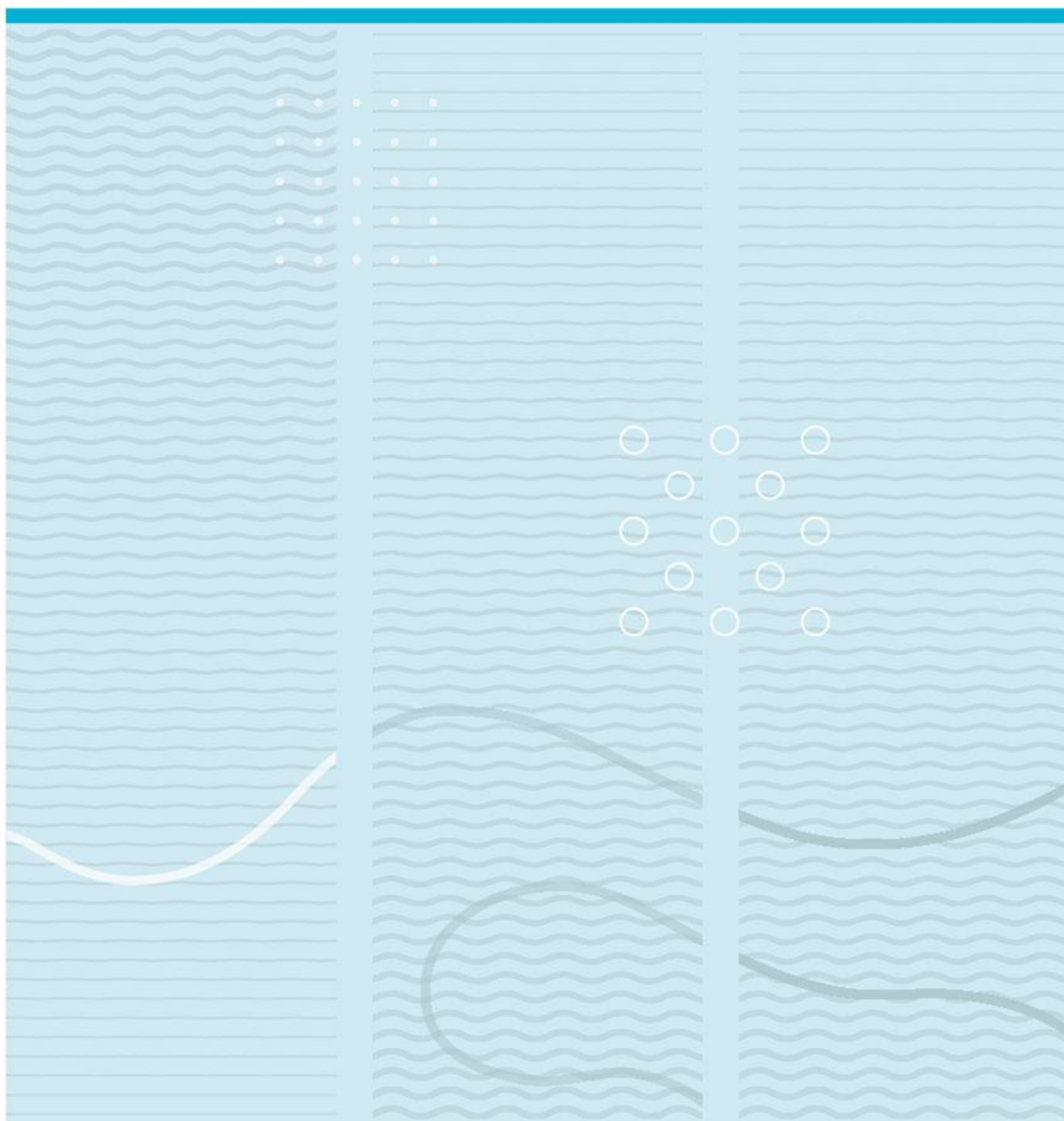


Marie Høgli og Veslemøy Bratås

# Helsepolitikk i intensivavdelingen



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

<http://www.usn.no>

© 2023 Forfatternavn

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

# Sammendrag

**Introduksjon:** Det norske helsevesenet styres hierarkisk ovenfra og ned. Det fantes ikke forskning på hvordan helsepolitiske avgjørelser og forvaltning av helseforetakene påvirket intensivsykepleieren. Denne studien tok sikte på å utforske intensivsykepleieres og lederes opplevelser og erfaringer rundt dette.

**Hensikt:** Hensikten med studien var å finne ut hvordan intensivsykepleiere og ledere opplever at helsepolitiske avgjørelser påvirket intensivsykepleieren.

**Metode:** Studien er kvalitativ. Det er gjennomført fokusgruppeintervjuer med intensivsykepleiere og ledere tilknyttet en norsk intensivavdeling, i tråd med Graneheim og Lundmans kvalitative innholdsanalyse.

**Resultater:** Studien resulterte i tre felles kategorier og totalt 28 subkategorier. Kategoriene omhandlet faglig forsvarlighet, vansker med fleksibilitet og tilpasning og påvirkning av de ansatte. Resultatene drøftes opp mot aktuell forskning og teori.

**Konklusjon:** Resultatene viste at intensivsykepleiere og ledere opplevde at helsepolitiske føringer påvirket driften av en intensivavdeling og intensivsykepleierens hverdag når det gjelder kompetanse og rekruttering.

# Abstract

**Introduction:** The Norwegian healthcare system is managed hierarchically from the top to bottom. There exists no research on how health policy decisions and management of health-care institutions affected intensive care nurses. This study aimed at exploring intensive care nurses' and managers' experiences on this subject.

**Purpose:** The purpose of the study was to find out how intensive care nurses and managers feel that health policy decisions affected intensive care nurses.

**Method:** The study is qualitative and based on focus group interviews with intensive care nurses and managers associated with a Norwegian intensive care unit, using Graneheim and Lundman's content analysis.

**Results:** The study resulted in three common categories with a total of 28 sub-categories. The categories dealt with professional soundness, difficulties with flexibility and adaptation as well as how it affected employees. The results are discussed in light of current research and theory.

**Conclusion:** The results document that intensive care nurses and managers find that health policy guidelines affected the operation of an intensive care unit and the intensive care nurse's working day in terms of competence and recruitment.

# Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag .....</b>	<b>3</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>4</b>
<b>Innholdsfortegnelse .....</b>	<b>5</b>
<b>1 Innledning .....</b>	<b>7</b>
<b>2 Bakgrunn .....</b>	<b>8</b>
2.1 Problemstilling.....	10
2.2 Litteratursøk .....	10
2.3 Tidligere forskning .....	11
2.3.1 Rekruttering til intensivsykepleieryrket.....	11
2.3.2 Kompetanse.....	12
2.3.3 Intensivsykepleierens hverdag .....	14
2.4 Styrker og svakheter ved valgt litteratur .....	15
<b>3 Metode.....</b>	<b>17</b>
3.1 Utvalg av informanter.....	18
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	18
3.3 Utvalgsstrategi og rekruttering .....	19
3.4 Intervjuguide .....	21
3.5 Innsamling av data.....	21
3.5.1 Lydopptak og transkribering.....	22
3.6 Analyse .....	23
3.6.1 Studiens troverdighet.....	24
3.6.2 Studiens gyldighet .....	25
3.6.3 Studiens pålitelighet.....	25
3.6.4 Studiens overførbarhet .....	26
3.7 Forskningsetikk.....	26
3.7.1 Forforståelse og egen rolle.....	27
<b>4 Resultat .....</b>	<b>29</b>
4.1 Trange rammer og lite rom for fleksibilitet og tilpasning .....	30
4.2 Driften av intensivavdelingen påvirker livet til den ansatte .....	32
4.3 Driften kan utfordre kravet om faglig forsvarlighet.....	36
<b>5 Diskusjon .....</b>	<b>40</b>

5.1	Trange rammer og lite rom for fleksibilitet og tilpasning .....	40
5.2	Driften av intensivavdelingen påvirker livet til den ansatte .....	43
5.3	Driften kan utfordre kravet om faglig forsvarlighet.....	46
5.4	Metodediskusjon .....	52
<b>6</b>	<b>Konklusjon .....</b>	<b>56</b>
<b>7</b>	<b>Litteraturliste .....</b>	<b>57</b>
<b>8</b>	<b>Vedlegg .....</b>	<b>66</b>
8.1	Vedlegg 1 Intervjuguide .....	66
8.2	Vedlegg 2 Informasjon -og samtykkeskjema .....	67
8.3	Vedlegg 3 PVO uttalelse anonymisert .....	70

# 1 Innledning

«Sykepleieren engasjerer seg i den sosiale og helsepolitiske utvikling både lokalt, nasjonalt og internasjonalt» (NSF, 2019) Dette utsagnet hører hjemme i NSF's yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Politiske avgjørelser som omhandler helse blir tatt av Regjeringen og Stortinget, og påvirker helsepersonell, ansatte i helsesektoren, pasienter og pårørende. I mediene fikk driften av norske sykehus økt oppmerksomhet da en verdensomspennende pandemi rammet Norge i 2020. Søkelyset ble rettet på intensivberedskap, mangel på intensivsykepleiere og varslet om intensivsykepleiere som ble tiltagende slitne. For å kunne utøve faglig forsvarlig helsehjelp, må intensivsykepleieren ha en forståelse av oppbyggingen av helsetjenesten og dens oppgaver. Intensivsykepleieren må ha kunnskap til lover, regler og andre rammebetingelser som påvirker virksomheten (NSF, 2019).

På bakgrunn av dette kunne det vært interessant å undersøke hva intensivsykepleiere og ledere vet om hvordan helseforetakene drives og hvordan det mulig påvirker deres arbeidsdag.

I bakgrunnen vil vi ta for oss oppbyggingen av den norske velferdsstaten og helsevesenet. Der vil sentrale begreper bli redegjort for og forklart før problemstillingen blir presentert. Deretter vil vi redegjøre for metoden som er brukt. Videre vil vi presentere resultatene av studien vår, som så blir diskutert før det til slutt foreligger en konklusjon.

## 2 Bakgrunn

I Norge har vi et godt utbygd helsevesen som et resultat av en sterkt forankret velferdsstat. Velferdsstaten har vokst frem i et varierende politisk landskap i alle industrialiserte land. Det startet med et offentlig utdanningsvesen og ofte lokalt drevet fattigvesen og utviklet seg videre med et offentlig ansvar for inntektssikring, helse og omsorg. Dette innebærer, i Norge i dag, et offentlig ansvar for omfattende trygdeordninger, utdanning, familiepolitiske ordninger som barnetrygd og barnevern og helse- og omsorgstjenester (Kuhnle & Kildal, 2018, s. 18–19).

Veien til den moderne velferdsstaten vi kjenner i dag har vært lang. Det startet i Europa på 1800-tallet med arbeidervernlovgivning i Storbritannia og omfattende nasjonale sosialforsikringsordninger i Tyskland. Dette var en form for trygdeordninger som skulle gi inntekter ved alderdom, sykdom og arbeidsulykker, og som senere også inkluderte helsetjenester og medisinsk behandling (Kuhnle & Kildal, 2018, s. 16). Helsevesenet har de siste tiårene vært preget av rettsliggjøring. Dette innebærer at vi har fått lovverk som lovfester pasienter og helsepersonells rettigheter og plikter. Dette er i dag et ganske detaljert lovverk og man finner nærmere 30 ulike lovverk innen helserett (Romøren, 2018, s. 152). Et av kjerneområdene i velferdsstatens tjenesteapparat er sykehus. I Norge fikk sykehusvesenet en felles nasjonal organisering i 1970. Det var da fylkeskommunene som fikk ansvaret for å drifte sykehusene. Dette fortsatte å være fylkeskommunenes ansvar frem til foretaksreformen i 2002 omorganiserte sykehusene til statlige helseforetak (Romøren, 2018, s. 149).

Helseforetaksloven har som formål å bidra til å oppnå de målsetningene som er nedfelt i spesialisthelsetjenesten (Helseforetaksloven, 2001). I korte trekk forteller loven at helsevesenet er lagt opp hierarkisk der helseministeren og helsedepartementet er øverste leder. Helseministeren instruerer de fire regionale helseforetakene (RHF) Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst om hva den nasjonale helsepolitikken skal inneholde. Sykehusene utgjør helseforetakene (HF), og de sogner til et av regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene oppretter deretter oppdragsdokumenter som blir videreformidlet til helseforetakene de eier gjennom et foretaksmøte og helseforetakene har ansvar for å tilby de tjenestene de er pålagt å yte,



og melder sine resultater inn til de regionale helseforetakene som igjen melder inn til helseministeren. Både de regionale helseforetakene og helseforetakene har styrer, og hvert helseforetak drives som en selvstendig bedrift med lignende lovgivning. Økonomisk drives de med en blanding av rammebevilgninger og innsatsstyrt finansiering (ISF) (Helseforetaksloven, 2001). Dette kan sammenlignes med henholdsvis fastlønn og akkord fra arbeidslivet.

Norsk og skandinavisk velferdspolitikken kan på mange måter sies å være unik i global sammenheng. Den blir ofte referert til som den nordiske modellen og er kjennetegnet av universalisme og egalitarisme. Det er sterk statlig styring hvor det er offentlig sektor som fordeler velferdstjenester (Ingstad, 2021, s. 93). Offentlige myndigheter har en betydelig rolle og staten nyter stor tillitt i befolkningen som er sterkere enn i mange andre land (Vike et al., 2016, s. 20).

Vike (2004, s. 99) hevder i boken *Velferd uten grenser* at velferdsstaten har en ytelseskrise ved at det blir en stadig svakere sammenheng mellom ambisjonene om å yte god, individuell og tilrettelagt helsehjelp til alle som trenger det og vilje til å følge opp disse ambisjonene. I *maktens samvittighet*, (Bakken et al., 2004, s. 206) blir det hevdet at sykepleierne er en av yrkesgruppene som utgjør førstelinjensansatte som kompenserer for spriket mellom statens vilje og evne til å tilby helsetjenester. De referer til dette som desentralisering av dilemma. Dette kan som et eksempel føre til underbemanning når de økonomiske rammene står uendret selv om antall pasienter og oppgaver øker.

I forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning finner man at kandidaten gjennom fullført utdanning skal ha inngående kunnskap om helsetjenestens organisering i tillegg til intensivsykepleieres funksjon- og ansvarsområder. Den beskriver også at kandidaten skal kunne utøve intensivsykepleie i samsvar med blant annet rammebetingelser (Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning, 2022b). Intensivsykepleierne Norsk sykepleierforbund (NSF) har utarbeidet et dokument kalt intensivsykepleiers funksjon- og ansvarsbeskrivelse (Intensivsykepleierne NSF, 2017). Her beskrives det at intensivsykepleiere skal delta i diskusjonen om, og ta medansvar for effektiv og forsvarlig ressursbruk. NSF beskriver

også i sine yrkesetiske retningslinjer at sykepleieren skal engasjere seg i helsepolitisk utvikling lokalt og nasjonalt (NSF, 2022). Det forventes både i den nasjonale retningslinjen for utdanningen og NSF's egne retningslinjer at intensivsykepleiere skal ha kunnskap om oppbygging av helsetjenestene, engasjere seg helsepolitisk og holde seg oppdatert på helsepolitisk utvikling. I tillegg skal de arbeide innenfor de rammene som helseforetakene drives under og ta medansvar for effektiv og forsvarlig ressursbruk.

## 2.1 Problemstilling

Nysgjerrighet på hvordan driften av helseforetakene påvirker intensivsykepleiere og ledere i sitt arbeid og deres opplevelser førte til at problemstillingen ble som følger:

**Hvordan opplever ledere og intensivsykepleiere på en intensivavdeling at helsepolitiske føringer påvirker intensivsykepleierens hverdag, rekruttering og kompetanse?**

Ledere har en annen rolle og andre arbeidsoppgaver enn intensivsykepleiere, men de er likevel en viktig del av den daglige driften på intensivavdelingen. Det var ønskelig å inkludere ledere ved en intensivavdeling i tillegg til intensivsykepleiere slik at man får flere perspektiver og erfaringer knyttet til arbeidet ved en intensivavdeling.

## 2.2 Litteratursøk

I litteratursøket som ble gjennomført i denne studien ble det søkt i databasene Cinahl, Cochrane, Uptodate, PubMed, Oria, SweMed, Sykepleie forskning og Google Scholar. Lovverk, forskrifter og stortingsmeldinger er funnet på [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no) og [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no). Søkeordene som ble brukt er: helseforetak, intensivsykepleier, kompetanse, bemanning, hospital leaders, nurse staff, occupational stress, intervention, management, competence, intensive care units, job satisfaction, acute care nurse practitioners, intensive care nurses, recruitment, intensive care nurses, experience, financial management in healthcare, personnel management, nursing shortage.

Litteratursøket er gjennomført ved hjelp av flere forskjellige metoder. Det er brukt bevisst tilfeldig søking. Dette ga aktuelle søkeord som gjorde det enklere å gå over til mer systematiske søk. Det er også utført kjedesøk ved at man har funnet en relevant forfatter og søkt opp artikler etter den enkelte forfatter, eller at man har gjort søk basert på kildene brukt i en artikkel. I tillegg har man fulgt opp tips til mulig relevant litteratur fra medstudenter og veiledere.

## **2.3 Tidligere forskning**

Gjennom søket ble det funnet lite eller ingenting om hvordan helsepolitiske føringer og drift direkte påvirker helsepersonell og/eller ledere. Det ble også funnet svært lite om rekruttering av intensivsykepleiere internasjonalt. Artikkene som ble funnet om rekruttering internasjonalt tok i hovedsak for seg enkeltsykehus som adresserte sykepleiermangelen ved å starte egne raske videreutdanningsløp med sikte på å gjøre sykepleiere kompetente nok til å arbeide på en intensivavdeling. Under den globale covid-19 pandemien ble det publisert mye forskning. Det er gjort et valg om å inkludere relevant forskning med covid-19 som kontekst. Om intensivsykepleierkompetanse og intensivsykepleierens hverdag fantes det mye relevant litteratur. Funnene er tematisk skissert og speiler problemstillingen.

### **2.3.1 Rekruttering til intensivsykepleieryrket**

I Norge utdannes intensivsykepleiere på universiteter og høyskoler. I tillegg har sykehusene gjennom spesialisthelsetjenestelovens §3-8 plikt til å utdanne helsepersonell og bidra til forskning (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Riksrevisjonen (2019) ga ut en omfattende rapport som undersøkte bemanningsutfordringer i helseforetakene. Den konkluderte med at helseforetakene har store utfordringer med å rekruttere, mobilisere og beholde intensivsykepleiere og legger ikke godt nok til rette for å sikre rekruttering.

Utdanningsløpet for intensivsykepleiere har vært gjennom flere endringer de siste årene. Da Norge ble rammet av pandemien i 2020, synliggjorde det at intensivkapasiteten og nødvendig kompetanse var sårbart. Det viste at det var behov for økt rekruttering. Som et tiltak ble det bevilget ekstra midler til helseforetakene for opprettelse av flere utdanningsstillinger for øke andelen intensivsykepleiere (prop. 51 S, 2022). Da den nye rammeplanen for videreutdanning av intensivsykepleiere kom i 2022, fjernet man også kravet om to år relevant praksis før man kunne starte intensivsykepleierutdanningen. Dette sannsynligvis som et ledd i å utdanne flere intensivsykepleiere raskere (Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning, 2022b). Man beholdt samtidig muligheten for å fullføre utdanningen etter 90 studiepoeng og innførte ikke obligatorisk mastergrad. Dette strider mot kvalitetsreformen av høyere utdanning hvor man ønsker at utdanningene skal følge en gradsstruktur (St.meld. nr. 27, 2001). Denne avgjørelsen var upopulær i fagmiljøene. I en kartlegging av fagmiljøenes holdninger til master i anesthesi- og intensivsykepleie konkluderes det med at spesialsykepleiere med master er et viktig bidrag i kompetanseheving og i fagutvikling. Gran & Valeberg (2021) uttaler at å motarbeide et masternivå på spesialsykepleierutdanningen, skal være på masternivå på tross av internasjonal godkjent gradsstruktur, er: «Å gå baklengs inn i fremtiden».

En studie fra 2011 som brukte Nursing Manpower Use Score (NEMS) og Nursing Activities score (NAS) for å måle arbeidsmengden til sykepleierne på intensivavdelingen. Den konkluderte med at resultatene indikerte et behov for flere sykepleiere på intensivavdelinger i Norge (Stafseth et al., 2011). Buchan (2016) argumenterer for at fagforeninger for sykepleiere har en viktig jobb å gjøre med å oppmuntre og bidra til forskning som kan synliggjøre verdien av sykepleie slik at man økonomisk kan rettferdiggjøre utdanning og bemanning

### 2.3.2 Kompetanse

The European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) har gjennom et prosjekt kalt The International Nursing Advanced Competency-based Training for Intensive Care study (INACTIC), utviklet en oversikt over hvilken kjernekompetanser en

intensivsykepleier trenger. Dette mener de kan og bør danne et felles utgangspunkt for utdanningsprogrammet for intensivsykepleiere (Endacott et al., 2019). Denne oversikten gir en detaljert beskrivelse av ferdigheter og kvaliteter om alt fra evnen til å gjennomføre prosedyrer, effektivitet i arbeidet til lederskap og veilederkompetanse.

En metasyntese, publisert i 2017, undersøkte påvirkningen avansert sykepleie har på kvaliteten av omsorg, kliniske utfall, pasienttilfredshet og kostnad i intensivmedisinsk miljø. Den konkluderte med at implementering av klinisk avansert sykepleier i akuttmottak og intensivmedisinsk miljø bedrer pasientutfall (Woo et al., 2017). Bliss et al. (2020) stadfester at det i hele verden brukes ytelsesmålinger og kvalitetsindikatorer for å måle effektivitet og kvalitet på pleie. De beskriver hvordan sykepleiere på akuttmottak og intensivavdelinger identifiserte flere områder hvor ytelsesmålinger og kvalitetsindikatorer kom i konflikt med god pasientbehandling. Evangelou et al. (2021) har gjennom en konsensusstudie identifisert kvalitetsindikatorer som potensielt kan identifisere sykepleiekvalitet i en intensivavdeling med voksne pasienter. Dette inkluderer blant annet forekomsten av ventilator-assosiert pneumoni, infeksjoner, fall og okklusjon av nasogastriske sonder.

Selv om intensivavdelinger er preget av mye avansert teknisk utstyr er sykepleierens mellommenneskelige egenskaper viktig i arbeidet med akutt og kritisk syke pasienter. Egenskaper som empati, respekt og kommunikasjonsferdigheter bidrar til at livskvaliteten til pasientene som overlever øker etter utskrivelse (Credland & Gerber, 2021). Henriksen et al (2021) utførte en meta-etnografi som gjennom 19 studier utviklet et konseptuelt rammeverk for hvilke kjerneegenskaper og kompetanser en intensivsykepleier bør ha basert på erfaringene til intensivpasienter, deres pårørende og intensivsykepleiere. Disse kvalitetene innebar blant annet gode kommunikasjonsferdigheter, tekniske ferdigheter og å være oppmerksom og lydhør ovenfor pasienten for å skape trygghet og motivasjon.

Høgbakk og Jacobsen (2019) belyser gjennom sin forskning at intensivsykepleiere opplever manglende samsvar mellom utfordringene de møter og det ansvaret det er beskrevet at de skal ha. Det oppleves at kompetansenivået blant leger og sykepleiere er ujevn og at intensivsykepleiere har et betydelig ansvar for at avdelingen har en

forsvarlig praksis. Det konkluderes med at behovet for opplæring og kompetanse er spesielt stort i forhold til beredskap for å håndtere uforutsigbare situasjoner.

Selv om det per i dag er mulig å avslutte intensivsykepleierutdanningen etter halvannet år og ikke fullføre en mastergrad, er masteroppgaver skrevet av anesthesi-, intensiv- og operasjonsstudenter ansett for å være viktige bidrag til økning av kunnskap og endring av praksis i fagfeltet (Hansen & Dysvik, 2022). Hansen og Dysvik fremhever også at det er en klar sammenheng mellom teori og praksis og at innsikt i profesjonelle ferdigheter er essensielt. I retningslinjene for intensivavdelinger i Norge fremkommer det at intensivsykepleiere skal kurses og etterutdannes som en del av fagutviklingsprogrammet (Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2014). Der anbefales det videre at det bør være krav om en mastergrad for fagutviklingssykepleiere og MTU-ansvarlige.

### 2.3.3 Intensivsykepleierens hverdag

Vincent et al. (2022) viser til at årsakene til sykepleiermangel på intensivavdelinger er godt kjente i litteraturen. Sykepleiermangelen skyldes blant annet stor arbeidsbelastning, moralsk stress og opplevelsen av å gi mangelfull pleie. De hevder dette fører til utbrenthet og ønske om å slutte. Når mange slutter blir det færre sykepleiere igjen som opplever enda større arbeidsbelastning. Vincent et al. forslår ti områder som kan gjøre at man kan beholder intensivsykepleiere. Dette inkluderer blant annet anerkjennelse, oppmuntring og god balanse mellom jobb og fritid. Kelly et al. (2021) har også funnet at anerkjennelse, tilfredsstillende bemanning og effektiv beslutningstaking har betydelig motvirkning på utbrenthet, sekundært traumatisk stress, og omsorgstilfredshet.

Det er identifisert flere faktorer som kan oppleves som hindringer av intensivsykepleiere utførelse av arbeid. I en spørreundersøkelse besvart av intensivsykepleiere, er funnene blant annet at støyende og trangt arbeidsmiljø, feilplassert utstyr og forsinkelser av utleveringer fra apoteket er et hinder for intensivsykepleiere i å utføre god sykepleie (Gurses & Carayon, 2007).

Liu et al. (2017) fant at intensivsykepleieres selvtillit og arbeidstilfredshet påvirker den subjektive følelsen av velvære. En passende arbeidsmengde med god balanse mellom jobb og fritid der intensivsykepleieren føler seg respektert og verdsatt er viktige bidrag for opplevelsen av arbeidstilfredshet (Jarden et al., 2018). I et strategidokument utarbeidet for å menneskeliggjøre intensivavdelinger, er derfor omsorg for helsepersonell en av strategiene for å bedre omsorgen for pasienter og deres pårørende (Velasco Bueno et al., 2019).

En norsk studie viser at helsepersonell som behandlet første bølge med covid-19-pasienter på intensivavdelinger var godt forberedt, men at det var høy arbeidsbelastning og at smittevernsutstyret ga fysiske plager (Lie et al., 2021). Som følge av pandemien opplevde intensivsykepleiere usikkerhet og redsel, men også sterkt samhold og godt arbeidsmiljø som førte profesjonene tettere sammen (Meyer-Kristiansen et al., 2022). Stafseth et al. (2022) viste til at arbeidet med de sykeste covid-19-pasientene førte til at noen intensivsykepleiere opplevde angst, depresjoner og symptomer på PTSD. Disse plagene var hyppigst representert hos intensivsykepleierne, deretter legene og dernest ledere. Studien viste også at lederne følte seg forpliktet til å yte en høyere arbeidsinnsats enn de to andre gruppene. Som en måte å avdekke reelt behov for bemanning på, kan scoringsverktøy som kartlegger sykepleiernes arbeidsbelastning og pasienters behov for sykepleie være nyttige verktøy i budsjettplanlegging av en intensivavdeling (Stafseth et al., 2018).

## **2.4 Styrker og svakheter ved valgt litteratur**

En av styrkene ved valgt litteratur er at den er fagfellevurdert. Flere av studiene er norske og derfor svært godt egnet til å sammenligne og drøfte funnene i studien som er gjennomført i lignende omgivelser. Litteraturen som omhandler velferdsstaten, er utelukkende norsk for å kunne være relevant i studiens kontekst. Flere av studiene er større studier som gir et representativt resultat, inkludert metastudier. Artiklene er i hovedsak skrevet de siste fem årene. Der eldre litteratur er brukt er det fordi denne fortsatt er relevant. I tillegg er det brukt dokumenter som er utarbeidet som et resultat

av kvalitetsarbeid for å lage en felles standard for hva som skal utgjøre intensivsykepleierens kompetanse.

En av svakhetene er at flere av studiene er hentet fra andre land, både i og utenfor Europa. Intensivsykepleierens ansvar og funksjonsområde er ikke nødvendigvis lik de norske områdene. Helsetjenester har heller ikke like organisering som det norske. De er likevel inkludert da temaene forskningen tar for seg ansees som relevante og plasserbar i egen kontekst. Noen av studiene er også små kvalitative studier som gir en begrenset representasjon av feltet.



### 3 Metode

Denne studien er en kvalitativ studie med et eksplorerende design. Hensikten var å skape forståelse og innsikt om en uklar problemstilling, gjennom intervju med fokusgrupper. Vi ønsket å utforske deltakernes erfaringer, opplevelser og synspunkter når det gjelder de helsepolitiske føringenes påvirkning på driften av en intensivavdeling (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 179; Malterud, 2018, s. 138).

Det var lite forskning på området som gjorde at vi måtte bruke en metode der designet kunne endre seg underveis. Kvalitative metoder er fleksible og i stand til å tilpasse seg ny informasjon underveis i datasamlingen (Polit & Beck, 2021, s. 471). For å kunne belyse problemstillingen så rikt som mulig ble to ulike perspektiver inkludert fordi det kunne bidra til bredde og variasjon i dataene. Malterud (2018, s. 30) mener virkeligheten hele tiden kan forklares fra ulike perspektiv, og at metoden bidrar til mangfold, nyanser og erfaringer som er subjektive. Derfor ble det gjennomført et kvalitativt intervju der informantene med egne ord kunne forklare fenomener og utdype disse grundigere. Polit & Beck (2021, s. 471) mener metoden reflekterer ønsket om at undersøkelsen skal være basert på deltakernes virkelighetsoppfatninger og synspunkter, som i utgangspunktet er ukjent.

I denne mastereoppgaven ble fokusgruppeintervjuer valgt fordi det egnet seg for å få frem intensivsykepleieres og lederes opplevelser om problemstillingen.

Fokusgruppeintervjuer kan bidra til dypere meningsytringer-, som et resultat av at informanter kan reagerer på en annen informants utsagn (Polit & Beck, 2021, s. 515).

Fokusgrupper egnet seg bra for å oppnå ny kunnskap på et nytt område gjennom eksplorative undersøkelser (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 179).

Fokusgruppeintervjuer åpnet for muligheten til uenighet mellom informantene, noe som ga rom for diskusjon. Metoden var velegnet fordi det var ønskelig å bringe frem den enkelte informants mening. Formålet med fokusgrupper er å bringe frem ulike synspunkter og ikke at informantene kommer til enighet eller legger frem løsninger på de diskuterte spørsmålene (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 179; Malterud, 2018, s. 70).

### 3.1 Utvalg av informanter

I lys av problemstillingen ble det valgt å inkludere to fokusgrupper for å sikre variasjon og bredde i studien. Vi ønsket å få en tilfredsstillende informasjonsstyrke som kunne besvare problemstillingen. For å få til dette ønsket vi informanter som kunne gi variert, relevant og rikt materiale. Malterud, (2018, s. 63) mener at behovet for deltakere bestemmes av informasjonsstyrken i utvalget. Ved høy informasjonsstyrke hos informantene er det behov for færre intervjuer.

Informantene bestod av en gruppe med intensivsykepleiere og en gruppe med ledere tilknyttet en intensivavdeling. Gruppen med intensivsykepleiere bestod av tre kvinner som jobbet på samme intensivavdeling i Norge. De hadde alle lang erfaring som intensivsykepleiere. Den andre gruppen bestod av fem ledere tilknyttet intensivavdelingen ved det samme sykehuset. Lederne var på ulikt ledelsesnivå. En var ganske ny som leder, mens de andre hadde flere år med erfaring. Fire av fem ledere hadde utdanning som sykepleier med videreutdanning og leger, og hadde klinisk erfaring. Gruppen med ledere bestod av fire kvinner og en mann.

Gruppene var homogene ved at de bestod av informanter med lik bakgrunn. Dette ble gjort for å sikre at informantene skulle føle seg trygge og på den måten gi uttrykk for sine meninger og synspunkter (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 137). Informanter med lignende bakgrunner, klarer å uttrykke sine synspunkter lettere (Malterud, 2012, s. 44; Polit & Beck, 2021, s. 788). Utvalget av fokusgruppene representerer til sammen to perspektiver, noe som gjør at utvalget samlet sett er heterogent. Polit & Beck (2021, s. 788) forklarer heterogenitet som graden av ulikhet.

### 3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene i oppgaven ble todelt da det var fordelaktig å få frem både intensivsykepleiere og lederes opplevelser om hvordan de politiske føringene påvirker intensivsykepleierens hverdag, rekruttering og kompetanse.

I den ene fokusgruppen var det ønskelig å intervjuere intensivsykepleiere som var ulike i forhold til kjønn, alder og intensivserfaring. Intensivsykepleieren måtte jobbe på en intensivavdeling i Norge.

I den andre fokusgruppen var det hensiktsmessig å inkludere informanter som var ledere tilknyttet en intensivavdeling i Norge. Det var ønskelig at lederne var ulike i forhold til kjønn, alder og ledererfaring.

Eksklusjonskriteriene i oppgaven var deltakere som ikke var norsktalende, intensivstudenter og sykepleiere som ikke var utdannet intensivsykepleier.

Kriteriene ble satt for å oppnå god informasjonsstyrke og på denne måten gi et godt grunnlag for utvikling av kunnskap (Malterud, 2018, s. 63).

### **3.3 Utvalgsstrategi og rekruttering**

Problemstillingen ble utformet med tanke på hvem som skal ha utbytte av kunnskapen som utvikles (Malterud, 2012, s. 131). Da problemstillingen ble etablert så vi for oss at oppgaven kunne være relevant for alle som arbeider innenfor intensivmedisin, fra intensivsykepleiere og ledere tilknyttet intensivavdelingen til helse- og omsorgsdepartementet og helseministeren. Synliggjøringen av hvordan oppbyggingen av velferdsstaten og helsevesenet potensielt påvirker førstelinjeutøverne kan lage gode rammer for samtaler om økonomiske prioriteringer og verdien av intensivsykepleie. På bakgrunn av dette ønsket vi informanter som kunne gi informasjon om hvordan helsepolitiske føringer påvirket arbeidet deres.

Vi ønsket å etablere et strategisk utvalg av informanter som hadde potensiale til å belyse den valgte problemstillingen i oppgaven. I henhold til litteraturen forsøkte vi å rekruttere informanter med mye kunnskap om temaet slik at problemstillingen ble belyst på best mulig måte (Malterud, 2012, s. 42). Det ble besluttet hva slags informanter som skulle inkluderes i fokusgruppene slik at studien fikk mest mulig relevans for det oppgaven skulle undersøke. Samtidig ønsket vi mangfold i den enkelte gruppen. For å få frem data og nyanser som kunne gi ny kunnskap og åpne for nye

spørsmål (Malterud, 2018, s. 59). Deretter ble det vurdert hvor og hvordan disse informantene kunne rekrutteres.

Polit & Beck (2021, s. 515) angir at seks til tolv deltakere er det best mulige antallet informanter i et fokusgruppeintervju. De sier imidlertid også at mindre grupper kan være hensiktsmessig ved krevende temaer. Imidlertid anså vi fire til seks deltakere, som er innenfor det Malterud (2018, s. 138) mener er det ideelle antallet informanter, som et godt antall informanter da vi anså det som sannsynlig at dette ville gi oversiktlige og informative samtaler. Det er også begrenset hvor mange ledere som er tilknyttet en og samme intensivavdeling.

Da prosjektet ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) startet arbeidet med rekruttering av informanter. Det ble gjennomført ved å sende informasjonsskriv med samtykkeskjema om masteroppgaven til ledere på sykehuset og til seksjonsleder på intensivavdelingen ved sykehuset. I første omgang ble lederne rekruttert. Dette foregikk ved hjelp av portvaktfunksjon og snowballing (Malterud, 2012, s. 50; Polit & Beck, 2021, s. 498). Det vil si at informantene ble rekruttert via en kontaktperson (portvakt), som bidro med å rekruttere andre informanter (snowballing). Det var utfordrende å samle alle lederne til intervju, grunnet vanskeligheter med å finne tidspunkt som passet for alle.

Som Malterud (2012, s. 42) forklarer, gjorde manglende respons til vår studie det vanskelig å håndplukke intensivsykepleiere til intervjuene. Forskningsprosjektet ble promotert i lunsjpausen for intensivsykepleierne på intensivavdelingen. Selv om flere var positive til prosjektet førte det ikke til rekruttering av informanter. På nytt ble det sendt e-poster til seksjonsleder, og masteroppgaven ble promotert på en fellesarena i en internavis på intensivavdelingen. Dette gav heller ingen resultater og som følge av dette ble det forsøkt å rekruttere personlig igjen. Nytt oppmøte ble avtalt med seksjonsleder, og denne gangen gikk rekrutteringen gjennom. Samme dag som intensivsykepleierne ble rekruttert, ble intervjuet med tre intensivsykepleiere gjennomført. Utvalget av intensivsykepleierne ble et bekvemmelighetsutvalg, da det var disse informantene som, etter flere forsøk på rekruttering, kunne stille opp (Malterud, 2012, s. 43). Vi ønsket i utgangspunktet mer enn tre informanter, men det lot seg ikke gjøre. Det var fordi intensivsykepleierne ble tatt ut av avdelingen under intervjuet og

bemanningen denne dagen tillot ikke et større fravær av intensivsykepleiere. Det var heller ingen interesse for å gjennomføre intervjuet utenfor arbeidstid.

### **3.4 Intervjuguide**

Intervjuguiden vår er semistrukturert med åpne spørsmål. Litteraturen anbefaler åpne spørsmål fordi de gir informanten mulighet til å snakke fritt, dele mer av tankene sine og inviterer til forklaringer og anekdoter (Malterud, 2018, s. 133; Polit & Beck, 2021, s. 515). Den samme intervjuguiden ble brukt til begge gruppene. Vi var bevisst vår egen forforståelse, da dette kan påvirke intervjuguide og intervju og i varierende grad være styrende for selve intervjuet. (Brinkmann & Tanggard, 2012, s. 28). Det ble ikke gjennomført pilotintervju der spørsmål eventuelt revideres og testes ut på nytt i denne oppgaven selv om dette er anbefalt (Polit & Beck, 2021, s. 515). Intervjuguiden (vedlegg 1) bestod av fem spørsmål.

Spørsmålene ble utarbeidet for å belyse problemstillingen. Tre av spørsmålene er veldig tekst-nær problemstillingen. Dette bidro til at intervjuguiden muligens ikke ble så påvirket av vår forforståelse. Det var viktig å ha en intervjuguide som inneholdt klare, tydelige og åpne spørsmål som var like tydelig for begge fokusgruppene.

### **3.5 Innsamling av data**

Rollene våre var planlagt i forkant. Den ene studenten var moderator, mens den andre var sekretær. Moderator ledet samtalen, mens sekretæren skrev ned det som ikke ble tatt opp diktafon- appen som kunne være relevant. Dette kunne være kroppsspråk og fakter, beskrivelse av omgivelser eller kjennetegn hos informantene som lettet transkriberingsarbeidet. I tillegg passet sekretæren tiden (Malterud, 2018, s. 138). Intervjuene ble gjennomført på litt ulike måter. Intervjuet med lederne var det første møte som ble arrangert. Tid og oppmøte ble avtalt via e-post. Intervjuet ble gjennomført på et møterom på sykehuset. Informantene ble informert på nytt om temaet, men denne gangen muntlig. Det ble informert om at det var to lydopptakere til

stede. Intervjuet ble gjennomført som planlagt etter den utarbeidete intervjuguiden. Alle informantene bidro i samtalen. Moderator måtte lese det ene spørsmålet to ganger, slik at de forstod hva de skulle svare på. I enkelte tilfeller kom informantene inn på tema utenfor de konkrete spørsmålene i intervjuguiden, men dette ble sett på som informativt i forhold til problemstillingen i oppgaven.

Intervjuet med intensivsykepleierne ble gjennomført på et samtalerom på intensivavdelingen, og ble gjennomført samme dag som informantene ble rekruttert. Informantene i dette intervjuet fikk samme introduksjon som deltakerne i intervjuet med lederne. De fikk mail i forkant av intervjuet med informasjonsskriv og samtykkeskjema, men det er usikkert hvorvidt de hadde lest dette. Intervjuguiden ble fulgt til punkt og prikke. Det var god flyt i samtalen, og det virket som at informantene var engasjert i temaet. Intervjuet varte i en time. Moderatoren måtte også i dette intervjuet gjenta et spørsmål. Dette var et annet spørsmål enn det lederne måtte få gjentatt.

### 3.5.1 Lydopptak og transkribering

Diktafonene som ble brukt i intervjuene ble testet flere ganger før begge intervjuene. Det ble også brukt en backup-lydopptaker i begge intervjuene for å ha en reserve hvis utstyret skulle svikte (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 206). Intervjuene ble gjennomført i rolige omgivelser og hadde god lyd kvalitet. Intervjuene ble transkribert av studentene selv, da dette var en fin måte å bli kjent med materialet, som før analysen (Polit & Beck, 2021, s. 535). Alt som ble sagt i samtalen, inkludert pauser, nøling, latter og lignende ble inkludert i transkriberingen. Begge studentene var enige om at det tidvis var krevende å høre hvilken stemme som tilhørte hvilken informant, og lydfilen ble avlyttet gjentatte ganger for å sikre riktig merking av utsagn til deltaker (Nortvedt et al., 2021, s. 213; Polit & Beck, 2021, s. 515). Et felles problem ved begge intervjuene var at informantene tidvis pratet i munnen på hverandre innen temaer som engasjerte. Lydopptakene hadde likevel så god kvalitet at meningene kom frem. Episodene der informantene pratet i munnen på hverandre ble loggført i det transkriberte dokumentet. Deltakerne i

intervjuet med intensivsykepleierne merket som deltaker A, B og C. Dette gjorde at den transkriberte teksten ble lettlest og ryddig. I transkripsjonen av intervjuet med lederne ble informantene merket som deltaker 1, 2, 3, 4 og 5 (Malterud, 2012, s. 97)

### 3.6 Analyse

Fokusgruppeintervjuene ble analysert i tråd med Graneheim og Lundmans kvalitative innholdsanalyse (Graneheim et al., 2017; Graneheim & Lundman, 2004; Lindgren et al., 2020). Innholdsanalysen bidro til en subjektiv tolkning av teksten. Artikkelen gir en klar oversikt over viktige begreper i analyse prosessen, og de illustrerte bruken av de. Å ha en detaljert beskrivelse gjorde analysen av intervjuene enklere. Innholdsanalysen foreslo tiltak for å oppnå troverdighet. Kvalitativ innholdsanalyse er en systematisk metode for å analysere data. Det manifesterer innholdet gjenspeiles kategoriene, mens det latente innholdet synliggjøres gjennom temaene (Graneheim & Lundman, 2004). Intervjuene ble analysert hver for seg. Analysene hadde en induktiv tilnærming, der studentene som gjennomførte studien la vekt på å synliggjøre variasjon og bredde i dataene (Graneheim et al., 2017).

Analysen ble gjennomført ved at de to masterstudentene transkriberte hvert sitt intervju som ble lest av begge studentene flere ganger. Prosessen med å de-kontekstualisere teksten innebar å kondensere meningsbærende enheter og kode disse (Lindgren et al., 2020). Studenten byttet om på intervjuene slik at man identifiserte og kondenserte meningsbærende enheter i det intervjuet man ikke selv hadde transkribert. Videre ble de meningsbærende enhetene kodet og studentene byttet deretter igjen for å sikre at kodene var forståelige og representerte den meningsbærende enheten. Kodene ble lagt utover et bord for å få visuell oversikt.

Når de-kontekstualiseringen var gjennomført og intervjuene var kodet startet prosessen med re-kontekstualisering. Dette innebar at kodene ble sortert etter deres likheter og forskjeller. Ved hjelp av abstraksjon og fortolkning ble kodene sortert inn i subkategorier som etter hvert dannet kategorier (Lindgren et al., 2020). I hele analyseprosessen generelt, men i re-kontekstualiseringsprosessen spesielt, opplevde vi som beskrevet av Graneheim & Lundman (2004) at arbeidet ikke var en lineær prosess,

men gikk frem og tilbake flere ganger. Innholdet ble vurdert som beskrivende, tekstnært og manifest. Derfor ble resultatet uttrykt som subkategorier og kategorier.

Deretter ble det laget en tabell i hver analyse som var inspirert av Graneheim & Lundman, (2004).

*Tabell 1: Tabellen viser et eksempel på prosessen med å identifisere meningsbærende enheter, kondensering og dannelsen av koder.*

Meningsbærende enheter	Kondenserte meningsbærende enheter	Koder
B: Også er det jo også hvor mange som er ansatt her, fordi i helgene er det oppsatt at man kan ha så mange intensivpasienter og så mange intermediær, og det skal det jo være bemanning til.. Eller i ferien der det er 6 av den ene, og to av den andre eller... og i ukedagene skal det være flere.. sånn at det også... og hvem som har sett de reglene, det har jeg ikke peiling på.	Det skal være bemannet til det antallet pasienter man kan ha.  Hvem som har bestemt reglene vet jeg ikke.	Bemanning etter antall pasienter.  Usikkerhet over hvem som har bestemt reglene.

### 3.6.1 Studiens troverdighet

I kvalitativ forskning er troverdighet essensielt. Lincoln og Guba, i Polit & Beck (2021, s. 806), mener at troverdighet er graden av tillit kvalitative forskere har til sine data og analyser, vurdert ved å bruke kriteriene gyldighet, stabilitet (pålitelighet), bekreftbarhet og overførbarhet. Graneheim og Lundman (2004) anvender begrepene gyldighet, pålitelighet og overførbarhet for å bygge opp under troverdighet i sin kvalitative innholdsanalyse. Vi velger å kort redegjøre for begrepene slik Graneheim og Lundman beskriver de og studien vil vurderes opp mot disse i metodediskusjonen.



### 3.6.2 Studiens gyldighet

Gyldighet er ansett som et overordnet mål og er et identifisert kriterium i flere rammeverk for kvalitativ forskning. Gyldighet referer til at dataene og tolkningen av dem er sanne og hvorvidt de adresserer problemstillingen (Graneheim og Lundman, 2004). Lincoln og Guba, i Polit og Beck (2021, s. 569), peker på at gyldighet involverer to aspekter. Det ene innebærer at studien er utført på en måte som forsterker pålitelighet av funnene, og det andre er at forskeren tar grep for å demonstrere gyldigheten i forskningsartikkelen. Studiens gyldighet er forsøkt opprettholdt ved at studentene kontinuerlig har stilt kritiske spørsmål til hver prosess gjennom hele analysen. Det vil si fra problemstilling til konklusjon. Eksempelvis: Har vi formulert problemstilling godt nok? Var det faktisk dette vi lurte på? Har vi godt et nok utvalg? Hvilken kunnskap har deltakerne gitt oss? Er presentasjonsformen god nok? (Graneheim og Lundman, 2004; Malterud, 2018, s. 192). Dette har vært en kontinuerlig prosess gjennom hele prosjektet.

### 3.6.3 Studiens pålitelighet

Graneheim og Lundman (2004) refererer til Lincoln og Guba som sier at studiens stabilitet viser til pålitelighet i dataene over tid og i ulike forhold. Graneheim og Lundman (2004) gir uttrykk for at store mengder data, lang datainnsamling, eller at intervjuerne har endret forståelse for temaet som undersøkes kan påvirke påliteligheten.

Polit og Beck (2021, s. 569) forklarer påliteligheten med at funnene er stabile og blir gjentatt dersom man utfører undersøkelsen på ny med samme eller lignende informanter og i samme eller lignende kontekst. Videre mener de at forskeren ikke kan oppnå gyldighet uten stabilitet (Kvale og Brinkmann, 2021, s. 276). Pålitelighet er forsøkt ivaretatt ved å referere til bred og oppdatert forskningslitteratur i studiens bakgrunn for senere å sammenligne funn med nyere forskning og retningslinjer. Det har hele tiden vært dialog og diskusjoner mellom studentene i arbeidet med analysen (Graneheim et al., 2017; Graneheim og Lundman, 2004).

### 3.6.4 Studiens overførbarhet

Overførbarhet handler om at funnene kan overføres eller ha anvendelighet i andre settinger og forskningen er relevant i andre kontekster (Graneheim & Lundman, 2004). Polit & Beck (2021, s. 570) referer til Lincoln og Guba som har bemerket at forskere har et ansvar for å gi tilstrekkelig informasjon. Det er leseren som avgjør hvorvidt en studie er overførbar eller ikke. Studien kan ha overførbarhet for intensivsykepleiere og ledere på en intensivavdeling som påvirkes av helsepolitiske føringer. Den kan også ha overførbarhet til politikere som jobber med helsepolitikk. Det er forsøkt å gi leseren tilstrekkelig med data ved å etterstrebe at beskrivelse av blant annet kontekst, utvalg, deltakere, datainnsamling og analyseprosessen er grundige. Graneheim og Lundman (2004) forklarer at en informasjonsrik presentasjon av funnene sammen med passende sitater vil forbedre overførbarheten.

## 3.7 Forskningsetikk

Prosjektet er gjennomført etter forskningsetiske retningslinjer med fokus på forskerens roller til deltaker, profesjonen og samfunn slik Northern Nurses Federation, (NFF), beskriver det (2003). Det ble hentet inn relevante tillatelser fra personvernombudet på det aktuelle sykehuset for å gjennomføre studien. Veileder var prosjektansvarlig, og forskningsprosjektet er godkjent av NSD (referansenummer 246502). I tråd med Helsinkideklarasjonen signerte informantene på et samtykkeskjema som inneholdt relevant informasjon prosjektet (World medical association, 2022).

Samtykket skal være frivillig, slik at deltakeren er informert om hensikten med forskningen og skal kunne trekke seg når som helst frem til forskningen er publisert. Det innebærer også at deltakerne ikke skal føle press eller forpliktelse til å delta om de ikke ønsker å være med (Hallvard J., 2015; Personopplysningsloven, 2018, paragr. 5). Det er viktig å forsøke å etablere tillit gjennom aktsomhet til et potensielt sensitivt tema (Malterud, 2018, s. 211). Spørsmålene kunne oppleves som kritiske og kanskje særlig for

gruppen deltakere som satt i administrasjonen i helseforetaket. Av den grunn var det viktig å fremme en holdning om nysgjerrighet og et ønske om å forstå.

Oppgaven tok for seg erfaringer og opplevelser til ansatte i helseforetak som innebar at vi innhentet opplysninger om deltakere, blant annet navn, yrke, kjønn, hvor lenge vedkommende har jobbet og arbeidsplass. Det er derfor en juridisk forpliktelse å sørge for at informasjonen som innhentes beskyttes mot uønsket innsyn og at deltakerne anonymiseres (Hallvard J. & Ingierd, 2015; Personopplysningsloven, 2018, §18). For å beskytte opplysningene som ble innhentet mot uønsket innsyn, benyttet vi oss av et av lagringsalternativene som er angitt som sikre av Universitetet i Sør- Øst Norge (USN), for oppbevaring av interne opplysninger (se vedlegg). Deltakere og sykehus er ikke navngitt i studien.

### 3.7.1 Forforståelse og egen rolle

Malterud, (2018, s. 44) forklarer begrepet forforståelse som den bagasjen vi innehar før vi går inn i prosjektet. Hun forklarer videre at forforståelse er erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og teoretisk grunnlag og at denne påvirker oss hele tiden: blant annet i måten vi innhenter, leser og tolker data. Det kan styrke et prosjekt, men også resultere i at forforståelsen overdøver dataene fra empirien.

Vår forforståelse i denne studien er noe todelt. Den ene hadde mer erfaring, faglig perspektiv og teoretisk grunnlag enn den andre. Oppgaven kunne muligens ha blitt mer farget av egen forforståelse dersom studenten med mye forforståelse gjennomførte studien alene. Oppgaven er naturlig nok farget av forforståelse fra begge studentene likevel. Begge har jobbet som intensivsykepleiere i noen måneder, samt at begge har flere års erfaring som sykepleiere. Vi har nok i løpet, gjennom erfaringen vår, bevisst eller ubevisst hatt tanker om hvordan helsepolitiske føringer påvirker vår arbeidshverdag. Som en del av det å være bevisst sin forforståelse er det også viktig å være klar over sin egen rolle som forsker, at vi er refleksive ved at vi er kritiske til egne funn og fremgangsmetode (Malterud, 2018, s. 19–20).



## 4 Resultat

Hensikten med studien var å finne ut hvordan ledere og intensivsykepleiere opplever at helsepolitiske føringer påvirker intensivsykepleierens hverdagen deres i tillegg til rekruttering og kompetanse. Ved å bruke Graneheim og Lundmans (Graneheim et al., 2017; Graneheim & Lundman, 2004; Lindgren et al., 2020) kvalitative innholdsanalyse på de to fokusgruppeintervjuene ble det utarbeidet tre felles kategorier og 28 subkategorier. 15 subkategorier fra intervjuet med lederne og 13 subkategorier fra intervjuet med intensivsykepleierne. Resultatet blir fremstilt som et sommerfugldiagram for å synliggjøre at vi fant felles kategorier, og at subkategoriene beskriver både ulikheter og likheter. Informantene er merket som deltaker 1, 2, 3, 4 og 5 og deltaker A, B og C. Funnene blir presentert etter kategorier.



Figur 1: De tre kategoriene i midten med subkategorier fra intervjuet med intensivsykepleierne over og subkategorier fra intervjuet med lederne under.

## 4.1 Trange rammer og lite rom for fleksibilitet og tilpasning

Informantene var samstemte på hvilke tiltak som kunne beholde ansatte og deres kompetanse. De mente at individuell tilrettelegging var viktig og burde iverksettes dersom avdelingen stod i fare for å miste intensivsykepleiere med viktig kompetanse.

*Hvertfall da, da tenker jeg (...) da mååå man jo forskjellsbehandle litt da, når du har en dritdyktig intensivsykepleier som du står på tampen til å miste fordi at man ikke kan tilrettelegge. Da må man bare tilrettelegge. Fordi man har ikke råd til å miste bra kompetanse da (deltaker C).*

Intensivsykepleierne gav uttrykk for at turnus var en av årsakene til at de hadde mistet kompetanse. De forklarte at tidligere tilrettelagte turnuser var tatt bort grunnet misnøye fra andre ansatte. Lederne mente at høy vaktbelastning ikke var helsebringende. Alle informantene var enige om at turnusarbeid kunne være vanskelig å kombinere med privatliv. Av den grunn søkte ansatte andre jobber, og avdelingen mistet viktig kompetanse. Intensivsykepleierne opplevde at ledelsen ikke kartla godt nok omkring hvorfor intensivsykepleierne sluttet.

*Jeg tror at man må prøve å tilrettelegge for noen som nærmer seg pensjon, at de ikke går natt og lar de (...) gå ned i stilling, men ikke i lønn. Jeg tror de prøver, men det er jo ikke så enkelt å få det til tror jeg (deltaker A).*

Lederne hadde flere forslag for å beholde folk. Noen av lederne hadde tatt direkte kontakt med den enkelte ansatte og spurt hva som skulle til for at den ansatte ble værende på avdelingen. Å beholde eldre med kompetanse var prioritert. Utprøvinger der ansatte fikk mer betalt for å jobbe tyngre turnus var vellykket, men dette ble avvirket grunnet for store kostnader.

*Og det er jo de vi kanskje burde jobbe mest med å klare å beholde, men nå ligger det ikke noen politisk vilje til akkurat det tiltaket tror jeg. Men i min hjerne så, det er jo de vi på ingen måte har råd til å miste (deltaker 1).*

Lederne så at det var ulike behov hos de ansatte. Den ene ville ha fag, den andre ville ha fri. De ga uttrykk for at de var enige om at det handler om å se hver enkelt ansatt og dens behov. For å møte disse behovene ønsket de å kunne tilby forskjellige løsninger i

form av individuell tilrettelegging. Intensivsykepleierne fortalte at de individuelle behovene til ansatte påvirket hele personalgruppen.

*«En har vondt i en rygg, eller den har vondt i et kne, eller den har vondt i en arm. Den kan ikke løfte. Den kan ikke gå på smittestue.. den vil ikke ha covid. Også står man igjen med.. hvis man har 12 på vakt så er liksom ikke alle som kan gjøre alt da (...) Man klarte liksom å få det på en måte gjennom... litt feigt (...) det er veldig stor forskjell hvem som er på jobb (deltaker C).*

Intensivsykepleierne rapporterte at dersom man hadde de rette ansatte på jobb så gikk vekten kjempefint, selv om det var hektisk. De var enige om at slik var det å jobbe med mennesker og at dette ikke var unikt. Informantene forklarte også at de hadde egne preferanser på hvem de likte å jobbe med.

Alle informantene var enige om at det var misforhold mellom krav og ressurser på intensivavdelingen. Intensivsykepleierne gav uttrykk for at det var for mange oppgaver og for lite folk i ulike akutte situasjoner som kunne oppstå.

*«Det kommer an på hva situasjonen (...) er det en stans er det jo alle mann i arbeid liksom.*

*Og er det en akutt blødning liksom. Vi har hatt ganske mye av.. siste halvåret (...) så har vi hatt pasienter med GI-blødning, og det blør alle veier og vi skal hente blod, og vi skal ditten og datten. Og da er det «snøtt» med folk av og til (...) Så det er klart at det.. den.. den.. det legges opp til marginal drift, så går det utover de som er på jobb (deltaker C).*

Lederne forklarte at det var en rivende utvikling innenfor helsehjelp, og at det ble utøvd mer medisinsk behandling. Det kom klart frem at dette kunne by på voldsom logistikk som resulterte i at pasienter ble flyttet hyppig. Dette skyldtes ikke medisinske behov, men var relatert til drift. Lederne rapporterte at behandling av pasienter som tidligere ble avslått var en del av intensivsykepleierens hverdag.

*«Vi behandler sykere pasienter og det også krever jo mer ressurser fra oss (deltaker 5).*

Intensivsykepleierne mente at intensivavdelingen kostet for mye å drive, men var en nødvendighet. Dette bidro til at andre funksjoner som ikke ble ansett som like viktige for pasientbehandling ble nedprioritert. For eksempel hadde intensivsykepleiere som skulle veilede studenter kun mulighet til dette dersom det var mulig i forhold til drift. Det skjedde svært sjeldent. De trodde ikke det ville bli bedre heller, så lenge staten var ansvarlig for sykehusene.

Lederne fortalte at opplæring ble sett på som en belastning. Det var ikke lagt til rette for det og kom som regel på toppen av de arbeidsoppgavene intensivsykepleieren allerede hadde.

*«(...) Noe som i hvert fall jeg opplever at sykepleierne på intensiv, som har vært veldig, som har belastet dem en del da, har vært det voldsomme antallet mennesker som har skullet ha opplæring (...) For de opplever altså opplæringssituasjonen som en belastning for de har fullt opp med pasienter og så i tillegg skal de lære opp en 15 - 20 stykker»  
(deltaker 1).*

Lederne mente at hverdagen endret seg mye for mange under pandemien. De konkluderte med at det var en tøffere hverdag for intensivsykepleieren, og at det ikke var nok pustepauser. Lederne pratet mye om dette med å være alene på smitterom, og hvordan dette påvirket intensivsykepleierne. Lederne så at flere vakter på rad på isolat med smittevernutstyr påvirket intensivsykepleierne. Intensivsykepleierne visste ikke når de kunne komme ut fra smitterommet for å gå på do eller drikke. Det var annerledes å ikke kunne gå ut.

*«Man blir veldig fokusert på det i det øyeblikket man ikke kan» (deltaker 3).*

## **4.2 Driften av intensivavdelingen påvirker livet til den ansatte**

Det kommer frem at driften er avhengig av tilbud og etterspørsel. Lederne anslo at avdelingens belegg hadde ligget på 100-120% de siste to årene. Videre forklarte de at et normalt og riktig belegg er mellom 80-90%. Lederne opplevde at intensivsykepleierne



fikk en tøffere hverdag da flere pasienter krevde intensivbehandling. Det ble rapportert om at intensivavdelingen tidligere tålte høyere belastning fordi man i andre perioder hadde det roligere.

*«(...) Som påvirker sykepleierne ganske betraktelig når det er så fullt hele tiden. Så man får aldri liksom slappe av. \*Trekker pusten dypt\*» (deltaker 4).*

Det ble fortalt om hvordan seksjonsledere har gjort mye arbeid i forhold til drift av intensivavdelingen gjennom personalpolitikk. Lederne kjente sine ansatte, visste hva de tålte, og så om de ble slitne. De mente det var viktig å være oppmerksom på dette, og ba den ansatte hvile seg innimellom for så å komme sterkere tilbake. Lederne var enige om at det ble gjort en kjempeinnsats i et forsøk på å holde de ansatte på beina så lenge som mulig.

Lederne rapporterte om vage og manglende sentrale føringer under covid-19. De fortalte om beslutninger som ble tatt på vagt grunnlag da de opplevde smittevernsavdelingen som ulne i sine råd og anbefalinger. De forklarte at det var vanskelig for enkelte av lederne. Lederne rapporterte om tanker som: *«Sender vi dem inn i døden?»*.

*Det kom vel egentlig ikke noen sentrale føringer på akkurat dette heller. Og det var vel kanskje en utfordring at de sentrale føringene var veldig vage, sånn at det ble litt opp til hver enkelt institusjon eller hver enkelt leder for den saks skyld å treffe en del sånne beslutninger (deltaker 3).*

Intensivsykepleierne pratet ikke så mye om covid-19, men turnus var noe som engasjerte mye. De var enige om at ønsketurnus er positivt, men at turnusreglene opplevdes rigide. Det kom frem at intensivsykepleierne opplevde at turnusregler gagnet avdelingen mer enn den ansatte. Informantene forklarte at det var krevende å få fulltids turnus og privatliv til å gå opp. Dersom intensivsykepleierne ønsket å bytte bort vakter genererte det som regel brudd på arbeidsmiljøloven (AML) i en 100 % stilling. Likevel kunne sykepleieren jobbe samme vekten dersom det gagnet avdelingen. Det ble sagt at det var mer fleksibilitet tidligere.

*«(...) også er det mye mer motiverende å hjelpe avdelingen, hvis man vet at man får noe tilbake (...) altså, det er litt sånn to veis, det er litt sånn gi og ta. Altså jeg kan, altså istedenfor at det bare er på dem sine premisser, og det er jo mye mer motiverende hvis jeg kommer meg på langhelg til Paris, og tar en dobbeltvakt i i bytte mot det. Altså. Da jobber jeg gladelig en dobbeltvakt, hvis jeg bare kommer meg til den helgen i Paris. Så er jo det gull. Fordi da samler jeg så mye energi når jeg gjør det jeg har lyst til (...) men det er to timer for mye, så det går IKKE» (deltaker B).*

Lederne snakket om at intensivsykepleieren binder seg til livsvarig turnus og høy vaktbelastning. De fortalte at den høye vaktbelastningen ikke er en rekrutteringsrose. Det fremkom også at de trodde vaktbelastningen var foretrukket av de yngre.

*«Nei, også er det også noe med det og, at fordi å være intensivsykepleier i spesialavdeling (...) så er jo det de aller tøffeste turnusene du finner i bransjen, ikke sant» (deltaker 2).*

Intensivsykepleierne var enige om at ferieavviklingen ikke var tilfredsstillende. Det fremkom et stort engasjement for dette temaet, og intensivsykepleierne ga uttrykk for at det var rom for forbedring fra ledernes side. Intensivsykepleierne anerkjente at arbeidsgiver har rett til å pålegge ferieavvikling fra april til september, men fortalte at det var vanskelig å kombinere dette med familieliv.

*«Ehhh, og rigid ferieavvikling. Ehhh, jeg begynner ikke ferien når ungene går på skolen, og jeg slutter ikke ferien når ungene er på skolen (...) det er liksom.. sånn skal det være, og det er liksom ikke noe å lytte til ansatte, om hvordan de velger å gjøre det- eller hvordan de har lyst å gjøre det, og prøve å finne en felles løsning da» (deltaker B).*

Under pandemien oppstod det en bevissthet på hvordan pasienters valg om å ikke vaksinere seg førte til store konsekvenser for helsepersonell.

*«Og det har vi nok ikke sett så tydelig tidligere, men det var nok dette at det autonome valget som noen pasienter tok, fikk så innmari store konsekvenser for de som var i klinikk, også, vi så at fordi du valgte å ikke vaksinere deg, så kan jeg være på, ikke feire julaften sammen med familien min. Jeg kan ikke ha påskeferie sammen med de jeg er glad i, også det fikk en rekke konsekvenser for den enkelte som vi kanskje ikke har sett like tydelig tidligere» (deltaker 3).*

Dette gjorde ikke at uvaksinerte pasienter fikk dårligere helsehjelp. Den store pågangen av covid-19-pasienter økte presset på intensivavdelingen og krevende pasientcaser påvirket intensivsykepleierne.

*«Det er veldig stor forskjell på å ha en intensivpasient med totalhavari etter en hjertestans som er 82 år gammel, da, det klarer man fint å distansere seg fra. Når det er 43 åring med tre småunger som er i skolealder så er det en helt annen setting for sykepleierne. Det er mye mer emosjonelt, mye tøffere å stå i. Når du har en som på en måte har hatt et godt liv og har kommet til veis ende» (deltaker 1).*

Lederne fortalte om hvordan noen sykepleiere hadde hatt behov for å gå i begravelser og få en avslutning på et langt intensivopphold. De anså dette for å være noe som var naturlig fordi intensivsykepleiere ble svært godt kjent med pasienter og deres pårørende. Debrief og deltakelse i begravelser var noe det ble forsøkt lagt til rette for etter ekstra krevende pasientcaser.

Intensivsykepleierens omdømme og yrkesstolthet var noe som ble omtalt av alle informantene. Under og etter pandemien hadde det vært hyppige oppslag om intensivsykepleierens arbeidshverdag med negativt fortegn.

*Fordi jeg kjenner meg ikke igjen i alle de utsagnene, og da tenker jeg litt sånn, men hvorfor skal ... hvorfor skal det.. hvorfor skal de menneskene bli ansiktet utad til sykepleierne da (deltaker C).*

Lederne mente at pandemien hadde ført til økt kunnskap og bevissthet om hvem intensivsykepleierne var og hvilke arbeidsoppgaver de hadde. Dette mente de var svært positivt og gunstig for intensivsykepleierne.

*«For jeg tror nok også at intensivsykepleierne, altså yrket kom nok ut i andre enden av covid med en helt annen status, enn de gikk inn i covid med» (deltaker 3).*

Det ble snakket om kunnskapen og kvalifikasjonene intensivsykepleierne hadde, og hvilke oppgaver de var i stand til å utføre. Dette førte til refleksjoner rundt alle de oppgavene intensivsykepleieren utførte som ikke var direkte pasientrelatert.

*«At du skal stå der og fylle traller og kjøre lagerstyring, og vaske og ikke minst smittevaske og bruke tid på det når du egentlig burde bruke tid på helt andre ting (...) Det er ganske ekstremt mye ting, sånne ting som man må bruke tid på som absolutt ikke er en del av stillingsbeskrivelsen, for å si det sånn» (deltaker 2).*

Intensivsykepleierne var klare på at det å bli sett og tilgodesett økte arbeidsmotivasjonen.

*«Pengene har vel også noe å si. Jeg jobber 100 prosent. Jeg gidder ikke jobbe noe mer enn jeg må hvis det ikke er noe lønnet, eller har en fordel for meg» (deltaker A).*

De var tydelige på at det handlet om en balanse mellom det å jobbe mye og tjene godt og å tilbringe tid hjemme sammen med familien. Det var enklere å takke ja til en ekstravakt eller dobbeltvakt hvis det innebar et gode. Dette kunne være ekstra godt betalt eller å få fri til å reise eller være sammen med venner og familie.

### **4.3 Driften kan utfordre kravet om faglig forsvarlighet**

Informantene snakket også om hvordan de opplever at driften av intensivavdelingen fører til utfordringer. Utfordringer med bemanning ble tatt opp av begge gruppene. Alle informantene var samstemte i at behovet for bemanning og kompetanse var stort, og de delte en felles forståelse av at bemanningen ikke alltid strakk til. Dette gjaldt både i antall ansatte på jobb og hvilken kunnskap og erfaring de ansatte på jobb hadde.

*«Og så kan vi jo si at de bemanningsplanene de er jo lagt etter, ehm, en, overordnede anbefalinger for hva en intensivpasient skal ha av bemanningsfaktor». (deltaker 4)*

Intensivsykepleierne ga uttrykk for at hvem som var på jobb og hvilken kompetanse de hadde var av stor betydning for hvordan de klarte å ivareta pasientene.

*«Det kommer jo også an på ansattes kunnskapsnivå som er på vakt da. Om du klarer det». (deltaker A)*

De knyttet kompetanse og bemanning opp mot det å ha tilfredsstillende beredskap for uventede hendelser. Det være seg at det ble meldt nye pasienter eller akutte hendelser med inneliggende pasienter.

*« ... Eller hvis vi skal på CT- tur, eller det skjer noe.. og det er jo det som kanskje er litt frustrerende, at kanskje ledelsen legger opp til en, eller ledelsen slash sykehuset da, legger opp til en drift som vi føler vi ikke har bemanning til (...) Og jeg mener at det er helt feil. At man på en intensivavdeling ikke har beredskap for at noen av de inneliggende pasientene får en akutt situasjon». (deltaker C).*

De reflekterte også over bemanning og kompetanse hos legene. Det at legene hadde mange oppgaver og ofte var utilgjengelige for dem når de hadde behov for å konsultere eller at legene var uerfarne, og at de selv måtte ta avgjørelser frem til neste lege kom på vakt.

*«De kan ikke ta stilling til dialyse hvis det blir noe trøbbel med blodgasser og syre-base, også spør du om råd.. og de bare.. nei! Det kan jeg ikke. Det vet jeg ikke». (deltaker C).*

Fagutvikling ble ansett som et viktig bidrag til kompetanse og lederne anga at de prioriterte dette høyt selv med utfordrende bemanningssituasjoner gjennom covid-19.

*«... Selv gjennom pandemien så har vi etter beste evne tviholdt på fagdagene». (deltaker 1).*

Intensivsykepleierne fortalte at de var svært fornøyde med at det var fokus på fagutvikling og anså egen arbeidsplass som flinke til å ivareta fag og kompetanse. Imidlertid opplevde de at det var et område det stadig ble strammet inn på.

*«Men vi har fagdager, og det er det ikke alle som har. Det er mange sykehus som er misunnelig på det fordi vi har. Men det er klart, før så var det jo litt mere sånn læring i det, men nå blir det brukt også veldig mye til ... em.. hva heter det for noe? Sertifiseringer». (deltaker C).*

For å ha nok bemanning og kompetanse ble rekruttering av nye intensivsykepleiere ansett som viktig. Det ble snakket om at det av flere årsaker var et kontinuerlig behov for å utdanne nye. Denne rekrutteringen skjedde stort sett internt i eget helseforetak gjennom utdanningsstillinger. Økonomien var hovedsakelig begrensningen på hvor mange som ble rekruttert.

*«For en må jo ha budsjetter til å ha utdanningsstillinger nok til å få rekruttert, og det har jo vært en voldsom stigning de siste to kullene, fordi at det kom midler sentralt fra, ikke sant. Fordi man ønsket å øke dette her. Sånn at det har jo vært, det er jo hovedjobben vil jeg si i forhold til rekruttering også, når man har fått rekruttert dem så er det jo å gå i gang med å binde dem til faget sånn at de vil fortsette å jobbe og trives». (deltaker 2).*

Mange av de som gikk inn i rekrutteringsstillinger kom fra en intermediærpost med tilknytning til intensivavdelingen. Dette ble ansett som en fordel da rekruttene hadde innsikt i hva slags arbeid intensivsykepleiere utførte. Lederne anga en bevisst strategi for å få den enkelte ansatte til å trives. Ved å gi mulighet til utvikling håpet de at den ansatte ønsket å fortsette å jobbe på intensivavdelingen. Når det kom til rekruttering var intensivsykepleierne enige i at rekruttering fra intermediæravdelingen var hensiktsmessig og positivt. De ønsket seg en mer offensiv holdning fra ledelsen og opplevde at de i liten grad prøvde å selge seg inn hos studenter uten utdanningsstilling eller interesserte vikarer.

*«Men det jeg tror vi ikke er gode på er å huke tak i de studentene som ikke har utdanningsstilling (...) og jeg prøvde å si til ledelsen.. atte.. hun har ikke noen bindingstid noe sted. «Ja, da er det bare å søke når du er ferdig». I stedet for å*

*liksom selge avdelingen. Bare det å liksom være litt på hugget underveis».*  
*(deltaker B).*

Når det gjaldt det å veilede intensivsykepleiestudenter var dette en oppgave intensivsykepleierne oppgav som meningsfylt, spennende og utviklende. Samtidig var de også klare på at det var ekstremt slitsomt.

*«Det er ikke negativt, men man blir veldig sliten av å ha et menneske med seg hele dagen (...) At du ikke bare.. altså det er jo en bra ting fordi du blir bevisst og du.. du må kanskje ehh rote litt i gamle kunnskaper og fornye deg litt, men.. sånn sett er det egentlig ganske spennende og ha student». (deltaker C).*

## 5 Diskusjon

Oppgaven hadde til hensikt å undersøke hvordan ledere og intensivsykepleiere opplever at helsepolitiske føringer påvirker intensivsykepleierens hverdag, rekruttering og kompetanse. Derfor ble det gjennomført to fokusgruppeintervjuer som inkluderte til sammen åtte deltakere, som beskrevet i metodekapittelet. Arbeidet resulterte i tre kategorier som beskriver det manifeste innholdet i intervjuene. Informantene, som bestod av ledere og intensivsykepleiere, beskrev ulike aspekter ved det å jobbe på en intensivavdeling, og hvordan de helsepolitiske føringene påvirket intensivsykepleieren. I dette kapittelet vil vi diskutere resultatene fra de tre kategoriene opp mot relevant teori og forskning. Vi vil også gjennom diskusjonene knytte funnene til klinisk praksis.

### 5.1 Trange rammer og lite rom for fleksibilitet og tilpasning

Informantene var enige om at individuell tilrettelegging kunne ha bidratt til å beholde ansatte og deres kompetanse. I 2011 ble det gjennomført en studie der resultatene kunne tyde på at det var behov for flere sykepleiere på intensivavdelinger i Norge (Stafseth et al., 2011). Vincent et al. (2022) mener at mangel på sykepleiere på intensivavdelinger ikke er et nytt fenomen, men har blitt forsterket av covid-19-pandemien. Videre mener de at de underliggende årsakene var godt kjent. Det inkluderte blant annet overdreven arbeidsbelastning, som resulterte i utbrenthet og et økt ønske om å slutte. Intensivsykepleierens høye arbeidsbelastning understøttes av flere studier (Høgbakk og Jacobsen, 2019; Jarden et al., 2018; Kelly et al., 2021; Vincent et al., 2022). Informantene i vår studie mente at flere ansatte hadde sluttet grunnet dårlige turnusordninger. Lederne anerkjente at intensivsykepleie som yrke krever en stor vaktbelastning, noe som ikke er helsebringende. Lederne forklarte også at ansatte ikke fikk turnusen til å fungere med privatlivet. Intensivsykepleierne gav uttrykk for at ansatte som nærmet seg pensjon burde ha fått tilrettelegging som for eksempel å gå ned i stilling, men ikke i lønn. Vincent et al. (2022) mener at mangel på intensivsykepleiere påvirker pasientbehandling og arbeidshverdagen for alle ansatte på intensivavdelingen negativt. De mener at det bør gjøres en innsats av ledelsen for å



forstå hvorfor intensivsykepleiere slutter og for å forbedre faktorene som bidrar til at intensivsykepleiere slutter. I resultatene i vår studie kommer det frem at lederne hadde spurt hver enkelt ansatt om hva som skulle til for at de ble i jobben. Informantene fokuserte på individuell tilrettelegging for å beholde ansatte. Våre funn samsvarer med Vincent et al. (2022) argumentasjon om at individuell tilrettelegging var viktig for å beholde ansatte.

Lederne ønsket å prioritere de eldre intensivsykepleierne med kompetanse, men at de trodde det lå liten politisk vilje i eventuelle tiltak. Regjeringen skriver i en proposisjon til Stortinget at helseforetakene skal sikre tilstrekkelig tilgang på intensivsykepleiere (Prop. 1 S (2022–2023)). Dette inkluderte å beholde intensivsykepleiere og deres kompetanse i spesialisthelsetjenesten Lederne fortalte at de hadde hatt et prosjekt hvor de ansatte jobbet mer ugunstige skift og fikk bedre betalt. Dette hadde vært en suksess, men prosjektet ble avvirket som følge av manglende økonomisk støtte. Det kan tolkes dit hen at lederne ønsket å iverksette tiltak for å beholde ansatte med kompetanse, men at den politiske viljen ikke er synlig.

Det tolkes slik at informantene var enige om at ansatte har ulike behov. Lederne mente behovene varierte i ulike faser gjennom livet. De mente at jo eldre man ble, desto mindre ønsket og orket man en høy vaktbelastning. En kollegas vonde rygg kan gi merarbeid for de andre på vakt. Det ble antydnet at en stor arbeidsbelastning påvirket intensivsykepleieren fysisk og mentalt. Av den grunn kan det forstås slik at ansatte noen ganger trenger tilrettelegging grunnet vedvarende stor arbeidsbelastning.

Intensivsykepleierne mente at det var veldig stor forskjell på hvem som var på jobb, og hvordan det påvirker arbeidsdynamikken. De fortalte også at arbeidsdagen kunne gå kjempefint, så lenge de ansatte jobbet godt sammen. Norsk Sykepleier-forbund (NSF, 2019) mener at intensivsykepleierne skal vise respekt for hverandre og hverandres arbeid. Intensivsykepleierne skal ha en støttende funksjon for medarbeiderne sine, men NSF poengterer at det skal være mulighet for å ta opp brudd på faglige, etiske eller kollegiale normer. Stor vaktbelastning er et av funnene i denne studien og understøttes av tidligere forskning (Høgbakk og Jacobsen, 2019; Jarden et al., 2018; Kelly et al., 2021; Vincent et al., 2022). Vi kan tenke oss at stor vaktbelastning og høyt arbeidspress kan

gjøre det krevende å følge opp NSF's yrkesetiske retningslinjer som omhandler kollegial støtte og respekt for andres behov.

Lederne og intensivsykepleierne mente at det var et misforhold mellom krav og ressurser. I følge lovverket skal en intensivsykepleier utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven, 2000, § 4). I resultatet i denne studien gav intensivsykepleierne uttrykk for at det var for mange oppgaver og for lite personell i ulike akutte situasjoner. De mente det ble lagt opp til en marginal drift grunnet dårlig grunnbemanning. Det er nedfelt i lovverket at pasienten har rett på øyeblikkelig hjelp (Pasient-og brukerrettighetsloven, 1999, paragr. 2-1 b). Samtidig har intensivsykepleieren plikt til å bistå i situasjoner der personer har behov øyeblikkelig hjelp (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, paragr. 3-1). Lederne gav uttrykk for at det var en rivende utvikling innenfor helsehjelp, og at dette også hadde resultert i at pasientklientellet var sykere. Lederne mente dette krevde mye ressurser fra intensivsykepleierne. Det kan tolkes dit hen at det foreligger et dilemma når manglende ressurser utfordrer kravet om faglig forsvarlighet i møte med retten til øyeblikkelig hjelp. Det kan oppfattes slik at de økonomiske rammene på intensivavdelingen motarbeider lovverket. Dette kan påvirke intensivsykepleiere og deres arbeidshverdag. NSF (2019) mener at intensivsykepleieren selv har et ansvar for at arbeidet er faglig forsvarlig gjennomført. Dette kan tolkes som at intensivsykepleieren selv har et ansvar for å vurdere når arbeidsbelastningen blir så stor at den truer faglig forsvarlighet.

Lederne mente at opplæring er en del av jobben. Det ble sett på som en belastning av informantene i vår studie da det ikke var lagt til rette for. Helseforetaksloven (2001) fastslår at spesialisthelsetjenesten skal legge til rette for undervisning. Høgbakk & Jacobsen (2019), konkluderer med at det er stort behov for opplæring. De mener at opplæring og kompetanseheving er spesielt viktig med tanke på beredskap, og for å håndtere uforutsigbare situasjoner. Det kan forstås slik at intensivsykepleierne har et ansvar for opplæring, og at helseforetaket skal legge til rette for dette. Resultatene i denne studien viser at det er rom for forbedring da intensivsykepleierne ikke får

tilrettelagt arbeidet med opplæring.

Lederne mente at pandemien påvirket intensivkapasiteten, og konkluderte med at denne perioden resulterte i en tøffere arbeidshverdag for intensivsykepleieren. Lie et al. (2021) konkluderer med at det var en tøff hverdag, men at intensivsykepleierne likevel var nokså fornøyde under pandemien. Studien avdekket et behov for pauser, noe også lederne i denne studien var enige om. Studien til Meyer-Kristiansen et al., (2022) avdekket at arbeidsdagen var krevende i form av lange og ubehagelige vakter på isolat.

## **5.2 Driften av intensivavdelingen påvirker livet til den ansatte**

Lederne mente at en overfylt avdeling belastet pasienter og intensivsykepleiere. Gurses og Carayon (2007) mener arbeidsmiljøet kan ha stor innvirkning på sykepleien som blir gitt til pasientene og pasientsikkerheten. Vincent et al. (2022) og Kelly et al. (2021) mener at en tilstrekkelig intensivsykepleier-bemanning er av størst betydning for intensivsykepleiernes trivsel. De forklarer videre at intensivsykepleiere som trives vil kunne forbedre kvaliteten på omsorgen som gis til pasientene. De mener dette også vil bedre arbeidshverdagen for alle på intensivavdelingen. I resultatet fra vår studie kommer det frem at lederne mente en stadig full intensivavdeling resulterte i at intensivsykepleierne aldri fikk pause. De anslo at belegget på intensivavdelingen har ligget på 100-120 % i to år, og at dette førte til logistikkproblemer. Det kan tolkes slik at informantene er enige med det Vincent et al. (2022) beskriver i sin artikkel om tilstrekkelig bemanning. I resultatet kom det frem at lederne har gjort en betydelig innsats for å få ansatte til å holde ut i en krevende periode. Det er gjennomført studier som synliggjør arbeidsbelastningene til intensivsykepleierne. Stafseth et al. (2018) har forsket på bruken av klassifiseringssystemene NEMS og NAS, som kan bidra til planlegging og budsjettering av intensivressurser i framtiden. Ingen av informantene nevnte noe om klassifiseringssystemer, men det kan vurderes slik at dette er nyttige verktøy for å identifisere belastningen intensivsykepleierne opplever ved en full avdeling over lengre tid. I tillegg til klassifiseringssystemer for å planlegge ressurser kan kvalitetsindikatorer potensielt identifisere kvaliteten på sykepleie. Hvorvidt det er

hensiktsmessig å bruke kvalitetsindikatorer er dog omdiskutert (Bliss et al., 2020; Evangelou et al., 2021).

I resultatene fremkommer det at lederne kjente sine ansatte godt, og var oppmerksomme på hvor stor arbeidsbelastning de tålte. Lederne var tydelige på at det var veldig viktig å se når det ansatte hadde behov for en pause. Funnene til Jarden et al., (2018) understøtter utsagnene til lederne. De mener at en passende arbeidsbelastning og balanse mellom arbeid og privatliv var nøkkelen til arbeidstrivsel. De mente også at det å føle seg verdsatt, respektert og støttet var viktig.

Lie et al. (2021) mener at helsepersonell i Norge som jobbet under det første utbruddet av covid-19 var kvalifisert og forberedt. I våre resultater kommer det frem at manglende sentrale føringer under pandemien var utfordrende for lederne. De opplevde at det var opp til hvert enkelt helseforetak og leder å ta beslutninger som omhandlet smittevern. De opplevde at føringene både sentralt og lokalt var vage. Lederne gav uttrykk for at de måtte ta flere tøffe beslutninger som påvirket dem psykisk. I Stafseth et al. (2022) studie kommer det frem at intensivsykepleierne og ledere opplevde symptomer på posttraumatisk stresslidelse, angst og depresjon. Forfatterne konkluderer med at ledere opplevde et høyere press enn andre yrkesgrupper om å være til stede på arbeidsplassen. Det kan tolkes ut fra egne resultater at dette også var informantenes opplevelse, i tillegg til at det var krevende å ta beslutninger som påvirket intensivsykepleierne.

Intensivsykepleierne pratet ikke mye om belastningen av arbeidet med covid-19-pasienter. De var klare på at de mente ekstra driftsmidler tilført av staten gjorde at intensivsykepleierne fikk gode lønninger som motiverte dem til å jobbe utover stillingsprosenten sin. Intensivsykepleierne gav imidlertid uttrykk for at de opplevde at turnusreglene var rigide. De fortalte at ønsketurnus var positivt, men endringer i turnus som medførte AML-brudd ble kun godkjent hvis det var til fordel for avdelingen. Det kan forstås som at intensivsykepleierne må gå rundturnus for at en intensivavdelingen skal ha tilstrekkelig bemanning og tilfredsstillende kravet om faget forsvarlighet, hele døgnet (Helseforetaksloven, 2001; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Resultatene viste at lederne mente at intensivsykepleierne hadde en av de tøffeste turnusene i bransjen.

Intensivsykepleierne gav uttrykk for at det var lettere å tilpasse turnus tidligere. Intensivsykepleierne fortalte at det var mindre belastende med en dobbeltvakt som er planlagt, og gagnet den ansatte, enn uforutsett overtid som gagnet avdelingen. Dette til tross for at begge situasjonen genererte AML-brudd. Ferie var også et tema som engasjerte intensivsykepleierne. De var klar over at lederne fulgte lovverket når det kom til å fastsette ferie, men ønsket seg dialog om hvordan man kunne tilpasse ferieavviklingen på en slik måte at intensivsykepleierne fikk ferie samtidig som familien sin. Ferielovens (1990) §6 (1) bekrefter at arbeidsgiver skal drøfte fastsetting av ferie i god tid før avvikling. Imidlertid har lederen rett til å bestemme tidspunkt innenfor en gitt tidsramme (Ferieloven, 1990, § 7-1).

Alle informantene mente at det var viktig å bli sett av lederne sine. Det fremkom også i resultatene at tilfredsstillende bemanning og balanse mellom jobb og fritid var av stor betydning. Resultatene til Vincent et al. (2022) og Kelly et al.(2021) er i samsvar med resultatene fra vår studie. Artikkelforfatterne mener at tilfredsstillende bemanning, anerkjennelse og god balanse mellom jobb og fritid kan bryte spiralen med utbrenthet og turnover og bidra til å beholde intensivsykepleiere. Lederne vi intervjuet snakket om hvordan de anså mange av oppgavene som intensivsykepleierne utførte som meningsløse. De mente for eksempel at rengjøring og logistikkarbeid var oppgaver som kunne bli ivaretatt av andre yrkesgrupper. Dette kunne frigjøre intensivsykepleierkapasitet. Disse uttalelsene støttes av forskningen, blant annet av Gurses og Carayon (2007), som beskriver hvordan mangel på utstyr eller å vente på bestillinger fra apoteket hindret intensivsykepleiere å utføre god sykepleie. Riksrevisjonen (2019) mener at man kan involvere annet klinisk personell som fysioterapeuter og farmasøyter i pasientbehandlingen. Ikke-klinisk personell kan kvalitetssikre og støtte opp under driften av intensivavdelingen ved å ta seg av logistikkoppgaver. De mener dette kan frigjøre intensivsykepleierressurser. Å fjerne oppgaver som ikke er relatert til pasientbehandling kan kanskje føre til å redusere arbeidsbelastningen på intensivsykepleierne. En kan se for seg at dette kan ha flere positive ringvirkninger. Kanskje kunne det ført til mindre korttidsfravær blant intensivsykepleiere, økt pasientsikkerhet som følge av at intensivsykepleieren har bedre

tid til å være hos pasienten og mindre omsorgstretthet (Jarden et al., 2018; Velasco Bueno et al., 2019).

Intervjuet med lederne avdekket at intensivsykepleierne på en intensivavdeling ofte stod i krevende pasient- og eller pårørendesituasjoner. De opplevde at det var viktig å tilrettelegge for debriefing og avlastning for sine ansatte. Forskning viser at omsorg for helsepersonell kan bedre omsorgen for pasienter og deres pårørende. Ivaretagelse av helsepersonell er nært knyttet sammen med pasientsikkerhet og pasientbehandling (Kelly et al., 2021; Velasco Bueno et al., 2019; Vincent et al., 2022). Av den grunn kan vi vurdere det slik at utbrente og nedbrutte ansatte som ikke trives på jobb står i fare for å oppleve omsorgstretthet og demotivasjon. Dette kan påvirke pasientbehandlingen negativt.

Intensivsykepleierne gir i intervjuet tydelig uttrykk for yrkes stolthet og at de ikke ønsker å bli fremstilt som offer i tårevåte reportasjer. De uttrykker bekymring for at dette kan skremme vekk fremtidige intensivsykepleiere når det blir et ensidig negativt fokus. Buchan (2016) skrev at verdien av intensivsykepleie måtte identifiseres for å kunne overbevise økonomene om at intensivsykepleie var en god investering. Henriksen et al. (2021) finner i sin forskning at intensivsykepleiernes kompetanse kan skape sikker og personorientert- pleie som skaper tillit og motivasjon hos pasienter og pårørende. Dette kan igjen redusere pasienters komplikasjoner som følge av intensivoppholdet. Covid- 19 satte intensivkapasitet og intensivkompetanse på dagsordenen (Debes et al., 2022; Helsepersonellkommissjonen, 2021). Man kan undre seg over hvorvidt intensivkapasitet og kompetanse vil fortsette å være prioritert i den videre satsningen på helsetjenesten i Norge.

### **5.3 Driften kan utfordre kravet om faglig forsvarlighet**

Det kommer frem at informantene opplevde at behovet for bemanning og kompetanse i en intensivavdeling er stort. Lederne fortalte at bemanningsplanene baserer seg på overordnede anbefalinger for hvilken bemanningsfaktor en intensivpasient skal ha. I søket etter dokumentasjon på hva de overordnede anbefalingene er, finner man kun

en. I *rapport for interregional arbeidsgruppe for intensivkapasitet* defineres en intensivseng som en sengeplass hvor man har mulighet til å gi mekanisk ventilasjon og annen organstøttende behandling og sedering. En intensivseng anbefales å ha intensivsykepleierdekningen på 1:1 til 1,3: 1 eller høyere (sykepleier: pasient ratio) (Debes et al., 2022). Det fremkommer ikke om dette er ment som minimumsbemanning. Av den grunn kan det tenkes at marginal bemanning på en intensivavdeling kan forsvares med føringene som foreligger da de ikke utdyper når det er nødvendig med høyere intensivsykepleierdekning. Det kan tenkes at færre ansatte på jobb er mer lønnsomt økonomisk i et kort perspektiv hvis man ser bort fra økt risiko for pasientskader og utbrenthet blant intensivsykepleiere da lønnskostnader er en stor utgift i spesialisthelsetjenesten (Stafseth et al., 2018). Det kan virke krevende å fastsette en eksakt bemanningsnorm da behovet for bemanning vil variere med pasientbelegget og kan endre seg fra en time til den neste. Intensivsykepleierne i vår studie mener bemanning basert på minimumsdekning resulterte i at noen vakter opplevdes passe og andre dager farlig underbemannet. Det vil være økonomisk uansvarlig å bevisst overbemanne en intensivavdeling og på denne måten sløse med ressurser (Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning, 2022a; NSF, 2019). Likeledes er det faglig uforvarlig å underbemanne, i tillegg til at det gir økt slitasje på intensivsykepleierne (Kelly et al., 2021; Vincent et al., 2022)

*Retningslinjer for intensivvirksomhet* utarbeidet av Norsk Anestesiologisk Forening og Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere (2014) kommer med forslag til grunnbemanning for anestesileger og intensivsykepleiere. Den gir en detaljert beskrivelse av behovet for kompetanse og bemanning i ulike situasjoner. I *rapport for interregional arbeidsgruppe for intensivkapasitet* (Debes et al. 2022), kommer det frem at forgjengeren til retningslinjer for intensivvirksomhet, *standard for intensivmedisin* utarbeidet av Den norske lægeforening (2001), er viktig, men at den ikke er brukt i rapporten. De forklarer ikke hvorfor denne ikke er blitt brukt. Det kan tolkes slik at fagmiljøene har kommet med forslag og innspill til bemanningsnormer i over tjue år, men det fremstår ikke å ha blitt tatt til etterretning.

Det kommer frem i funnene våre at beredskap forutsetter bemanning og kompetanse. Informantene mener at bemanningen på intensivavdelingen derfor ikke bare kan være tilstrekkelig til å gi forsvarlig sykepleie til inneliggende pasienter. Bemanning må ha kapasitet til å håndtere forverring av inneliggende pasienter og mottak av nye pasienter. For å ha beredskap mener Norsk Anestesiologisk Forening og intensivsykepleierne NSF (2014) at man i perioder vil ha overkapasitet når det er mindre medisinsk behov på intensivavdelingen.

Etter Specialisthelsetjenesteloven (1999), § 3-1 har helseforetakene særlig plikt til å ta imot pasienter som trenger øyeblikkelig somatisk hjelp. I § 2-2 (Specialisthelsetjenesteloven, 1999) lovfestes det også at tjenestene som ytes skal være forsvarlige. Av den grunn kan det forstås slik at det trengs tilstrekkelig bemanning og kompetanse. Høgbakk og Jacobsen (2019) enes om at intensivsykepleiere har et betydelig ansvar for forsvarlig praksis på avdelingen når kompetansenivået blant leger og andre kollegaer er varierende. Derfor kan det tolkes slik at intensivsykepleieren kompenserer for spriket mellom den faktiske kompetansen og bemanningen opp mot behovet ved å ta større ansvar. Derfor kan det tenkes at belastningen på disse intensivsykepleierne blir høyere desto større spriket er. Vincent et al. (2022) har beskrevet hvordan sykepleiermangel forårsaker en ond sirkel med stadig mer utslitte sykepleiere som kompenserer for mangelen. De kan oppleve så stor arbeidsbelastning og moralsk stress at de blir utbrente og vurderer å slutte eller slutter. Videre mener forfatterne at dette igjen forsterker problemet. I Specialisthelsetjenestelovens (1999) § 2-2 instrueres spesialisthelsetjenesten om at den skal tilrettelegge sine tjenester på en slik måte at personell som utfører tjenestene er i stand til å utføre pliktene sine. Det kan tolkes slik at helseforetakene skal sørge for rammer som gir tilstrekkelig handlingsrom for helsepersonell når de skal utføre oppgavene sine.

Informantene forteller at rekruttering av nye intensivsykepleiere i hovedsak skjer fra eget helseforetak gjennom utdanningsstillinger. Dette blir bekreftet gjennom Riksrevisjonens (2019) undersøkelse om bemanningsutfordringer i helseforetakene. Der kommer det frem at nesten alle ledere i Norges helseforetak har hatt vanskeligheter med å rekruttere eksterne søkere til utlyste stillinger. De mener at rekruttering



hovedsakelig må skje fra egne foretak ved å utdanne intensivsykepleierne selv. Riksrevisjonen fremviser også statistiske tall som beskriver at tre av fire som gjennomførte intensivsykepleierutdanningen hadde en utdanningsstilling. Utdanningsstillinger for intensivsykepleiere er regulert av forskrift til lov om statens ansatte mv. (2017). Denne forskriften sier ingenting om hvilke vilkår som gjelder for arbeidstakeren under utdanningsperioden. Det er fastsatt at den ansatte får 90% lønn under utdanningen. Dette er forhandlet frem fra NSF under lønnsoppgjøret i 2020 (Spekter Helse & NSF, 2020). Utover dette er det opp til hvert enkelt helseforetak å utarbeide arbeidskontrakten som utgjør utdanningsstillingen (Seip, 2018). Det innebærer blant annet hvor mye studenten må jobbe ved siden av fulltidsstudier, om studenten får mulighet til å fullføre mastergraden og hvor lang bindingstid den ansatte har etter endt utdanning. Dette kan føre til at noen helseforetak vil komme bedre ut enn andre, grunnet forhold til hvilke vilkår de tilbyr ansatte. På denne måten kan helseforetakene konkurrere om søkere ved å tilby bedre avtaler. Som en del av undersøkelsene til Riksrevisjonens (2019) rapport, ble sykepleiere ved alle landets sykehus spurt om hvorfor de ikke hadde søkt en utdanningsstilling de siste fem årene. Årsakene var flere. Blant annet at kom det frem at de mente lønnen var for lav under videreutdanning og at lønnsøkning etter endt utdanning var for dårlig. Dette sammen med vansker med å kombinere studier med privatliv var dominerende årsaker til at sykepleiere ikke ønsket å videreutdanne seg. Kan det tenkes at en mer tilpasset arbeidskontrakt som tilrettelegger for privatliv under utdanning hadde hjulpet på rekruttering?

Riksrevisjonen (2019) og RHF interregionale arbeidsgruppe (Debes et al., 2022) angir at myndighetenes satsning på økt antall utdanningsstillinger medfører behov for flere praksisveiledere. Debes et al. (2022) mener at praksisveiledere bør være intensivsykepleiere som fortrinnsvis har en mastergrad. Vi ser at det kunne ha vært hensiktsmessig å utarbeide en nasjonal standard for hva utdanningsstillingene innebærer. På den måten kan dette kanskje hindre intern konkurranse blant helseforetak og enkeltsykehus, og dermed legge til rette for at morgensdagens intensivsykepleiere får masterkompetanse. Dette kan muligens føre til tilstrekkelig kompetanse til å veilede kommende kull med intensivsykepleiere. Lederne var spent på om den økte bevisstgjøringen rundt intensivsykepleierens

funksjon som vokste frem under pandemien ville ha noe å si for rekruttering.

Intensivsykepleierne som ble intervjuet svarte at de ønsket en mer offensiv holdning til å rekruttere intensivsykepleiere. Videre fortalte de at avdelingen ble promotert på ulike plattformer på sosiale medier for å lokke til seg mulige nye kollegaer.

Nasjonalt ble Helsepersonellkommisjonen opprettet i desember 2021. Kommisjonen har som formål å etablere et kunnskapsgrunnlag. Den foreslo også tiltak med et ønske om at dette skulle føre til utdanning, rekruttering av nytt helsepersonell samt å beholde det allerede eksisterende helsepersonellet (Helsepersonellkommisjonen, 2021). Denne rapporten ventes i februar 2023 og gir kanskje forslag til hvordan man kan rekruttere utover å øke antall utdanningsstillinger.

Det er et åpenbart behov for kompetanse (Debes et al., 2022; Riksrevisjonen, 2019; Specialisthelsetjenesteloven, 1999). Til tross for dette vedtok Regjeringen gjennom arbeidet med retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS) en forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanningen uten krav om gjennomføring av obligatorisk mastergrad. Imidlertid beholdt man muligheten til å fullføre utdanningen etter 90 studiepoeng, og fjernet kravet om to års relevant erfaring. Hvilke begrunnelser som ble gjort i forbindelse med dette arbeidet fremkommer ikke.

I 1999 skrev Norge under på en deklarasjon om høyere utdanning, bedre kjent som Bologna prosessen. Deklarasjonen som ble undertegnet av 29 land, hadde som mål om å etablere en felles plattform for høyere utdanning i Europa (St.meld. nr. 27, 2001). Regjeringens avgjørelse om å gjøre et unntak for intensivsykepleierutdanningen synes som tidligere nevnt ikke å være i tråd med kvalitetsreformen av høyere utdanning hvor man ønsker at utdanningene skal følge gradsstruktur. Det strider også mot Debes et al. (2022) ønske om at intensivsykepleiere skal ha masterkompetanse. Fagmiljøet argumenter for at masterkompetansen har en viktig rolle i intensivsykepleie. Gran og Valeberg (2021) belyser at kompetansen opparbeidet gjennom arbeidet med masteroppgaven bidrar til fagutvikling og generell kunnskapsheving.

Hansen og Dysvik, (2022) viser til hvordan masteroppgaver kan være viktige bidrag til endring av praksis og innsikt i viktigheten av profesjonelle ferdigheter. Riksrevisjonen (2019) presiserer at utdanningsinstitusjonene og helseforetakene må ha et godt

samarbeid da de er avhengige av hverandre for å utdanne intensivsykepleiere. Helseforetakene har kjente bemanningsutfordringer. Av den grunn kan det tenkes at helseforetakene har en økonomisk motivasjon for å utdanne intensivsykepleiere raskest mulig. En kan undre seg om helseforetakenes behov har blitt tilgodesett i denne avgjørelsen, på bekostning av fagmiljøenes argumenter i arbeidet med RETHOS. Da arbeidet med RETHOS ikke er offentlig, er det vanskelig å si hvilke kriterier som førte til at retningslinjen for utdanning av intensivsykepleiere ble som den ble. Der fremkommer gjentatte ganger at man ønsker intensivsykepleiere med masterkompetanse (Debes et al., 2022; Hansen og Dysvik, 2022; Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2014). Av den grunn kan man undre seg hvorfor man ikke innførte obligatorisk masterløp som følger gradsstrukturen i kvalitetsreformen slik tilnærmet alle andre utdanninger gjør (St.meld. nr. 27, 2001).

Fagutvikling og kompetansebygging syns å være et viktig og gjentakende tema i litteraturen. Det fremkommer i lest litteratur at det både ivaretar pasientsikkerhet i et fagområde med rask utvikling, men også bidrar til trivsel og kompetanse hos den enkelte intensivsykepleier (Debes et al., 2022; Høgbakk og Jacobsen, 2019; Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2014; NSF, 2019; Vincent et al., 2022). Debes et al. (2022) beskriver at det bør utvikles kompetanseplaner for å sikre tilstrekkelig utvikling. Det kan tolkes dit hen at dette ikke er et krav, men Spesialisthelsetjenestelovens (1999) §3-8 stadfester at sykehus har en særlig oppgave i å utdanne helsepersonell. I spesialisthelsetjenesteloven §3-10 skal ansatt helsepersonell gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevd for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig. Denne formuleringen kan oppleves som noe vag og det tolkes som at det blir opp til hvert enkelt helseforetak og sykehus hvordan de tolker lovteksten. Intensivsykepleiere har gjennom sin utdanning krav om å holde seg faglig oppdatert (Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning, 2022a; NSF, 2019). Informantene forklarte imidlertid at dette kravet ikke alltid kunne gjennomføres i arbeidstid, og som en konsekvens ble kurs gjennomført på fritiden.

Alle informantene mente at opplæring var en stor og krevende del av arbeidsdagen til intensivsykepleiere. Opplæringen kunne bestå av å lære opp intensivsykepleierstudenter eller eksterne kollegaer som bistod under pandemien. Debes et al. (2022) skriver i sin rapport at de som har oppgaven med å veilede intensivsykepleierstudenter skal være intensivsykepleiere, fortrinnsvis med mastergrad og veiledningskompetanse. I våre funn beskriver intensivsykepleierne opplæring som spennende, men ekstremt slitsomt. Informantene enes om at opplæring var krevende i en allerede hektisk arbeidshverdag med tungt pasientbelegg. Intensivsykepleierne reagerte på at de ikke ble kompensert for en så omfattende oppgave. Det kan tolkes dit hen at dette fremstår som eksempler på at ressursene til å følge opp helsepolitiske føringer og lovverk er for trange.

## 5.4 Metodediskusjon

I arbeidet med oppgaven har vi benyttet oss av Consolidated criteria for reporting qualitative research for å styrke oppgavens troverdighet (COREQ) (Tong et al., 2007). Dette er en sjekklister som kan bidra til å belyse viktige aspekter ved kvalitativ forskning som metode, forskerteamet, funn, analyse og tolkninger. Vi vil i dette kapitlet ta for oss de ulike trinnene i kvalitativ metode og evaluere valgene som ble tatt i prosessen. Det ble besluttet å bruke Graneheim og Lundmans innholdsanalyse (Graneheim et al., 2017; Graneheim & Lundman, 2004; Lindgren et al., 2020) da disse artiklene presenterer en oversiktlig og tydelig forklart analyseprosess som var hensiktsmessig ved valget av kvalitativ metode. Deres modell som viser epistemologiske tilnærminger til datamaterialet var svært klargjørende (Graneheim et al., 2017). Dette gav en oversiktlig mal å følge i arbeidet med analysen og gjør at leseren selv kan vurdere studiens troverdighet gjennom begrepene gyldighet, pålitelighet og overførbarhet som beskrevet av Graneheim & Lundman (2004).

Problemstillingen er endret flere ganger for å snevre inn temaet. Problemstillingen kan sies å fortsatt være noe bred da begrepet «helsepolitiske føringer» kan favne mye. Vi opplever likevel at den teoretiske bakgrunnen forankrer begreper om helsepolitisk drift tilstrekkelig til at problemstilling og svar fremstår tydelig for leseren.

Vi ønsket å bruke fokusgruppeintervjuer da vi håpet informantene ville diskutere, argumentere og fortelle om sine synspunkter seg imellom. På denne måten håpet vi å få frem ulike synspunkter og oppnå ny kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 179; Malterud, 2018, s. 70). Vi ønsket oss i utgangspunktet et strategisk utvalg for å belyse problemstillingen (Malterud, 2012, s. 42). I intervjuet med lederne fikk vi fem informanter med ulik ledelseserfaring, noe variasjon i tidligere bakgrunn og en mann i tillegg til fire kvinner. Aldersmessig var det liten variasjon. Vi fikk her delvis det strategiske utvalget vi ønsket oss. Antallet informanter er innenfor det som er ansett å kunne gi gode og rike data (Malterud 2018, s. 138). Det begrenset hvor mange ledere som er tilknyttet en intensivavdeling og det at vi fikk fem ledere til å stille opp til intervju gjorde likevel at utvalget ble representativt. Fokusgruppen med intensivsykepleiere ble et bekvemmelighetsutvalg med kun tre informanter, og ikke det strategiske utvalget vi i utgangspunktet strebet etter. Det var tre informanter som var like i erfaring, alder og kjønn. Intervjuet ga likevel gode data da deltakerne hadde mange års yrkeserfaring og en åpen dialog med spennende meningsutvekslinger. Vi anser det likevel som sannsynlig at flere deltakere med større variasjon vil kunne gi rikere data.

Intervjuguiden ble utviklet for å stimulere deltakerne til å snakke fritt og dele tanker. Vi ønsket også at den skulle inviterer til forklaringer og anekdoter (Malterud, 2018, s. 133; Polit & Beck, 2021, s. 515). Det opplevde vi at intervjuguiden gjorde. Intervjuguiden var lik for begge gruppene, noe som gjorde at vi fikk ulike perspektiver på de samme spørsmålene. Dette opplevde vi at bidro til bredere forståelse. Intervjuene ble gjennomført som fokusgrupper hvor informantene kjente hverandre fra før, i tillegg til at intervjuene ble gjennomført på deres arbeidssted. Dette kan ha ført til at intervjusituasjonen opplevdes mindre formell og bidratt til en mer løs og ledig dialog. Det var lite dialog mellom den som intervjuet og informantene på grunn av få spørsmål og dette kan ha bidratt positivt til at informantene fokuserte mer på hverandre enn på studentene. Det blir anbefalt å gjennomføre pilotintervju for å teste intervjuguiden. (Polit & Beck, 2021, s. 515). Dette valgte vi imidlertid ikke å gjøre. Årsakene til dette var flere. Den aktuelle intervjuguiden som ble brukt hadde blitt revidert flere ganger. Den var svært tekstnær problemstillingen og bestod av store åpne spørsmål. Vi anså det svært sannsynlig at vi ville få svar som var relevante. Den andre var at rekrutteringen

var så krevende at vi så at det ble vanskelig å finne en gruppe informanter å teste intervjuguiden på.

Lydopptakene ble transkribert raskt etter gjennomført intervju. Da var intervjuet fortsatt ferskt i minnet og det var lettere å huske ulike aspekter ved intervjuene. Som eksempler kan nevnes stemningen blant informantene, sykepleieren som åpnet døren eller andre ting som påvirket intervjuet. Studentene transkriberte hvert sitt intervju og begge leste så gjennom det intervjuet de ikke selv hadde transkribert.

I arbeidet med å identifisere og kondensere meningsbærende enheter byttet studentene intervjuer slik at begge hadde god kjennskap til innholdet. Kodingen ble utført hver for seg og deretter gjennomgått sammen for å identifisere uforståelige eller irrelevante koder. Det var viktig at kodene var tro mot den meningsbærende enheten og konteksten de ble hentet fra. I metodekapittelet er arbeidet med å identifisere og kondensere meningsbærende enheter og kodingen av disse vist i en tabell. Dette gjør at leseren selv kan se eksempler på analyseprosessen og vurdere studiens gyldighet (Graneheim & Lundman, 2004).

I hovedsak er det aller meste av identifiserte meningsbærende enheter inkludert i analysen. Dette var viktig for å holde analysen tett opp til informantens utsagn og meninger. Studentene var naturlig nok farget av sin forforståelse i tolkningen. Det å diskutere og gå tilbake til datamaterialet ved uenighet bidro til at man skapte pålitelighet i dataene. I arbeidet med re-kontekstualiseringen ble kodene gruppert og sortert inn i subkategorier. Dette arbeidet studentene sammen om. Det ble diskutert og vurdert fortløpende og man fikk i dette arbeidet stor glede av at begge studentene kjente materialet godt. Arbeidet ble også diskutert med veiledere slik at subkategorier og kategorier har vært grundig diskutert. Det ble i diskusjonene som fulgte av dette arbeidet vurdert om informantens perspektiver og meninger ble tilstrekkelig presentert i subkategoriens navn, og relevansen til subkategoriene og kategoriene ble vurdert opp mot problemstillingen. Subkategoriene ble revidert ved at noen subkategorier ble slått sammen og fikk en mer korrekt tittel som representerte kodene. En subkategori ble fjernet. Intensivsykepleierne hadde tanker om hvordan sykepleierutdanningen potensielt gjorde nyutdannede sykepleiere dårlig forberedt på den virkeligheten de møtte i praksis. Dette var interessante data, men svarte ikke på problemstillingen og ble

derfor fjernet. Selv om vi har forsøkt å holde kategoriene med tilhørende subkategorier gjensidig ekskluderende for hverandre, ser vi at subkategoriene innenfor hver kategori noen ganger tendenser til å overlape hverandre i innhold. Imidlertid skriver Lindgren et al. (2020) at når det kommer til menneskers opplevelser kan beskrivelsene være sammenvevde, og det kan være vanskelig å plassere utelukkende i en kategori. Derfor anser de det som greit å plassere den flere steder. Det ble også referert til bred og oppdatert forskningslitteratur i studiens bakgrunn som ble brukt for å sammenligne funn med nyere forskning og retningslinjer. Dette bidro til å øke studiens pålitelighet (Graneheim & Lundman, 2004)

Det er opp til den enkelte leser å vurdere hvorvidt studien er overførbar for dem. Vi mener likevel at studien har relevans for de som jobber på en intensivavdeling. Innsikt i hvordan intensivsykepleiere og ledere ved en intensivavdeling påvirkes av helsepolitikk er relevant for alle ledd i den hierarkiske kjeden fra intensivsykepleiere i bunn til helseminister på topp. Studien kan også ha overførbarhetsverdi for andre førstelinjeansatte i spesialisthelsetjenesten. Det kan bidra til å gi forståelse av velferdsstaten og helseforetakenes funksjon og ansvar. På denne måten kan man tilrettelegge for diskusjoner som favner både faglige hensyn og økonomiske overveielser og samfunnsmessig påvirkning. Ved å presentere teori, forskning, analyseprosess og resultat er det forsøkt å gi leseren god vurderingsmulighet for hvorvidt studien er relevant.

## 6 Konklusjon

Resultatene viste at informantene mener at de helsepolitiske føringene i ulik grad påvirker intensivsykepleiernes hverdag, rekruttering og kompetanse. Det oppleves at politikere ikke er lydhør for fagfolk. Som eksempler viser vi til at det er blitt argumentert for fordelene ved masterkompetanse i arbeidet som en intensivsykepleier, men at dette ikke ble prioritert ved utarbeidelse av ny forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning. Funn i studien viser at det er ønskelig med masterkompetanse, da det blir nevnt i både lovverk, forskning og statlige rapporter.

Det er forsket på bemanning og kommet konkrete forslag til retningslinjer fra fagfolk, men det oppleves som at disse ikke er blitt tatt hensyn til ved utarbeidelse av anbefalt bemanningsfaktor. Informantene anerkjente at det var utfordringer knyttet til rekruttering av intensivsykepleiere, men også til å beholde erfarne intensivsykepleiere. Dette er også kjent for politikere, som har nedsatt en kommisjon for å foreslå tiltak for mangelfull rekruttering og beholde kompetanse. Vi finner at det er en desentralisering av dilemmaet, basert på funn i studien. Vi ser at det ikke er sammenheng mellom velferdsstatens ambisjoner om å yte god helsehjelp og viljen til å bruke tilstrekkelig ressurser for å oppnå tilfredsstillende drift helsevesenet. Funnene i studien viser at dette påvirker intensivsykepleieren. Turnus og et strengt regelverk knyttet til arbeidstid oppleves av informantene som begrensende. Lovverket er ikke godt tilpasset helsevesenets vaktbelastning. Selv om helsepolitiske føringer kan påvirke intensivsykepleieren negativt var det en høy grad av yrkesstolthet hos våre informanter. De opplevde det som belastende at yrket ble fremstilt negativt i mediene.

Denne undersøkelsen har resultert i flere funn der helsepolitiske føringer påvirker intensivsykepleieren i forhold til kompetanse, rekruttering og hverdag. Disse funnene kan i seg selv være et utgangspunkt for videre forskning. Det kunne vært spesielt interessant å forske videre på hvordan bemanning, turnus og driften av en intensivavdeling påvirker intensivsykepleieren. Resultatene er hentet inn fra et sykehus i Norge, og det kunne vært spennende å gjennomføre en større nasjonal undersøkelse med lik problemstilling. Implikasjoner for praksis syns å være at det er hensiktsmessig med et tettere samarbeid mellom fagprofesjoner, utdanningsinstitusjoner, helseforetak og de som utarbeider retningslinjer og poliske føringer.



## 7 Litteraturliste

- Bakken, R., Brinchmann, A., Haukelien, H., Kroken, R., & Vike, H. (2004). *Maktens samvittighet*. Gyldendal.
- Bliss, K., Chambers, M., & Rambur, B. (2020). Building a Culture of Safety and Quality: The Paradox of Measurement. *Nursing Economic\$, 38*(4), 178–184.
- Brinkmann, S., & Tanggard, T. (2012). *Kvalitative metoder Empiri og Teoriutvikling* (1., 5. opplag 2022). Gyldendal Norsk Forlag.
- Buchan, J. (2016). The values of grey suits and white coats. *International Nursing Review, 63*(3), 301–302. <https://doi.org/10.1111/inr.12310>
- Credland, N., & Gerber, K. (2021). Humanizing critical care. *Nursing in Critical Care, 26*(4), 222–223. <https://doi.org/10.1111/nicc.12673>
- Debes, A., Onarheim, K., Midtgård, R. S., Kandiah, P., Skontorp, M., Oxholm, R. A., Solberg, A., Stensdal, L.-A., & Sundnes, M. (2022). *Rapport fra interregional arbeidsgruppe for intensivkapasitet*. [https://helse-sorost.no/Documents/Om%20oss/Hva%20gj%C3%B8r%20vi/Utredning%20av%20fremtidig%20behov%20for%20intensivkapasitet%20i%20spesialisthelsetjenest en/rapport-interregional-arbeidsgruppe-intensivkapasitet\\_endelig\\_06\\_05\\_22.pdf](https://helse-sorost.no/Documents/Om%20oss/Hva%20gj%C3%B8r%20vi/Utredning%20av%20fremtidig%20behov%20for%20intensivkapasitet%20i%20spesialisthelsetjenest en/rapport-interregional-arbeidsgruppe-intensivkapasitet_endelig_06_05_22.pdf)
- Den norske lægeforening. (2001, april 3). *Standard for intensivmedin, ledelse, ansvar, organisering og utforming m.m. Av intensivavsnitt*. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/3248b779580a4cfb9c57bef6dec e3eca/standardforintensivmedisin2-utgave.pdf>

- Endacott, R., Latour, J., Scholes, J., Endacott, C., Blot, S., Jones, C., Egerod, I., Kaldan, G., Nordentoft, S., Francois, G., & Bensemmane, S. (2019). *International Nursing Advanced Competency-based Training for Intensive Care Competencies for Advanced Intensive Care Nurses*. 6.
- Evangelou, E., Middleton, N., Kyprianou, T., Kouta, C., Merkouris, A., Raftopoulos, V., Palazis, L., & Lambrinou, E. (2021). Nursing quality indicators for adult intensive care: A consensus study. *Nursing in Critical Care*, 26(4), 234–243.  
<https://doi.org/10.1111/nicc.12543>
- Ferieloven. (1990). *Lov om ferie [ferieloven]*—Lovdata. Arbeids- og inkluderingsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1988-04-29-21?q=ferie>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning. (2022a). *Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning*—Lovdata. Kunnskapsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2021-10-26-3094?q=intensivsykepleier>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning. (2022b). *Forskrift til rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie*—Lovdata. Kunnskapdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-12-01-1389?q=videreutdanning%20intensiv>
- Forskrift til lov om statens ansatte mv. (2017). *Forskrift til lov om statens ansatte mv*—Lovdata. Kommunal- og distriktsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-06-21-838/%C2%A75#%C2%A75>

- Gran, A. M. B., & Valeberg, B. T. (2021, februar 4). *Master i anesthesi- og intensivsykepleie: En kartlegging av fagmiljøenes holdninger og forventninger*. [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no). <https://sykepleien.no/forskning/2021/01/master-i-anestesi-og-intensivsykepleie-en-kartlegging-av-fagmiljoenes-holdninger>
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education 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*. *24*(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Gurses, A. P., & Carayon, P. (2007). Performance Obstacles of Intensive Care Nurses. *Nursing Research*, *56*(3), 185–194. <https://doi.org/10.1097/01.NNR.0000270028.75112.00>
- Hallvard J., F. (2015). *Samtykke*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/personvern/samtykke/>
- Hallvard J., F., & Ingierd, H. (2015). *Taushetsplikt*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/personvern/taushetsplikt/>
- Hansen, B. S., & Dysvik, E. (2022). Value of research-based master's degree theses: Competence building for the future in anesthesia, critical care, and operating room nursing. *Inspira*, *17*(1), Art. 1. <https://doi.org/10.23865/inspira.v17.3156>
- Helseforetaksloven. (2001). *Lov om helseforetak m.m. (Helseforetaksloven)*—Lovdata. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>

Helsepersonellkommissjonen. (2021, desember). *Mandat for*

*helsepersonellkommissjonen.*

<https://files.nettsteder.regjeringen.no/wpuploads01/sites/494/2022/01/MANDAT-FOR-HELSEPERSONELLKOMMISSJONEN.pdf>

Helsepersonelloven. (2000). *Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven)*—Lovdata.

Helse- og omsorgsdepartementet. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2)

Henriksen, K. F., Hansen, B. S., Wøien, H., & Tønnesen, S. (2021). The core qualities and competencies of the intensive and critical care nurse, a meta-ethnography.

*Journal of Advanced Nursing*, 77(12), 4693–4710.

<https://doi.org/10.1111/jan.15044>

Høgbakk, M. L., & Jacobsen, R. (2019). Kompetanse, faglig selvtillit og pasientsikkerhet:

Erfart kompetansebehov hos intensivsykepleiere ved en intensivavdeling nivå 1

på et lokalsykehus. *Idunn*, 9(4), 285–298. [https://doi.org/10.18261/issn.1892-](https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2019-04-06)

[2686-2019-04-06](https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2019-04-06)

Ingstad, K. (2021). *Organisasjon og ledelse i helsefag og sykepleie*. Gyldendal.

Intensivsykepleierne NSF. (2017, september 20). *Funksjon- og ansvarbeskrivelse for*

*intensivsykepleier*. www.NSF.no. [https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-](https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/czwgg4sqZCCRzfiNDM56nSWsxlGcKwVuoUe0fcXZ6NYPysIQb.pdf)

[images/czwgg4sqZCCRzfiNDM56nSWsxlGcKwVuoUe0fcXZ6NYPysIQb.pdf](https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/czwgg4sqZCCRzfiNDM56nSWsxlGcKwVuoUe0fcXZ6NYPysIQb.pdf)

Jarden, R. J., Sandham, M., Siegert, R. J., & Koziol-McLain, J. (2018). Intensive care nurse

conceptions of well-being: A prototype analysis. *Nursing in Critical Care*, 23(6),

324–331. <https://doi.org/10.1111/nicc.12379>

Kelly, L. A., Johnson, K. L., Bay, R. C., & Todd, M. (2021). Key Elements of the Critical

Care Work Environment Associated With Burnout and Compassion Satisfaction.

*American Journal of Critical Care*, 30(2), 113–120.

<https://doi.org/10.4037/ajcc2021775>

Kuhnle, S., & Kildal, N. (2018). Velferdsstatens idegrunnlag i perspektiv. I T. I. Romøren (Red.), *Den norske velferdsstaten* (5. utg., s. 15–40). Gyldendal.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2021). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal.

Lie, I., Stafseth, S., Skogstad, L., Hovland, I. S., Hovde, H., Ekeberg, Ø., & Ræder, J. (2021). Healthcare professionals in COVID-19-intensive care units in Norway: Preparedness and working conditions: a cohort study. *BMJ Open*, 11(10), e049135. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049135>

Lindgren, B.-M., Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International Journal of Nursing Studies*, 108, 103632.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>

Liu, H., Zhang, X., Chang, R., & Wang, W. (2017). A research regarding the relationship among intensive care nurses' self-esteem, job satisfaction and subjective well-being. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(3), 291–295.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.06.008>

Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.

Meyer-Kristiansen, B., Danielsen, A., & Hegland, P. A. (2022). Fra kaos til mestring: En kvalitativ studie om intensivsykepleieres og legers erfaringer med covid-19 pandemien. *Inspira*, 17(1), Art. 1. <https://doi.org/10.23865/inspira.v17.3637>

- Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere. (2014, oktober 15). *Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge*. www.legeforeningen.no.  
[https://www.legeforeningen.no/contentassets/7f641fe83f6f467f90686919e3b2ef37/retningslinjer\\_for\\_intensivvirksomhet\\_151014.pdf](https://www.legeforeningen.no/contentassets/7f641fe83f6f467f90686919e3b2ef37/retningslinjer_for_intensivvirksomhet_151014.pdf)
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., & Gundersen, M. wøhik. (2021). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (3. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Nothern Nurses Federation. (2003). *Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden*. NFF. [https://ssn-norden.dk/wp-content/uploads/2020/05/ssns\\_etiske\\_retningslinjer\\_0-003.pdf](https://ssn-norden.dk/wp-content/uploads/2020/05/ssns_etiske_retningslinjer_0-003.pdf)
- NSF. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. www.NSF.no. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient-ogbrukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)—Lovdata*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/#KAPITTEL_1)
- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger (LOV-2018-06-15-38)*. Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38/\\*#&#x2a;](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38/*#&#x2a;)
- Polit, D., F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research Generating and Assesing Evidence for Nursing Practice* (11. utg.). Wolters Kluwer.
- Prop. 1 S. (2022). *Prop. 1 S (2022–2023)* [Proposisjon]. Regjeringen.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20222023/id2931020/>
- prop. 51 S. (2022). *Prop. 51 S (2021–2022)* [Proposisjon]. Regjeringen.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-51-s-20212022/id2895516/>

- Riksrevisjonen. (2019). *Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene* (Del av dokument 3:2).  
<https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2019-2020/bemanningsutfordringerhelseforetakene.pdf>
- Romøren, T. I. (2018). Spesialisthelsetjenesten: Sykehus og psykisk helsevern. I T. I. Romøren (Red.), *Den norske velfredsstaten* (5., s. 149–177). Gyldendal akademisk.
- Seip, Å. A. (2018). *Etter- og videreutdanning i tariffavtalene i offentlig sektor*. Fafo.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/849b377650a449d599d80835e74805ed/no/sved/07.pdf>
- Spekter Helse & NSF. (2020). *Protokoll*. <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/ppJM3lyJfGTdi8MNdzqC9GK8j5gljsavoVdAerzlvNo5sdJoMd.pdf>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (Spesialisthelsetjenesteloven)*—Lovdata. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Stafseth, S. K., Skogstad, L., Ræder, J., Hovland, I. S., Hovde, H., Ekeberg, Ø., & Lie, I. (2022). Symptoms of Anxiety, Depression, and Post-Traumatic Stress Disorder in Health Care Personnel in Norwegian ICUs during the First Wave of the Covid-19 Pandemic, a Prospective, Observational Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(12).  
<https://doi.org/10.3390/ijerph1912701010.3390/ijerph19127010>
- Stafseth, S. K., Solms, D., & Bredal, I. S. (2011). The characterisation of workloads and nursing staff allocation in intensive care units: A descriptive study using the

Nursing Activities Score for the first time in Norway. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(5), 290–294. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.07.003>

Stafseth, S. K., Tønnessen, T. I., & Fagerström, L. (2018). Association between patient classification systems and nurse staffing costs in intensive care units: An exploratory study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 45, 78–84. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.01.007>

St.meld. nr. 27. (2001). *Kvalitetsreform av høyere utdanning*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-27-2000-2001-/id194247/>

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357.

Velasco Bueno, J. M., Heras La Calle, G., Ortega Guerrero, A., & Zaforteza Lallemand, C. (Red.). (2019). *Manual og good practices to humanise intensive care units*. Humanizando los Cuidados Intesivoss. [https://proyectohuci.com/wp-content/uploads/2022/01/Manual\\_HUCI\\_eng.pdf](https://proyectohuci.com/wp-content/uploads/2022/01/Manual_HUCI_eng.pdf)

Vike, H. (2004). *Velferd uten grenser*. Akribe.

Vike, H., Debesay, J., & Haukelien, H. (2016). Betingelsene for profesjonsutøvelse i en velfredstat i en endring. I H. Haukelien (Red.), *Tilbakeblikk på velferdsstaten*. Gyldendal akademisk.

Vincent, J.-L., Boulanger, C., van Mol, M. M. C., Hawryluck, L., & Azoulay, E. (2022). Ten areas for ICU clinicians to be aware of to help retain nurses in the ICU. *Critical Care*, 26(1), 310. <https://doi.org/10.1186/s13054-022-04182-y>



Woo, B. F. Y., Lee, J. X. Y., & Tam, W. W. S. (2017). The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: A systematic review. *Human Resources for Health, 15*, 63. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0237-9>

World medical association. (2022, september 6). *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/>

# 8 Vedlegg

## 8.1 Vedlegg 1 Intervjuguide

Intervjuguide:

Hvilke kriterier styrer bemanningen på intensivavdelingen her hos dere?

- Hvordan påvirker driften av intensivavdelingene intensivsykepleierens arbeidshverdag?
- Hvilke tiltak gjøres for å ivareta intensivsykepleierkompetanse på intensivavdelingen?
- Hva gjøres for å rekruttere intensivsykepleier?

Har dere forslag til hvordan ting kan gjøres annerledes? Hvilke forbedringer eventuelt?

## 8.2 Vedlegg 2 Informasjon -og samtykkeskjema

### Vil du delta i forskningsprosjektet ” Helsepolitikk i intensivavdelingen”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på hvordan helsepolitiske føringer påvirker driften av norske intensivavdelinger. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

I denne masteroppgaven er målet å innhente kunnskap om hvilke kriterier som påvirker intensivsykepleiers arbeidshverdag, rekruttering av intensivsykepleiere og hvilke tiltak som gjøres for å ivareta allerede eksisterende intensivsykepleierkompetanse.

For å forsøke å finne svar på disse spørsmålene skal det gjennomføres to adskilte fokusgruppeintervju. Et med intensivsykepleiere og et med ansatte i administrasjon og ledelse ved et eller flere helseforetak.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Universitetet i Sør-Øst Norge er ansvarlig for prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Vi ønsker å snakke med deg som er utdannet intensivsykepleier og jobber på en intensivavdeling, og du som har en rolle i administrasjon og ledelse ved et helseforetak. Dette fordi vi ønsker informasjon fra flere yrkesgrupper om hvordan helsepolitikk påvirker deres arbeidshverdag. Forespørselen blir rettet til alle som passer kriteriene ved helseforetaket.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet vil dette innebære et gruppeintervju med 3-4 andre deltakere og en som intervjuer. Intervjuet vil bli lagt opp som en samtale hvor det blir snakket om erfaringer og tanker deltakerne har om helsepolitikk og om hvordan det påvirker arbeidsplassen og arbeidshverdagen deres. Intervjuet vil ta omtrent 60 minutter og gjennomføres fysisk. Det vil bli tatt lydopptak av samtalen som siden vil bli transkribert.

#### **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 personopplysninger 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.

- Det er masterstudentene Veslemøy Bratås og Marie Høgli og deres veiledere Kjersti Forbech Henriksen og Britt Sætre Hansen som vil ha tilgang til forskningsmateriale
- Alt materiale som inneholder personopplysninger, vil bli lagret på en kryptert lagringsenhet.
- Alle deltakere vil bli anonymisert og skal ikke kunne identifiseres gjennom arbeidet. Navn på deltakere vil bli gjort om til kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data.

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

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i desember 2022. Deretter vil de transkriberte anonyme intervjuene bli lagret 6 måneder på kryptert lagringsenhet før de slettes.

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Sør-Øst Norge har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- Universitetet i Sør-Øst Norge ved masterstudenter Veslemøy Bratås, eller Marie Høgli eller veileder Kjersti Forbech Henriksen.
- Vårt personvernombud: Paal Are Solberg, tlf: 35575053/91860041

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

- Personverntjenester på epost ([personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no)) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Marie Høgli, tlf: 98603321, mail: [marie\\_hogli@hotmail.com](mailto:marie_hogli@hotmail.com) Kjersti Forbech  
Henriksen

Veslemøy Bratås, tlf: 48364608, mail: [veslemoybrataas@outlook.com](mailto:veslemoybrataas@outlook.com) (Veileder)

-----  
-----  
Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *helsepolitikk i intensivavdelingen*,  
og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

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

-----  
-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## 8.3 Vedlegg 3 PVO uttalelse anonymisert

Personvernombudet

### PERSONVERNOMBUDETS UTTALELSE

Til: Marie Høgli og Veslemøy Bratås, Masterstudenter  
Universitetet i Sørøst-Norge

Kopi:

Avdelingsleder

Kjersti Forbech Henriksen, veileder  
Universitetet i Sørøst-Norge

Fra:

Dato: 06.04.2022

Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Personvernombudets uttalelse til innsamling og  
behandling av personopplysninger

---

#### **Personvernombudets uttalelse i forbindelse med innsamling og behandling av personopplysninger i studentprosjektet «Helsepolitikk i intensivavdelingen»**

Prosjektets formål:

«Å finne ut om og hvordan politiske beslutninger om helsetjenestetilbudet påvirker de som arbeider i en intensivavdeling.» Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger. Det følgende er personvernombudets uttalelse til prosjektet. Med hjemmel i forordning (EU) nr. 2016/679 (generell personvernforordning) artikkel 37, er det oppnevnt personvernombud ved.....

Den behandlingsansvarlige skal sikre at personvernombudet på riktig måte og rett tid involveres i alle spørsmål som gjelder vern av personopplysninger, jf. artikkel 38.

Artikkel 30 pålegger ..... å føre oversikt over hvilke behandlinger av personopplysninger virksomheten har. Behandling av personopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

Side 2/3

Før det foretas behandling av helseopplysninger, skal dataansvarlig rådføre seg med personvernombudet, jf. personopplysningsloven § 10. Ved rådføringen skal det vurderes om behandling oppfyller kravene i personvernforordningen og øvrige bestemmelser fastsatt i eller med hjemmel i loven her.

Personvernombudet anbefaler at prosjektet gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Dataansvarlig institusjon er Universitetet i Sørøst-Norge (USN). ..... er dataansvarlig for egne opplysninger frem til overføring har funnet sted.
2. Avdelingsleder og forskningsansvarlig i divisjonen ved ..... har godkjent gjennomføringen av prosjektet.
3. Norsk senter for forskningsdata (NSD) har vurdert prosjektets behandling av personopplysninger å være i samsvar med personvernforordningen, med referanse 246502.
4. Det rettslige grunnlaget for behandlingen av personopplysninger i prosjektet er prosjektdeltakernes samtykke jf. personvernforordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav a.
5. Prosjektdeltakerne er kun ansatte ved sykehuset og det lagres ingen opplysninger av særlig kategori (eksempelvis helseopplysninger).
6. Prosjektdeltakerne samtykker skriftlig til behandlingen av deres personopplysninger. Vedlagt informasjons- og samtykkeskriv skal benyttes. Det anbefales imidlertid at personvernombudets merknader vurderes og eventuelt inntas.
7. Behandlingen av personopplysninger i prosjektet skjer i samsvar med dataansvarlig institusjons rutiner og innenfor formål oppgitt i meldingen.
8. Ved bruk av lydopptaker forutsettes det at teknisk utstyr og lagringsplass er godkjent av dataansvarlig institusjon.

9. Personvernombudet anbefaler at lydopptakene transkriberes fortløpende etter gjennomført intervju og at transkripsjonene fjernes for direkte identifiserbare opplysninger/pseudonymiseres. Lydopptaker bør være nedlåst på adgangsbegrenset rom, når den ikke er i bruk. Videre anbefales det at lydopptakene slettes umiddelbart etter gjennomført transkribering, dersom det ikke lenger er nødvendig å oppbevare dem av hensyn til prosjektets formål. Dette vil være i tråd med prinsippet om lagringsbegrensning, som innebærer at data ikke skal lagres lenger enn det som er nødvendig for å oppnå formålet med behandlingen, jf. personvernforordningen art. 5 nr. 1 bokstav e.
10. Utfylte informasjons- og samtykkeskriv og kodelister som kobler indirekte identifiserbare data med personopplysninger bør oppbevares nedlåst, adskilt fra øvrige data, når dette ikke er i bruk.
11. Ved publisering eller presentasjon av prosjektet skal det ikke fremgå noen opplysninger med kjennetegn som er egnet til å direkte identifisere eller bakveisidentifisere deltakerne i prosjektet. Med andre ord skal disse opplysningene være anonyme.
12. Det anbefales at prosjektet sørger for gode rutiner for kvalitetskontroll, tilgangsstyring og håndtering av eventuelle avvik.
13. Prosjektslutt er 01.06.2023.
14. Data slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt 01.06.2023, ved at krysslister slettes og eventuelle andre identifikasjonsmuligheter fjernes.
15. Dersom det foretas endringer i prosjektet som berører formålet, utvalget av inkluderte eller databehandlingen må personvernombudet informeres om dette i likhet med NSD.

Side 3/3

Prosjektet er registrert i oversikten over uttalelser til forsknings- og kvalitetsprosjekter som personvernombudet fører for sykehuset. Oversikten er offentlig tilgjengelig.

Lykke til med prosjektet! Med vennlig hilsen  
for personvernombudet

Epost:



Web:

***Dokumentet er signert elektronisk***