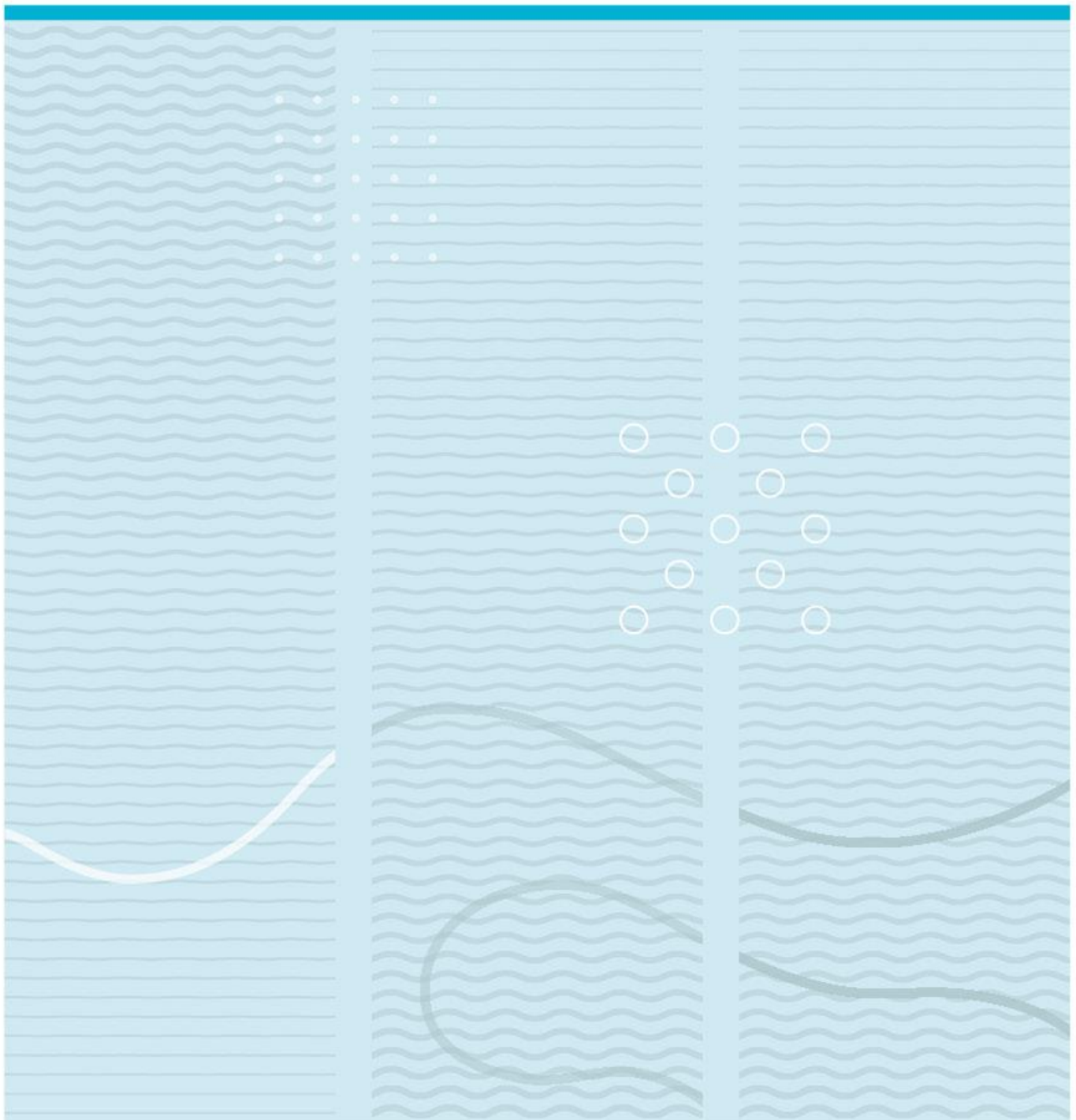


Sverre-Andrè Nordli Stenersen & Edvard Tveit Venås

En Intensivsykepleier i Mental Beredskap

Kvalitativ studie av intensivsykepleieres opplevelse av mental beredskap.



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

<http://www.usn.no>

© 2022 Edvard Tveit Venås
Sverre Andrè Nordli Stenersen

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Bakgrunn: Intensivsykepleie er et yrke som er krevende på det fysiske, men også mentale plan. Intensivsykepleiere har en gitt ramme for hva de skal inneha av kompetanse og ansvar. Mental beredskap er et lite utforsket fenomen innenfor yrket som intensivsykepleier, samtidig som mental belastning er en faktor som er kjent for å føre til frafall fra yrket.

Hensikt: Studiens hensikt er å kartlegge intensivsykepleieres opplevelse av mental beredskap. Hvordan ulike faktorer påvirker det som sammen utgjør mental beredskap og hvordan intensivsykepleierne mener deres mentale beredskap kan styrkes. Denne studien er viktig for å rette søkelyset mot mental beredskap.

Metode: Kvalitativ metode er benyttet i studien. Studien har induktiv tilnærming. Det er gjennomført semistrukturerte dybdeintervju av fire intensivsykepleiere om deres opplevelse av mental beredskap.

Resultater: Datamaterialet fra studien viser at intensivsykepleieres opplevelse av mental beredskap bygger på tre hovedfaktorer; «personlig beredskap», «profesjonell beredskap» og «organisatorisk beredskap». Personlig beredskap består av subkategoriene «Stress og frustrasjon» og «trygghet og samhold». Profesjonell beredskap består av subkategoriene «opplevelse av kompetanse» og «praktisk trening». Organisatorisk beredskap består av subkategoriene «organisering og arbeidskultur» og «systematisk evaluering».

Konklusjon: En intensivsykepleiers opplevelse av mental beredskap omfavner personlig beredskap, profesjonell beredskap og organisatorisk beredskap. Det ansees som essensielt at alle de tre formene for beredskap er på plass for at intensivsykepleieren skal føle seg mentalt forberedt. Mental forberedthet er at man føler seg kompetent, trygg og forberedt for å møte de utfordringene som venter en intensivsykepleier i arbeidshverdagen. Det er et personlig ansvar at denne beredskapen er på plass, men ikke minst et organisatorisk ansvar at ressurser og organisering av disse er optimalt fordelt. Trygghet og samhold trenger økt oppmerksomhet. Det ønskes mer praktisk trening for å øke forberedtheten i arbeidshverdagen. Systematiske evaluering etter hendelser etterlyses. Det savnes mer tid til å kunne prate løst og fast uten hierarkisk form. Intensivsykepleierens opplevelse av mental beredskap er ikke fraværende, men det trengs økt fokus for å styrke, beholde og rekruttere en kritisk viktig rolle.

Abstract

Background: Critical care nursing is a specialty within nursing that is physically, but also mentally demanding. Critical Care Nurses have extensive requirements of competence and responsibility. The mental preparedness and health of Critical Care Nurses is a field with minimal research, while it simultaneously is known that mental burden is a cause of dropout from the profession.

Purpose: The purpose of the present study is to map Critical Care Nurses' experience with mental preparedness; how different factors affect it, and how to strengthen the mental preparedness. This study is important to raise awareness on mental preparedness.

Method: Qualitative research is used in the present study. It has an inductive approach. Data has been collected through semi structured interviews of four Critical Care Nurses on their experience of mental preparedness.

Results: The findings suggest that Critical Care Nurses' experience of mental preparedness comprises of three main factors: "personal preparedness", "professional preparedness" and "organizational preparedness". Personal preparedness comprises of the subcategories "stress and frustration" and "safety and unity". Professional preparedness comprises of the subcategories "experience of competence" and "practical training". Organizational preparedness comprises of the subcategories "organization and work culture" and "systematic evaluation".

Conclusion: A Critical Care Nurse's experience of mental preparedness comprises of personal preparedness, professional preparedness, and organizational preparedness. It is considered essential that all three of these types are established for Critical Care Nurses to feel mentally prepared. Mental preparedness is accomplished when feeling competent, safe, and prepared for the challenges that awaits a Critical Care Nurse. It is a personal responsibility that this preparedness is in place, but an organizational responsibility that resources, and that the organization of these, are optimally distributed. Increased attention on the experience of safety and unity among critical care nurses is needed. There is a desire for more practical training to increase the mental preparedness. Systematic evaluations after incidents are requested, as well as more time to talk and discuss without it having a hierarchically form. The experience of

mental preparedness among Critical Care Nurses is present, but there is a need for increased attention to strengthen, keep and recruit to this important profession.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Abstract	4
Innholdsfortegnelse	6
Forord	8
1 Innledning	10
1.1 Forforståelse	12
2 Bakgrunn	13
2.1 Begrepsavklaring	13
2.1.1 Beredskap.....	13
2.1.2 Mental beredskap	14
2.1.3 Mental forberedthet	14
2.1.4 Debrief, defuse og systematisk evaluering.....	15
2.2 Forankring i lovverk og intensivsykepleiers funksjon- og ansvarsområder ..	16
2.3 Tidligere forskning.....	17
2.4 Studiens relevans og hensikt	19
3 Metode og metodiske overveielser	21
3.1 Forskningsmetode.....	21
3.2 Forskningsdesign	21
3.3 Utvalg og rekrutteringsprosess	22
3.4 Intervjuguide	22
3.5 Datainnsamling.....	24
3.6 Dataanalyse	25
3.7 Validitet, reliabilitet og troverdighet	26
3.7.1 Kredibilitet.....	26
3.7.2 Pålitelighet.....	27
3.8 Forskningsetiske vurderinger	28
4 Resultater	29
4.1 Personlig beredskap	29
4.1.1 Opplevelse av stress og frustrasjon.....	29
4.1.2 Følelse av trygghet og samhold.....	30
4.2 Profesjonell beredskap.....	32

4.2.1	Opplevelse av kompetanse.....	32
4.2.2	Praktisk trening.....	33
4.3	Organisatorisk beredskap.....	34
4.3.1	Organisering og arbeidskultur	34
4.3.2	Systematisk evaluering	36
5	Drøfting.....	37
5.1	Personlig beredskap	37
5.2	Profesjonell beredskap.....	40
5.2.1	Opplevelse av kompetanse.....	40
5.2.2	Praktisk trening.....	41
5.3	Organisatorisk beredskap.....	42
5.3.1	Arbeidskultur og ledelse	42
5.3.2	Systematisk evaluering	44
5.4	Styrker og svakheter ved studien	45
6	Konklusjon.....	48
	Referanser/litteraturliste	49
	Oversikt over tabeller og figurer	56
	Vedlegg	57
6.1	Vedlegg 1: NSD-godkjenning	57
6.2	Vedlegg 2: Søkelogg.....	58
6.3	Vedlegg 3: samtykkeskjema	60
6.4	Vedlegg 4, intervjuguide.....	62

Antall ord: 13741

Forord

Det å skrive en masteroppgave har vært lærerikt og berikende på flere områder. Vi har blitt kjent med faget, akademia, hverandre og oss selv på en ny måte som vi tar med oss videre i vår karriere som intensivsykepleiere. Det å være i en prosess over så lang tid krever mye forståelse, tålmodighet og engasjement fra de vi har rundt oss. Vi vil derfor takke våre familier; Sara, Emma, Marie og Synne & Phillip for at de har bidratt til at vi har kommet oss vel gjennom denne tiden. Vi må også takke intervjuobjektene for at de har stilt opp på studien. Takk til arbeidsgiver som har tilrettelagt våre turnuser. Vi fikk god hjelp av Elise til å oversette til akademisk engelsk, hun fortjener en stor takk! Sist, men ikke minst må vi takke vår masterveileder Astrid Danielsen for uvurderlig hjelp og motiverende samtaler under arbeidet med masteroppgaven.

Tønsberg, 29/11-22

Sverre Stenersen & Edvard Tveit Venås

1 Innledning

Da Covid-19 pandemien kom til Norge 12. mars 2020, økte antallet intensivpasienter betraktelig, og det viste seg at de 289 tilgjengelige intensivplassene og antallet intensivsykepleiere ikke var tilstrekkelig (Vangsnes, 2021). Vangsnes (2021) mente at selv under normale forhold sliter de norske intensivavdelingene med å få tak i tilstrekkelig med intensivsykepleiere. Det ble bevilget 100 millioner kroner av Solberg-regjeringen for å få utdannet 100 ekstra intensivsykepleiere, noe som ble iverksatt hos helseregionene i desember 2020 (Fonn, 2022). Masterstudentene bak denne studien er to av de 100 ekstra nasjonale intensivsykepleierstudentene. Masterstudentenes erfaring er at det rekrutteres færre nye enn antallet intensivsykepleiere som slutter på avdelingen. Dette frafallet skjer i det som bemanningsmessig allerede erfarer som en tynn avdeling. I 2017 og 2018 ble det gjennomført en undersøkelse av riksrevisjonen som anslo at det er finnes like over 3000 intensivsykepleiere, og at 17 prosent av disse var over 60 år (Dolonen, 2021), altså nærmer en stor andel av Norges intensivsykepleiere seg pensjonsalder. Under Covid-19-pandemien kunne man ukentlig lese i de store avistabloider at spørsmål stiltes til hvorfor intensivkapasiteten var på bristepunktet til tross for at antall innlagte på intensivavdelinger på landsbasis var rundt 300. Hvorfor skjer det når man fikk høre fra myndighetene at landet kan håndtere 1000 av disse pasientene på intensivavdelingene (Sykepleien.no, 2021)? NSF's forbundsleder mener at man ikke bare kan øke antallet utdanningsstillinger, men man må forsøke å beholde de som allerede er i jobb, samt mobilisere intensivsykepleiere tilbake til intensivavdelinger (Dolonen, 2021). I USA finner man samme funn fra bemanning under covid-19, der sykepleiere opplevde å være underbemannet, delvis fordi intensivsykepleiere sluttet på intensivavdelinger (Guttormson et al., 2022). Denne studien ønsker å innhente intensivsykepleieres opplevelse av mental beredskap, og hva deres tanker rundt mental beredskap er. Studien ønsker også å finne ut hvordan intensivsykepleierne forbereder seg mentalt til arbeidsdagen. Hos de ansatte observeres det slitasje, som over tid kan gi utslag i sykemeldinger og føre til en sårbar avdeling. Det finnes lite litteratur på mental beredskap hos intensivsykepleiere, og erfaring viser at det er lite fokus på det i utdanningen og på arbeidsplassene. Kan det være at mental beredskap er et glemt fenomen i utdanningen og på arbeidsplasser til sykepleiere og intensivsykepleiere? Forsvaret har implementert «mentalt robust» inn

som del i læringsutbytte i flere av sine utdanninger (Forsvaret.no, 2018). I utdanningen til Politiet brukes begrepet «mental forberedelse» for læringsutbytte i sitt bachelorgrad-program (Politihøyskolen, 2020). Innen helsevesenet erfares det kun bruk av helt enkle beredskapsøvelser. Disse øvelsene går ut på å svare på en melding på privat mobiltelefon om man kan møte opp på sykehuset med en gang, ved et senere tidspunkt, eller ikke i det hele tatt. Dette er en form for bemanningsberedskap, og går derfor ikke på den mentale beredskapen til intensivsykepleierne. Studien ønsker å finne ut om dette er et glemt fenomen som vi kan være med på å løfte opp til våre eksisterende og kommende kolleger.

Norge har et av verdens beste helsevesen kommer det frem fra The Common Wealth sin årlige rapport (Schneider et al., 2021). Innenfor helse har det alltid vært snakk om beredskap. Beredskap defineres som å være forberedt til innsats for å møte uventede kritiske situasjoner (Rein, 2021). Intensivsykepleiere skal inneha en beslutningskompetanse, et etisk grunnlag og kvalitet som kan bli utfordret når pasientstrømmen endrer seg fra det forutsigbare og vante (NSFLIS, 2017). De viktigste etiske prinsippene skal ivaretas; velgjørenhet, ikke skade, respekt for autonomi og rettferdighet (Nortvedt, 2016). Under Covid-19 pandemien har den allmenne interessen for helsevesenets beredskap økt. Beredskap blir diskutert og engasjerer i media, sosiale sammenkomster og ikke minst på masterstudentenes arbeidsplass. Årsaken til dette kan være at belastningen på helsevesenet har styrt hverdagen til veldig mange mennesker under pandemien. I perioder med høy forekomst av covid-19, har man erfart at arbeidsplasser blir stengt ned og erstattet med hjemmekontor. På slik måte har sosial kontakt blitt begrenset. Samtidig som hjemmekontor ble faktum for mange yrkesgrupper, måtte sykepleiere fremdeles møte opp på jobb for å behandle svært syke pasienter. Denne jobben var fysisk og mentalt utmattende for sykepleierne, blant annet fra følelse av håpløshet over at de ikke klarte å redde pasienter og frykt for ta med smitte fra sykehuset hjem til familien (Guttormson et al., 2022).

1.1 Forforståelse

Masterstudentenes forforståelse når det gjelder arbeid med studier som denne, er at de har lest mye forskningslitteratur tidligere, men aldri arbeidet med studier av denne art og omfang. Når det kommer til forforståelsen til problemstillingen, og det yrkesfaglige, har masterstudentene til sammen bred erfaring innenfor sykepleiefaget. Gjennom utdanningsløpet og arbeid i etterkant har også erfaring og kunnskap innenfor intensivsykepleie blitt tilegnet masterstudentene. Masterstudentene opplever mental beredskap som et glemt tema innenfor intensivsykepleie, til tross for at det oppleves viktig. Studien ønsker derfor å se om en mulig mangel på mental beredskap kan være en årsak eller bidragsyter til yrkets høye turnover. Ramírez-Elvira et al., (2021) mener at utbrenthet og stress som faktorer som får intensivsykepleiere til å slutte i yrket.

Da pandemien traff hele verden ble intensivkapasiteten i Norge utfordret. Under starten på masterstudentenes utdanningsløp, erfartes det en ganske trykket stemning da antall pasienter økte. Intensivsykepleierne virket utmattet, og ledelsen slet med å få dekket opp alle vakter. Masterstudentene erfarte at det ble satt i gang flere tiltak for å sikre bemanning, men at dette skapte en følelse av uforutsigbarhet. Helse Sør-Øst kom i april 2020 med en strategi for økt behandlingsskapasitet for koronaepidemien. Et av punktene der var å tilrettelegge for én intensivsykepleier på fire intensivpasienter. Intensivsykepleierne skulle ha med seg assistenter (Helse Sør-Øst, 2020). Andre tiltak masterstudentene erfarte var pengehonorar da man tok ekstravakter, og at den normale turnusen ble sagt opp og nød-turnus innført. På intensivavdelingen masterstudentene arbeider ved, så ledelsen seg nødt til å endre lengden på sommerferien fra fire til tre uker for å sikre tilstrekkelig bemanning gjennom sommeren. Mange av intensivsykepleierne ble utfordret i utholdenhet, arbeidsmestring og deres personlige kapasitet. Masterstudentene erfarte at det sluttet flere intensivsykepleiere på intensivavdelingen enn antall intensivstudenter som skulle hjelpe en allerede tynn avdeling. Det ble rettet et landsomfattende søkelys på sykehusene og spesielt på intensivkapasiteten. Studien håper å finne ut av hvordan intensivsykepleiere kan bli enda bedre rustet til å håndtere sitt yrke, men også hvordan det kan styrke yrke som profesjon og på det organisatoriske plan.

2 Bakgrunn

Hvordan påvirker arbeidshverdagen helsepersonellet? Hva er en god dag? Greenberg et al. (2021) gjorde en undersøkelse på helsepersonell sin mentale helse under Covid-19-pandemien. Studien ble gjennomført i England på intensivavdelinger, og inkluderte blant annet sykepleiere og leger. Om lag halvparten av sykepleierne i studien svarte at de hadde det bra med seg selv, men samtidig svarte omlag halvparten at de enten hadde et alkoholproblem, post traumatisk stress syndrom (PTSD) eller en moderat depresjon eller angst (Greenberg et al., 2021). Greenberg sin studie sier at det er behov for ytterligere arbeid for å forstå det reelle behovet for mental oppfølging. Det konkluderes med at resultatet fra studien sier at det er behov for en nasjonal strategi for å beskytte den mentale helsen, og redusere risikoen for funksjonssvikt til intensivsykepleierne under arbeidet i pandemien (Greenberg et al., 2021). Søk i flere relevante medisinske og sykepleiefaglige databaser er blitt gjennomført. Søkene har ikke resultert i å finne noen studier gjennomført i Norge når det gjelder intensivsykepleieres følelser, meninger og opplevelse av mental beredskap, noe denne studien ønsker å bidra med. Lie et al. (2021) diskuterer forberedthet og arbeidsforhold under første bølge av Covid-19, og kommer frem til at helsepersonellet ville hatt godt av mer forberedende simulering og kommunikasjon. De peker på at negative konsekvenser av manglende forberedthet blant annet etisk stress som igjen kan påvirke intensivsykepleierens psykiske og psykososiale velvære. Dette styrker behovet for å forske på mental beredskap hos intensivsykepleiere (Lie et al., 2021).

2.1 Begrepsavklaring

De mest sentrale begrepene for studien vil her presenteres og defineres.

2.1.1 Beredskap

Ordet beredskap går igjen i mange ulike sammenhenger, ofte med en noe ulik betydning. For hva er egentlig beredskap? I år 2000 kom Norges offentlige utredninger ut med følgende definisjon på beredskap: «*Med beredskap forstås tiltak for å forebygge, begrense eller håndtere kriser og andre uønskede hendelser*» (NOU 2000:24, s. 20). Denne definisjonen for beredskap kan tolkes til å rette seg inn på samfunnsnivå.

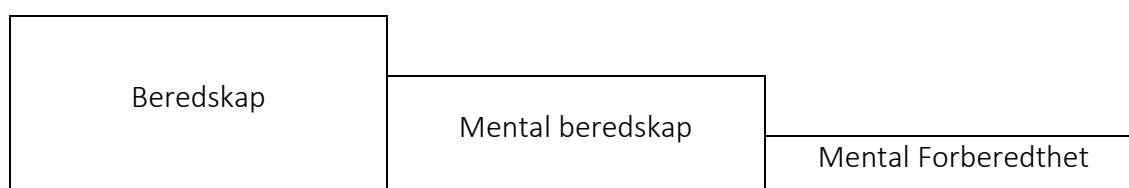
Egenberedskap er et annet begrep som er satt på agendaen etter klimakrisen og krigen i Ukraina i 2022. Begrepet egenberedskap handler i stor grad om å ha et lager med de mest nødvendige ting for å overleve, som vann og mat, men det nevnes også at det man har i hodet som viktig, altså det som studien tolker som mental beredskap (Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, 2020).

2.1.2 Mental beredskap

Mental beredskap er et begrep som beskrives av justis- og beredskapsdepartementet under regjeringen Solberg (2016) på denne måten: «Kriser kan overraske og utfordre på svært krevende måter. En mental beredskap og holdning hvor aktørene er klar over, og så langt mulig forberedt på det ukjente og «ikke-håndterbare», er derfor viktig» (Justis- og beredskapsdepartementet, 2016). I denne studien anses derfor mental forberedthet sentralt for å være i mental beredskap. I brosjyren til Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (2020), som hovedsakelig er utarbeidet for å konkretisere hva som trengs i et beredskapslager, står det noe som tolkes dit hen å være relevant for mental beredskap: «God beredskap handler ikke bare om hva du har i skapet, men også hva du har i hodet» (Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, 2020). Denne studien søker etter erfaringer og følelser om beredskapen intensivsykepleiere har i hodet, altså det studien anser som deres mentale beredskap. En kan ut fra definisjonen presentert her se at mental forberedthet er en utløper fra det store, omfattende og komplekse begrepet «beredskap».

2.1.3 Mental forberedthet

Som sett i Solbergregjeringen sin beskrivelse av mental beredskap, inngår det å være forberedt på det ukjente. Malkina-Pykh & Pykh, (2013) definerer mental forberedthet på lignende måte, ved å se det som en intraindividuell, psykologisk følelse av bevissthet, forventning, og å være klar for uforutsette hendelser (Malkina-Pykh & Pykh, 2013). Studien ser dermed på mental forberedthet som en del av det å være i mental beredskap, som igjen er del i beredskap på samfunnsnivå.



(Tabell 1, visuell tolkning av stegene fra beredskap ned til mental forberedthet i form av trappetrinn)

2.1.4 Debrief, defuse og systematisk evaluering

Debrief og defusing er to begreper innenfor det å ha en felles gjennomgang eller evaluering etter gitte situasjoner. Ulikheten går hovedsakelig ut på når de gjennomføres. I denne studien har vi valgt å omtale defusing og debrief under begrepet «systematisk evaluering», da det føles som en god samlebetegnelse for evalueringer som gjøres etter situasjoner, med mål om forebygging av negative følelser, men også som en arena for læring (James et al., 2022; Lemson & Haerkens, 2014).

2.1.4.1 Debrief

«En systematisk erfaringsinnsamling med involverte» (Malt, 2019), «Debriefing har til hensikt å skape et følelsesmessig klima som tillater at hendelsen eller innsatsen bearbeides fornuftsmessig og følelsesmessig. Målet er å forebygge en utvikling av negative, psykiske senfølger hos innsats- og helsepersonell.» (Malt, 2019).

2.1.4.2 Defusing

Defusing defineres i Oslo universitetssykehus sin E-håndbok som:

«Uformell samling av de som var direkte involvert i hendelsen umiddelbart etter at den mest hektiske fasen er over. Formålet er at alle skal få delt sine følelser og opplevelser rundt det som skjedde. En emosjonell utlufting for å sikre krisehåndtering.» (Oslo Universitetssykehus, 2021)

2.2 Forankring I lovverk og intensivsykepleiers funksjon- og ansvarsområder

Spesialisthelsetjenesteloven §2-1a (1999) sier; «*Det regionale helseforetaket skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder sykehustjenester, medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester, akuttmedisinsk beredskap...*»

(Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Helsepersonelloven §14 og §16 (1999) er særskilt aktuell paragraf for problemstillingen, som sier at «*Departementet kan bestemme at helsepersonell skal delta i vaktordning på det sted der de bor eller arbeider*» og «*Virksomhet som yter helse- og omsorgshjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter*» (Helsepersonelloven, 1999). En kan ut fra dette se at man kan beordres til arbeid på stedet man bor eller arbeider. Denne delen av beredskap kan mulig være svært inngripende for personalets fritid. En ser også at virksomheten, som for studiens problemstilling er intensivavdeling på regionale sykehus er overordnet ansvarlig for at helsepersonellet skal kunne arbeide under vilkår som tilsier at de kan oppfylle sine plikter. Å bli beordret på jobb har forekommet under pandemien og det tenker vi er den mest inngripende behandlingen en ansatt kan oppleve. Det er en forståelse for at man har en samfunnskritisk oppgave som intensivsykepleier. Mange jobber fulltid og har plikter og oppgaver utenfor arbeidsplassen. Likevel ønskes det at man skal jobbe overtid og man kan til og med tvinges til å komme på jobb selv om man har fri. I en artikkel publisert i NRK (2021) forteller intensivsykepleiere om stress og dårlig samvittighet etter at det er en massiv strøm av meldinger fra arbeidsgiver om ledige vakter (Ellefsen, 2021). Det forekommer etiske dilemmaer i forskning. Studien følger forskningsetikkloven (2017) §4 som sier at; «*Forskere skal opptre med aktsomhet for å sikre at all forskning skjer i henhold til anerkjente forskningsetiske normer. Dette gjelder også under forberedelser til forskning, rapportering av forskning og andre forskningsrelaterte aktiviteter*» (Forskningsetikkloven, 2017). Andre relevante lover og ledende dokumenter er samfunnssikkerhet-instruksen (2017), helseberedskapsloven (2000), Spesialisthelsetjenesteloven (1999).

Norske intensivsykepleiere har gitte ansvars- og funksjonsområder. Disse er utarbeidet og vedtatt i 2017 av Norsk Sykepleieforbunds landsgruppe av

intensivsykepleiere, fra nå kalt NSFLIS. Ansvars- og funksjonsområdene er satt sammen av fem hovedpunkter; «formell forståelse», «klinisk utøvelse av intensivsykepleie», «undervisning, fagutvikling og forskning», «samhandling, ledelse og organisasjon» og «annet» (NSFLIS, 2017). Funksjon- og ansvarsområdene utgjør det en intensivsykepleier skal ha av utdannelse og formelle ferdigheter, samt hva som utgjør jobben en intensivsykepleier skal kunne utføre (NSFLIS, 2017). Sentralt for denne studien er blant annet et punkt under undervisning, fagutvikling og forskning: «*intensivsykepleieren bidrar i relevante fora med kritisk refleksjon og etisk bevissthet om spesialitetens kontekst, praksis og rammer*» (NSFLIS, 2017, s.3). Under punktet samhandling, ledelse og organisasjon, er det flere sentrale ansvarsområder: «*Intensivsykepleier i utøver- og lederposisjon tar ansvar for å gi opplæring og arbeidsoppgaver til medhjelpere i samsvar med personalets individuelle kompetanse*» og «*Intensivsykepleier i utøver- og lederposisjon tar ansvar for å delta i å diskutere prioriteringer og ressursfordeling og ta medansvar for effektiv og forsvarlig ressursbruk*» (NSFLIS, 2017 s.3). Etter NSFLIS (2017) sine ansvars- og funksjonsområder for intensivsykepleiere, ser man et individuelt ansvar for å opptre sykepleiefaglig forsvarlig. Disse punktene oppfattes som selvfølgelige, at man skal opptre profesjonelt for å lindre stress og smerte hos pasienter. Ledere skal gi opplæring og oppgaver rettet mot intensivsykepleierens ferdigheter. Det stilles dog ikke noe direkte ansvar for ivaretagelse av intensivsykepleierens mentale helse og styrking av mental beredskap (NSFLIS, 2017).

2.3 Tidligere forskning

Utgangspunktet for studien var å innhente intensivsykepleieres erfaringer og følelser rundt begrepet beredskap. Underveis i søkeprosessen og arbeidet med relevant litteratur, ble interessen mer direkte rettet inn mot begrepet mental beredskap. Dette synliggjøres i studiens presentasjon av den tidlige søkeprosessen, som dermed kan virke lite konkret med tanke på studiens problemstilling.

For å søke strukturert etter eksisterende forskning på temaet beredskap, ble det benyttet et PICO-skjema, som er et hjelpeskjema spisset inn for søk etter kvalitativ forskning (Strømme, 2022). Fremgangsmåten da det kom til søk var å komme frem til gode oversettelser fra norsk til engelsk på de fenomener studien er på jakt etter. Tidlig i prosessen med studien, var formålet å finne ut av intensivsykepleieres tanker og

erfaringer rundt begrepet beredskap. «Intensiv care nurse*» og «Nurse*» er blitt benyttet som søkeord for populasjon. «Surge Capacity», «Feelings», «Management» og «Hospital Surge Capacity» ble benyttet for å rette søkelys mot problemstillingen. Sist var konteksten, som for denne oppgavens del, tar for seg intensivavdelinger. Dermed blir søkeordene for kontekst «ICU*» og «intensive care unit*». Det er benyttet bindeordene «AND» og «OR» for å smale inn, samt få med alle formene for søkeord for å nå ut til all mulig relevant forskning, og «*» er benyttet for å søke på alle endestavelser av enkelte søkeord.

Engelsk søkeord			
P	Population/problem	Intensivsykepleiere	Intensive care nurse* Nurse*
I	Interest	Følelse og erfaring om beredskap	Surge Capacity Feelings Hospital surge capacity Management Experiences Preparedness
Co	Context	Intensivavdeling	ICU* Intensive care unit*

(Tabell 2, PICO-skjema).

Det ble utført et systematisk søk etter relevant litteratur våren 2022, basert på PICO-skjema presentert over. Databasene som ble benyttet var CINAHL, Medline, Proquest og Pubmed. Søkeordene som ble benyttet var som beskrevet blant annet: intensive care unit, ICU, surge capacity, Intensive care nurse, Hospital surge capacity og qualitative. En artikkel ble inkludert i studien fra dette søket; «Mental Health of staff working in intensive care during Covid-19» av N. Greenberg 2021. Det er en studie om omhandler helsepersonell sin mentale helse under covid-19 pandemien i England, som viser høy forekomst av mental uhelse (Greenberg et al., 2021). Vedlegg 2 viser søkelogg, med søkeord, database og funn. «Healthcare professionals in COVID-19-intensive care units in Norway: preparedness and working conditions: a cohort study» av Lie et al. fra 2021

er en annen artikkel som ble funnet tidlig i søkeprosessen. Artikkelen ble funnet som resultat av at oppgavens vinkling ble endret til å søke etter mental beredskap og forberedthet. Artikkelen til Lie et al. er en studie som handlet om norske helsepersonell var forberedt og kvalifisert til å møte den første covid-19-bølgen våren 2020, noe artikkelen konkluderer med at de var (Lie et al., 2021).

Høsten 2022 ble det utført et nytt søk for å se om det var publisert ny forskning som kunne være relevant for studien. Ved bruk av samme søkeord som de som ble benyttet våren 2022 ble det ikke funnet ny relevant forskning, men ved bruk av «mental preparedness» ble en relevant artikkel av Boogaard og Zegers (2022) funnet. Artikkelen handler om det å være mentalt forberedt over en lengre periode under en pandemi, hva har vi lært av covid-19 pandemien? Forslagene fra denne artikkelen var blant annet støtte fra kollegaer og ledelse, refleksjon og etiske konsultasjoner, samt å redusere arbeidsmengden under pandemier (Van Den Boogaard & Zegers, 2022). I etterkant av at studiens resultater kom til syne, har det blitt gjennomført søk rettet spesifikt mot enkelte av fenomenene som intervjuobjektene anser som sentralt for å føle seg i mental beredskap. Altså artikler som ikke direkte bruker begrepene mental beredskap eller mental forberedthet. Det kan være årsaken til at de ikke ble funnet eller benyttet under litteratursøk gjennomført før intervjuene. Dette er artikler som vil benyttes i drøftingen og ikke kommer til syne i den systematiske søkeloggen, vedlegg 2.

2.4 Studiens relevans og hensikt

Som nevnt i innledningen til studien er intensivsykepleie et yrke med mangel på arbeidskraft. I Riksrevisjonen (2019) svarte godt over halvparten av ledere for intensivsykepleiere at de slet med rekruttering av nye intensivsykepleiere (Riksrevisjonen, 2019). Samtidig er et stort behov for intensivsykepleiere, spesielt med tanke på at 17% av nåværende yrkesaktive intensivsykepleiere når pensjonsalder innen kort tid (Dolonen, 2021). Dette gjør det svært relevant å rette tiltak som kan bidra til å beholde eksisterende intensivsykepleiere i yrket. Denne studiens relevans er til stede ettersom masterstudentene erfarer at intensivsykepleiernes opplevelse av mental beredskap er innvirkende for hvordan de håndterer arbeidshverdagen og dermed også har innvirkning på hvor lenge man vil stå i yrket som intensivsykepleier (Ramírez-Elvira

et al., 2021). Ettersom Riksrevisjonen (2019) belyste at det allerede i 2019 var problematisk å ansette tilstrekkelig med intensivsykepleiere, blir problemstillingen relevant, ikke bare for intensivsykepleiere som individer, men på det organisatoriske plan.

Studiens hensikt er å kartlegge intensivsykepleieres opplevelse av mental beredskap. Hvordan ulike faktorer påvirker det som sammen utgjør mental beredskap og hvordan intensivsykepleierne mener deres mentale beredskap kan styrkes. Med styrking av mental beredskap inngår både hva man som individ kan gjøre, men også hva arbeidsplassen gjør og kan gjøre for deres ansatte på området.

3 Metode og metodiske overveielser

3.1 Forskningsmetode

For å besvare problemstillingen er en kvalitativ metode valgt. Kvalitativ metode som defineres av Malterud som: “forskningsstrategier for beskrivelse, analyse og fortolkning av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres” (Malterud, 2017). Datamateriale innhentes ved hjelp av semistrukturerte dybdeintervjuer, og vil vise at disse kan bidra til mangfold, ulike perspektiver og egne erfaringer som understøtter ulike beskrivelser av hver enkeltes virkelighet. Den metodiske tilnærming er induktiv, da oppgaven jakter etter likheter og forskjeller i søken etter mønster hos intensivsykepleieres opplevelse av mental beredskap (Graneheim et al., 2017; Polit & Beck, 2021).

Begrunnelsen for valg av metode kommer ut fra ordlyden på problemstillingen og tittel på studien “En Intensivsykepleier i Mental Beredskap”. Studien ønsker å finne ut hvordan den mentale beredskapen føles på kroppen til intensivsykepleierne og dermed så eliminerte en kvantitativ metode seg selv. Dette handler ikke om nummer og tall, men om ulike fenomener som er subjektive og forskjellige fra hvert enkelt individ. Derfor benyttes kvalitativ tilnærming for å utforske og finne ut av menneskelig følelser, betydninger, erfaringer og dynamiske prosesser (Malterud, 2017). ettersom det finnes begrenset forskning på begrepet mental beredskap, styrkes studiens valg av metode.

Datamaterialet ble samlet med semistrukturerte dybdeintervju. Årsaken til bruk av semistrukturert dybdeintervju er at studien vet hva den ønsker å utforske, men man klarer ikke forutsi hva intervjuobjektene vil svare (Polit & Beck, 2021, s. 514).

3.2 Forskningsdesign

Oppgaven bygger på kvalitativt forskningsdesign. Kvalitativ forskningsdesign kjennetegnes blant annet ved at den er fleksibel med mulighet for å gjøre justeringer underveis i datasamlingen og at en søker gjerne etter forståelse og helhet, altså holistisk (Polit & Beck, 2021, s. 471). Kvalitativ metode egner seg for studiens problemstilling ettersom den er ute etter intensivsykepleieres følelser og individuelle tanker rundt tema, ikke tall og målbare enheter, som kvantitativ forskning egner seg for å søke etter.

3.3 Utvalg og rekrutteringsprosess

Prosjektplan, samtykkeerklæring og intervjuguide ble sendt ut til intensivavdelingene ved fire sykehus i Norge. Samtykkeskjema ligger som vedlegg 3, og mal for samtykkeskjema er hentet på Norsk senter for forskningsdata sine hjemmesider (NSD, u.å). Intervjuguide blir presentert i kapittelet «datainnsamling». Samtlige intensivavdelinger er på et nivå 2-sykehus (Norsk anesthesiologisk forening, 2014, s. 11-12). Det vil si at intensivavdelingene kan gi behandling på relativt likt nivå, med behandling mot svikt i de fleste organer (Norsk anesthesiologisk forening, 2014). Mottakerne var fagsykepleierne og avdelingslederen ved de respektive sykehusene. De videresendte så vedleggene ut til sine intensivsykepleiere, hvor interessenter kunne kontakte masterstudentene direkte for å avtale tidspunkt for semistrukturerte dybdeintervju. Det kom tilbakemelding fra totalt 11 interessenter fra tre av de fire sykehusene vi kontaktet. Ettersom studien ikke hadde andre kriterier for inkludering av intervjuobjekter enn at de skulle være intensivsykepleiere som arbeider ved intensivavdeling i Norge, ble det praktiske årsaker som gav studien fire intervjuobjekter av begge kjønn fra to sykehus. Det var altså flere som var interesserte i å være deltakere i studien enn antallet som ble inkludert. Årsaken til at ikke flere interessenter ble intervjuet var for å begrense datamaterialet. En mulig konsekvens av å ha begrenset antall intervjuobjekter til fire, er at mangfoldet kan ha blitt begrenset og et større bilde kunne blitt belyst dersom flere ble inkludert.

3.4 Intervjuguide

Intervjuguiden krevde mye tid og arbeid, for å sikre at problemstillingen ble besvart på en dekkende måte. Masterstudentenes manglende erfaring med utarbeidelse av intervjuguide var hovedårsaken til at det krevde mye tid. Intervjuguiden ble validert av flere, og resultatet ble en intervjuguide bygd opp av fem hovedspørsmål. Tre av hovedspørsmålene endte med å ha under- eller oppfølgingsspørsmål. Spørsmålene ble utarbeidet med mål om å hente ut intensivsykepleierens erfaringer, følelser og individuelle tanker om temaet mental beredskap og forberedthet. Semistrukturerte intervju er intervju av individuelle deltakere (Malterud, 2017, s. 133). Semistrukturerte dybdeintervju karakteriseres av at man vet hva man ønsker svar på, men man kan ikke

forutse svaret (Polit & Beck, 2021), noe som setter premiss for hvordan spørsmålene skal bygges opp og formuleres. Til intervjuene er det utarbeidet en intervjuguide, som det står skrevet ned spørsmål om de temaene studien ønsker svar på i løpet av intervjuet. Intervjuguiden ligger presentert lenger ned i kapittelet. Polit og Beck (2021) beskriver så intervjuernes jobb til å være å oppmuntre deltakerne til å snakke fritt om temaene og spørsmålene i intervjuguiden, og at de får fortelle sin historie på sin egen, personlige måte (Polit & Beck, 2021, s. 514). For å få til god, fri tale fra intervjuobjektene anbefaler Polit og Beck (2021) oppfølgingsord som; «Hva skjedde så?», «Da det skjedde, hva følte du?», og fraråder spørsmål som legger opp til «ja» og «Nei» svar (Polit & Beck, 2021, s.514). Polit og Beck (2021) sine anbefalinger ble benyttet ettersom masterstudentene var uerfarne, både i utarbeidelse av intervjuguide og i intervjuene. Bruk av oppfølgingsspørsmål som «hva følte du da?» ble benyttet i intervjuene til tross for at de ikke står som konkrete oppfølgingsspørsmål i intervjuguiden.

Det ble utført et pilotintervju som synliggjorde enkelte utfordringer. Under Pilotintervjuet ble spørsmålet «Hva er viktig for deg i forbindelse med beredskap» stilt, med «hvordan føler du din mentale beredskap ivaretas på arbeidsplassen» som oppfølgingsspørsmål. «Hva er viktig for deg i forbindelse med beredskap» var et spørsmål intervjuobjektet følte ble for åpent, samtidig som svaret ble for rettet mot beredskap generelt, heller enn mot mental beredskap. Derfor ble spørsmålet omformulert til «hva kan øke din opplevelse av mental beredskap», og endret oppfølgingsspørsmålet til «Har din arbeidsplass fokus på mental beredskap?».

Intervjuerne byttet også roller slik at en hadde ansvar for å holde den røde tråden med hovedspørsmålene mens den andre hadde ansvar for eventuelle oppfølgingsspørsmål. Årsaken til å bytte om rollene gikk rent på intervjuernes personlige væremåte.

Intervjuguiden som ble benyttet i intervju av samtlige av intervjuene som er inkludert i studien er her presentert:

1. Hva tenker du om beredskap?
 - Generelt i samfunnet
 - På intensivavdelingen
 - Bemanning
 - Utstyr
2. Hva tenker du om mental beredskap?
 - Mentalt forberedt
 - Forberedt på uventede hendelser
 - Være i forkant
 - Forhindre at situasjonen blir uoversiktlig
3. Kan du fortelle om opplevelser der du har vært godt mentalt forberedt?
4. Kan du fortelle om opplevelser der du har vært dårlig mentalt forberedt?
5. Hva kan øke din opplevelse av mental beredskap?
 - Hva kan øke din opplevelse av forberedthet?
 - Unngå følelsen av kaos
 - Hva er viktig for at du skal oppleve mental beredskap
 - Har din arbeidsplass fokus på mental beredskap?

(Tabell 1, intervjuguide)

3.5 Datainnsamling

Datainnsamlingen, altså intervjuene, ble gjennomført med fysisk oppmøte i arbeidstiden til intervjuobjektene. Med på intervjuene var masterstudentene og intervjuobjektet. Samtlige av intervjuene foregikk på ledige pasientrom ved sykehuset intervjuobjektene arbeidet ved. Intervjuene hadde varierende varighet. Intervju 1 var på 28 minutter, intervju 2 var på 34 minutter, intervju 3 var 46 minutter og intervju 4 varte i 35 minutter. Årsaken til at intervju 1 ble det korteste intervjuet kan ha flere årsaker. Det var intervjuernes første erfaring med å være i rollen som intervjuer, utover pilotintervjuet. Det kan ha gitt utslag i færre «tenkepauser» for intervjuobjektet, da intervjuerne ikke nødvendigvis gav rom for det. Det kan også forklares av personlige årsaker, da intervjuobjektet snakket i høyt tempo og gav korte, konkrete svar på spørsmål, der intervjuerne satt med en følelse av at ikke nødvendigvis alle spørsmålene ble ordentlig hørt på og prosessert før hen gav sin besvarelse. Årsaken til at intervju 3 ble signifikant lenger enn de andre intervjuene var at intervjuobjektet gav svært

detaljerte besvarelser, som gjerne gikk langt utover det hen ble spurt om. Å rette intervjuobjektet tilbake på sporet var utfordrende for intervjuerne, da de måtte balansere det å la intervjuobjektet snakke fritt om tema, og det å holde fast i studiens røde tråd.

Intervjuene ble tatt opp på en diktafon før de ble transkribert til anonymisert tekst. Med anonymisert tekst menes det at eventuelle personalia eller informasjon om arbeidssted er tatt ut av teksten (Datatilsynet, 2015).

Lydfilene fra intervjuene er oppbevart i en kryptert mappe på en stasjonær datamaskin hos en av intervjuerne. Transkribert data er blitt anonymisert, da identiteten til våre intervjuobjekter, utover at de er intensivsykepleiere på intensivavdeling i offentlig sykehus, ikke anses som relevant for vår problemstilling. Alle sensitive data, altså rådata i form av lydfiler fra intervjuene og transkripsjon, vil slettes etter sensuren på studien foreligger.

3.6 Dataanalyse

For analyse av transkribert tekst fra de semistrukturerte intervjuene er analyseverktøyet til Lindgren, Graneheim og Lundman (2004, 2017, 2020) benyttet. Gjennom analyse henter man ut meningsbærende enheter. Meningsbærende enheter beskriver de synlige, åpenbare komponentene som belyser problemstillingen. Masterstudentene satt sammen under hele analyseprosessen, samt at masterveileder ble benyttet som støttespiller under prosessen. Masterstudentene startet med å hente ut alt som ble ansett som meningsbærende enheter fra rådata. Også meningsbærende enheter masterstudentene ikke nødvendigvis følte svarte på problemstillingen ble identifisert og tatt med videre i analysen. Alle de meningsbærende enhetene ble renskrevet uten å omgjøre teksten og masterstudentene skrev hva de mente var essensen for alle de meningsbærende enhetene, etter det Lindgren et al. (2020) kaller koder. Når meningsbærende enheter har fått sine koder, skal man etter Lindgren et al., (2020) re-kontekstualisere, en prosess som starter med å sortere koder inn i subkategorier, som videre danner kategorier (Lindgren et al., 2020). Da prosessen med å sortere koder inn i subkategorier var i gang, viste det seg å naturlig danne seg 3 kategorier eller hovedtemaer for masterstudentene. Kategoriene som føltes naturlig å benytte seg av for masterstudentene var «Personlig beredskap», «profesjonell beredskap» og

«organisatorisk beredskap», som presenteres som hvert sitt kapittel i resultatdelen i studien. Utfordringen for masterstudentene var antallet subkategorier som i utgangspunktet ble med. Kategoriene «personlig beredskap» og «profesjonell beredskap» hadde seks underkategorier, mens «organisatorisk beredskap» hadde fire. Å presentere så mange underkategorier ville blitt svært ordkrevende, samtidig som masterstudentene mente det var flere underkategorier som egentlig ikke var direkte relevant for problemstillingen til studien. Resultatet av dette var at tre underkategorier ble tatt ut av studien grunnet at det ikke svarte på problemstillingen. Samtidig så masterstudentene at flere underkategorier kunne slås sammen uten at det ville ha noe å si for innholdet i underkategoriene. Til slutt satt man igjen med det som blir presentert under resultat-kapittelet; tre kategorier som hver har to underkategorier (Graneheim & Lundman, 2004, 2020).

3.7 Validitet, reliabilitet og troverdighet

Forsker man faktisk på det som er nødvendig for å finne et gyldig svar på sin problemstilling? Validitet går på i hvilken grad forskningsmetoden, intervjuobjektene, kontekst og innhentet data er relevante for problemstillingen (Malterud, 2017, s. 23-24). Det Malterud (2017) beskriver som validitet, omtaler Graneheim og Lundman (2004) som kredibilitet og vil for denne studien utdypes i eget underkapittel. Reliabilitet omhandler hvor sikkert det er at hvis andre forskere går frem på samme måte som denne studien, om de vil få samme svar. Ettersom det gjennomføres kvalitativ forskning, der studien er ute etter enkeltpersoners opplevelser og følelse av et begrep, anses ikke repeterbarheten som et aktuelt kriterium (Malterud, 2017, s.25).

For kvalitativ forskning er troverdighet sentralt. Kredibilitet, pålitelighet og overførbarhet kan forklare ulike aspekter for troverdighet (Graneheim & Lundman, 2004, s 109).

3.7.1 Kredibilitet

Kredibilitet omhandler blant annet om innsamlet data fokuseres inn mot forskningsspørsmålet, valg av deltakere, valg av forskningsmetode og kontekst (Graneheim & Lundman, 2004, s. 109). Masteroppgaven er ute etter intensivsykepleieres opplevelse av mental beredskap på intensivavdelinger ved norske

sykehus. Da enkeltindividers opplevelser er i fokus, anses semistrukturert dybdeintervju som mest hensiktsmessig, ettersom studien søker etter svar på spørsmål der man ikke kan forutse hva svarene vil bli (Polit & Beck, 2021, s. 514).

Studiens problemstilling setter premisset for valg av deltakere. For å besvare intensivsykepleieres opplevelse av mental beredskap, er det naturlig å intervju intensivsykepleiere som arbeider ved intensivavdelinger. Valg av personer som har erfaringer innenfor tema man studerer, er sentralt for å oppnå troverdighet (Graneheim et al., 2017). For å få mest mulig like forutsetninger hos intervjuobjektene, valgte masterstudentene å sende henvendelse til sykehus med nokså likt behandlingsnivå. Derfor ble det ikke sendt ut henvendelse til universitetssykehus eller de minste lokalsykehusene i landet.

3.7.2 Pålitelighet

Pålitelighet handler ifølge Graneheim et al. (2017) om hvor koder og sitater legges under kategorier. Pålitelighet påvirkes også ifølge samme artikkel om intervjuernes forforståelse og dermed mulig påvirkning på hvordan spørsmål stilles under intervjuene, samt hva slags oppfølgingsspørsmål som stilles (Graneheim et al., 2017).

Masterstudentene som utfører denne studien er ikke drevne i rollen som intervjuere. Ingen av masterstudentene hadde vært i rolle som intervjuer tidligere, noe som kan påvirke hvordan fremtoningen var, og kan ha påvirket på en måte at samtalen kan ha sporet av. Derfor var det viktig å ha en god intervjuguide å følge, samt at masterstudentene hadde samme rolle under alle intervjuene, slik at intervjuene ble utført på så lik måte som mulig.

Hva gjelder pålitelighet når det kommer til analysedelen, med hvor koder og sitater settes i kategorier, har masterstudentene hatt et tett samarbeid med sin masterveileder, som har bidratt med gode råd og veiledning. Når flere ser på dataene og analysene, gir det et sikrere resultat (Graneheim et al., 2017; Graneheim & Lundman, 2004).

kode	Meningsbærende enhet / sitat	Kondensert tekst
bemannig	<i>«Og det vi har gjort, hvert fall vi har opplevd ved vårt sykehus og sikkert andre det er at vi har jo redusert, vi har jo redusert på bemanning.»</i>	Opplevelse av redusert bemanning

(Tabell 3, eksempel på analyse av rådata)

3.8 Forskningsetiske vurderinger

Forskningsetiske prinsipper, lover og regler er vurdert denne studien. Etter beste evne er respekt for intervjuobjektene autonomi sikret gjennom krav til frivillig informert samtykke, forsvarlighetskravet, konfidensialitet og habilitet. Intensivsykepleiere er blitt intervjuet med ønske og mål om å samle inn data for å innhente kunnskap som kan være til nytte for eksisterende og fremtidige intensivsykepleiere, samfunnet og vitenskapelig kunnskapsutvikling. Dette er måten slik type forskning skal reguleres ifølge boken «medisinsk og helsefaglig etikk» (Ruyter et al., 2014). Masterstudentene har hatt kontakt med fire intervjuobjekter og da kommer det fram aspekter som tillit, konfidensialitet, respekt og gjensidighet i kontakten med disse (Tjora, 2021, s.53). Opptakene fra intervjuene har en varighet fra 26 til 46 minutter og det er flere aspekter som må tas hensyn til for å ikke skade intervjuobjektene. Intervjuobjektene har fått det som anses som tilstrekkelig informasjon på forhånd om hva de er med på. Med det menes informasjon om at de kan trekke seg fra intervjuet eller eventuelt be om at noen deler av intervjuet ikke blir benyttet i tekstkondenseringen (Tjora, 2021). Anonymiseringen er viktig slik at svarene fra intervjuobjektene ikke skal gi noen negative følger eller konsekvenser for vedkommende. Ettersom det er benyttet bruk av diktafon, ble intervjuobjektene informert om at denne kan stoppes om det er noe de var usikre på, både da det kom til om de er usikre på spørsmål eller sensitiviteten av svarene. Ingen av intervjuobjektene benyttet seg av dette tilbudet. Spørsmålene må ikke lede objektene inn på hva vi egentlig er ute etter av data som vi allerede har innhentet (Tjora, 2021). Masteroppgaven er godkjent av NSD. Godkjenningen ligger vedlagt som vedlegg nr 1. Rådataene ble oppbevart på en kryptert harddisk på masterstudentens datamaskin. Rådataene, altså intervjuenes lydfiler og den direkte transkripsjonen vil bli permanent slettet når sensur på masteroppgaven foreligger. Det er kun intervjuerne og masterstudentenes veileder som har hatt tilgang til intervjuene under prosessen med masteroppgaven.

4 Resultater

Analyseringen av det innsamlede datamaterialet synliggjorde et mønster i tankegang, opplevelser og erfaringer hos intervjuobjektene. Under analyseprosessen kom det frem at mental forberedthet utgjør en del av å være i mental beredskap. Dataene synliggjorde så at «Personlig beredskap», «Profesjonell beredskap» og «Organisatorisk beredskap» utgjør mental forberedthet, som er viktig for å være i mental beredskap. Aspektene som sammen bidrar til de tre kategoriene presenteres i sine respektive underkapitler som følger. Intervjuobjektene erfaringer har i enkelte deler av datamaterialet vist seg vanskelig å kun plassere i én enkelt kodegruppe. Det har ført til at enkelte koder er plassert i flere enn én kodegruppe (Lindgren et al., 2020). For å synliggjøre at samtlige intervjuobjekt er benyttet, vil de refereres til som (1), (2), (3) og (4) for sine respektive sitater.

4.1 Personlig beredskap

Analyse av datainnsamlingen synliggjorde aspekter innenfor personlig beredskap som ble omtalt hos flere av intervjuobjektene. Subkategoriene som sammen utgjør personlig beredskap er; Opplevelse av stress og frustrasjon, og følelse av trygghet og samhold.

4.1.1 Opplevelse av stress og frustrasjon

Fenomenet stress var intervjuobjektene opptatt av. Datamaterialet viser beskrivelser av hvordan det føles og tanker om hvordan stress kan håndteres. Å opptre rolig i stressede situasjoner og selvbevissthet er gjentakende i datamaterialet.

«Du kan bli blind på begge øyene hvis du er stressa nok» (1) er en beskrivelse av hvordan stress kan oppleves. Flere fortalte om sine erfaringer når det kommer til handlingsmønster i stressende situasjoner, der det å opptre rolig når kolleger stresser var fremtredende:

«Det hjelper ikke å bli en av kaoset, så du må prøve å bevare roen, kompensere. At man henvender seg til den som har hovedansvar eller den som har myndighet til å bestemme hva som skal gjøres og at man ikke plaprer litt i hver sin krok. At man oppfordrer til en oppsummering hvis det er mye surr og ting som foregår parallelt. Hvor er vi og hvor går vi.» (1)

Andre intervjuobjekter beskrev sin fremtreden i stressede situasjoner på lignende måte, som; «Jeg har blitt klar over min egen reaksjon sånn at jeg jobber med å være rolig utad. Jeg er ikke en kald fisk, absolutt ikke, men at jeg opptrer rolig.» (2), «Er det kaos, blir jeg rolig. Er det noen som er litt bakpå hælen, slår jeg motsatt.» (1) og «Jeg skal ikke si jeg er sånn superrolig og kjempeflink, men det merkelig nok at jeg klarer å holde meg litt i ro når, når det skjer» (3).

Fra datamaterialet kommer det også frem tro om at det er viktig med trening på stressmestring:

«Stressnivå kan kanskje, det er jo veldig bra med trening hvis man vil bekjempe det der stresset som kommer, det kommer alltid. Uansett hvor man jobb, så kommer det alltid, man blir litt sånn skjelven. Og ja, det er jo kanskje greit å forberede det og» (3).

Opplevelse av frustrasjon anses som «en emosjonell reaksjon som oppstår når målrettet atferd blir hindret» (Svartdal, 2020). Det som er gjentakende i datamaterialet er intervjuobjektenes erfaringer med frustrasjon er stemningen under vaktskiftet; «Hvis det er litt sånn grumpy overlapp, det kan få meg litt ut av modus. Så andres humør har innvirkning på meg, dessverre.» (2). intervjuobjektet gav også en mer spesifikk beskrivelse:

«Og det er å komme på jobb og så hvis det er noen som sier at huff a meg nå nei nå, dette kommer ikke til å gå, nei dette. I dag er det mye å gjøre. Da går jeg inn i en sånn ah, velkommen. Det senker veldig min mentale forberedelse.» (2)

Fra datamaterialet kom det også frem frustrasjon over følelse av overbehandling, der et av intervjuobjektene ikke føler man behandler ut fra pasientens beste:

«Det er noen ganger det er nesten sånn at du ikke har lyst til å si ifra. Tenker at kjære vene nå må den få lov til å slippe. Nå må han få lov til å dø, men det skal man jo ikke i dag, skal helst ikke dø» (4).

4.1.2 Følelse av trygghet og samhold

Fenomenet «trygghet» baserer vi på følelsene «usikkerhet» og «trygghet». I datamaterialet kommer det frem at usikkerhet smitter; «Så jeg tror det hvis du er veldig

usikker, så da smitter du andre og da blir det kaos» (3). Videre kommer det fram at man må være trygg på seg selv for å bli trygg på andre; «... det går veldig på trygghet i seg selv. Tenker jeg, og det er noe vi bør øve på alle sammen» (2) og «Da er det faktisk slik at jeg føler meg ganske trygg, man må føle seg trygg, trygg på seg selv, hvis du føler deg trygg selv så det blir lett å bli trygg på de andre også» (3).

Trygghet etter å ha sjekket at nødvendig medisinskteknisk utstyr er på plass og fungerer, er gjentakende for datamaterialet; «Jeg vet at jeg har nok sug, der er cuffsprøyta. Jeg har lyttet og jeg har sjekket at alt er på stell. Det er viktig og det hjelper meg, pluss at jeg er ikke redd» (2) og «Hvis jeg vet alle sug virker, alle laryngoskop virker og respiratorer er på plass, så er jeg ganske langt framme» (3).

Av datamaterialet fremkommer det at følelse av trygghet gjør at en handler i litt større grad på automatikken; «Hvis en har en trygghet når du står opp i en situasjon så handler du i langt større grad litt på automatikken» (4), og at trygghet kommer fra kunnskap og erfaring «Det er fletta sammen med kunnskap, erfaringer ja sånn kort sagt tenker jeg» (4).

Følelse av samhold anses som det mellommenneskelige på arbeidsplassen, også kalt arbeidsmiljø. Samtlige av intervjuobjektene var innom arbeidsmiljø og det kollegiale på arbeidsplassen, både på godt og vondt. Et intervjuobjekt oppsummerer betydningen av arbeidsmiljø slik:

«Jeg tror at den beste beredskapen vi kan ha, det er selvfølgelig å få kompetanse, men du må ha et bra arbeidsmiljø òg, for at folk skal bli trygge på hverandre og tørre å være ærlige, når vi jobber så lenge, går sammen så lenge i en avdeling så er det der så gull, for du får igjen så mye på sikt da.» (1)

Samme intervjuobjekt sa at under Covid-19 pandemien kom man på jobb for å støtte sine kolleger: «Man kom ikke på jobb fordi jobben var sånn kjempestas, for da var man sliten. Man kom på jobb på grunn av kollegaene sine» (1). Datamaterialet viser at flere opplever arbeidsmiljøet som godt: «Jeg tenker det er en avdeling som er preget av humor og at vi har et godt samarbeid med hverandre, leger alle de andre profesjonene. Og at det hjelper på den mentale beredskapen» (2). Høye tanker om kollegaenes faglige kompetanse og forberedthet er gjennomgående i datamaterialet: «Altså det er høyt

nivå. At folk har stort sett forberedt, hvertfall jeg jobber med folk som er veldig flinke, og veldig godt forberedt til det som kan skje» (3).

Fra datamaterialet kan en også se at et av intervjuobjektene opplever at det tas individuelle hensyn om man av personlige årsaker ikke ønsker å inn til gitte pasienter; *«Og det vil jeg si hovedsakelig at det er, sånn at hvis du ikke ønsker å gå inn til en pasient, for du synes den er for komplisert, så er det greit. Eller at du for eksempel har en som man gjerne kjenner litt igjen, en pasient som søren var så lik far min, ikke sant?»*

4.2 Profesjonell beredskap

Den profesjonelle beredskapen anses å være beredskapen man tilegner seg gjennom utdanning, trening, øvelse, erfaring og arbeidsoppgaver. Altså den profesjonelle balasten man har opparbeidet seg gjennom yrkeskarrieren. Subkategoriene innenfor fenomenet profesjonell beredskap har vist seg frem som «opplevelse av kompetanse» og «praktisk trening».

4.2.1 Opplevelse av kompetanse

Opplevelse av kompetanse anses å være sentralt i datamaterialet. Det går både på mangel på kompetanse, og følelsen av å være kompetent. Intervjuobjektene ser på kompetanse som en del av sin mentale beredskap: *«Mental beredskap, altså vi har jo i avdelingen så sertifiserer vi i AHLR. Og det er jo en form for mental beredskap» (4).* Et annet intervjuobjekt ser på kompetanse som den beste beredskapen, i kombinasjon med godt arbeidsmiljø:

«Jeg tror at den beste beredskapen vi kan ha, det er selvfølgelig å få kompetanse, men du må ha et bra arbeidsmiljø òg, for at folk skal bli trygge på hverandre og tørre å være ærlige, når vi jobber så lenge, går sammen så lenge i en avdeling så er det der så gull, for du får igjen så mye på sikt da» (1).

Det fremkommer også fra datamaterialet at intervjuobjektene mener det må være tilstrekkelig med opplæring og sertifisering: *«Og det bør selvfølgelig være tilstrekkelig opplæring av utstyr og drilling og sertifisering» (4).* Samtidig ytres det ønske om å ha sertifisering i mer enn kun avdelingens medisinsk-tekniske utstyr: *«Det er like viktig som å sertifiseres i utstyr som bør man også sertifiseres i det andre, men der har vi jo et*

personlig ansvar også» (4). Kommunikasjon fremkommer fra datamaterialet som en utfordring innenfor profesjonell kompetanse: «Men likevell så tror jeg det er kommunikasjon som bare største utfordringen som, som sagt» (3), Annet funn i datamaterialet er at et av intervjuobjektene ikke er redd for å forsøke å roe ned oppjaget dialog:

«jeg er ikke redd for å si til doktoren at nå roer vi oss ned her. Nå må vi snakke rolig ellers så går det ikke. Hører ikke hva du sier hvis du står å huler. Bare ro deg ned». (2).

Intervjuobjektene har en opplevelse av stadig økt krav til kompetanse da en får nye teknikker, medisiner og utstyr som benyttes i pasientbehandling:

«Pluss at det er jo kanskje når en er vært i yrket så lenge som jeg har så den gangen jeg startet opp så var det ikke så mye teknikker og medisiner og all verdens greier vi stoppet litt før rett og slett tror jeg» (4).

Et annet av intervjuobjektene sitter med en lignende opplevelse, der den økte mengden arbeidsoppgaver og endring virker tærende: «men hvis man blir på en måte nesten sånn hver dag bombardert med nye oppgaver, nye prosedyrer, endringer på prosedyrer og sånn, så man blir litt lei av sånne ting» (3).

4.2.2 Praktisk trening

Under praktisk trening ligger alle formene for forbedring av praktiske ferdigheter, være seg simulering, trening og øvelse. Praktisk trening blir fremhevet av alle intervjuobjektene som viktig for å styrke sin mentale beredskap. Datamaterialet sier: «Beredskap for meg det er jo egentlig sånn hvordan man er forberedt på det som vil skje» (3). Det som er gjentakende er at fagdager, simulering og sertifisering er nødvendige elementer for at intervjuobjektene skal føle seg forberedt i arbeidshverdagen: «Gjennomlesning av prosedyrer og å ha mengdetrening, det er jo egentlig det det handler om, tenker jeg. Forberedthet rett og slett» (1) og «...utover vanlige fagdager, øvelser, det er jo en mental forberedning» (2). Datamaterialet viser også hvor viktig det oppleves med praktisk gjennomføring av prosedyrer som supplement til å lese gjennom dem: «Absolutt å trene, å øve. Å snakke høyt, ikke bare

sitte og lese om prosedyrer, fordi det er dritt kjedelig» (3), da det oppleves u hensiktsmessig å ikke ha praktisk øvelse på dem:

«jeg snakker om prosedyrer og øvelser og sånn, men det er det som er, tror jeg er nøkkel til å, eller prosedyre, ja, veldig viktig, selv om jeg er litt lei av de, men samtidig så, de må brukes i livet, ikke bare på papir.» (3)

Det kommer frem at sertifisering og simulering sees på som fine arenaer for læring og kompetanseheving: *«Det å bli jevnlig sertifisert i det vi har også hatt noen sånne simuleringssituasjoner som har vært veldig bra. Da kjenner du litt på adrenalinet. Kjenner på å skulle prestere» (4), og det fremheves at evaluering i etterkant av simulering oppleves viktig: «Også går man igjennom og evaluerer etterpå. Og får sett på ting» (4).*

Til tross for at intervjuobjektene ser på praktisk trening som viktig, opplever de at praktisk trening er nedprioritert i senere tid: *«Tidligere hadde vi både torsdag- og fredagsundervisning på helt enkle ting i 10 til 20 minutter» (1). Samtidig sitter de med en opplevelse av en overveldende mengde prosedyrer: «Vi er bombardert av prosedyrer. Det er veldig fine, viktige ting som man må lese om, men å drive med det i praksis, det er helt annen sak» (3).*

4.3 Organisatorisk beredskap

Organisatorisk beredskap anses som de faktorene som spiller inn på personalets mentale forberedthet som de selv ikke i særlig grad kan påvirke. I kategorien organisatorisk beredskap, var det subkategoriene «organisering og arbeidskultur» og «systematisk evaluering» som var fremtredende i datamaterialet.

4.3.1 Organisering og arbeidskultur

Organisering og arbeidskultur handler om hvordan ressurser og struktur påvirker intensivsykepleierens følelse av mental beredskap. Datamaterialet viser sprikende opplevelse hos intervjuobjektene når det gjelder bemanning og hvor god eller dårlig den er. Et intervjuobjekt mener; *«Vi kan jo ikke bemanne etter «worst case», men jeg tror at vi er veldig heldig som får være i en intensivavdeling i en slik setting, for at vi blir prioritert» (1) og får støtte fra en annen som sier de ikke sliter med å dekke opp*

bemanningen: «Når det kommer en melding om man trenger folk på jobb ikke sant, så er det aldri problemer å få noen» (2). I den andre enden mener et intervjuobjekt at intensivberedskapen er for dårlig: «Når jeg sier vi har en sykepleier som er ledig, så vi er ikke i beredskap, vi er ikke det» (3). Dette understøttes av et fjerde intervjuobjekt som har en opplevelse av at bemanningen er blitt redusert: «Og det vi har gjort, hvert fall vi har opplevd ved vårt sykehus og sikkert andre det er at vi har jo redusert, vi har jo redusert på bemanning» (4).

I tillegg til å ha en opplevelse av redusert bemanning, opplever et av intervjuobjektene økt mengde arbeidsoppgaver: «Vi har ikke fått noe flere folk for det om vi har fått innført dobbeltkontroll. Vi har bare fått enda fler medisiner og enda mere synonym preparater og alt det greiene der» (4). Intervjuobjektet forteller så hva hen mener er tilstrekkelig bemanning:

«Det bør være noen der som er ledig til å både sjekke opp sånne ting og til å ta i mot ny pasient. Og når vi får ny pasient så vet vi jo ofte hvor mange som må til. Er det på smitte så må du regne hvert fall to, kanskje tre sykepleiere.» (4).

Når det gjelder organisering av bemanningen, viser datamaterialet at bemanningen roteres på når det kommer til langliggere:

«Vi har jo pasienter som har langtidsliggende og som har sykt dårlig og krevende og da snakker vi om det der psykisk belastning, ikke sant. Altså, over tid de skal skifte team og vi skal ikke ha samme folk i flere uker, måneder på samme pasient» (3).

Det kommer også frem fra datamaterialet opplevelse av at det er gode rutiner for å tilkalle ekstra personell, men at det ikke er kultur for å følge prosedyrene: «Vi har gode prosedyrer på å tilkalle folk, det har vi. Hvis vi følger de, selvfølgelig, som ofte blir ikke gjort» (3).

Et av intervjuobjektene har opplevelse av at ved ledig tid på avdelingen, som kunne vært brukt til forefallende arbeid, som E-læring og sertifisering, er det heller kultur på arbeidsplassen til å bruke denne tiden på sosialt samvær med kolleger:

«Når vi er for mange, da er det for mange som går ledig da liksom, men det burde jo vært en gylden anledning og det sier egentlig ledelsen også at da kan vi sertifisere oss, eller kikke på utstyrsparken eller gå igjennom et eller annet. Men vi

er jo ofte som regel for få og når det da er rolig i avdelingen så er det jo bare så deilig å kunne være litt sosial og prate litt og slarve litt å ta det litt med ro men, egentlig så burde det vært jevnlig for mange sånn og brukt de stundene til sertifisering» (4).

4.3.2 Systematisk evaluering

Samtlige av intervjuobjektene var innom temaer som kan samles under betegnelsen «systematisk evaluering». Intervjuobjektene brukte ordene «debrief», «snakke om det», «evaluering» og «snakke fordomsfritt». Gjennomgående for intervjuene er et ønske om systematisert evaluering i etterkant av vanskelige situasjoner; «*Det som kanskje vi kunne ha gjort bedre er vell å ha evaluering i etterkant av vanskelige situasjoner, men vi blir litt slukt av tiden*» (1) og en annen sa «*Debriefing synes jeg vi kan ha mer av*» (2). Ved et annet sykehus sier intervjuobjektet at «*Det har vi ikke noe ordentlig system, vi har snakket om at vi burde ha det, vi har det ikke*» (4).

Datamaterialet viser også hva et av intervjuobjektene mener kjennetegner en god systematisk evaluering;

«En god start og så ville jeg jo selvfølgelig hatt med de som var involvert i hendelsen. Og så skulle jo selvfølgelig alle kommet med sin versjon av det som skjedde og hvor gikk ting galt, hvor gikk ting bra, altså hva vi kunne gjort bedre, det var bra, hva kan vi skryte av, spørsmål, få tankene til alle som er der da. Få det plassert for så å gå ut av rommet etterpå og være ferdig, det er viktig». (2)

Et intervjuobjekt sier systematikken ikke er til stede, mulig fordi det ikke oppleves å være behov for systematisk evaluering «*Jeg tror også vi er såpass åpne i settingen og vi snakker såpass lett med veldig mange kollegaer. Både oppover og nedover i systemet at jeg tror kanskje ikke det er så veldig behov for, for alle*» (2), men følger opp med at «det er klart noen vil gjerne ha det og da får man det» (2).

5 Drøfting

Kapittelet tar for seg drøfting av resultatene fra datamaterialet. Studien søker etter intensivsykepleieres opplevelse av mental beredskap. I drøftingen av problemstillingen vil relevant litteratur og erfaringer med arbeidet på intensivavdelingen benyttes. Dette er i tråd med Polit & Beck (2021) som sier diskusjonsdelen i kvalitativ forskning ikke nødvendigvis skal gi mening til resultatene, men oppsummere dem, se resultatene opp mot annen forskning og kunne gi forslag til implementasjon for videre forskning eller praksis i sykepleieryrket (Polit & Beck, 2021, s. 738). Det som vil drøftes er organisert etter temaene «personlig beredskap», «profesjonell beredskap» og «organisatorisk beredskap», med deres respektive subkategorier. I drøftingen vil det fremdeles refereres til intervjuobjektene som (1), (2), (3) og (4)

5.1 Personlig beredskap

Studien viser at personlig beredskap påvirkes av stress og frustrasjon, samhold og trygghet, som igjen får konsekvenser for deres mentale beredskap. Egenskaper som å være rolig og trygg som intensivsykepleier viser seg å være viktig. Disse egenskapene virker stabiliserende og sprer seg til kolleger. Det kan være avgjørende egenskaper for å opprettholde mental beredskap. Frykten for overbelastning og det å ikke strekke til, viser seg å prege alle intervjuobjektene i større eller mindre grad. Det poengteres av flere at de ikke er redde på jobb, men at de likevel har en frykt for å ikke være god nok. Ramírez-Elvira et al. (2021) poengterer at det kan være mye stress knyttet til pasienter som er innlagt på en intensiv avdeling. Dette begrunnes med at dødeligheten er stor, det er mange etiske dilemmaer og det er en potensielt dødelig risiko ved feil behandling (Ramírez-Elvira et al., 2021). Ett av intervjuobjektene uttalte at man kunne bli blind på begge øynene om man ble stresset nok. Det er en risiko for å bli utbrent ved mye stress og intervjuobjektene forteller at de, selv ved høy belastning, strekker seg det lille ekstra for sine kolleger (1). I samme artikkelen kommer det frem at nettopp høy arbeidsbelastning er en av hovedårsakene til utbrenthet (Ramírez-Elvira et al., 2021). Høy arbeidsbelastning og mye stress kan være en årsak til at mange intensivsykepleiere slutter (Dolonen, 2021; Ramírez-Elvira et al., 2021). Andre konsekvenser av stress kan tenkes å være redusert pasientsikkerhet. Det kan også føre til økt sykefravær, som igjen

kan gi konsekvenser for bemanningen, siden det i utgangspunktet er mangel på intensivsykepleiere (Dolonen, 2021; Fonn, 2022).

Sitater fra intervjuobjektene som *«Jeg har blitt klar over min egen reaksjon sånn at jeg jobber med å være rolig utad. Jeg er ikke en kald fisk, absolutt ikke, men at jeg opptrer rolig»* kan forstås på flere måter. Intervjuobjektene ønsker muligens å formidle at de opptrer rolig for å ikke påføre miljøet rundt seg stress, men også for å distansere seg for å etablere oversikt og kontroll. Van Den Boogaard & Zegers (2022) poengterer at det finnes flere måter å øke den mentale beredskapen på, blant annet ved å være mere bevisst på egen adferd (Van Den Boogaard & Zegers, 2022).

Opplevelse av frustrasjon anses som en emosjonell reaksjon som oppstår når målrettet atferd blir hindret (Svartdal, 2020). Gjentakende i datamaterialet er intervjuobjektens erfaringer med frustrasjon ved vaktskiftet. Når man møter på jobb og er klar for å gjøre en god jobb så viser det seg å være sentralt hvordan vekten starter. Hvordan man blir møtt når man kommer på vakt, kan ha stor innvirkning på egen holdning og innstilling mentalt. Er det dårlig stemning og det blir uttrykket negativitet så kan det ha påvirkning på den enkeltes beredskap. For eksempel så sa intervjuobjekt nr. to dette:

«Og det er å komme på jobb og så hvis det er noen som sier at huff a meg nå nei nå, dette kommer ikke til å gå, nei dette. I dag er det mye å gjøre. Da går jeg inn i en sånn ah, velkommen. Det senker veldig min mentale forberedelse.»

En konsekvens av sitatet over kan være at man mister fokus og interesse, som kan tenkes å spre seg videre, samt i ytterste konsekvens føre til at små, men viktige detaljer oversees i pasientbehandling. I artikkelen til Siffleet et al. (2015) kommer det frem at krangling, misnøye og dysfunksjonelle sykepleiere fører til engstelse, mistriivsel og at folk ikke vil komme på jobb (Siffleet et al., 2015) . Det kommer frem i samme artikkel at trivselen var best der kolleger støttet hverandre og viste individuelle hensyn, noe intervjuobjekt 1 følte hens arbeidsplass gjorde; *«Og det vil jeg si hovedsakelig at det er, sånn at hvis du ikke ønsker å gå inn til en pasient, for du synes den er for komplisert, så er det greit...»*. Intervjuobjektene ble spurt om hvordan de forbereder seg før de begynner på jobb. Alle fire fortalte at de ikke hadde noen spesiell forberedelse, men at de trivdes på arbeidsplassen.

Studien legger trykk på at fenomenene samhold og trygghet er sentrale for at intensivsykepleierne skal ha det bra i sitt yrke. Det som var gjentakende i intervjuene var at intervjuobjektene først sa at det var praktiske ting og utstyr som var definerende for hva som gjorde at de var trygge og følte at de hadde en bra beredskap. For eksempel så ble det sagt; *«Jeg vet at jeg har nok sug, der er cuffsprøyta. Jeg har lyttet og jeg har sjekket at alt er på stell. Det er viktig og det hjelper meg, pluss at jeg er ikke redd»* (2) og *«Hvis jeg vet alle sug virker, alle laryngoskop virker og respiratorer er på plass, så er jeg ganske langt framme»* (3). Denne følelsen gjenspeiles i andre kritiske yrkesgrupper. I en artikkel om beredskap i politiet er det også fokus på at de må stole på at alt utstyret de skal bruke er på plass og i orden for å kunne føle seg forberedt til skarpe situasjoner (Andersen, 2009). Det kommer frem som en konsekvens at et helt oppdrag kan gå galt og at det kan gå utover sikkerheten til andre personer om ikke utstyret og den mentale biten er på plass (Andersen, 2009). Intensivsykepleierne virker i så måte å tenke på praktiske oppgaver før de tenker på om de selv er forberedte og klare. Det er en tanke at de tenker på at alt utstyret må være på plass og i orden for at de skal kunne utføre viktige oppgaver. Intensivsykepleiere har tendenser til å ha negative tanker om verdien av jobben de gjør og en generell dårlig faglig selvtilit (Ramírez-Elvira et al., 2021). Intervjuobjektene mente at trygghet kommer fra kunnskap og erfaring. Det blir sagt om trygghet; *«Da er det faktisk slik at jeg føler meg ganske trygg, man må føle seg trygg, trygg på seg selv, hvis du føler deg trygg selv så det blir lett å bli trygg på de andre også»* (3). Trygghet og godt arbeidsmiljø reduserer stress og faren for å bli utbrent (Ramírez-Elvira et al., 2021). En konsekvens av å ikke føle at man er trygg blir fint sagt av samme intervjuobjekt; *«Så jeg tror det hvis du er veldig usikker, så da smitter du andre og da blir det kaos»* (3). Dette er det flere som kommenterer. Det blir også lagt trykk på at samholdet på arbeidsplassen er særs viktig for at de skal føle seg trygge og ha en mental beredskap. Et intervjuobjekt sa;

«Jeg tror at den beste beredskapen vi kan ha, det er selvfølgelig å få kompetanse, men du må ha et bra arbeidsmiljø òg, for at folk skal bli trygge på hverandre og tørre å være ærlige, når vi jobber så lenge, går sammen så lenge i en avdeling så er det der så gull, for du får igjen så mye på sikt da.» (1).

Om disse rammene ikke er på plass så vil det øke stress og gi en utrygghet og dårlig samhold (Ramírez-Elvira et al., 2021). Det vil kunne få konsekvenser for pasientsikkerheten og kvaliteten på behandlingen om det avhenger av at de som er på jobb har et godt eller dårlig samhold. Intensivsykepleierne har et ansvarsfullt yrke som krever at det til enhver tid er noen på jobb, hele døgnet, hele året også på helligdager når de fleste andre har fri. Disse perspektivene gjør at det er et stort fokus på at arbeidsmiljø. Samhold og trygghet må være tilstede for ivaretagelse av intensivsykepleierens opplevelse av mental beredskap (Van Den Boogaard & Zegers, 2022).

5.2 Profesjonell beredskap

Den profesjonelle beredskapen anses å være beredskapen man tilegner seg gjennom utdanning, trening, øvelse, erfaring og arbeidsoppgaver. Altså den profesjonelle balasten man har opparbeidet seg gjennom yrkeskarrieren. Ikke bare er det fokus på å prestere på jobb, men den mentale beredskapen man tilegner seg skaffes også før og etter jobb. Intensivsykepleiere viser seg å ha høy emosjonell utholdenhet og lav personlig forventning (Ramírez-Elvira et al., 2021).

5.2.1 Opplevelse av kompetanse

Opplevelse av kompetanse anses å være sentralt i datamaterialet. Det går både på mangel på kompetanse, og følelsen av å være kompetent. Intervjuobjektene ser på kompetanse som en del av sin mentale beredskap i kombinasjon med godt arbeidsmiljø:

«Jeg tror at den beste beredskapen vi kan ha, det er selvfølgelig å få kompetanse, men du må ha et bra arbeidsmiljø òg, for at folk skal bli trygge på hverandre og tørre å være ærlige, når vi jobber så lenge, går sammen så lenge i en avdeling så er det der så gull, for du får igjen så mye på sikt da» (1).

Arbeidsmiljø og støtte fra kolleger har stor innvirkning på reduksjon av stress og kan bygge selvtillit og mental beredskap (Ramírez-Elvira et al., 2021). Det ønskes opplæring, drilling og sertifisering i tillegg til å trene på å kommunisere. Det blir sagt av intervjuobjekt 3 at kommunikasjon er den største utfordringen. Annet funn i

datamaterialet er at intervjuobjektet ikke er redd for å forsøke å roe ned oppjaget dialog:

«jeg er ikke redd for å si til doktoren at nå roer vi oss ned her. Nå må vi snakke rolig ellers så går det ikke. Hører ikke hva du sier hvis du står å huler. Bare ro deg ned». (2).

Det er beskrevet som viktig at intensivsykepleiere bruker stemmen sin og sier ifra oftere for å understreke den viktige jobben og rollen de har (Van Den Boogaard & Zegers, 2022).

Et viktig tilskudd for å styrke samhold og emosjonell tilfredshet blant intensivsykepleierne er «teamwork» (Siffleet et al., 2015). I samme artikkel ble det sagt at kolleger som lytter, passer på hverandre og ser til at andre har det bra og hjelper til når det trengs, styrker samhold og beredskapen til intensivsykepleierne (Siffleet et al., 2015).

Intervjuobjektene har en opplevelse av stadig økte krav til kompetanse, da en får nye teknikker, medisiner og utstyr som skal benyttes i pasientbehandling: *«... den gangen jeg startet opp så var det ikke så mye teknikker og medisiner og all verdens greier...»* (4). Et annet av intervjuobjektene sitter med en lignende opplevelse, der den økte mengden arbeidsoppgaver og endring virker tærende: *«men hvis man blir på en måte nesten sånn hver dag bombardert med nye oppgaver, nye prosedyrer, endringer på prosedyrer og sånn, så man blir litt lei av sånne ting»* (3). I Siffleet et al. (2015) var et av funnene nettopp det at når intensivsykepleieren kommer seg gjennom dagens gjøremål og mål for dagen, drar de fra jobb med en god følelse (Siffleet et al., 2015). Dette kan sees som underbyggende for hvordan intensivsykepleierne føler det med stadig økt mengde oppgaver og prosedyrer som kan føre til at de ikke kommer gjennom dagens gjøremål. Dette kan gi opphav til frustrasjon, som intervjuobjekt 3 var inne på *«jeg kan bli irritert på meg selv hvis jeg ikke er forberedt, hvis jeg faktisk kan ikke den prosedyren og sånn...»* (3).

5.2.2 Praktisk trening

Datamaterialet forteller at både simulering og sertifisering er arenaer som oppleves viktige for å øke kompetanse og beredskap. Det blir sagt at man kjenner på et press for å prestere og at det er fint å bli evaluert i ettertid slik at man kan bli bedre, få økt

beredskap og samtidig få terpet på aktuelle øvelser (4). Datamaterialet viser hvor viktig det oppleves med praktisk gjennomføring av prosedyrer som supplement til å lese gjennom dem: «*Absolutt å trene, å øve. Å snakke høyt, ikke bare sitte og lese om prosedyrer, fordi det er dritt kjedelig*» (3).

I en artikkel av Vahedian-Azimi et al. (2019) fremheves faglig oppdatering og i tillegg lære å ta vare på seg selv når man jobber under press med kritisk syke pasienter som viktig for å unngå å få redusert mental beredskap (Vahedian-Azimi et al., 2019).

Datasamlingen forteller at praktisk trening og simulering bygger opp under kompetanseheving. Det uttrykkes utilfredshet med at faglig oppdatering stadig blir nedprioritert. Ett av intervjuobjektene sier: «*Tidligere hadde vi både torsdag- og fredagsundervisning på helt enkle ting i 10 til 20 minutter*» (1). Denne utviklingen fryktes å redusere intensivsykepleieres mentale beredskap. For å heve kvalitet, mental beredskap og kompetanse hos intensivsykepleiere bør man sørge for trening og kompetanseheving (Ramírez-Elvira et al., 2021). Ser man til andre kritiske yrker som jobber med mennesker som for eksempel politiet så har de et større innhold av gruppearbeid, diskusjoner og praktisk trening i sin utdanning (Andersen, 2009). Samtidig sitter intervjuobjektene med en erfaring om at det kan bli mye teori i stedet for praktisk trening: «*Vi er bombardert av prosedyrer. Det er veldig fine, viktige ting som man må lese om, men å drive med det i praksis, det er helt annen sak*» (3).

5.3 Organisatorisk beredskap

5.3.1 Arbeidskultur og ledelse

Arbeidskultur og ledelse er ikke homogent og vil kunne variere fra sted til sted. Våre intervjuobjekter var fra to ulike sykehus og to ulike kjønn. Det som var viktig for disse var at bemanning og hvordan man bearbeidet tøffe hendelser sto sentralt for å bygge mental beredskap. Flere av intervjuobjektene kommenterte at den nasjonale beredskapen var høy og at vi bor i et rikt land som er forberedt på det meste. Disse meningene støttes i en undersøkelse fra 2021 i «The Common Wealth Found» (Schneider et al., 2021).

De føler seg heldige som jobber på en prioritert avdeling, men likevel er det varierende bemanning. Det ble sagt: «*Vi kan jo ikke bemanne etter «worst case», men jeg tror at vi er veldig heldig som får være i en intensivavdeling i en slik setting, for at vi blir prioritert*» (1). Samhold og teamwork er faktorer som bygger trygghet og at man kan prate med kolleger for å diskutere pasienters behandling, viser seg å styrke den mentale beredskapen (Van Den Boogaard & Zegers, 2022). Beredskapen på norske intensivavdelinger ble løftet til et nasjonalt problem under covid-19 pandemien, men dette er ikke et nytt pandemi-problem. Kapasitetsproblemer på landets intensivavdelinger er en normaltilstand (Vangsnes, 2021). Dette kan fort så tvil i en intensivsykepleiers mentale beredskap når slike ytringer blir et nasjonalt eie. Et annet intervjuobjekt bekrefter den utilstrekkelige beredskapen: «*Når jeg sier vi har en sykepleier som er ledig, så vi er ikke i beredskap, vi er ikke det*» (3). Autonomi innad i intensivavdelingens struktur, kultur og ledelse som behandlingsinstitusjon bygger mestring og tilhørighet (Siffleet et al., 2015). Følelsen av å ikke strekke til for å utføre livsviktig behandling med kvalitet ble uttalt av flere. I slike tilfeller vil teorien om samhold og trygghet falle fra. Det ble uttrykket frykt for konsekvenser av utilstrekkelig bemanning: «*Og det vi har gjort, hvert fall vi har opplevd ved vårt sykehus og sikkert andre det er at vi har jo redusert, vi har jo redusert på bemanning*» (4).

Intensivsykepleiere blir etter hvert som de blir utsatt for krevende situasjoner, motstandsdyktige mot stress og kan øke effektiviteten (Ramírez-Elvira et al., 2021). Alle de fire intervjuobjektene er erfarne og har flere års erfaring som intensivsykepleiere. I tillegg til redusert bemanning ser de en utvikling som de ikke liker: «*Vi har ikke fått noe flere folk for det om vi har fått innført dobbeltkontroll. Vi har bare fått enda fler medisiner og enda mere synonym preparater og alt det greiene der*» (4). En studie som tar for seg de første månedene etter covid-19 pandemien brøt ut slår fast at intensivsykepleierne hadde god mental beredskap i starten av første bølge (Lie et al., 2021). I etterkant av denne studien har det vært et stort frafall av intensivsykepleiere grunnet utbrenthet (Ramírez-Elvira et al., 2021). I kjølvannet av pandemien hvor intensivberedskapen ble et slags allemannseie så ble det anslått at så mye som 700 intensivsykepleiere hadde falt fra den siste tiden (Dolonen, 2021).

Frykten for å ikke strekke til får et intervjuobjekt til å kommentere bemanningen slik:

«Det bør være noen der som er ledig til å både sjekke opp sånne ting og til å ta i mot ny pasient. Og når vi får ny pasient så vet vi jo ofte hvor mange som må til. Er det på smitte så må du regne hvert fall to, kanskje tre sykepleiere.» (4).

I artikkelen «100 nye utdanningsstillinger for intensivsykepleiere er fordelt» fra 2022, uttaler Paula Lykke som er faggruppelider for intensivsykepleierne: *«Det viktige nå er å beholde de allerede utdannede intensivsykepleierne, slik at de kan være god støtte for de nye. Skal du ha lyst til å jobbe et sted, må det være et godt arbeidsmiljø»* (Fonn, 2022). Arbeidsmiljø var samtlige av intervjuobjektene opptatt av, og datamaterialet tilsier at intervjuobjektene anser arbeidsmiljøet der de arbeider som godt.

Arbeidskultur påvirkes av forhold til nærmeste leder. Alle intervjuobjektene framhever nærmeste leder som bidragsyter til det gode arbeidsmiljøet. Intervjuobjekt 2 sier nettopp at «Når det kommer en melding om man trenger folk på jobb ikke sant, så er det aldri problemer å få noen», noe som kan tolkes som god arbeidskultur. Også intervjuobjekt 1 og 4 bemerket sine nærmeste ledere på positiv måte med *«Så har vi en leder som har vært helt fantastisk, som har gitt oss stor forståelse.»* (1) og *«...altså det er en god etisk, høy etisk ånd i avdelingen, det eh fra ledelsens side det vil jeg påstå»* (4).

5.3.2 Systematisk evaluering

Samtlige av intervjuobjektene var innom temaer som kan samles under betegnelsen «systematisk evaluering». De ble spurt om hva som kunne bedre deres mentale beredskap. Alle fire intervjuobjektene ble engasjerte når de snakket om det å prate ut om hendelser, både i strukturert form, men også løst og fast mellom kolleger. At det ikke var noe hierarki, men at man kunne være seg selv og prate fritt. Det bygges opp under av Van Den Boogaard & Zegers (2022) sin artikkel der de sier at det å prate fritt om etiske dilemma i pasientbehandling, i en åpen setting uten hierarki kan føre til mindre utbrenthet (Van Den Boogaard & Zegers, 2022). Det motsatte, altså om det ikke er noen å prate med og arbeidsmiljøet ikke tillater prat mellom kolleger, kan tøffe episoder og høy belastning lede til PTSD og frafall av intensivsykepleiere (Vahedian-Azimi et al., 2019). Dette understreket intervjuobjektene mening om hva som kunne heve deres mentale beredskap. Valget av debrief som metode for å heve kompetanse,

styrke samhold og ta vare på de ansatte ansees som et organisatorisk ansvar (James et al., 2022). Det må settes av tid, og det må være en kultur for å gjennomføre debrief. Intervjuobjektene brukte ordene «debrief» og «snakke om det» for å omtale det man anser som debrief. Kommunikasjon mellom kolleger ansees som svært viktig for å kunne bearbeide stress og redusere den mentale belastningen (Van Den Boogaard & Zegers, 2022). Dermed kan en se på det som styrking av mental beredskap. Det er spennende at nettopp systematisk evaluering, kollegastøtte og utlufting etter krevende episoder går igjen som et ønske av intervjuobjektene. I tillegg støttes disse ønskene av litteraturen og forskningsartikler knyttet opp mot hva kan vi gjøre bedre for å styrke mental beredskap og for å unngå utbrenthet, stress og overarbeidede intensivsykepleiere (Lemson & Haerkens, 2014). En debrief etter en hendelse vil kunne styrke samhold, gi økt faglig kompetanse og selvtillit (James et al., 2022). Intervjuobjekt 2 sa «*Debriefing synes jeg vi kan ha mer av*», mens intervjuobjekt 4, som jobber ved et annet sykehus sa at «*Det har vi ikke noe ordentlig system, vi har snakket om at vi burde ha det, vi har det ikke*» (4). Debrief er en strukturert måte å identifisere lærdom i etterkant av en episode med mål om å styrke faglig kompetanse og utførelse individuelt og i team (Lemson & Haerkens, 2014).

Datasamlingen viser også at noen tar med seg byrder og negative opplevelser hjem til sitt privatliv når de ikke får blitt ferdig med en sak på jobb (4). Dette er en av faktorene som reduserer intensivsykepleiernes mentale beredskap (Van Den Boogaard & Zegers, 2022). Intensivsykepleierne må bli flinkere til å ta vare på seg selv og lage et skille mellom hva som tas med hjem etter jobb når det kommer til balansen mellom jobb og privatlivet (Van Den Boogaard & Zegers, 2022). Intervjuobjekt 4 sier dette om dårlige dager på jobb; «*og kommer hjem så er jeg sikkert sånn der mutt og tverr og ja synes at det har vært en dårlig dag*» (4). Altså kan en se at arbeidsdagen får konsekvenser for privatlivet.

5.4 Styrker og svakheter ved studien

Det ble valgt en kvalitativ metode til denne studien. Bakgrunnen til dette var et ønske om å få vite hva intensivsykepleiere kunne dele av erfaringer og følelser knyttet til masteroppgavens problemstilling. Innenfor kvalitativ forskningsmetode er begrepene gyldighet, pålitelighet og overførbarhet helt sentralt for at forskningsfunnene skal være

så pålitelig som mulig (Graneheim & Lundman, 2004). Disse begrepene har hengt over masterstudentene gjennom absolutt hele prosessen. Både hver for seg, men også på tvers av hverandre henger disse sammen for en komplett forståelse (Graneheim & Lundman, 2004). Polit & Beck sier at gyldighet er helt sentralt for å se at metodens funn og resultat er sannferdige (Polit & Beck, 2021). Graneheim og Lundman (2004) poengterer at pålitelighet forteller noe om størrelsen på endringer av data som skjer over tid, og om masterstudentenes valg av endringer underveis i analyseprosessen (Graneheim & Lundman, 2004). Hvordan funnene kan overføres (transferability) er også en del av troverdighet som viser om funnene er overførbare til andre miljøer eller grupper (Polit & Beck, 2021). Graneheim og Lundmann (2004) påpeker at begrepene sammenflettes og henger sammen, selv om begrepene skilles hver for seg (Graneheim & Lundman, 2004).

I denne studien har masterstudentene gjennom hele prosessen minnet seg selv på studiens kjerne som er å finne ut hvordan intensivsykepleierens mentale beredskap ser ut i forhold til de første observasjonene masterstudentene gjorde på en intensivavdeling. Masterstudentens manglende erfaring på en intensivavdeling, ansees å kunne være styrkende for studien. Dette begrunnes med at de ikke var forutinntatte og ikke har grunnlag for å kunne påvirke intervjuobjektene ærlige og selvopplevde erfaring.

Graneheim og Lundmann (2004) anbefaler at man forklarer og viser hvordan man har utført selve analysedelen (Graneheim & Lundman, 2004). Masterstudentene har jobbet sammen gjennom hele studien. En styrke har vært at masterstudentene har ulik erfaring, bakgrunn og alder. På så måte har det vært konstruktive diskusjoner og en bred aktivering av ny, tilkommet kunnskap. For at studien skulle samle bred mengde erfaring som, var det viktig for masterstudentene å ha representanter fra begge kjønn og fra minst to sykehus. Masterstudentene sendte ut forespørsel til fire sykehus. Masterstudentene fikk respons fra tre av sykehusene og endte med å intervju fire intensivsykepleiere fra to av disse sykehusene. En svakhet i studien er masterstudentenes manglende erfaring på å intervju. Tilbakemeldingene var likevel at intervjuobjektene følte tillitt og at de kunne svare ærlig og fritt på spørsmålene. Det var tidvis vanskelig å la det være stille, slik at intervjuobjektene kunne bruke så god tid de

kanskje ønsket. Masterstudentene ser dog på datamaterialet som rikt, men manglende kunnskap og erfaring med å intervju anses som en svakhet for studien.

Spørsmålene i intervjuguiden kunne blitt supplert med litt mer inngående oppfølgingsspørsmål. Sett i lys av artikler lest i ettertid, skulle masterstudentene lagt til spørsmål om intervjuobjektene drev med fysisk eller en form for mental trening. Dette på bakgrunn av forskningsartikler som har vist til viktigheten av mindfulness og ivaretagelse av egen helse for å styrke den mentale beredskapen (Van Den Boogaard & Zegers, 2022). Sett i retrospectiv kunne gjerne intervjuerne vært mer direkte og «hentet» intervjuobjektet tilbake på tema når det sporet av fra spørsmålet som ble stilt. Dette anses også å være i lys av masterstudentenes manglende erfaring med å intervju.

6 Konklusjon

En intensivsykepleiers opplevelse av mental beredskap påvirkes av personlig beredskap, profesjonell beredskap og organisatorisk beredskap. Det ansees som essensielt at alle disse tre formene for beredskap er på plass for at intensivsykepleieren skal føle seg mentalt forberedt. Mental forberedthet er at man føler seg kompetent, trygg og forberedt for å møte de utfordringene som venter en intensivsykepleier i arbeidshverdagen. På en intensivavdeling er dødeligheten stor, det er mange etiske dilemmaer og det er en potensielt dødelig risiko ved feil behandling. Påkjennningene som disse faktorene bidrar til, krever at den mentale beredskapen er grunnleggende tilstede. Dette for å sikre pasientsikkerhet, og å redusere faren for utbrenthet og hindre slitasje på intensivsykepleieren. Slitasje over tid kan føre til frafall av intensivsykepleiere. At den enkelte intensivsykepleieren innehar den mentale beredskapen som kreves, er et personlig ansvar. Samtidig er det også et organisatorisk ansvar å bygge og ivareta intensivsykepleierens kompetanse. Tilstrekkelig med ressurser må være tilstede, og disse må forvaltes på en hensiktsmessig måte. Det må rettes mer oppmerksomhet mot ivaretagelse av trygghet og samhold. Det ytres et ønske om mer praktisk trening for å øke forberedtheten i arbeidshverdagen. Systematiske evaluering etter hendelser er noe som etterlyses. Det savnes også mer tid til å kunne prate løst og fast uten hierarkisk form. Dette for å bearbeide og styrke kompetansen. Intensivsykepleierens opplevelse av mental beredskap er ikke fraværende, men det trengs økt fokus for å styrke, beholde og rekruttere en kritisk viktig rolle.

Referanser/litteraturliste

Zotero er benyttet for referering i studien. Henvisningsstilen er Apa 7th.

Andersen, R. (2009). "Å være mentalt forberedt" – en studie av erfaringer

[Mastergradsavhandling, Politihøyskolen]. <https://phs.brage.unit.no/phs-xmlui/handle/11250/174987?show=full>

Datatilsynet. (2015). *Anonymisering av Personopplysninger, veileder 2015*. Datatilsynet.

<https://www.datatilsynet.no/globalassets/global/dokumenter-pdf/er-skjema-ol/regelverk/veiledere/anonymisering-veileder-041115.pdf>

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. (2020). *Du er en del av Norges beredskap*.

https://www.dsb.no/globalassets/dokumenter/egenberedskap/dsb_beredskap_brosjyre_original.pdf

Dolonen, K. A. (2021). *700 intensivsykepleiere er blitt borte*. hentet 03.02.22:

<https://sykepleien.no/2021/11/700-intensivsykepleiere-er-blitt-borte>,

Ellefsen, V. U. (2021, november 25). *Intensivsykepleiere pepres med meldinger på fritiden*. NRK. hentet 11.03.2022:

<https://www.nrk.no/vestfoldogtelemark/intensivsykepleiere-pepres-med-meldinger-pa-fritiden-1.15736770>

Fonn, M. (2022). *100 nye utdanningsstillinger for intensivsykepleiere er fordelt*. hentet

11.03.22: <https://sykepleien.no/2021/02/100-nye-utdanningsstillinger-intensivsykepleiere-er-fordelt>

Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid*. Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23?q=forskningsetikk>

Forsvaret.no. (2018). *Bachelor i militære studier | Utdanning ved Forsvarets høøgskole.*

hentet 17.03.22: <https://utdanning.forsvaret.no/nb/program/bachelor-i-milit%C3%A6re-studier/studieplan>

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. *Nurse Education Today, 24*(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Greenberg, N., Weston, D., Hall, C., Caulfield, T., Williamson, V., & Fong, K. (2021).

Mental health of staff working in intensive care during Covid-19. *Occupational Medicine, 71*(2), 62–67. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa220>

Guttormson, J. L., Calkins, K., McAndrew, N., Fitzgerald, J., Losurdo, H., & Loonsfoot, D.

(2022). Critical Care Nurses' Experiences During the COVID-19 Pandemic: A US National Survey. *American Journal of Critical Care, 31*(2), 96–103.

<https://doi.org/10.4037/ajcc2022312>

Helse Sør-Øst. (2020). *Strategi for økt behandlingsskapitet i forbindelse med*

koronaepidemien. <https://helse->

[sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2020/0415/027-](https://helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2020/0415/027-)

[2020%20Vedlegg%203%20NY%20-](https://helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2020/0415/027-2020%20Vedlegg%203%20NY%20-)

[%20Strategi%20for%20%C3%B8kt%20beh.kapasitet%20ifm%20koronaepidemie](https://helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2020/0415/027-2020%20Vedlegg%203%20NY%20-%20Strategi%20for%20%C3%B8kt%20beh.kapasitet%20ifm%20koronaepidemie)
n.pdf

Helseberedskapsloven. (2000). *Lov om helsemessig og sosial beredskap (LOV-2021-05-*

28-44). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-06-23-56>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

James, S., Subedi, P., Indrasena, B. S. H., & Aylott, J. (2022). Review Debrief: A

collaborative distributed leadership approach to “hot debrief” after cardiac arrest in the emergency department – a quality improvement project.

Leadership in Health Services, 35(3), 390–408. [https://doi.org/10.1108/LHS-06-](https://doi.org/10.1108/LHS-06-2021-0050)

2021-0050

Justis- og beredskapsdepartementet. (2016). *Risiko i et trygt samfunn*. Det kongelige

justis- og beredskapsdepartementet.

[https://www.regjeringen.no/contentassets/00765f92310a433b8a7fc0d4918747](https://www.regjeringen.no/contentassets/00765f92310a433b8a7fc0d49187476f/no/pdfs/stm201620170010000dddpdfs.pdf)

6f/no/pdfs/stm201620170010000dddpdfs.pdf

Lemson, J., & Haerens, M. (2014). Never Waste an Opportunity to Debrief*: *Critical*

Care Medicine, 42(7), 1740–1741.

<https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000370>

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>

Malkina-Pykh, I. G., & Pykh, Y. A. (2013). An integrated model of psychological

preparedness for threat and impacts of climate change disasters. I *Disaster*

Management and Human Health Risk III (Bd. 113, s. 121–132). WIT Press.

<http://library.witpress.com/viewpaper.asp?pcode=DMAN13-012-1>

Malt, U. (2019). Debriefing. I *Store medisinske leksikon*. Store Norske leksikon. hentet 19.11.2022: <http://sml.snl.no/debriefing>

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.

Norsk anestesilogisk forening, N. (2014). *Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge*.

Norsk anestesilogisk forening & Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere.

https://www.legeforeningen.no/contentassets/7f641fe83f6f467f90686919e3b2ef37/retningslinjer_for_intensivvirksomhet_151014.pdf

Nortvedt, P. (2016). *Omtanke en innføring i sykepleiens etikk*. Gyldendal akademisk.

NOU 2000:24. (2000). *Et Sårbart Samfunn: Utfordringer for sikkerhets—Og beredskapsarbeidet i samfunnet*. Statens forvaltningstjeneste.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/1c557161b3884335b4f9b89bbd32b27e/no/pdfa/nou200020000024000dddpdfa.pdf>

NSD. (u.å). *Informasjon til deltakerne*. NSD. hentet 29.11.2022:

[https://nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/sjekkliste-for-informasjon-til-deltakerne,](https://nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/sjekkliste-for-informasjon-til-deltakerne)

NSFLIS. (2017). *Funksjons- og Ansvarsbeskrivelse for Intensivsykepleier*. Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere.

https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/funksjons-og-ansvarsbeskrivelsen-for-intensivsykepleiere-vedtatt-20september2017_1.pdf

- Oslo Universitetssykehus. (2021). *Debriefing og defusing (INTIB) -barn*. ehandboken.ous-hf.no. hentet 19.11.2022: <https://ehandboken.ous-hf.no/document/139719>,
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh edition). Wolters Kluwer.
- Politihøgskolen. (2020). *Programplan, Bachelor—Politiutdanning 2021-2024*.
Politihøgskolen. <https://www.politihogskolen.no/globalassets/for-studenter/regelverk-og-innholdet-i-bachelor/rammeplan-og-programplaner/programplan-bachelor-politiutdanning-andre-studiear-2021-2024-politihogskolen.pdf>
- Ramírez-Elvira, S., Romero-Béjar, J. L., Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, J. L., Monsalve-Reyes, C., Cañadas-De la Fuente, G. A., & Albendín-García, L. (2021). Prevalence, Risk Factors and Burnout Levels in Intensive Care Unit Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), Art. 21.
<https://doi.org/10.3390/ijerph182111432>
- Rein, T. (2021). Beredskap. I *Store norske leksikon*. Store Norske Leksikon. hentet 11.03.22: <http://snl.no/beredskap>
- Riksrevisjonen. (2019). *Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene*. Riksrevisjonen.
<https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2019-2020/bemanningsutfordringerhelseforetakene.pdf>
- Ruyter, K. W., Førde, R., & Solbakk, J. H. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk*. Gyldendal Akademisk.

- samfunnssikkerhetsinstruksen. (2017). *Instruks for departementenes arbeid med samfunnssikkerhet* (FOR-2017-03-10-312). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/INS/forskrift/2017-09-01-1349>
- Schneider, E., Shah, A., Doty, M., Tikkanen, R., Fields, K., & Williams, R. (2021, august 4). *Mirror, Mirror 2021: Reflecting Poorly*. <https://doi.org/10.26099/01dv-h208>
- Siffleet, J., Williams, A. M., Rapley, P., & Slatyer, S. (2015). Delivering best care and maintaining emotional wellbeing in the intensive care unit: The perspective of experienced nurses. *Applied Nursing Research*, 28(4), 305–310.
<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.02.008>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-2021-06-18-127). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>
- Strømme, H. (2022). *Kunnskapsbasert praksis*. Helsebiblioteket.no; Helsebiblioteket.no. hentet 14.01.22: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>,
- Svartdal, F. (2020). Frustrasjon. I *Store norske leksikon*. Hentet 29.10.22: <http://snl.no/frustrasjon>
- Sykepleien.no. (2021, desember 15). *Støre vil gjennomgå ressursbruken i sykehusene*. Hentet 28.11.22: <https://sykepleien.no/2021/12/store-vil-gjennomga-ressursbruken-i-sykehusene>
- Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Vahedian-Azimi, A., Hajiesmaeili, M., Kangasniemi, M., Fornés-Vives, J., Hunsucker, R. L., Rahimibashar, F., Pourhoseingholi, M. A., Farrokhtar, L., & Miller, A. C. (2019). Effects of Stress on Critical Care Nurses: A National Cross-Sectional Study.

Journal of Intensive Care Medicine, 34(4), 311–322.

<https://doi.org/10.1177/0885066617696853>

Van Den Boogaard, M., & Zegers, M. (2022). Mental preparedness for prolonged periods of high workload – What did we learn from the covid-19 pandemic?

Intensive and Critical Care Nursing, 71, 103258.

<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103258>

Vangsnes, L.-E. (2021). Sløseriet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.

<https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0283>

Oversikt over tabeller og figurer

[Tabell 1, visuell tolkning av stegene fra beredskap ned til mental forberedthet i form av trappetrinn](#)

[Tabell 2, PiCo-skjema](#)

[Tabell 3, Eksempel på analyse av rådata](#)

Vedlegg

6.1 Vedlegg 1: NSD-godkjenning

Vurdering

Referansenummer	Type	Dato
405264	Standard	30.03.2022

Prosjekttittel

En intensivsykepleier i mental beredskap

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for sykepleie- og helsevitenskap

Prosjektansvarlig

Astrid Danielsen

Student

Edvard Tveit Venås

Prosjektperiode

24.03.2022 - 28.02.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Rettslig grunnlag

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene kan starte så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det rettslige grunnlaget gjelder til 28.02.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar**OM VURDERINGEN**

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold,

jf. art. 12.1 og art. 13.

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaløser, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>
Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

6.2 Vedlegg 2: Søkelogg

Search Date	Database	Search words combined with AND, OR, NOT	Limitations	Results	Comments/Notes
23/11-21	CINAHL	Intensive Care Units AND Work Capacity Evaluation		1	Identifying factors influencing cardiac care nurses' work ability within the framework of the SEIPS model. (2020)
23/11-21	Medline	(critical care nurses or intensive care nurses) AND surge capacity		12	A critical care pandemic staffing framework in Australia
23/11-21	Medline	Critical care nursing AND workforce Shortage		3	Delivering best care and maintaining emotional wellbeing in the intensive care unit: the perspective of experienced nurses.
12/1-22	Pubmed	Surge capacity covid intensive care units		122	
12/1-22	Pubmed	surge capacity covid intensive care units nursing feelings management icu		1-122 treff	
19/01-22	Proquest	Critical care nurse and surge capacity		28962	Assessing the Capacity of the US Health Care System to Use Additional Mechanical Ventilators During a Large-Scale Public Health Emergency
19/01-22	Proquest	Critical care nurse AND surge capacity AND Qualitative	Peer Reviewed	716	Regional Flexible Surge Capacity—A Flexible Response System (Glantz et al)
28/1-22	Proquest	Funnet gjennom «Related items» under Glantz et al. (2020) Regional Flexible Surge Capacity			Mental Health of staff working in intensive care during Covid-19 (Greenberg, N.) 2021

10/11-22	Pubmed	ICU nurse and stress	5 years	555	Prevalence, Risk Factors and Burnout Levels in Intensive Care Unit Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis; Posttraumatic Stress Syndrome and Implications for Practice in Critical Care Nurses;
10/11-22	Pubmed	Funnet gjennom «related items» under: Posttraumatic Stress Syndrome and Implications for Practice in Critical Care Nurses			Effects of Stress on Critical Care Nurses:A National Cross-Sectional Study

6.3 Vedlegg 3: samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet

En intensivsykepleier i mental beredskap

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut hvordan intensivsykepleieren kan være mentalt beredt på uventede situasjoner som oppstår i arbeidet med akutt og kritisk syke pasienter. Det er et ønske å kunne beskrive intensivsykepleieres tanker, følelser og erfaringer om beredskap, spesielt hva som skal til for å være mentalt beredt og hvordan beredskapen kan styrkes. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Vi ønsker å intervju intensivsykepleiere for å finne ut deres tanker og følelser rundt begrepet «mental beredskap». Oppgaven har foreløpig en problemstilling/tittel som lyder: «En intensivsykepleier i mental beredskap». Det dreier seg om en masteroppgave innenfor intensivsykepleiestudiet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Sverre Stenersen, Masterstudent USN;
Edvard Venås, Masterstudent USN;
Astrid Danielsen, Intensivsykepleier, Universitetslektor, USN.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du er ønsket til å delta da du er utdannet intensivsykepleier som jobber på en intensivavdeling på et offentlig, norsk sykehus.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta innebærer dette et anonymisert semistrukturert intervju som vil ta ca. 45 minutter. Du vil bli spurt om din subjektive oppfatning og følelser om mental beredskap, og vi er interessert i dine erfaringer. Intervjuet vil bli tatt opp som lydfil og senere transkriberes til anonymisert tekst, ved at ditt navn og arbeidssted ikke taes med i tekst. Lydfil slettes når sensur foreligger.

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 skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

De som vil ha tilgang på råmaterialet av intervjuet vil være Sverre Stenersen, Edvard Venås og Astrid Danielsen. Under transkribering av lydfilen vil ditt navn erstattes med et nummer, og ettersom din identitet ut over at du er intensivsykepleier ikke er relevant for oppgaven, vil dine personalia bli slettet så fort transkriberingen er gjennomført. Lydfilen vil holdes lagret på en kryptert fil hos intervjuerne frem til transkribering er ferdig og filene slettes når sensur foreligger.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er desember 2022. eventuelle personopplysninger og lydopptak vil da slettes for godt.

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 NSD – Norsk senter for forskningsdata AS 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 Astrid Danielsen
- Vårt personvernombud

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

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personvertjenester@nsd.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Astrid Danielsen
Prosjektansvarlig

Sverre Stenersen
Masterstudent

Edvard Venås
Masterstudent

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «En intensivsykepleier i mental beredskap», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i semistrukturert dybdeintervju og at data fra intervjuet blir benyttet i en mastergradsavhandling

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

6.4 Vedlegg 4, intervjuguide

Intervjuguide

Hei og takk for at du har tatt deg tid til å delta i vår forskning om intensivsykepleieres erfaringer og opplevelse av mental beredskap. Du er ønsket til å delta i dette prosjektet siden du er intensivsykepleier som jobber på en intensivavdeling på et offentlig norsk sykehus. Formålet med studien er å kartlegge intensivsykepleieres opplevelse og erfaringer om mental beredskap. Du kan ha opplevelser som kan være beskrivende for vår problemstilling og ikke minst også egne opplevelser som intensivsykepleier som vi gjerne vil høre om.

Dette er en samtale i form av et intervju, der vi kommer med noe spørsmål som vi ønsker at du utdyper så godt det er mulig. Vi har lagt opp til å vare ca 45 minutter. Intervjuet blir tatt opp som lydfil og vil bli transkribert etter kort tid. Lydfilene slettes når sensur foreligger. Den transkriberte versjonen av intervjuet anonymiseres ved at dine personalia ikke vil overføres til teksten.

Har du noen spørsmål før vi setter i gang lydopptaket?

|

Intervjuet handler altså intensivsykepleieres opplevelse av mental beredskap. Vi har fire hovedspørsmål vi ønsker å stille deg, samt at vi vil komme med noen oppfølgingsspørsmål.

Vi ønsker at du skal få snakke fritt rundt spørsmålene som vi stiller deg.

1. Hva tenker du om beredskap?
 - Generelt i samfunnet
 - På intensivavdelingen
 - Bemanning
 - Utstyr
 2. Hva tenker du om mental beredskap?
 - Mentalt forberedt
 - Forberedt på uventede hendelser
 - Være i forkant
 - Forhindre at situasjonen blir uoversiktlig
 3. Kan du fortelle om opplevelser der du har vært godt mentalt forberedt?
 4. Kan du fortelle om opplevelser der du har vært dårlig mentalt forberedt?
 5. Hva kan øke din opplevelse av mental beredskap?
 - Hva kan øke din opplevelse av forberedthet?
 - Unngå følelsen av kaos
 - Hva er viktig for at du skal oppleve mental beredskap
 - Har din arbeidsplass fokus på mental beredskap?
-