme pasienten for unødvendige synsinntrykk og støy (Stubberud, 2015a, s. 60). På kohorten var flere pasienter samlet på et rom, samt at det var støy fra utstyr, det ble da ekstra viktig å skjerme pasienten.

Intensivsykepleieren skal tilrettelegge for godt samarbeid og samarbeider med ulike medisinske spesialiteter, og må administrere arbeidet sitt som en del av en større enhet (NSFLIS, 2017; Stubberud, 2015a, s. 64). Under pandemien ble rutiner og protokoller stadig endret, jobbhverdagen ble annerledes og arbeidspresset økte. Intensivsykepleieren har likevel et ansvar for å legge til rette for et godt samarbeid.

Sykepleieren skal utføre faglig forsvarlig kommunikasjon, slik at det ikke oppstår misforståelser som kan få fatale følger for pasienten (NSF, 2007).

Intensivsykepleieren skal ha en kunnskapsbasert tilnærming, tilegne seg relevant kunnskap og holde seg oppdatert på forskning (NSFLIS, 2017). I Helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 2021 § 4) står det at helsepersonellet skal utøve faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Det var lite kunnskap om covid-19 i begynnelsen, og stadige skiftende protokoller og oppdateringer bidro til utfordringer med å holde seg faglig oppdatert, noe som kan få konsekvenser for den faglige forsvarligheten. En sykepleierleder skal videreutvikle systemer og ivareta kvalitet. Systemer er i kontinuerlig utvikling, og det er leders ansvar å tilse at det er kvalitet i endringene og at det er pasientsikkert (NSFLIS, 2017).

3.2 Personsentrert sykepleie

«Person Centred Nursing» kan oversettes til personsentrert sykepleie, og er en teori om hvordan helsepersonell kan jobbe personorientert i praksis. Målet med personsentrert sykepleie er personsentrerte utfall der pasienten skal erfare god omsorg, føle tilfredshet og føle seg som en del av en sunn kultur (McCormack & McCance, 2010, s. 81).

Sykepleieren kan ved bruk av ulike verktøy, gi en helhetlig sykepleie til pasienten, som kan bidra til å øke pasienttilfredsheten og fremme samarbeid blant personalet (McCormack & McCance, 2006).



Figur 1: Personsentrert rammeverk hentet fra (McCormack & McCance, 2010).

Teorien består av fire ulike elementer som påvirker hvordan personsentrert sykepleie blir gitt; sykepleierens forutsetninger, pleiemiljøet, personsentrert prosess og utfall (McCormack & McCance, 2010, s. 37). Denne studien vil belyse sykepleierens forutsetninger og pleiemiljøet.

3.2.1 Sykepleierens forutsetninger

Forutsetninger er et av elementene som beskriver egenskapene til helsepersonellet, og har sammenheng med kvaliteten av personorientert sykepleie. Elementet beskriver faglig kompetanse,

mellommenneskelige ferdigheter, forpliktelser til jobben, klarhet i tro og verdier, og å kjenne seg selv. Arv og kultur, hva vi har opplevd og vår livshistorie vil farge hvordan vi oppfører oss, og hvordan vi er i forhold til andre. Kombinasjonen av disse egenskapene danner grunnlaget for personorientert sykepleie (McCormack & McCance, 2010, s. 42-45). Under covid-19 pandemien forandret flere ledd i rammeverket seg. Vår trygge forankring i samfunnet var i endring og framtiden ble usikker. Studien vil utdype tre av egenskapene som er mest aktuelle for å svare på problemstillingen; faglig kompetanse, mellommenneskelige ferdigheter og å kjenne oss selv.

Faglig kompetanse er en kombinasjon av kunnskaper, ferdigheter, holdninger, verdier og skjønn. McCormack & McCance definerer det å være profesjonell kompetent som at sykepleieren skal ha kunnskaper og ferdigheter til å ta beslutninger og prioritere omsorg, og inkluderer kompetanse i forhold til fysiske eller tekniske aspekter ved omsorgen (2010). Kompetanse er individets evne til å tilpasse seg og møte krav fra omgivelsene på en løsningsorientert måte. Det forventes at intensivsykepleieren har den nødvendige kompetansen til å kunne handle riktig i akutte og stressede situasjoner (Stubberud, 2015a, s. 66). Inne på kohorten må intensivsykepleieren ofte ta raske beslutninger, og behandlingen av covid-19 pasientene krever høy faglig kompetanse.

Mellommenneskelige ferdigheter er beskrevet som sykepleierens evner til å kommunisere på en rekke nivåer. En effektiv kommunikasjon vil kreve en kombinasjon av gode verbale og nonverbale ferdigheter. Nonverbal kommunikasjon tilfører et ekstra lag i kommunikasjonen med øyekontakt, ansiktsmimikk og kroppsspråk. Men personsentrert kommunikasjon er også avhengig av de involverte menneskene. Vi kommuniserer individuelt, utfra vår kjennskap til personen, og dårlig mellommenneskelig kommunikasjon kan øke sårbarheten hos pasientene. Et av elementene i emosjonell intelligens er evnen til å oppfatte, vurdere og uttrykke følelser nøyaktig (McCormack & McCance, 2010, s. 47). Samarbeidet om covid-19 pasientene foregikk av og til med personer en ikke kjente, og det var utfordrende å høre hva de sa og vanskelig å oppfatte ansiktsmimikk.

Før vi kan hjelpe andre, må vi kjenne oss selv. Våre interaksjoner kan bli mer effektive når vi har kjennskap til våre følelser, motivasjoner og væremåter (McCormack & McCance, 2010, s. 58). Å vite hvordan en reagerer midt i en pandemi er vanskelig å forutse. McCormack & McCance peker på viktigheten av å reflektere over egne handlinger og følelser for å kontinuerlig tilegne seg kunnskap om seg selv.

3.2.2 Pleiemiljøet

Pleiemiljøet omfatter hvilke kontekst omsorgen blir levert i. Pleiemiljøet har stor påvirkning på sykepleierens forutsetninger, hvor effektivt teamet er og personsentrert sykepleie. Pleiemiljøet kan hemme eller fremme den personsentrerte prosessen (McCormack & McCance, 2010, s. 47).

Pleiemiljøet består av sju karakteristikker som er rett kompetansesammensetning, felles beslutningssystem, personalrelasjoner, organisasjonssystemer, makt, potensialet for innovasjon og risikotaking, og det fysiske miljøet (McCormack & McCance, 2010, s. 62). Det vil her bli lagt vekt på organisasjonssystemer, felles beslutningssystem og det fysiske miljøet.

For pleiemiljøet er det viktig med en forståelsesfull og støttende ledelse, da prosesser og strukturer på avdelingen vil påvirke hvor effektivt personorientert-sykepleie blir utført (McCormack & McCance, 2010, s. 48). Kultur på arbeidsplassen, kvaliteten på sykepleierledelse og organisasjonens engasjement har stor innvirkning på begrensning eller tilrettelegging av personsentrert sykepleie (McCormack & McCance, 2006).

I et felles beslutningssystem skal alle i teamet være med på å ta beslutninger, og en god relasjon mellom helsepersonell fremmer et godt og effektivt arbeidsmiljø. Teamet må ha en grunnleggende forståelse av at alle er like viktige (McCormack & McCance, 2010, s. 50). Det vil kunne gi gruppen selvtillit til å løse fremtidige oppgaver og ha et effektivt personsentrert pleiemiljø. På individuelt nivå vil det gi tilfredsstillende, belønning og utvikling (McCormack & McCance, 2010, s. 72). Under pandemien var hele avdelingen i endring, og i den første fasen måtte helsepersonellet følge de beslutningene som ble tatt.

Det fysiske pleiemiljøet har en betydelig innvirkning på opplevelsene og omsorgen til pasienten, og utformingen av sykehusinnredninger har endret seg betydelig de siste årene. Forskning viser en viktig sammenheng mellom det fysiske og det sensoriske miljøet, resultater for helsevesenet og livskvalitet for både pasienter og personal.

I denne tiden med ombygging på intensiv ble det kjente miljøet omgjort. Intensivsykepleierne og legene måtte stadig omstille seg, og hver dag var det endringer i pleiemiljøet. Nye vegger ble

bygget, tomannsrom ble gjort om til isolat og covid-19 pasientene ble etter hvert samlet på en stor kohort.

4 Metode, metodiske overveielser og analyse

4.1 Design og metodiske overveielser

Kvalitative metoder har sin forankring i teorier om fortolkning, kalt hermeneutisk filosofi, og menneskers erfaringer, kalt fenomenologi. Ved å forske kvalitativt kan en få fram menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, forventninger og holdninger. En kvalitativ studie skal berike et tema, og studien skal sikte mot å forstå, ikke forklare, og målet er å beskrive (Malterud, 2017, s. 31-38).

Denne studien skal beskrive hvilke opplevelser og erfaringer helsepersonell har i forhold til samarbeidet om de isolerte covid-19 pasientene, og hvordan det oppleves å behandle pasientene på isolat. Designet på studien er kvalitativt.

Kvalitativt design er fleksibelt og kan tilpasses ny kunnskap under datasamlingen, og den krever at forskeren er intenst involvert (Polit & Beck, 2020, s. 471).

Kvalitative metoder egner seg godt på fenomener som har vært lite forsket på tidligere (Malterud, 2017, s. 32). Erfaringer og opplevelser rundt det å jobbe med covid-19 pasienter er helt nytt. Det gir en unik mulighet til å belyse et helt nytt landskap og til å finne helt fersk forskning som er høyaktuell for denne tiden.

Begrensninger er at det er lite litteratur å finne og mange enkeltstudier foretatt på kort tid.

For å få svar på problemstillingen er det valgt et kvalitativ eksplorerende design med et semistrukturert fokusgruppeintervju. Fokusgrupper kan få frem erfaringer og holdninger i miljøer der flere mennesker jobber sammen (Malterud, 2017, s. 138). Fordelen er at gruppedynamikken kan bidra til at informantene bygger på og diskuterer hverandres erfaringer, og gjennom dette kan en få fram andre synsvinkler enn vi ville fått i et dybdeintervju med bare en person (Malterud, 2017, s. 70).

Kvalitativ forskning er basert på data fra fortellinger og observasjoner, og krever samarbeid mellom forsker og informanter. En tekst kan inneholde flere betydninger, og det vil også være en viss grad av tolkning (Graneheim & Lundman, 2004).

4.2 Utvalg

Til fokusgruppeintervjuene ble det gjort en strategisk utvelgelse av informantene. Det vil si at det ble valgt ut personer som var mest hensiktsmessige for studien (Johannessen et al., 2016, s. 117). Intensivsykepleiere og anestesileger med minimum et års erfaring på intensiv og minimum fire vakter på isolatet hos smittepasienter ble inkludert, da de vil ha opplevelser som er relevante for fenomenet i studien. Intensivsykepleiere observerer og pleier covid-19 pasientene, trygger pasientene når de er engstelige, administrerer medisiner og gjør prosedyrer. Anestesilegene ordinerer behandlingen og står også mye ved sengen og kommuniserer med covid-19 pasientene. Ved å velge deltakere med ulik erfaring øker det muligheten for å belyse forskjellige aspekter (Graneheim & Lundman, 2004). For å få mest mulig informasjon om samarbeidet om de isolerte covid-19 pasientene ble både anestesileger og intensivsykepleiere intervjuet sammen i fokusgrupper. På den måten kunne intensivsykepleierne og legene utveksle erfaringer som en gruppe, og det kunne komme fram flere elementer enn om en intervjuet intensivsykepleiere og leger hver for seg.

Flere vakter inne på isolatet vil kunne gi mer rike beskrivelser av hvordan det opplevdes, enn om informanten bare hadde vært en vakt eller to. Sykepleiere uten master-/videreutdanning i intensivsykepleie ble ikke inkludert i studien.

Sykehuset der studien er gjort er et sentralsykehus med felles kirurgisk og medisinsk intensiv, og kandidaten i studien er moderator.

Seksjonslederen på intensivavdelingen valgte ut respondentene, og sendte ut e-post med forespørsel om deltakelse med samtykkeskjema inkludert (vedlegg 3).

Fokusgrupper består vanligvis av fem til åtte personer (Malterud, 2017, s. 38). Ved for få deltakere kan det være vanskelig å få til en diskusjon og verdifull informasjon kommer kanskje ikke fram. For mange deltakere begrenser hver deltakers mulighet til å bidra (Johannessen et al., 2016, s. 115). I større grupper kan noen av deltakerne føle seg mindre trygge og derved ikke ta ordet like mye, mens andre tar mer plass. Verdifulle data kan gå tapt dersom noen av deltakerne sitter med meget sensitive data de ikke vil dele med alle i gruppen.

Informasjonsstyrken i utvalget bestemmer antallet informanter studien trenger (Malterud, 2017, s. 63-70) og det må være nok data til å dekke betydelige variasjoner (Graneheim et al., 2017). For å få god bredde i helsepersonellens erfaringer og opplevelsene i denne studien, er det valgt to fokusgruppeintervjuer med seks personer i hver gruppe, fire intensivsykepleiere og to anestesileger. Åtte intensivsykepleiere og fire anestesileger sa ja til studien, men på bakgrunn av

jobbsituasjon ble en anestesilege forhindret fra å komme. Dette resulterte i at den ene fokusgruppen bestod av en anestesilege sammen med fire intensivsykepleiere.

4.3 Intervjuguide

Et semistrukturert forskningsintervju følger en intervjuguide. Intervjuet følger ikke intervjuguiden slavisk, men bærer preg av en åpen samtale rundt temaene i intervjuguiden. Intervjuguiden har bestemte temaer og inneholder forslag til spørsmål som hjelper moderatoren til å styre samtalen i riktig retning (Johannessen et al., 2016, s. 116; Kvale et al., 2015, s. 46). Det er viktig at forskeren har kunnskap om temaet for å kunne stille gode oppfølgingsspørsmål når intervjupersonen svarer (Kvale et al., 2015, s. 84).

Det ble utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 4), og denne ble validert av tre fagutviklingssykepleiere og to intensivsykepleiere. Spørsmålene ble vurdert for relevans og om de kunne gi svar på problemstillingen. Som et resultat av dette ble intervjuguiden forandret flere ganger. I det første utkastet av intervjuguiden var spørsmålene store og åpne. I kvalitativ forskningsmetode er det åpne spørsmål uten forhåndsdefinerte svarkategorier (Malterud, 2017, s. 34). Intervjuguiden ble spisset litt mer etter *face validity*, slik at den ble mer i samsvar med problemstillingen. Det ble vektlagt at spørsmålene ikke kunne være for spesifikke, da det kan gjøre at en mister uventet informasjon (Johannessen et al., 2016, s. 154). Etter flere justeringer på ordlyden i spørsmålene, ble intervjuguiden brukervennlig for studien. Det ble også endret på noen setninger, slik at spørsmålene ble mer forståelige for informantene.

Det første intervjuet ble transkribert før neste intervju. På den måten kunne eventuelle mangler utdypes mer før neste intervju. Det resulterte i at helsepersonellens opplevelser ble mer vektlagt under det andre intervjuet.

4.4 Datainnsamling

Denne studien har en induktiv tilnærming der en begynner med spesifikke observasjoner og går mot en teori (Polit & Beck, 2020, s. 80). Forskeren begynner med det konkrete i datasamlingen og går videre til en teoretisk forståelse, beveger seg fra det konkrete og spesifikke og til det abstrakte

og generelle (Graneheim et al., 2017). En induktiv tilnærming er valgt i denne studien fordi det er informantenes erfaringer og opplevelser som skal belyses først, deretter skal teorien berike funnene.

Intervjuene varte en times tid, og informantene ble spurt om det var ok at intervjuet ble tatt opp på lydopptak via diktafon på mobiltelefonen, og lagret sikkert med innlogging av kandidaten, på et nettskjema utarbeidet av Universitetet i Oslo (2021). Informantene ble informert om at lydopptaket ville bli lagret på en kryptert minnepenn og slettet ved prosjektets slutt.

Informantene ble videre oppfordret til å svare utfyllende på spørsmålene. Det ble informert om at informantene styrte mye av samtalen, men kom til å bli avbrutt av kandidaten dersom samtalen kom på ville veier. Det ble stilt oppfølgingsspørsmål fra kandidaten der det var nødvendig.

Intervjuene foregikk rett etter første bølge av pandemien. Intervjuet ble holdt på det aktuelle sykehuset på et rom utenfor avdelingen etter gitte smittevernregler, uten callinger og andre forstyrrelser utenfra. I tillegg var det med en co-moderator. En co-moderator kan skrive ned viktige elementer som ikke kommer så godt frem i lydopptaket, men skal ikke delta i samtalen (Malterud, 2017, s. 138). Co-moderatoren var en erfaren intensivsykepleier, og skrev ned ansiktsuttrykk og stemningen i intervjuene, og navn-festet replikkene.

Kandidaten sørget for at alle kom til ordet og observerte gruppedynamikken, mens co-moderatoren sørget for at alle punktene i intervjuguiden ble belyst.

Samtalen under intervjuene fløt godt, og det virket som om alle følte seg trygge og kom til ordet. Det var utsagn fra alle deltakerne, og alle fikk sjansen til å bidra med sine erfaringer under intervjuet. I det første intervjuet ble det mer diskusjon, flere snakket samtidig og informantene var ivrige etter å komme med sine betraktninger. I intervju nummer to var det flere av informantene som ikke sa så mye, men det de sa tilførte studien rikelige data.

Det kunne vært stilt flere oppfølgingsspørsmål om hvilke konsekvenser utfordrende kommunikasjon fikk for pasienten.

Tilbakemeldingene fra co-moderatoren var at informantene kom med rike beskrivelser og utfyllende svar. Co-moderatoren uttrykte også at det var vanskelig å ikke bryte inn i samtalen da dette var et tema som engasjerte.

I fokusgruppeintervjuet vil erfaringene og opplevelsene til intensivsykepleierne og legene være helt ferske. Det kan være en fordel da informantene kanskje vil huske flere detaljer.

4.5 Forforståelse

Forforståelsen handler om det bildet forskeren har av det som skal forskes på. Forforståelsen inkluderer blant annet teoretisk kunnskap, tidligere erfaringer og forutbestemte meninger. Ved å utnytte forforståelsen under forskningsprosessen kan det åpnes for muligheter til å oppdage ny kunnskap og få en dypere forståelse (Lundeman & Graneheim, 2012, s. 197). Forforståelsen er helt nødvendig for å forstå virkeligheten, og den vil påvirke hvordan forskeren samler, leser og tolker dataene på (Johannessen et al., 2016, s. 34; Malterud, 2017, s. 44).

Kandidaten i denne studien er en erfaren intensivsykepleier og var med i planleggingen og omstruktureringen av intensiv-avdelingen under covid-19 pandemien. Et sentralt tema i omstruktureringen var å tilrettelegge for godt samarbeid og god kommunikasjon mellom helsepersonell som kunne komme pasienten til gode. Siden kandidaten selv har vært med i denne prosessen på intensivavdelingen, kan forskningsspørsmålet og intervjuguiden være farget av det. Det var derfor viktig med fokus på forforståelsen, slik at den ikke overdøvet budskapet fra funn i oppgaven og det empiriske materialet. En skal ha fokus på forforståelsen, møte de empiriske dataene med et åpent sinn, prøve å ikke la seg farge av tidligere erfaringer og opplevelser, men lytte til informantene (Malterud, 2017, s. 21-45). Å forske i egen avdeling kan bety at en har et nært forhold til informantene. Innen kvalitativ forskning er det viktig å balansere et godt forhold, men holde avstand slik at en opprettholder respekt for informantenes privatliv (Guillemin & Heggen, 2009).

4.6 Dataanalyse

En utfordring med hensyn til påliteligheten av studier som bruker kvalitativ innholdsanalyse, er å ha en rød tråd gjennom hele arbeidet. Det er også en utfordring å vise hva som er informantenes stemme og hva som er forfatterens tolkning (Graneheim et al., 2017). De empiriske tekstdataene skal systematisk fortolkes, og forankres i teoretiske perspektiver (Malterud, 2017, s. 35).

Den muntlige samtalen fra intervjuet skal omdannes til tekst, slik at den er bedre egnet for analyse (Kvale et al., 2015, s. 206). Under fokusgruppeintervjuet skrev co-moderatoren ned stemningen i intervjuene og non-verbale detaljer. Det er viktig å få med deltakernes erfaringer og meninger så nøyaktig som mulig, også det som blir sagt mellom linjene. Latter, stillhet og ansiktsuttrykk kan ha innflytelse på den underliggende meningen (Graneheim & Lundman, 2004). Det kan være vanskelig å oppfatte alt som blir sagt på lydopptaket, spesielt dersom flere prater samtidig (Malterud, 2017, s. 77).

Det første intervjuet ble transkribert før det andre intervjuet startet. Kandidaten i studien har transkribert begge intervjuene selv, skrevet ned ord for ord og beskrevet stemningsleie under intervjuene. Det ble ikke tatt hensyn til ulike dialekter i transkriberingen, men alt ble skrevet på bokmål.

Analyseprosessen er inspirert av Graneheim & Lundmans (2004) kvalitative innholdsanalyse. Denne analysen beskriver hvordan forskeren finner meningsenheter og koder i den transkriberte teksten, og hvordan kodene sorteres videre i subkategorier, kategorier, subtemaer og temaer.

Analyseprosessen hjelper forskeren til å finne betydningen i teksten. Analysen til Graneheim og Lundman passer til denne studien, fordi den gir muligheten til å tydeliggjøre både det manifeste og det latente innholdet i studien. Analysen dekker både det som sies og det som står mellom linjene, og deler teksten inn i kategorier og temaer (Lindgren et al., 2020). Komplekse fokusgruppeintervjuer om nye tema innen intensivmedisin kan trenge en analyse som gir muligheter til å gå i dybden på et problem, og samtidig finne god spredning og mange nyanser i materialet.

Den transkriberte teksten ble de-kontekstualisert. Teksten ble sortert i meningsenheter som hørte sammen gjennom innhold og sammenheng. Meningsenhetene ble kondensert, men beholdt likevel sitt innhold. Det er viktig for studiens troverdighet at teksten ikke endrer mening eller at viktig informasjon går tapt (Graneheim & Lundman, 2004). De kondenserte meningsenhetene ble kodet. I re-kontekstualiseringen har kodene blitt flyttet fram og tilbake flere ganger. Først ved klipp og lim i tabeller, deretter ble tabellene skrevet ut på papir og lagt utover gulvet for å bedre kunne se sammenhenger. Etter hvert kom det fram subkategorier og kategorier. Da flyttet kodene på seg igjen, slik at de passet inn i de ulike kategoriene.

Kategoriene utgjør det manifeste innholdet i teksten. Kategorier kan ha en høyere grad av abstraksjonsnivå, men det bør være en lav tolkningsgrad. Forskeren finner fellesnevnerne på et litt høyere nivå enn koder, men beskriver kategoriene så nært teksten som mulig (Graneheim et al., 2017). Kategoriene dannet til slutt et tema. Tema har et mer latent innhold og en høyere grad av tolkning (Graneheim et al., 2017; Lindgren et al., 2020).

Tabell 1: Eksempel på analyseprosess fra meningsenheter til tema:

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsenhet	Subkategori	Kategori	Tema
I begynnelsen tenkte jeg at dette er ikke bra nok, det var det jeg tenkte. Og jeg følte vi ble gamblet med i begynnelsen.	I begynnelsen tenkte jeg at dette er ikke bra nok, jeg følte vi ble gamblet med	Føler seg gamblet med	Fra usikkerhet til trygghet	Fra kaos til system
Det var helt grusomt å ikke kunne rette på ting. Du visste jo når du gikk inn der, at dette kom til å bli vondt. Dette er ubehagelig	Det var grusomt å ikke kunne rette på ting. Du visste jo at dette kom til å bli vondt og ubehagelig.	Fysiske påkjenninger i møte med den nye jobbhverdagen		
Jeg synes det var ubehagelig å sitte hjemme i karantene og vite at vi ikke hadde utstyr som var godt nok. Og det ble koplet fra respiratorslanger og de glapp, og liksom gå hjemme med den usikkerheten i forhold til både deg selv og til familien, det var ikke bra. Det var rett og slett, jeg følte at det var unødvendig.	Det var ubehagelig å sitte hjemme i karantene og vite at vi ikke hadde utstyr som var godt nok. Respiratorslanger ble koplet fra og glapp, å gå hjemme med den usikkerheten både til deg selv og familien	Emosjonelt og personlig stress		

	var ikke bra. Jeg følte det var unødvendig.			
Jeg følte meg trygg når vi kunne bruke ansiktsskjoldet og P2 maske, og jeg brukte konsekvent ortopedisk hette. Da var det helt greit. Når vi fikk den pakken, da var det helt greit. Da var det ikke noe problem	Jeg følte meg trygg når vi kunne bruke ansiktsskjold, P2 maske og ortopedisk hette. Da var det helt greit. Når vi fikk den pakken, da var det ikke noe problem	Følelse av å bli ivaretatt		

Kategoriene og tema som kom fram under analysen, vil bli knyttet opp mot personsentrert sykepleie og intensivsykepleierens ansvars- og funksjonsområder.

4.7 Troverdighet

For å kunne bedømme troverdighet i resultatene av analysen er det viktig å forstå hva som skjer med materialet etter hvert som det fortelles og bearbeides. I kvalitative forskningsmetoder har begrepene troverdighet, gyldighet, pålitelighet og overførbarhet blitt brukt for å beskrive ulike aspekter av troverdighet (Graneheim et al., 2017). Selv om de ulike begrepene separeres, bør de sees på som sammenflettet og at de henger sammen med hverandre, for å oppnå troverdighet i en studie (Graneheim & Lundman, 2004).

Tema og kategorier som framkommer av analysen vil ha ulikt nivå av abstraksjon og tolkning som kan true både troverdigheten og påliteligheten i studien.

Graneheim og Lundeman (2004) beskriver i sin artikkel hvordan en kan oppnå troverdighet i en studie. De peker på forskerens fokus, at informantene i studien har riktig og nok erfaring, metodevalg for innsamling av data og at mengden av data er stor nok for å kunne oppnå troverdighet.

Et annet aspekt for å oppnå troverdighet er å velge de mest meningsfulle meningsbærende enhetene. Meningsbærende enheter er ord eller setninger i det transkriberte intervjuet som gir en mening eller beskriver noe viktig for studien. Dersom meningsenhetene er for brede, vil den kunne inneholde flere betydninger eller meninger. Dersom meningsenhetene er for smale, kan det resultere i fragmentering av meningen. En rik presentasjon av funnene samt passende sitater vil kunne øke troverdigheten i studien. Dersom funnene blir presentert på en slik måte at det tillater leseren å se etter alternative tolkninger, vil det også kunne øke troverdigheten i studien. Forskeren må kunne vise hvordan en har kommet fram til de ulike kategoriene og temaene i studien, og sikre at en ikke mister data eller tar med data som er irrelevante for studien (Graneheim & Lundman, 2004).

Påliteligheten inkluderer i hvilken grad dataene har endret seg over tid og hvilke beslutninger om endringer forskeren har gjort gjennom analyseprosessen. Dersom dataene har blitt samlet over tid, kan det være en risiko for inkonsekvens gjennom datasamlingen (Graneheim & Lundman, 2004). Påliteligheten vises også gjennom å tydelig vise prosessen av innhenting av data, bearbeiding gjennom innholdsanalysen, og i diskusjonen og konklusjonen (Graneheim et al., 2017). Innhenting av data og analyseprosessen er nøye beskrevet i metodekapitlet.

Gyldigheten i studien kan vises ved bruk av representative sitater for å bedømme troverdigheten, og i tillegg om innholdsanalysen svarer på problemstillingen (Graneheim & Lundman, 2004). Å gi en god beskrivelse av analysearbeidet øker også gyldigheten i studien (Lundeman & Graneheim, 2012, s. 198)

Overførbarheten i studien er det leseren som avgjør, men forskeren kan komme med sine synspunkter i forhold til overførbarhet til for eksempel andre grupper eller situasjoner. Det er viktig å beskrive kultur og kontekst, utvalg og karakteristikk av deltakerne, datasamling og analyseprosessen for å synliggjøre overførbarheten (Graneheim & Lundman, 2004).

Utvalget av intensivsykepleiere og leger i denne studien er en sammensetning som er reell for intensivavdelingen. I tillegg har intensivsykepleierne og legene minimum et års erfaring fra intensiv, og de har jobbet flere vakter inne på kohorten med covid-19 pasientene. Om funnene reflekterer formålet og representerer virkeligheten, kan en si at den har intern validitet. Ekstern validitet vil si om beskrivelser, begreper, tolkninger og forklaringer har en overføringsverdi til andre områder

(Johannessen et al., 2016, s. 233). Oppgaven kan være overførbart til andre intensivavdelinger i Norge, da de fleste intensivavdelinger har bygget kohorter til sine covid-19 pasienter. Det har også vært kohorter på intensivavdelinger i andre land, derfor kan funn fra forskning i resten av verden ha troverdighet også i Norge. Funnene i studien kan også overføres til andre grupper isolerte pasienter.

Det kan være at moderatoren og informantene kjenner hverandre (Ruyter et al., 2014, s. 241). Det kan være positivt når moderatoren kjenner informantene. En kan da finne et utvalg som består av ulike personligheter for å få fram ulike synspunkter i oppgaven. Det kan også være negativt i forhold til at moderatoren kan være for entusiastisk til eget prosjekt, og overføre det til informantene.

4.8 Forskningsetiske vurderinger

For å få tilgang til forskningsfeltet må ledelsen i institusjonen godkjenne prosjektet (Bjørk & Solhaug, 2008, s. 123). Det ble innhentet aktuelle tillatelser fra ledelsen på sykehuset for å starte studien. Veileder står som prosjektansvarlig.

Dersom en skal innhente data fra helsepersonell via et intervju med lydopptak, regnes det som personopplysninger (Malterud, 2012, s. 58) Norsk senter for forskningsdata (NSD) utarbeider retningslinjer for beskyttelse av personvernet, sikrer at data ikke kommer på avveie, og at data blir anonymisert og behandlet konfidensielt (Bjørk & Solhaug, 2008, s. 122). NSD godkjente prosjektet (vedlegg 5).

Seksjonsleder på den aktuelle avdelingen forespurte informantene om de ville være med i studien. Det er viktig at informantene får informasjon om oppgavens formål, slik at informantens forventninger samsvarer med dette (Malterud, 2017, s. 139). Informantene fylte ut samtykkeskjemaet som inneholdt informasjon om formålet med prosjektet, at informantene er anonyme, informasjon om lengden på intervjuet, samt at det er frivillig og de når som helst kan trekke seg, dette er i tråd med Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 1964-2013). Informantene fikk også informasjon om at opplysningene skal benyttes i en masteroppgave, at intervjuet vil bli kodet og alt vil bli anonymisert og at det ville bli brukt en lydopptaker under intervjuet. Lydopptaket, transkripsjonene og notatene ble lagret på en kryptert minnepenn som ble låst inn i en safe, og lydopptaket vil bli slettet når prosjektet er ferdig (Malterud, 2012, s. 58).

En fordel for informantene som deltar i prosjektet, er at de får muligheten til å se fenomenet gjennom nye øyne. Ulempene for informantene kan være at de ikke føler seg komfortable med å snakke i en gruppe. Vi vil også kunne komme til å diskutere uønskede hendelser og situasjoner det kan være vanskelig for informantene å snakke om. I tillegg bruker informantene tid på intervjuet.

5 Funn og resultater

I dette kapittelet vil funnene fra analyseprosessen bli presentert. Det er jobbet systematisk med datamaterialet etter Graneheim og Lundemans (2004) innholdsanalyse. Analyseprosessen har vært spennende og utfordrende. Studien har tre forskningsspørsmål som vil bli besvart med ett tema og fire kategorier med tilhørende subkategorier. Materialet har blitt delt inn i meningsenheter, kondenserte meningsenheter, koder, subkategorier, kategorier og tema.

Temaet i oppgaven er *fra kaos til system*, og utkrystalliserte seg ved at respondentene pekte på ulike aspekter der det i starten var kaos og det følte uoversiktlig, men etter hvert som det ble satt i system, så følte de seg tryggere og fikk en bedre hverdag.

5.1 Distanse til hverandre

Tabell 2: Kategori og subkategori

Kategori	Distanse til hverandre		
Subkategori	Vanskelig å høre og å bli hørt	Kommunikasjon gjennom stengte dører	Tydlig kommunikasjon

Et av forskningsspørsmålene var: «Hvilke erfaringer og opplevelser har helsepersonellet i forhold til kommunikasjonen med hverandre inne på isolatet?»

Det første spørsmålet i intervjuguiden som omhandlet kommunikasjon var: “Hvordan opplevde dere den kollegiale kommunikasjonen i denne situasjonen?”

Informantene pekte på ulike aspekter som gjorde den kollegiale kommunikasjonen utfordrende. Kategorien er distanse til hverandre, og subkategoriene vil bli forklart under. Informantene opplevde en distanse på grunn av smittevernsutstyr, støy fra medisinsk teknisk utstyr, støy fra prosedyrer og hvordan rommet på kohorten var utformet. Det utpekte seg tydelig i begge intervjuene at det ble viktig for informantene å kommunisere klart og tydelig inne på isolatet, og informantene kom med helt konkrete løsninger på hvordan de hadde fått kommunikasjonen til å fungere.

5.1.1 Vanskelig å høre og å bli hørt

Under begge intervjuene brakte informantene fram utfordringene med å høre på grunn av smittevernsutstyret. Smittevernsutstyret ble et hinder for kommunikasjonen mellom helsepersonellet både fordi selve utstyret hindret kommunikasjonen i å nå fram, men også fordi smittevernsutstyret i seg selv laget lyd. Flere av informantene nevnte at de utfordringene som møtte dem inne på kohorten i forhold til kommunikasjonen, kom overraskende på. En av informantene forteller med en oppgitt stemme om hvordan den første opplevelsen på kohorten var:

«Det var vanskelig å høre, med ansiktsskjoldet, visir og maske. Og når den andre hadde det samme. Jeg hørte nesten ikke hva de sa. Vi måtte snakke høyt og måtte stadig spørre om igjen. Det syntes jeg var slitsomt. At det var så vanskelig å høre. Det ble jeg veldig overrasket over før jeg var der for første gang, det hadde jeg ikke tenkt på i det hele tatt. Det tenkte jeg på først da» (informant 1.1).

Det var stor enighet blant informantene om at det tekniske utstyret inne på kohorten var med på å øke støynivået i rommet. Spesielt alarmene fra de nye respiratorene og støy fra dialysebehandlingen:

«Så var det noe med støyen i rommet, det raslet i frakkene når alle gikk rundt, og støyen fra de nye respiratorene. En sånn summing av alt. Og støy fra prismaene, støy alt sammen til sammen liksom. Det er mye støy» (informant 3.1).

Informantene forklarer at de måtte se på den de skulle snakke med for å kommunisere bedre i all støyen, men det var vanskelig å se mimikken i ansiktet bak masken, og en så ikke alltid når den andre pratet. Flere av informantene i begge intervjuene nikket bekreftende på dette og forklarte at distansen følte veldig stor fordi det var så vanskelig å høre.

På grunn av kompleksiteten hos covid-19 pasientene er det mange ulike prosedyrer som skal utføres. Dette var også med på å øke støyen i rommet. Det ble spesielt trukket frem prosedyren der intensivsykepleieren trakealsuger pasienten:

«Når du sugde i tuben til pasienten, hørte du ikke hva en annen som stod ved siden av deg og pratet til deg sa. Man hadde ikke sjanse i havet» (Informant 1.1).

Flere av informantene i intervju nummer to pekte også på utfordringen med å bli hørt:

«Du må bruke mye krefter på å prate høyt. På grunn av visirene da, og selvfølgelig maskene. Jeg synes det kunne være utfordrende til tider» (Informant 4.2).

Informantene brukte mye krefter på å kommunisere. Flere av informantene har alvorlige ansiktsuttrykk når de forteller om kommunikasjonsutfordringer i akutte situasjoner der det er ekstra viktig at kommunikasjonen kommer tydelig fram.

En informant var noe uenig og synes kommunikasjonen gikk greit:

«Jeg synes kommunikasjonen var bra. Vi fikk stort sett tatt hensyn til at vi var bak masker, mister mimikk og sånt noe og ikke helt kjenner igjen hvem det var noen ganger. Så jeg synes det fungerte. Det var ikke sånn at jeg tenkte etterpå at det var spesielt vanskelig» (informant 2.2).

5.1.2 Kommunikasjon gjennom stengte dører

Kommunikasjonsverktøy som videokonferanse og nødnettradio ble tatt i bruk inne på isolatet for å kommunisere med de på utsiden. Med videokonferanse kunne sykepleier kommunisere med pårørende. Legen kunne også se på pasienten og på respiratoren gjennom videokonferansen. Informantene forteller at videokonferansen ble opprettet da pandemien startet, og at terskelen var høy i starten av pandemien, fordi det var så mye annet som også fanget oppmerksomheten. Motstanden mot å ta i bruk nye kommunikasjonsverktøy ble brakt fram, og det ble en diskusjon om videokonferanse var et godt verktøy eller ikke. Når en ikke får det til å fungere kan det være utfordrende. En annen informant nevnte at dersom de hadde øvd litt mer på dette, så hadde det gått bedre til neste gang.

Flere av informantene nevnte at nødnettradio var et godt verktøy til korte beskjeder:

«En ting som jeg synes sykehuset var veldig nytenkende til da, det var jo bruken av walkie talkie, hvor du visste at du alltid fikk tak i noen på utsiden. De gikk med den walkie talkien hele tiden, slik at

du kunne få tak i vedkommende om det gjaldt å få tak i utstyr eller kontakt med lege. Det var utrolig bra, da kunne vi presisere hva det gjaldt» (Informant 5.1).

Det ble også satt inn et stort vindu, slik at en kunne se inn på kohorten og få kontakt med hverandre visuelt på den måten:

«Ved at du kunne kommunisere over disse vinduene, det var veldig bra. Jeg husker at vi i begynnelsen ropte gjennom vinduet og skrev lapper. Vi stod og snakket til hverandre gjennom vinduet, det var jo ikke mulig. Det gikk jo ikke, men vi prøvde det flere ganger» (Informant 3.1).

Denne kommentaren ble etterfulgt av latter der mange kjente seg igjen.

5.1.3 Tydelig kommunikasjon

Informantene presiserte at det var viktig å være tydelig i kommunikasjonen inne på kohorten.

Informantene måtte snakke høyt, bruke færre ord og korte beskjeder. Informantene brukte også lenger tid på det de skulle si, og stoppet opp og så på den de snakket med. Øyekontakt med den de skulle kommunisere med var også viktig.

Informantene var enige om at når de hadde fokus på tydelighet, da ble kommunikasjonen mer effektiv:

«Men når man først fikk pratet med hverandre, når man måtte stoppe og sånne ting, så ble kommunikasjonen veldig effektivt når vi var der inne. Men man måtte stoppe litt opp å gjøre ting når man skulle si eller høre noe» (Informant 2.1).

5.2 Fra usikkerhet til trygghet

Tabell 3: Kategori og subkategori

Kategori	Fra usikkerhet til trygghet
----------	-----------------------------

Subkategori	Føler seg gamblet med	Fysiske påkjenninger i møte med den nye jobbhverdagen	Emosjonelt og personlig stress	Følelse av å bli ivaretatt
-------------	-----------------------	---	--------------------------------	----------------------------

Et av forskningsspørsmålene var; «hvilke opplevelse av endring har helsepersonell på intensivavdelingen i covid-19 pandemien?» I intervjuene ble informantene spurt om hvilke opplevelser og følelser som ble skapt i denne situasjonen. Informantene fortalte med rike beskrivelser om deres opplevelser og følelser. Det viste seg at det var mye frustrasjon og usikkerhet i starten av pandemien, men etter hvert når kunnskapen om covid-19 økte og det var mer kontroll på smittevernsutstyret, følte de fleste seg mer ivaretatt og trygge.

5.2.1 Føler seg gamblet med

De fleste av informantene beskrev at de i startfasen av pandemien følte at praksisen på sykehuset var utrygg. Utstyr var ikke på plass og informantene følte smittevernsutstyret de brukte ikke var bra nok:

«I begynnelsen tenkte jeg at dette er ikke bra nok, det var det jeg tenkte. Og jeg følte vi ble gamblet med i begynnelsen» (Informant 5.1).

Dette blir bekreftet av flere av informantene. Alle informantene i begge intervjuene kjente på usikkerhet når smittevernsutstyr måtte spares på og engangsutstyr måtte brukes flere ganger:

«Jeg kjente en veldig fortvilelse, fordi jeg skulle stå der og argumentere for at vi ikke skulle bruke utstyret. Og ikke bruke det, og ikke bruke det, fordi det må vi ha til det og det må vi bruke om igjen. Det var jeg ekstremt frustrert over» (Informant 3.2).

«Men det at vi fikk opplæring i å brette de munnbindene og skulle bruke de om igjen og puttes i pose og brukes flere ganger, det følte ikke greit i det hele tatt. Jeg kastet de rett i søpla» (Informant 6.1).

Det var mye utrygghet og redsel i forbindelse med engangsutstyret som måtte brukes på nytt. En annen informant presiserte at det var ikke bra nok:

«Jeg var mest irritert i starten, og jeg ble så paff. Altså har de ikke utstyr til oss? Da kjente jeg at da. Det føltes som en fireåring som var sviktet av mamma liksom, nesten sånn underleppesfurt. Det syntes jeg var så drøyt» (Informant 1.2).

En informant stilte seg uforstående til at sykehuset ikke var mer kategorisk og påbød bruk av P2-maske hos covid-19 pasientene. Informanten var opprørt og forteller videre at intensivsykepleierne er hos pasientene som hoster og harker. En kunne ellers i samfunnet holde avstand og gå på butikken når det var lite folk for å beskytte seg selv. Men der informanten følte seg utrygg, det var på jobb.

En annen informant var ikke helt enig i utryggheten i forhold til åndedrettsvern, informanten gikk med kirurgisk munnbind inne på kohorten og følte seg trygg.

5.2.2 Fysiske påkjenninger i møte med den nye og ukjente jobbhverdagen

Informantene fortalte at det var varmt å jobbe i mange timer i strekk inne på kohorten. Sykepleierne løste dette ved å ha fokus på å gå sakte og jobbe sakte, slik at de ikke ble så varme. Men ofte måtte de være raske når mange hendelser skjedde samtidig, og de beskriver svetten som rant nedover ryggen. Informantene visste at det kom til å bli ubehagelig når de gikk inn på kohorten. Alle informantene i begge intervjuene nikket bekreftende på dette:

«Den første vekten jeg var på kohorten, så hadde jeg de slalåm-brillene og da hadde jeg ikke visir. Så kikket jeg ned og tenkte jøss. Da var de fulle av vann, da hadde jeg svettet inni der. Det rant ned. Herregud hva er det, jeg hadde svettet så at det var vann helt opp hit. De slalåm-brillene ville jeg ikke bruke mer, jeg gikk over til noe annet» (Informant 1.1).

Åndedrettsvernet satt stramt på huden, og det ble store merker i ansiktet etterpå. Bilder tatt av sykepleiere som kommer ut fra kohorten, viser tydelig at de har lidd:

«Jeg var på en seinvakt og sluttet halv elleve, så begynte jeg igjen klokken sju. Og når jeg stod opp om morgenen da, så hadde jeg fortsatt merker etter P2-munnbindet» (Informant 1.1).

Flere informanter forteller også om utslett og eksem, og mange dager med hodepine og kløe. Noen informanter kuttet ut briller, fordi det presset for mye på hodet, og andre brukte uklare briller de nesten ikke så gjennom, fordi de hadde blitt vasket gjentatte ganger. Informantene planla vekten sin på en annen måte enn før.

«Det du gjorde, det var å gå ned på matinntaket og drikke. Du kan jo ikke gå ut på do når du må ta av deg alt og du mangler utstyr. Også visste du at du ble der inne tre til fem timer og der ble du og skulle helst ikke ut før du hadde pause» (Informant 4.1).

5.2.3 Emosjonelt og personlig stress

Informantene sier det var mye usikkerhet i starten av pandemien. De stilte seg uforstående til hvordan dette kunne skje og hvordan de kunne få en så forandret arbeidshverdag.

En av informantene forteller at en måtte distansere seg fra media da en følte seg spist opp, de andre kjente seg igjen i det.

Informantene beskrev pandemien i starten som skummel, de var redde, irriterte og overveldet. De forteller om en spent stemning på avdelingen og en usikkerhet med hele situasjonen. En av informantene i det første intervjuet nevner i tillegg at mange ble dedikerte og syntes det var spennende. Det var mange ulike følelser.

Det var en personlig usikkerhet, en usikkerhet for å bli smittet selv og å smitte de hjemme. Det var vanskelig å sitte hjemme i karantene og vite at utstyret ikke hadde vært godt nok. En av informantene beskriver hvordan det var etter mottak av den første pasienten:

«Da sendte jeg melding hjem og sa at nå flytter jeg inn på gjesterommet. Da stod jeg ute på trappen og vrent av meg alt tøy og bare i trusa gikk jeg inn. Jeg hadde jo ikke håndtert det sånn nå, men der og da den første pasienten» (Informant 5.2).

En annen informant beskriver det på denne måten:

“Det var skikkelig unntakstilstand, følte jeg at det var. Hva er det her, altså litt sorg som lå under. Hva er det som skjer nå i samfunnet. Kan vi virkelig bli vippet så av pinnen og få en så forandret hverdag og arbeidshverdag og hva skjer med de rundt? Jeg tenkte på det når jeg så hvor fort de ble

dårlige, lissom, så tenkte jeg oj, er det noen av mine kjente som kommer inn liksom. Er det noen av oss som blir syke. Du ble matet fullt av sånne sendinger fra Spania, Italia og Kina. Og nå var det her det var og herjet, det ukjente. Skikkelig krig uten ordentlige våpen” (Informant 2.2).

Informantene trakk også fram sykepleierledelsen:

«Det var en fantastisk gjeng av andre mennesker som satt opp vegger og flyttet rør og holdt på, det var veldig inspirerende å se. Men de vi ikke så, det var lederne. Og jeg har ikke noe vanskelig med å forstå at det var veldig travelt, men det er et savn. Det er optimalt å tenke sånn, men hvis det hadde gått an og hatt en, jeg vet ikke helt hvordan det skulle foregått, men hatt følelsen av at det er ikke bare de som bor i blokkene rundt omkring som klapper for oss, de klapper for oss de som leder oss også» (Informant 1.2).

Informantene snakket også om at de savnet at ledelsen høyere opp også kom innom intensiv. Samtidig forstod informantene at ledelsen hadde mye forberedelser, og at det var en vanskelig situasjon. De satte pris på at sykehuset jobbet med å få utstyr på plass, men savnet informasjon om situasjonen. Informasjonen ble bedre etter hvert.

5.2.4 Følelse av å bli ivaretatt

Et overraskende funn var at etter hvert følte informantene seg trygge på kohorten. Det var den tryggeste plassen i byen, var det flere som uttrykte. Når det var nok og riktig smittevernsutstyr, så opplevde de at det ble helt greit å jobbe på kohorten:

«Men etter hvert som det utstyret kom, som sagt, og vi hadde en rytme på dagen og det da var det en stor forskjell på den første pasienten og etter hvert. Det begynte å gli» (Informant 1.2).

Informantene beskriver at de følte seg ivaretatt. Det var en bedre stemming etter hvert, og de merket at det ble jobbet med å få alt på plass.

5.3 Opplevelse av barrierer til pasienten

Tabell 4: Kategori og subkategori

Kategori	Opplevelse av barrierer til pasienten		
Subkategori	Utfordringer med å nå inn til pasienten i smittevernutstyr	Utfordringer med å sette grenser i det store rommet	Pasientens utrygghet

Hvilke erfaringer helsepersonell har i forhold til samarbeidet rundt pasientene med covid-19 vil bli belyst med to kategorier, opplevelse av barrierer til pasienten og et unikt samarbeid. Det er tre subkategorier til hver av de to kategoriene.

Informantene fortalte at det var en opplevelse av barrierer til pasienten, men etter hvert som en fikk satt ting i system, var det også en erfaring av et unikt samarbeid for å få til det beste for pasienten. Disse to kategoriene med tilhørende subkategorier vil bli presentert i dette kapitlet og neste.

5.3.1 Utfordringer med å nå inn til pasienten i smittevernutstyr

Informantene pekte blant annet på smittevernutstyret som en barriere for å nå fram til pasienten. Det at smittevernutstyret gjorde at mimikk ble skjult og lyd ble dempet, vanskeliggjorde kommunikasjonen med pasientene. Og det var når pasientene var i tilstanden midt mellom våken og søvn at opplevelsen av barrierer var størst:

«I tillegg til at det stod en i fullt romfartsutstyr omtrent, så bedret det ikke situasjonen.

Jeg kan jo si om kommunikasjonen mellom personell og pasienten at det er noen barrierer der som er litt utfordrende på grunn av smittevernutstyret» (Informant 4.1).

Flere av informantene nikket gjenkjennende til denne erfaringen, og la til at det blir mindre personlig når en ikke kan kommunisere slik en ellers ville gjort. Informantene forteller også at der pasientene var deliriske, ble det ekstra mange misforståelser. Pasienten forstod ikke alltid konteksten, og det kunne bli en mental barriere. Det var utfordrende for informantene å gi god informasjon til pasienten. Det ble fulgt opp med dette sitatet:

«Men det er klart det er annerledes å si noe til en halv-våken pasient på respirator når vedkommende kan se ansiktet mitt, enn om vedkommende ikke kan se det. Jeg synes nok det»
(Informant 3.2).

De andre informantene nikkede bekreftende på dette, og mange kunne kjenne seg igjen i den beskrivelsen.

5.3.2 Utfordringer med å sette grenser i det store rommet

Det ble lagt vekt på utfordringer med å få avgrenset det store rommet for pasienten. Den ene informanten trakk fram at rommet kan føles enormt stort for pasienten som ikke klarer å se rammene rundt seg selv. Det skjer mye i løpet av et døgn, og pasienten er ikke alltid en del av det som skjer. Det kan være vanskelig for pasienten å skille mellom det som skjer med en selv og det som skjer hos nabopasienten, spesielt dersom pasienten er delirisk. Dersom helsepersonellet ikke får bidratt til å sette rammene rundt pasienten, vil det være krevende å nå fram med god kommunikasjon. En informant illustrerte det slik:

«Det var vanskelig å få avgrenset det og få satt de rammene som kunne få at nå er det meg og deg og vi to som gjelder og ikke alle de andre, det kunne være litt vanskelig å skape den roen»
(Informant 1.2).

Dette ble fulgt opp med å snakke om å legge pasienten på enerom når pasienten var stabil nok og våken, for å skape mer ro. Samtidig opplevde de at når pasienten er ustabil, er det mest hensiktsmessig å være på kohorten dersom en trenger assistanse kjapt. Videre hadde informantene erfart at noen av pasientene var mer mottakelig for informasjon, og det var da lettere å kommunisere også inne på kohorten.

5.3.3 Pasientens utrygghet

En av informantene nevnte at pasientene med covid-19 er en pasientgruppe som er mer respiratorisk ustabile enn en var vant med. Informantene hadde også opplevd at pasientene kan føle seg utrygge, fordi de opplever å ikke puste tilstrekkelig godt. Fordi pasientene med covid-19

ofte var tunge i pusten, var respiratorisk ustabile og ofte ble behandlet med mageleie, mente informantene dette kunne bidra til å gjøre disse pasientene mer utrygge enn andre intensivpasienter. Noen informanter mente det kunne være en tilleggsbelastning for pasientene at alle på rommet hadde covid-19. Dersom en pasient ble dårligere i pusten, ville de andre stresse seg mer opp:

«En annen ting er når de er våkne og får med seg ting. Den ene var våken når den andre døde»
(Informant 2.1).

Det ble reflektert rundt hva pasienten føler og tenker når flere intensivsykepleiere jobber intenst med pasienten ved siden av, og pasienten vet at pasienten ved siden av også har covid-19. Spesielt da pasienter på kohorten døde, var informantene opptatt av hvordan dette påvirket de pasientene som var våkne og fikk det med seg.

Informantene hadde erfart noen uheldige situasjoner inne på kohorten, men syntes likevel de stort sett fikk skjermet pasientene slik at de kunne føle seg trygge.

5.4 Erfaring av unikt samarbeid

Tabell 5: Kategori og subkategori

Kategori	Erfaring av unikt samarbeid		
Subkategori	Faglig og sosialt samhold	Faglige forventninger	Faglig forberedthet

Det var ulike erfaringer av samarbeidet ut fra hvilke forutsetninger informantene hadde, hvem de jobbet sammen med, og om de var på isolat alene eller på kohorten sammen med flere. Det fremtredende var følelsen av å stille på faglig lik linje og en veldig vi-følelse, og kontrasten ved å stå alene på isolatet. Informantene trakk også frem utfordringene med hvilke forventninger en skal ha til personer en jobber sammen med som de ikke kjenner, eller ikke kjenner igjen. Et overraskende funn var den faglige forberedtheten helsepersonellet hadde for pasientene med covid-19, alle stilte forberedt til legevisitter og samarbeidet ble veldig effektivt.

5.4.1 Faglig og sosial tilhørighet

Informantene snakket om følelsen av å høre sammen og å stille på faglig lik linje. Informantene mente denne situasjonen bidro til at helsepersonellet fikk ekstra omtanke for hverandre, og bedret samholdet på avdelingen. Det gav en veldig tilfredsstillende følelse i at dette skulle de klare sammen. Informantene snakket ivrig om dette, og de var enige om at i denne krevende prosessen klarte de å skape noe positivt sammen:

«Vi stilte på lik linje alle sammen, både legene og sykepleierne. Dette var noe nytt. Ingen visste, eller forutså, hvordan dette kom til å bli. Så vi stilte helt likt, uavhengig av faggruppe, og vi hjalp hverandre. Noen var veldig redde, og andre var veldig dedikerte, men alle visste at vi skulle kjempe mot det samme. Jeg synes det har gitt noe positivt til avdelingen. Hvis en kan si det i en sånn situasjon» (Informant 5.2).

En av informantene nevnte at når ulike faggrupper møter det ukjente sammen, blir det faglige samholdet sterkere og vi blir kjent med hverandre på en annen måte. Flere av informantene nikket gjenkjennende til det.

Informantene var også klare på at de håpet avdelingen ville åpne kohorten igjen dersom det kom flere pasienter med covid-19 med behov for intensivbehandling. På kohorten kunne de kommunisere og drøfte sammen. I tillegg trakk informantene frem den sosiale biten ved å være flere kollegaer på kohorten som noe veldig positivt.

Informantene brakte også fram de faglige og sosiale påkjenningene det er å jobbe på isolat alene med dårlige pasienter med covid-19. En av informantene fortalte om den vonde følelsen av å måtte dundre på døren uten å få hjelp raskt nok, og den klaustrofobiske følelsen av å være alene med pasienten inne på isolatet:

«På enerom der er du aldeles i ingenmannsland. Det er ikke bra når du har dårlige pasienter der og ikke har noen til å hjelpe deg» (Informant 1.1).

Informantene påpekte også at det å behandle pasientene på ene-isolat krevde mer bemanning og mer smittevernsutstyr enn på kohort. Det begrunnet de med at det måtte være helsepersonell på

utsiden av hvert isolat, og dersom pasienten er dårlig, må sykepleier nummer to ofte inn for å hjelpe til, noe som medførte økt bruk av smittevernutstyr.

5.4.2 Faglige forventninger

Informantene fortalte at det var vanskelig å se forskjell på alle kollegene inne på kohorten. Bemanningen bestod av både kjent personell i tillegg til mange nye sykepleiere som hadde fått opplæring på grunn av pandemien. Det kunne være frustrerende i forhold til at de ikke visste hva de kunne forvente at kollegene hadde av intensivkunnskap:

«Det var mange nye der, hvem er hvem. Hvem er du, og hvor kommer du fra?» (Informant 4.2)

En annen informant beskriver det på denne måten:

«Det var personavhengig hvem du jobbet med. Dersom det var kjente kollegaer, så var det kanskje lettere med den kommunikasjonen. Vi leser kanskje hverandre litt bedre i forhold til noen du aldri har jobbet med. Det synes jeg var stor forskjell, hvem du var på team med» (Informant 5.2).

Informantene underbygde dette med å beskrive hvordan teamet var bygd opp av sykepleiere med ulike utdanninger. Det var både anestesisykepleiere, operasjonssykepleiere og sykepleiere fra andre avdelinger som ikke hadde erfaringer med intensivpasienter som var satt til å jobbe inne på kohorten. Det kan være en utfordring å jobbe så intenst sammen med noen en ikke kjenner så godt, uten å vite hva en kan forvente av faglig kunnskap og erfaring. De var alle flinke sykepleiere, men alle hadde ikke erfaring fra intensiv. Informantene presiserer at intensivsykepleie er et fag som krever lang erfaring og mye klinisk kompetanse. Når en skal jobbe med så dårlige pasienter, er det en stor utfordring når en skal jobbe med personer en ikke kjenner, og med personer som ikke kjenner avdelingen.

Det ble også diskutert, spesielt i akutte situasjoner, at det kunne være vanskelig å stole på at personene som kom til hadde tilstrekkelig kunnskap og erfaring. Dette ble opplevd som frustrerende.

En informant mente at det fungerte aller best på kohorten når det var kjente intensivsykepleiere der inne. De var vant til rollen og visste hva som skulle skje og hva som skulle gjøres. En informant fremhevet fordelene med kjente kolleger slik:

«Da vet vi hva de kan og hvem de er og ikke kan. Måten vi snakker til de på og da vet vi hva vi kan forvente at de kan og ikke kan» (Informant 3.1).

Arbeidet bar en del ganger preg av at det var mange av de ukjente som stod nær pasienten. Ved oppfølgingsspørsmål om hva konsekvensen av dette ble, forklarte informanten at enkle ting som å regne ut medisiner, sette inn infusjonspumper og vanlige prosedyrer tok lenger tid enn vanlig. De andre informantene var enig i det, men det ble samtidig presisert at de var veldig takknemlig for at det hadde kommet hjelp utenfra også. Dersom arbeidsbelastningen hadde blitt større, ville de ikke klart seg uten den hjelpen. I tillegg var de ukjente som kom inn på kohorten, veldig ivrige og jobbet hardt for å hjelpe til.

5.4.3 Faglig forberedthet

Samarbeidet rundt covid-19 pasientene syntes informantene var preget av god og effektiv teamjobbing. Flere av informantene følte en trygghet på at pasientene ble ivaretatt på best mulig måte både av legene og sykepleierne, og at samarbeidet fungerte veldig bra:

«De pasientene som var der inne, de var prioritert. Pasientgruppen utfordret oss og dere. Alle var veldig kjappe og gikk all in og gjorde best mulig jobb. Alle gjorde sitt beste for å få det til, og samarbeidet. Og tiden var satt av til å gjøre en best mulig jobb også» (Informant 4.1).

Legevisitten var grundig. Legene kom inn på kohorten til fast tid tidlig på morgenen. Intensivsykepleierne syntes det var forutsigbart, og de hadde da en retning for dagen og kunne planlegge hvordan de ville legge opp vekten sin. Noen av informantene syntes legevisittene fungerte bedre inne på kohorten enn på andre intensivpasienter. Anestesilegene kom seg ingen vei når de først var kommet inn på kohorten. De hadde lagt fra seg alt av callinger og telefoner utenfor, slik at det ble en uforstyrret visitt. Det var en tilstedeværelse som intensivsykepleierne av og til har savnet på visittene tidligere. De stilte seg spørrende til om det kunne være en erfaring som kunne

overføres til andre visitter også. En av informantene påpekte at når anestesilegen på intensiv har mange pasienter med ulike diagnoser, kan det være vanskelig å få til en visitt uten avbrudd, men at de prøver å prioritere å få til dette på andre pasienter også. Det ble påpekt fra en annen informant at det var noe personavhengig, og at det av og til på intensiv blir bestemt ting på bakrommet i full fart uten at det blir diskutert med intensivsykepleieren som står ved pasienten. Derfor fungerte visittene bedre inne på kohorten.

En av informantene trakk frem som et overraskende funn at også intensivsykepleierne stilte mer faglig forberedt til legevisittene på kohorten enn tidligere. De var nøye med å gjøre alt klart, ha tatt alle målinger og lest seg godt opp på pasienten. Det bidro til en bedre flyt på legevisitten da alle var godt faglig forberedt.

Informantene trakk også frem kontakten legene hadde med pårørende som veldig tilfredsstillende. Legene ringte til pårørende hver dag og informerte om pasientens tilstand og svarte på spørsmål. Informantene var enige om at dette lettet arbeidet til intensivsykepleierne inne på kohorten. Samtidig presiserte en av informantene, som var intensivsykepleier, at en savnet å prate med pårørende selv, for å bli bedre kjent med pasienten, og for å bruke samtalen med pårørende i samspillet med pasienten.

6 Diskusjon

Denne studien har søkt å belyse problemstillingen: «Hvilke erfaringer og opplevelser har helsepersonell i forhold til de isolerte pasientene med covid-19, som mottar intensivbehandling». Det overordnede temaet i studien viste seg etter analysene å være «Fra kaos til system». Det var et gjennomgående tema i kategoriene. Diskusjonsdelen er bygd opp etter funn og resultater, og vil bli diskutert opp mot teoretisk rammeverk, relevant teori og tidligere forskning.

Krig uten ordentlige våpen er beskrivende for hvordan informantene opplevde pandemien i den første fasen. Lite smittevernsutstyr, lite kunnskap om viruset, og redsel og usikkerhet var erfaringer helsepersonellet stod i. De opplevde at de ikke hadde kontroll på situasjonen, endringer skjedde fort og pasientene var dårlige. De opplevde at situasjonen var kaotisk, og at de verken hadde nok kunnskap eller nok utstyr til å håndtere det.

6.1 Distanse til hverandre

Når ansiktet blir borte bak smittevernsmasken, kan det oppstå en følelse av distanse til hverandre, og informantene i kandidatens studie mente det var mye forvirring og kaos før det etter hvert ble funnet et mer tilfredsstillende system på kommunikasjonen. Informantene forteller om utfordringene med å høre på grunn av smittevernsutstyret som hindret lyden, smittefrakkene som raslet og alt det tekniske utstyret som laget støy. Informantene syntes det var slitsomt å kommunisere, fordi de brukte mye krefter på å få lyden ut. Imidlertid var en av informantene ikke enig i at kommunikasjonen var en utfordring. Informanten syntes det stort sett ble tatt hensyn til at kommunikasjonen foregikk bak maskene, og syntes det fungerte greit.

Funnene i studien kan sees i sammenheng med artiklene som viser at covid-19 pandemien har forsterket kommunikasjonsutfordringene for helsepersonell på grunn av smittevernsutstyr, og det har medført større grad av isolasjon (Hampton et al., 2020; Scott & Scoy, 2020). Bruk av åndedrettsvern og støy fra utstyr utgjorde en signifikant forskjell på helsepersonellens forståelse og kommunikasjon. Nedsatt forståelse av kommunikasjonen på grunn av støy fra utstyr og smittevernsutstyr, kan ha en betydelig innvirkning på pasientsikkerheten (Hampton et al., 2020).

Smittevernsutstyret kan bidra til en sosial og emosjonell distanse til hverandre, og kan redusere kommunikasjonsflyten og de mellommenneskelige forholdene (Hayirli et al., 2021).

En viktig del av kommunikasjonen er det non-verbale (Stubberud, 2015b, s. 94). God mellommenneskelige kommunikasjon og evnen til å oppfatte og uttrykke følelser er viktig i person-sentrert sykepleie (McCormack & McCance, 2010, s. 47).

At den nonverbale kommunikasjonen ble skjult bak smittevernsmaskene, kan få store konsekvenser for pasienten dersom sykepleiere misforstår for eksempel en legeordinasjon. Elektronisk kurve vil kunne bidra til å redusere misforståelser, men i akutte situasjoner vil det forekomme muntlige forordninger, og kommunikasjonsflyten kan da bli dårligere dersom informantene stadig må be om å få informasjonen på nytt.

Et av intensivsykepleierens funksjonsområder er å beskytte pasienten mot komplikasjoner (NSFLIS, 2017). Å beskytte pasienten mot komplikasjoner kan i dette tilfellet være å tilrettelegge for god kommunikasjon mellom helsepersonell, slik at en forebygger misforståelser. Informantene i kandidatens studie tilegnet seg kunnskaper om hvordan de kunne kommunisere gjennom de stengte dørene i form av nødnett, men også hvordan de kunne kommunisere mer effektivt inne på kohorten med hverandre. De stoppet opp, fikk øyekontakt, gav korte beskjeder, snakket tydelig og brukte lenger tid på det de skulle si. På den andre siden kan korte beskjeder resultere i at noe av informasjonen uteblir. Informantene er heller ikke vant til denne konteksten. Å kommunisere med nødnett når pasienten er ustabil, det å ikke høre alle ordene, og at noen står på utsiden og kikker på deg gjennom et vindu er en helt annen måte å jobbe på enn en intensivsykepleier er vant med.

God profesjonell kommunikasjon har et faglig fokus (Eide et al., 2017, s. 16). Å ha et faglig fokus på kommunikasjonen, vil likevel ikke eliminere farene med redusert nonverbal og verbal kommunikasjon skal en se på studien til Hampton et al. Det er derfor viktig å opplyse helsepersonell om faren for redusert pasientsikkerhet i et støyende miljø med åndedrettsvern (Hampton et al., 2020). Samtidig vil en faglig kommunikasjon redusere risikoen for misforståelser, da alt helsepersonell bruker samme språk, og funn i kandidatens studie viser at tiltak som å heve stemmen og snakke tydeligere fungerte.

Mange av informantene i kandidatens studie hadde høy terskel i starten av pandemien for å bruke videokonferanse, og det var ulike meninger om det burde brukes. Men om de hadde fått øvet på forhånd, hadde det gått bedre.

Fang (2020) har beskrevet videokonferanse som et godt verktøy å bruke, både i pasientbehandling når ikke legen for eksempel kan komme inn på pasientrommet, og mellom pasient og pårørende. Det kan være spesielt verdifullt for deliriske pasienter å se sine pårørende (Stubberud, 2015b, s. 30), samtidig kan det stresse opp pasienten dersom de ikke forstår konteksten. Videokonferanse er en måte å tilrettelegge for god kommunikasjonen i en krevende tid. Samtidig må en være obs på at fokus på teknologi kan gjøre det utfordrende å se hele pasienten, spesielt dersom det elektroniske utstyret er ukjent for helsepersonellet.

En av de personsentrerte prosessene er å være engasjert og empatisk (McCormack & McCance, 2010, s. 48). I denne pandemien kom det stadig endringer helsepersonellet måtte forholde seg til, og det kan være vanskelig å holde engasjementet oppe når det stadig kommer nye ting. Samtidig viser det at de fleste informantene etter hvert opplevde disse digitale hjelpemidlene som verdifulle i behandlingen. Forberedthet er et stadig tilbakevendende tema i denne pandemien.

6.2 Fra usikkerhet til trygghet

Informantene i kandidatens studie fortalte at de følte seg gamblet med i starten. Når det ikke var nok smittevernsutstyr og de måtte bruke engangsutstyr flere ganger, følte de på en utrygg praksis. Spesielt i forhold til bruk av kirurgisk munnbind inne hos covid-19 pasientene, mens andre følte seg trygge.

Pleiemiljøet har stor betydning for hvordan ansatte jobber (McCormack & McCance, 2010, s. 47). Informantene i kandidatens studie forteller at i starten av covid-19 pandemien var pleiemiljøet preget av stadige nye beskjeder, rutiner og mennesker. I tillegg fortalte informantene om en stor arbeidsbelastning, dårlige pasienter og mange fysiske plager knyttet til det å være på kohorten med alt smittevernsutstyret på. De fysiske plagene i forbindelse med smittevernsutstyret ble for mange en tilleggsbelastning som gjorde at summen ble for mye. Samtidig fortalte informantene at noen ble veldig dedikerte i jobben med covid-19 pasientene.

Funnene i studien samsvarer med studier som rapporterer om mangel på sikkerhet under pandemien, og fastslo at helsepersonellet og deres familier risikerer å bli smittet (González-Gil et

al., 2021; LoGiudice & Bartos, 2021). 90 % av sykepleierne var bekymret for å spre smitten videre til sine familiemedlemmer (Lord et al., 2021). I andre studier opplevde sykepleiere overveldende stress på grunn av ulike risikofaktorer som isolering, utmattelse, ubehag og stor arbeidsmengde (Hassamal et al., 2021; Leng et al., 2021). Isolasjon, ubehag, frykt for å ta med smitten hjem, rasjonering av smitteversutstyr, nasjonal nedstengning og stans i operasjonsprogrammer kan være med på å forstyrre utøvelsen av sykepleie. Det påvirker grunnleggende behov- fysiologiske behov, trygghet og sosiale behov (Beckman, 2020). På den andre siden viser en studie at sykepleiere på intensivavdelinger antas å ha mindre risiko for ugunstige psykologiske utfall, men risikofaktorer som høy arbeidsbelastning og mangel på verneutstyr er likevel en kilde til frykt og stress (Mealer et al., 2017). En var lite forberedt på usikkerheten i samfunnet og møtet med egen sårbarhet. Helsepersonell på intensivavdelinger står til vanlig i stressede situasjoner med høyt arbeidspress, men dette var langt mer enn det som var vanlig (Thusini, 2020).

Pandemien skapte usikkerhet i hele samfunnet. Intensivsykepleierens funksjonsområde er å bidra til å lindre stress (NSFLIS, 2017). Å lindre stress hos pasienten er ikke lett når fundamentet er i bevegelse, og helsepersonellet selv er stresset. Forutsetningene i personsentrert sykepleie er at samfunnet og hva vi har opplevd, farger hvordan vi oppfører oss (McCormack & McCance, 2010, s. 45). En pandemi vil naturlig nok sette mange følelser i sving, og en vil kanskje oppføre seg annerledes enn til vanlig. Sykepleieren kan bli mer personsentrert ved å ha kjennskap til egne følelser og væremåte, og sykepleieren bør reflektere over egne følelser underveis (McCormack & McCance, 2010, s. 58). Intensivsykepleiere er vant til å jobbe systematisk, og følelsene av usikkerheten kommer kanskje nå, fordi arbeidshverdagen er helt endret. Ved at noen informanter blir stresset mens andre blir dedikerte, kan bety at en reagerer forskjellig på stress, selv under de samme forutsetningene. Det viser viktigheten av å møte alle individuelt, og at en er raus med hverandre i slike kriser.

En av informantene i kandidatens studie pekte på covid-19 som at «det var det ukjente som herjet, en krig uten ordentlige våpen». I starten av pandemien var det liten kunnskap om viruset, og en stor usikkerhet på grunn av det.

Det samsvarer med flere studier som viser at noe av usikkerhet i starten var knyttet til mangelen på kunnskap om det nye viruset (González-Gil et al., 2021; Lord et al., 2021; Sun et al., 2020). I studien til Lord et al. var det en statistisk signifikant positiv korrelasjon mellom vilje til å gi sykepleie til

covid-19 pasienten og kunnskap. Det kan bety at kunnskap om viruset gir mer trygghet. På den andre siden er ikke kunnskap tilstrekkelig for å gi trygghet dersom det ikke er nok utstyr eller nok helsepersonell på sykehuset. Kunnskap om hvor lett viruset smitter, kan også ha bidratt til økt usikkerheten rundt å måtte gjenbruke smittevernutstyr.

Intensivsykepleieren har en forebyggende funksjon (NSFLIS, 2017). Det er viktig å forebygge å smitte seg selv og andre, og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2007) sier at hver sykepleier har ansvar for å utføre arbeidet juridisk forsvarlig. Men når det er mangel på smittevernsutstyr og engangsutstyr må gjenbrukes, blir det utfordrende, og sykepleierne kan få et etisk stress. Men etter hvert kom det inn mer smittevernsutstyr og protokollene endret seg ikke like ofte.

Funn i kandidatens studie viser at etter hvert følte informantene seg tryggere på kohorten. Systemene begynte å fungere og riktig utstyr kom på plass, da følte informantene at de ble ivaretatt. Det ble en bra form på arbeidet. Men informantene uttrykte at det var slitsomt å jobbe under slike omstendigheter, selv om de følte seg tryggere.

Informantene savnet tydeligere informasjon fra sykehuset under pandemien, og beskriver sykepleierlederne som noe fraværende i starten. Informantene fortalte at når den mest intense perioden hadde lagt seg, prioriterte sykepleierlederne å være mer til stede, og at det skapte mer trygghet. Informantene savnet også at ledergruppen kunne vært mer synlige på intensiv i pandemiperioden.

Funn fra studien samsvarer med andre studier som viser at positive forberedelser fra sykehuset under pandemien, som det å styrke tverrfaglig samarbeid, god informasjonsflyt og tilstrekkelig levering av medisinsk teknisk utstyr, vil være med på å gjøre at helsepersonellet føler seg mer trygge. Studier viser at helsepersonell får økt psykisk velvære dersom det er lagt til rette for blant annet samtalerom, gode informasjonsrutiner og tilgang på mat (Ripp et al., 2020; Ulrich et al., 2020). Det pekes også på viktigheten av at sykepleieledere var tett på helsepersonellet for at de skulle føle seg trygge, selv i de mest kritiske fasene av pandemien bør sykepleierledere uansett støtte sine arbeidstakere og være der for dem (Beckman, 2020; Hou et al., 2020; Thusini, 2020).

Det var kaotisk i starten, men uansett er det viktig at sykepleierledere er forståelsesfulle og til stede, da det vil få ansatte til å yte best mulig og påvirke hvor effektivt en personorientert sykepleie

blir utført (McCormack & McCance, 2010, s. 48). Følelsen av manglende lederstøtte kan bidra til økt usikkerhet i en krevende tid med mange uklare faktorer. På den andre siden har sykepleielederne hatt harde arbeidsdager under pandemien. Lederne har jobbet med ombygging av intensiv, skaffe til veie utstyr og planlegge pandemiturnuser (Melby et al., 2020), og alt det bidrar til gode systemer og får også ansatte til å føle seg tryggere.

Samtalerom og mat til helsepersonell er basale ting, men i en pandemi kan det være utfordrende å se viktigheten av det. En blir kanskje så overveldet av alt det andre som skal iverksettes at en ikke retter fokus mot det, men forskning har vist i dette tilfellet at det enkle er meget viktig.

I tilpasningsfasen, som er den siste fasen Mehrdad (2020) delte pandemien inn i, kan informantene i kandidatens studie ha tilpasset seg situasjonen, men de opplevde fortsatt usikkerhet og ubehag.

En kan spørre seg hvorfor helsevesenet ikke var bedre forberedt på en pandemi. Vi har hatt epidemier med både SARS og svineinfluensa hvor det ble hasteinnkjøpt medisinsk teknisk utstyr, og det var mangel på intensivpersonell. Det kan være at tidligere epidemier viste seg å ikke være så alvorlige som først antatt, og at en da ikke så viktigheten i å være forberedt. Et pandemilager med smittevernutstyr kan bidra til å gjøre helsevesenet bedre rustet. Det kan være kostbart å ha et beredskapslager som kanskje ikke blir brukt, men det har vist seg at det også er kostbart å la være. I tillegg har denne pandemien vist at en trenger flere intensivsykepleiere, noe en tilegnet seg kunnskap om allerede etter SARS-epidemien i 2003.

6.3 Opplevelser av barrierer til pasienten

Informantene i kandidatens studie opplevde at det ble en barriere å nå inn til pasientene på grunn av smittevernutstyret, og at mindre mimikk kunne bidra til å vanskeliggjøre samhandlingen med pasientene. Bak smittevernutstyret følte informantene at samhandlingen med pasientene ble mindre personlig, og de var spesielt bekymret for de uklare pasientene som ikke forstod hvilken kontekst de var i inne på isolatet. Informantene erfarte at det var viktig å skape ro rundt pasientene. Dette var en utfordring i det store rommet med flere pasienter. Pasientene kunne bli urolige og engstelige av det som skjedde rundt dem.

Dette samsvarer med en studie som viser at intensivsykepleierne følte at de var ute av stand til å kommunisere med pasientene på grunn av smittevernutstyret og stor arbeidsbelastning, og at pasientene derfor ikke fikk nok omsorg under pandemien (Bergman et al., 2021; Duan et al., 2021). Pasientene på isolat opplevde den nonverbale kommunikasjonen som komplisert. Pasientene så ikke ansiktsuttrykket til helsepersonellet, følte seg isolerte og opplevde at det var vanskelig å skille helsepersonellet fra hverandre. Men det kom også fram at pasienten kunne se om helsepersonellet smilte, og det trakk pasientene frem som noe positivt på isolatet (Petersen et al., 2021).

Hvordan pleiemiljøet er, kan spille en viktig rolle i den personsentrerte omsorgen. Mange endringer og mye nytt utstyr kan være med på å ta fokuset bort fra pasienten og skape mer avstand.

Helsepersonell skal gi omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 2021 §4; McCormack & McCance, 2010, s. 81). Helsepersonellens relasjonsmål er å etablere gjensidig tillit, ha fokus på pasientens følelser og uttrykke empati med ekte medfølelse (Scott & Scoy, 2020).

En kan spørre seg hvordan pasienten kan erfare god omsorg når en ikke kan se ansiktet til helsepersonellet under smittevernutstyret. Intensivsykepleierens egenskaper påvirker hvordan omsorgen til pasienten blir gitt, vi kommuniserer individuelt, og dårlig mellommenneskelig kommunikasjon kan øke sårbarheten til pasientene (McCormack & McCance, 2010, s. 42-47). Pasientene på isolatet opplevde en nærhet til helsepersonellet til tross for smittevernutstyret dersom de tok seg god tid hos pasienten (Petersen et al., 2021). På den andre siden kan det være vanskelig for intensivsykepleieren å ta seg tid til å gi omsorg til pasienten på grunn av egen usikkerhet og de fysiske plagene fra smittevernutstyret, i tillegg til stor arbeidsbelastning inne på kohorten.

Et av intensivsykepleierens funksjonsområde er å utøve helsefremmende tiltak, forebygge utvikling av sykdom og vurdere pasientens ressurser (NSFLIS, 2017).

Informantene i kandidatens studie skjermet pasientene best mulig, slik at pasientene skulle føle seg trygge, og forebygge utvikling av delir. På et isolat med flere pasienter er det viktig å vurdere hver pasient individuelt, og i kandidatens studie fortalte informantene at flere av pasientene var utrygge. Intensivsykepleieren skal ha forståelse for pasientens unike opplevelser for å skape tillit (McCormack & McCance, 2010, s. 57). Det er viktig at intensivsykepleieren trygger pasienten og informerer godt, både om sykdomsforløpet, men også om konteksten pasienten er i. Det kan skape

redsel dersom pasienten ikke forstår hvorfor alle har smittevernsutstyr på, og hvorfor det er mange pasienter samlet på ett sted.

Ut fra dette kan en føle at alle endringene under pandemien, den store arbeidsbelastningen, alt det medisinske tekniske utstyret og helsepersonellens usikkerhet, kan ha ført til at pasientene ikke har fått nok omsorg. En må være kreativ i hvordan en kan nå fram til pasienten på. Å tegne et smil på smittefrakken kan for eksempel bidra til noe positivt for pasienten.

Helt i starten av pandemien, da usikkerheten var størst og alle endringene skjedde fortløpende, kan det ha vært vanskelig å utføre personsentrert sykepleie. På den andre siden har det vist seg at midt i kaoset og usikkerheten, ble det erfart et unikt samarbeid blant helsepersonell i mange land og et samarbeid på tvers av faggrenser som de ikke har opplevd tidligere. Dette samarbeidet kan også ha kommet pasienten til gode.

6.4 Erfaring av unikt samarbeid på kohorten

Informantene i kandidatens studie forteller om et godt samhold både sosialt og faglig inne på kohorten. I motsetning opplevde informantene det klaustrofobisk og ensomt alene med pasienten inne på et isolat. Informantene mente at pasientsikkerheten var mer ivaretatt inne på kohorten, hvor det er flere sykepleiere og hjelpen kommer raskere.

Et av intensivsykepleierens funksjonsområder er å forebygge utvikling av sykdom (NSFLIS, 2017). Å skjerme pasienten på isolat er bra for å skape ro og forebygge delir, og den våkne pasienten ligger da ikke ved siden av en kritisk syk pasient. På den andre siden har pårørende uttrykt bekymring for pasienter som lå alene på isolat og ikke hadde kontakt med medpasienter (Petersen et al., 2021). Intensivsykepleierens behandlende funksjon er å tilby effektiv og rask hjelp (NSFLIS, 2017). Det å ikke se smittevernsutstyr tar tid. Det er også vanskeligere å be om råd og hjelp når en er usikker, fordi dette kanskje kan medføre at en kollega må bruke smittevernutstyr som var en knapphetsressurs. Intensivsykepleieren på isolatet står da alene i situasjonen, i motsetning til på kohorten, der de opplevde et unikt samarbeid.

Informantene i kandidatens studie pekte også på at det var vanskelig å vite hva en kunne forvente seg faglig av sykepleierne en ikke kjente inne på kohorten. Det var av og til intensivsykepleiere med

liten erfaring som var hos de dårligste intensivpasientene, og nye sykepleiere måtte læres opp for å bistå i pandemien for å ha nok personale. En av informantene presiserte et ønske om at de mest erfarne intensivsykepleierne håndterte de dårligste pasientene med covid-19, de som er vant til den rollen.

Dette samsvarer med en svensk studie som viser at intensivsykepleierne var usikre på kompetansen til kollegaene som kom fra andre avdelinger for å hjelpe til, og de var usikre på hva de kunne forvente av hver enkelt. De følte pasientsikkerheten ikke ble ivaretatt godt nok på grunn av en overveldende arbeidsmengde og at uerfarne sykepleiere håndterte kritisk dårlige pasienter. Sykepleierne i studien fortalte også at det var de sykeste pasientene de noen gang hadde sett (Bergman et al., 2021).

En skal arbeide forsvarlig, samtidig som en jobber veldig selvstendig på grunn av restriksjoner under pandemien og stor arbeidsbelastning. En helt avhengig av hjelp fra andre avdelinger for å behandle alle pasientene med covid-19. Intensivsykepleiere utfører omtrent 125 aktiviteter i timen som bidrar til å forhindre komplikasjoner og øke pasientsikkerheten (Bergman et al., 2021). Endret kompetansesammensetning på intensivavdelingen kan ha påvirket pasientsikkerheten og omsorgen til pasienten. Ved at erfarne intensivsykepleiere ivaretar de mest kritisk syke pasientene, kan informantene føler seg tryggere, og det kan bidra til et styrket teamarbeid. Samtidig var situasjonen uoversiktlig og flere sykepleiere måtte læres opp i intensivfaget for å bistå. Noen ganger var det et bra samarbeid på kohorten, andre ganger fløyt det ikke like godt. Men det var likevel et teamarbeid der alle gjorde sitt beste.

En annen viktig dimensjon med tanke på teamarbeid er at pandemien kan ha bidratt til et bedre arbeidsmiljø. Informantene i kandidatens studie fortalte det at leger og sykepleiere stilte på lik linje, har gitt noe positivt til avdelingen og skapt en veldig vi-følelse. Teamet opplevde at de fikk gjort en god jobb, hadde en grundig legevisitt til samme tid hver morgen, de var effektive, pasientene var prioritert og anestesilegene ble på kohorten til de var ferdig med dagens gjøremål. Det ble etter hvert laget et godt system slik at dagen fungerte, der alle visste hvilke oppgaver og hvilket ansvar de hadde. Legen ringte pårørende etter visitten, noe som frigjorde tid for andre pasientnære oppgaver intensivsykepleierne hadde.

Dette samsvarer med studier som beskriver helsepersonellens pandemierfaring som opprørende, men den har endret hvordan vi forholder oss til hverandre på med tanke på rolle og status. En har gjennom denne pandemien blitt ett lag, og fått et helt unikt samarbeid (LoGiudice & Bartos, 2021; Thusini, 2020).

Intensivsykepleierne gav uttrykk for at de savnet denne teamjobbingen til vanlig. Men det oppleves ofte mer utfordrende å ha like effektive legevisitter utenfor kohorten, da anestesiene ofte har flere oppgaver samtidig. Men å unngå forstyrrelser under en legevisitt kan minske risikoen for feil og derved øke pasientsikkerheten. Å se på hverandre som et lag kan være med på å styrke samarbeidet i fremtiden.

Informantene i kandidatens studie opplevde en faglig forberedthet fra alle faggruppene inne på kohorten. De brakte også fram at intensivsykepleierne var mer forberedt til legevisittene enn de vanligvis er. Intensivsykepleierne hadde lest seg opp på pasienten, lagt en plan og hadde spørsmålene klare, noe som bidro til økt effektivitet. Et funn fra denne studien er at det vil være naturlig å overføre det til de fleste intensivpasientene. Å ha visitt til faste tider kan også bidra positivt i avdelingen.

En kan spørre seg hvorfor en var mer forberedt til covid-19 pasientene. En grunn kan være at alle følte seg som en viktig del av teamet, en annen er at den usikre og spesielle situasjonen gjorde en ekstra skjerpet.

6.5 Metodekritikk

For å vurdere troverdigheten i en kvalitativ studie benyttes begrepene troverdighet, gyldighet, pålitelighet og overførbarhet (Graneheim & Lundman, 2004). I dette kapittelet vil kandidatens forforståelse, å forske i egen avdeling, utvalget til studien, samt styrker og svakheter i studien presenteres.

Kandidatens forforståelse er med på å prege studien, da kandidaten arbeider på samme avdeling som intervjuene ble foretatt. Kandidaten har i tillegg bidratt mye i arbeidet med forberedelsene av kohorten, og forforståelsen kan derved gjøre at en går inn i prosjektet med skylapper (Malterud,

2017, s. 45). Det positive med kandidatens forforståelse er at en kan gå inn i fokusgruppene og bedre forstå hva informantene mener og lettere fortolke materialet innenfor den konteksten alle har vært en del av. Som intensivsykepleier med lang erfaring kan en også diskutere kompleksiteten i resultatene, og se flere sider enn en forsker uten erfaring. Det kan medføre at perspektivene som kommer frem i oppgaven kan bli mer praksisnære og gjenkjennbare for de som arbeider tett på pasienten.

Kandidaten og co-moderatoren har ingen erfaring med fokusgruppeintervju fra tidligere. Å være uerfaren kan være en fordel, da en kanskje forbereder seg bedre, men en kan også fort bli bundet til intervjuguiden. Oppfølgingsspørsmålene underveis i intervjuet kunne ha vært bedre formulert, da noen spørsmål var ledende. En svakhet i studien er at det er få oppfølgingsspørsmål om eksempler fra praksis. Men fokusgruppeintervju anses likevel som en god metode for studien, og det kom frem rikelig med beskrivelser av opplevelser og erfaringer med god substans. En styrke i studien er at det ble utført to intervjuer, og det resulterte i at det kom fram ulike momenter i intervjuene. Det kan være med på å skape et større mangfold samt å styrke studiens troverdighet. På den andre siden kunne et intervju til ha generert mer informasjon og mettet temaet bedre, i og med at temaet er så nytt.

Studien baserer seg på funn fra 11 informanter. Litteraturen sier at mellom fem og åtte informanter bør delta i et fokusgruppeintervju (Malterud, 2017, s. 38). I intervju nummer to var det kun fem informanter. Det kan bli betraktet som i nedre grense for den metoden, men diskusjonen fløt likevel godt.

En svakhet i studien er at kandidaten har skrevet alene, og det er også kandidaten som tolker materialet. Det kan medføre at en ser seg blind på analyseprosessen, uten å ha med kandidater til å korrigere seg. For å øke påliteligheten i studien har veileder sett gjennom råmaterialet og vært med på hele analyseprosessen fra meningsenheter til tema. Men veileder har ikke samme eierskapet til studien som en som er med i hele prosessen. En styrke i studien er at utfordringene underveis ble tatt opp på masterseminarer på universitetet. Her ble innspill fra veiledere og medstudenter et godt bidrag i prosessen da problemstillingen og analyseprosessen ble diskutert der.

Det kan ha påvirket studiens funn at seksjonsleder valgte ut informantene, det kan for eksempel ha blitt valgt ut informanter som er mer positive til avdelingen enn gjennomsnittet.

Overførbarhet vil si om resultatene i studien kan anvendes i andre situasjoner (Graneheim & Lundman, 2004). Artikkene i studien er fra land der pandemien var enda mer utbredt enn her, noe som kan gi redusert overførbarhet. Samtidig er en del av funnene lik som funn i denne studien, og det kan vise en overførbarhet likevel.

Intervjuene foregikk etter første bølge av pandemien, da usikkerheten, redselen og mangel på smittevernutstyr var størst. Det kan være at nye intervjuer nå når pandemien har vært her i over et år, ville ha medført nye eller andre funn.

Det kom ikke alltid klart frem i artikkene om informantene var sykepleiere eller intensivsykepleiere, og tidligere studier bygger på data som ikke kun baserer seg på intensivavdelinger. Men alle artikkene er fra sykehus, og funnene blir ansett som relevante for problemstillingen. Imidlertid kan det at konteksten var ulik, ha påvirket troverdigheten.

6.6 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Funnene i denne studien er viktige for å se hva som har fungert og hvordan vi best kan forberede oss ved en eventuell ny pandemi, slik at pasientene kan få best mulig omsorg og behandling.

Mange studier som publiseres har benyttet spørreskjema om covid-19 relaterte tema, men denne studien tar for seg opplevelsene bak håndfaste fakta fra intensivavdelingen under pandemien.

Det er behov for mer forskning på opplevelser og erfaringer på intensivavdelinger i norsk kontekst.

Det vil også være interessant å vite hvordan erfaringene til helsepersonellet vil være et og to år etter at pandemien startet.

7 Konklusjon

Covid-19 pandemien har forårsaket mye usikkerhet på grunn av utfordringer med kommunikasjon, mangel på smittevernutstyr, og redsel for å bli smittet eller å smitte andre. Det har vært utfordringer med viruset i hele verden, og mange har fått en annerledes jobbhverdag.

Om usikkerheten kan ha ført til dårligere omsorg for pasientene, er det vanskelig å svare på, til det trenger vi mer forskning. Men pasientsikkerheten har vist seg å være dårligere på grunn av redusert verbal og nonverbal kommunikasjon, og det er noe en må ta på alvor.

Både tidligere forskning og funn i denne studien har vist at det er viktig med en støttende sykepleierledelse. I tillegg vil en organisasjon som kommer med god informasjon, og gjør det de kan for å skaffe utstyr til sine ansatte, bidra til trygghet. Kunnskap om viruset kan også redusere stress og usikkerhet.

Pandemien har bidratt positivt i å skape et bedre arbeidsmiljø. Uavhengig av yrkestitler, har ansatte kjempet sammen mot covid-19. Riktignok uten ordentlige våpen i starten, men midt i kaoset vokste det frem effektive systemer i form av gode forberedelser for dagen og fordeling av arbeidsoppgaver, som bidro til å gi ansatte en mer forutsigbar arbeidshverdag. Det ble tryggere når mer utstyr kom på plass. Arbeidshverdagen er fortsatt krevende, og det er lange og ubehagelig vakter inne på kohorten, men arbeidshverdagen har blitt mindre usikker.

Det er vanskelig å være forberedt på det uforberedte. Det er kostbart med store pandemilager, men det å ikke være forberedt får store konsekvenser for ansatte, pasienter, sykehusene og for hele samfunnet.

8 Litteraturliste

- Bakkeland, J. & Thorsen, B. H. (2015). Respirasjonssvikt. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberrud (Red.), *Intensivsykepleie* (3. utg., s. 389-452). Cappelen Damm AS.
- Beckman, B. P. (2020). COVID-19: Never seen anything like this ever! *Wolters Kluwer Health, Inc*, 50(6), E3-E7. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000900>
- Bergman, L., Falk, A. C., Wolf, A. & Larsson, I. M. (2021). Registered nurses' experiences of working in the intensive care unit during the COVID-19 pandemic. *Nursing in critical care*. <https://doi.org/10.1111/nicc.12649>
- Bjørk, I. T. & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie : en ressursbok*. Akribe.
- Chan, D. (2003). Clinical management of SARS patients in ICU. *Connect (London, England : 2001)*, 2(3), 76-79. <https://doi.org/10.1891/1748-6254.2.3.76>
- Duan, X., Sun, H., He, Y., Yang, J., Li, X., Taparia, K. & Zheng, B. (2021). Personal Protective Equipment in COVID-19. *American College of Occupational and Environmental Medicine*, 63(3), 221-225. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33394877/>
- Eftekhar Ardebili, M., Naserbakht, M., Bernstein, C., Alazmani-Noodeh, F., Hakimi, H. & Ranjbar, H. (2021). Healthcare providers experience of working during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Am J Infect Control*, 49(5), 547-554. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.10.001>
- Eide, H., Eide, T. & Eide, E. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk* (3. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Fang, J., Liu, Y. T., Lee, E. Y. & Yadav, K. (2020). Telehealth Solutions for In-hospital Communication with Patients Under Isolation During COVID-19.
- George L Anesi, M., MSCE, MBE. (2021). COVID-19: Critical care and airway management issues. *UpTo date*, (92,0). <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-critical-care-and-airway-management-issues#!>
- González-Gil, M. T., González-Blázquez, C., Parro-Moreno, A. I., Pedraz-Marcos, A., Palmar-Santos, A., Otero-García, L., Navarta-Sánchez, M. V., Alcolea-Cosín, M. T., Argüello-López, M. T., Canalejas-Pérez, C., Carrillo-Camacho, M. E., Casillas-Santana, M. L., Díaz-Martínez, M. L., García-González, A., García-Perea, E., Martínez-Marcos, M., Martínez-Martín, M. L., Palazuelos-Puerta, M. d. P., Sellán-Soto, C. & Oter-Quintana, C. (2021). Nurses perceptions and demands regarding COVID-19 care delivery in critical care units and hospital emergency services. *Intensive Crit Care Nurs*, 62, 102966-102966. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102966>
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Educ Today*, 56, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Guillemin, M. & Heggen, K. (2009). Rapport and respect: negotiating ethical relations between researcher and participant. *Med Health Care Philos*, 12(3), 291-299. <https://doi.org/10.1007/s11019-008-9165-8>
- Haavik, M. & Toven, S. (2020). *Ivaretakelse av hjelpere : er vi ikke betalt for å tåle dette?* Universitetsforlaget.

- Haffajee, R. L. & Mello, M. M. (2020). Thinking Globally, Acting Locally - The U.S. Response to Covid-19. *N Engl J Med*, 382(22), e75-e75. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2006740>
- Hampton, T., Crunkhorn, R., Lowe, N., Bhat, J., Hogg, E., Afifi, W., De, S., Street, I., Sharma, R., Krishnan, M., Clarke, R., Dasgupta, S., Ratnayake, S. & Sharma, S. (2020). The negative impact of wearing personal protective equipment on communication during coronavirus disease 2019. *J Laryngol Otol*, 134, 577-581. <https://doi.org/10.1017/S0022215120001437>
- Hassamal, S., Dong, F., Hassamal, S., Lee, C., Ogunyemi, D. & Neeki, M. (2021). The Psychological Impact of COVID-19 on Hospital Staff.
- Hayirli, T. C., Stark, N., Bhanja, A., Hardy, J., Peabody, C. R. & Kerrissey, M. J. (2021). Masked and distanced: a qualitative study of how personal protective equipment and distancing affect teamwork in emergency care. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(2), 1-6. <https://europepmc.org/article/MED/33864362>
- Helsebiblioteket.no. (2021). *Pyramidesøket*. McMaster University. <https://plus.mcmaster.ca/helsebiblioteket>
- Helsedirektoratet. (2020, 12.03.20). *Helsedirektoratet har vedtatt omfattende tiltak for å hindre spredning av Covid-19*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/helsedirektoratet-har-vedtatt-omfattende-tiltak-for-a-hindre-spredning-av-covid-19>
- Helsepersonelloven. (2021). *Lov om helsepersonell m.v.* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Holshue, M. L., DeBolt, C., Lindquist, S., Lofy, K. H., Wiesman, J., Bruce, H., Spitters, C., Ericson, K., Wilkerson, S., Tural, A., Diaz, G., Cohn, A., Fox, L., Patel, A., Gerber, S. I., Kim, L., Tong, S., Lu, X., Lindstrom, S., Pallansch, M. A., Weldon, W. C., Biggs, H. M., Uyeki, T. M. & Pillai, S. K. (2020). First Case of 2019 Novel Coronavirus in the United States. *N Engl J Med*, 382(10), 929-936. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001191> (Brief Report)
- Hou, Y., Zhou, Q., Li, D., Guo, Y., Fan, J. & Wang, J. (2020). Preparedness of Our Emergency Department During the Coronavirus Disease Outbreak from the Nurses Perspectives: A Qualitative Research Study. *J Emerg Nurs*, 46(6), 848-861.e841. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.07.008>
- Jansson, M., Liao, X. & Rello, J. (2020). Strengthening ICU health security for a coronavirus epidemic. *Intensive Crit Care Nurs*, 57, 102812-102812. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102812>
- Johannessen, A. r., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg. utg.). Abstrakt.
- Krøger, C. (2021, 07.04.21). *Vi ruster oss for et mulig skrekkszenario*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/meninger/2021/04/vi-ruster-oss-et-mulig-skrekkszenario>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Leng, M., Wei, L., Shi, X., Cao, G., Wei, Y., Xu, H., Zhang, X., Zhang, W., Xing, S. & Wei, H. (2021). Mental distress and influencing factors in nurses caring for patients with COVID-19. *Nurs Crit Care*, 26(2), 94-101. <https://doi.org/10.1111/nicc.12528>
- Lindgren, B.-M., Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *Int J Nurs Stud*, 108, 103632-103632. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>
- LoGiudice, J. A. & Bartos, S. (2021). Experiences of Nurses During the COVID-19 Pandemic: A Mixed-Methods Study. *AACN Adv Crit Care*, 32(1), 14-26. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2021816>
- Lopez, V., Wong, Y. C. & Chan, K. S. (2003). SARS: Consequences for nurses, intensive care units and the health care system in Hong Kong. *Connect (London, England : 2001)*, 2(4), 91-93. <https://doi.org/10.1891/1748-6254.2.4.91>

- 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 Crit Care Nurs*, 62, 102946-102946. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102946>
- Lundeman, B. & Graneheim, U. H. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2:1. utg., s. 187-196). Studentlitteratur.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Universitetsforlaget.
- McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing: Theory and Practice*. Hoboken: John Wiley & Sons, Incorporated.
- McCormack, B. & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *J Adv Nurs*, 56(5), 472-479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- Mealer, M., Hodapp, R., Conrad, D., Dimidjian, S., Rothbaum, B. O. & Moss, M. (2017). Designing a Resilience Program for Critical Care Nurses. *AACN Adv Crit Care*, 28(4), 359-365. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2017252>
- Melby, L., Thaulow, K., Lassemo, E. & Ose, S. O. (2020). *Sykepleieres erfaringer med første fase av koronapandemien* (01213). SINTEF. https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/sintef_endeligrapport_1des20.pdf
- NSF. (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* Norsk sykepleierforbund. <https://www.nsf.no/Content/2182991/seefile>
- NSFLIS. (2017). *Funksjons- og ansvars beskrivelse for intensivsykepleier*. <https://www.nsf.no/fg/intensivsykepleiere/fg/intensivsykepleiere/fag-utdanning-og-forskning>
- Oslo, U. i. (2021). *Nettskjema*. <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/>
- Petersen, K. T., Jensen, S. S., Spolum, L. & Pedersen, M. K. (2021). Bag lukkede døre - patienter og pårørendes oplevelser af den sociale kontakt under indlæggelse i isolation. *Nordisk sygeplejeforskning*, 11(1), 53-67. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2021-01-05>
- Pieter Cohen, M. & Jessamyn Blau, M. (2021). COVID-19: Outpatient evaluation and management of acute illness in adults. *UpTo date*, (74,0). <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-outpatient-evaluation-and-management-of-acute-illness-in-adults#>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2020). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh edition.; International edition. utg.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Remuzzi, G., Fagioli, S. & Lorini, F. L. (2020). Adaptations and Lessons in the Province of Bergamo. *N Engl J Med*, 382(21), e71-e71. <https://doi.org/10.1056/NEJMc2011599>
- Ripp, J., Peccoraro, L. & Charney, D. (2020). Attend to the emotional well-being of the health workforce in a New York City health system during the Covid-19 Pandemic. *Academic Medicine*, 95(8), 1136-1139. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/acm.0000000000003414>
- Ruyter, K. W., Førde, R. & Solbakk, J. H. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (3. utg. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Scott, A. M. & Scoy, L. J. V. (2020). What counts as "good" clinical communication in the coronavirus disease 2019 era and beyond. *Chest*, 158(3), 879-880. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.05.539>
- Skants, P. (2014). *Omsorg i kriser : håndbok i psykososialt støttearbeid* (2. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- STAMI. (2019). *Å arbeide med mennesker kan være tøft for helsa*. S. arbeidsmiljøinstitutt. <https://stami.no/arbeid-med-mennesker-pavirker-helsa/>

- Stubberud, D.-G. (2015a). Intensivsykepleierens funksjon og ansvar. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3. utg. utg., s. 43-68). Cappelen Damm akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2015b). Pasientens psykososiale behov. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3. utg. utg., s. 77-116). Cappelen Damm akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet : sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Gyldendal.
- Sun, N., Wei, L., Shi, S., Jiao, D., Song, R., Ma, L., Wang, H., Wang, C., Wang, Z., You, Y., Liu, S. & Wang, H. (2020). A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *Am J Infect Control*, 48(6), 592-598. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.03.018>
- Thusini, S. t. (2020). Critical care nursing during the COVID-19 pandemic: a story of resilience. *Br J Nurs*, 29(21), 1232-1236. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.21.1232>
- Tsang, J. L. Y., Binnie, A. & Fowler, R. A. (2021). Twenty articles that critical care clinicians should read about COVID-19. *Intensive Care Med*, 47(3), 337-341. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06329-3>
- Ulrich, C. M., Rushton, C. H. & Grady, C. (2020). Nurses confronting the coronavirus: Challenges met and lessons learned to date. *Nurs Outlook*, 68(6), 838-844. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2020.08.018>
- Vevatne, K. (2020). *Ledelse for sykepleiere : likeverd i relasjoner* (1. utgave. utg.). Fagbokforlaget.
- WHO. (2020, 11.03.20). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 11 March 2020*. WHO. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- World Medical Association. (1964-2013). *WMA Declaration of Helsinki-Ethical Principles for Medical Research involving Human Subjects* World Medical Association. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Zickfeld, J. H., Schubert, T., Kuvaas Herting, A., Grahe, J. E. & Faasse, K. (2020). Correlates of Health-Protective Behavior During the Initial Days of the COVID-19 Outbreak in Norway.

9 Vedlegg

9.1 Vedlegg 1

Vedlegg: 1 PICO skjema

Patient/problem: (Hvem/hva handler det om, hvilken setting?)	Intervention / Exposure (Hvilke tiltak vurderes?)	Comparison (evt. alternative tiltak)	Outcome (Hvilke resultat / utfall er av interesse?)
ICU, intensive care unit, intensive care, critical care nursing, hospital*, hospital community, nurse*, doctor*, physicians, covid-19, SARS-CoV-2, covid-19 pandemic, coronavirus infection, coronavirus, middle east respiratory syndrome coronavirus Sars			communication, nonverbal communication, communication care, communication barriers cooperation, cooperation behavior experience isolation

9.2 Vedlegg 2

Vedlegg 2: Søkelogg

Databasevalg	Søkeord med kombinasjonsord	Eventuelle avgrensninger	Antall treff	Referanse til valgte artikler
Cinahl	Covid-19 or SARS-CoV-2 or Covid-19 pandemic og Coronavirus infections or coronavirus or middle east respiratory syndrome coronavirus and intensive care units or ICU or critical care nursing or nurse* or doctor* or hospitals or hospitals community and communication or nonverbal communication or communication care or communication barriers	Fagfelleurdert, engelske artikler	243	Allison M. Scott et al., 2020 Jennifer Fang et al., 2020 T. Hampton et al., 2020 Yongchao Hou et al., 2020 Beth P. Beckman, 2020 Xiaoqin Duan et al., 2021
Cinahl	Covid-19 or SARS-CoV-2 or Covid-19 pandemic or Coronavirus infections or coronavirus or middle east respiratory syndrome coronavirus and intensive care units or ICU or critical care nursing or nurse* or doctor* or hospitals or hospitals community and experience	Fagfelleurdert, engelske artikler	110	Min Leng MSN et al., 2020 Sameer Hassamal, MD et.al., 2021 Niuniu Sun Msc et al., 2020 S`thembile Thusini, 2020 Jenna A. LoGiudice et al., 2021 Mehrdad Eftekhari Ardebili et al., 2021
Cinahl	Covid-19 or SARS-CoV-2 or Covid-19 pandemic og Coronavirus infections or coronavirus og middle east respiratory syndrome coronavirus and intensive care units or ICU or critical care nursing or nurse* or nursing or doctor* or	Fagfelleurdert, engelske artikler	496	

	physicians or hospitals or hospitals community and isolation			
Cinahl	Covid-19 or SARS-CoV-2 or Covid-19 pandemic og Coronavirus infections or coronavirus og middle east respiratory syndrome coronavirus and intensive care units or ICU or critical care nursing or nurse* or doctor* or hospitals or hospitals community and cooperation or cooperation behavior	Fagfelleurdert, engelske artikler	28	
Cinahl	SARS and ICU or critical care nursing or hospitals or hospitals community and experience	Fagfelleurdert, engelske artikler		David Chan et al., 2003 Violeta Lopez et al., 2003
Medline	Covid-19 or coronavirus or middle east respiratory syndrome coronavirus or coronavirus infections and intensive care units or critical care nursing or critical care or hospital or nurse and communication or non verbal communication or communication barriers	Engelske artikler	132	Heidi Lord et al., 2020 Hayirli Tuna C 2021
Medline	Covid-19 or coronavirus or middle east respiratory syndrome coronavirus or coronavirus infections and intensive care units or critical care nursing or critical care or hospital or nurse and experience	Engelske artikler	290	Jonathan Ripp et al., 2020
Medline	Covid-19 or coronavirus or middle east respiratory syndrome coronavirus or coronavirus infections and intensive		220	

	care units or critical care nursing or critical care or hospital or nurse and isolation or hospitals isolation or patient isolation			
Medline	Covid-19 or coronavirus or middle east respiratory syndrome coronavirus or coronavirus infections and intensive care units or critical care nursing or critical care or hospital or nurse and cooperation or cooperative behavior		31	
UpTo Date	Covid-19 infection			Pieter Cohen et al., 2021 George L Anesi et al., 2021
ESCIM	Covid-19 infection			Jennifer L. Y. Tsang, 2021
Cinahl	Ussystematiske søk			Maria Teresa Gonzales-Gil et al., 2020 Connie M. Ulrich et al., 2020 Meredith, Mealer, 2017
	Ussystematiske søk			K. T. Petersen 2021 Lina Bergman RN, 2021 G. Remuzzi, 2020 R. L. Haffajee, 2020 K. L. Holshue, 2020
Eventuelle kommentarer til søket: Siste søk er gjort 26.05.2021				

9.3 Vedlegg 3

Vedlegg 3: Samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet

Erfaringer og opplevelser om covid-19 pasientene

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å bli enda bedre rustet til neste pandemi. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Studien er en del av et masterstudie.

Formålet er å beskrive erfaringer og opplevelser intensivsykepleierne og legene har hatt i forhold til samarbeid og kommunikasjon med covid-19 pasientene. På denne måten kan vi gjøre endringer slik at vi kan bli enda bedre rustet til en eventuell neste pandemi.

Problemstillingen er: Hvilke erfaringer og opplevelser har helsepersonell i forhold til de isolerte pasientene med covid-19, som mottar intensivbehandling?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Sørøst-Norge/Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag er ansvarlig for forskningsprosjektet. Astrid Danielsen er prosjektansvarlig og Bente Meyer-Kristiansen er student.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Fordi du er intensivsykepleier eller lege med erfaring med Covid-19 pasienter på isolat.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet vil du være med på et fokusgruppeintervju med fire intensivsykepleiere og to leger i gruppen. Det blir en samtale omkring temaene kommunikasjon og samarbeid inne på isolatet, og usikkerheten med redusert smittevernustyr i forhold til den isolerte covid-19 pasienten. Intervjuet er beregnet til å vare ca. 1 time, og for å lette muligheten din til å delta vil det foregå i nærheten av intensivavdelingen.

For at opplysningene som kommer frem skal gjengis så korrekt som mulig, vil intervjuene bli tatt opp på lydopptak. Dataene blir forsvarlig oppbevart, og slettet når prosjektet er slutt.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine data i intervjuet og personopplysninger, i dette tilfelle emailadressen, vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Astrid Danielsen (veileder) og Bente Meyer-Kristiansen (student) vil ha tilgang til materialet og lydopptaket vil lagres på en kryptert minnepenn. Lydfilen vil bli slettet når oppgaven er publisert.

Deltakerne vil være anonyme og vil ikke kunne bli gjenkjent.

Alle må overholde sin taushetsplikt under intervjuene, slik at det ikke fremkommer taushetsbelagte opplysninger.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene dine slettes når prosjektet utløper. Alt lagrede materialet vil da slettes fra den krypterte minnepennen.

Forskningsprosjektet avsluttes 01/07/2022.

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 Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi trenger mailadressen din for å sende ut forespørsel om å delta i undersøkelsen, og behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Universitetet i Sørøst-Norge: Astrid Danielsen. Mailadresse astrid.danielsen@usn.no, eller på tlf 41028918
- 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

Astrid Danielsen
(Forsker/veileder)

Bente Meyer-Kristiansen
(student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *erfaringer om covid-19 pasientene*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

9.4 Vedlegg 4

Vedlegg 4: Intervjuguide

Vedlegg 4: Intervjuguide

Denne studien vil belyse ulike sider av arbeidet med covid-19 pasientene. Fokuset er på hvordan leger og intensivsykepleiere har opplevd kommunikasjon, samarbeid og usikkerhet i denne situasjonen.

Kommunikasjon:

Hvilke erfaringer har dere med å kommunisere med pasienten i smittevernutstyr som maske og visir?

Hvordan opplevde dere den kollegiale kommunikasjonen i denne situasjonen?

-I forhold til: Smittevernustyr, vanskelig kommunikasjon, høre hverandre, misforståelser, usikkerhet, kommunikasjon på utsiden av kohorten, informasjonsflyten i avdelingen.

Hvilke konsekvenser oppleves ved vanskelig kommunikasjonen?

Påvirker størrelsen på rommet kommunikasjonen med pasienten?

Samarbeid:

Hvilke erfaringer har dere av samarbeidet mellom intensivsykepleierne og legene i denne situasjonen?

- legene ikke kunne komme inn like ofte

- sykepleier som stod utenfor kohorten

Hvilke erfaringer har dere av samarbeidet intensivsykepleierne imellom?

Hvilke erfaringer har dere av samarbeidet legene imellom?

Opplevde dere at samarbeidet mellom intensivsykepleier og leger var annerledes enn det pleier å være?

Erfaringer og tanker rundt legevisitten?

Hvilke konsekvenser fikk dette samarbeidet for pasienten?

Opplevelser:

Hvilke opplevelser og følelser ble skapt i denne situasjonen?

Har dere følt dere har stått alene i denne situasjonen?

Hva har dere opplevd som bra?

Hvilke utfordringer, fysisk og psykisk, oppstår når dere vet at dere må være der inne i fire timer?

9.5 Vedlegg 5

Vedlegg 5: Tilbakemelding fra NSD

13.5.2021

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

NSD sin vurdering

 Skriv ut

Prosjekttittel

Oppgaven omhandler hvilke opplevelser og erfaringer intensivsykepleiere og leger har med covid 19 pasientene inne på isolasjon, og hvilke erfaringer de har i forhold til samarbeid og kommunikasjon i den meget krevende situasjonen under covid-19 pandemien. Prosjekttittelen er "Hvilke erfaringer og opplevelser har helsepersonell i forhold til samarbeidet om de isolerte covid 19 pasientene?"

Referansenummer

178474

Registrert

17.06.2020 av Bente Meyer-Kristiansen - 060369@student.usn.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Astrid Danielsen, astrid.danielsen@usn.no, tlf: 41028918

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Bente Meyer-Kristiansen, bmk@sf-nett.no, tlf: 90967496

Prosjektperiode

17.06.2020 - 01.07.2022

Status

15.09.2020 - Vurdert

Vurdering (2)

15.09.2020 - Vurdert

NSD har vurdert endringene registrert 14.9.2020.

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 15.9.2020. Behandlingen kan fortsette.

Endringene innebærer en forlengelse av prosjektperioden på et år, endring av spørsmål i intervjuguiden og en ny plass for lagring av opplysningene i tråd med sykehusets retningslinjer. Utvalget informeres om endringene.

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 videre med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lisa Lie Bjordal

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

24.08.2020 - 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 den 24.8.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5ee922e2-7eb8-4094-b6fd-a9f23d5634a8>

1/2

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 1.7.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lisa Lie Bjordal
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)