

Intensivsykepleieres kompetanseutvikling under Covid-19 pandemien

En kvalitativ studie



Universitetet
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet
Master i spesialsykepleie, Spesialisering i intensivsykepleie
Masteroppgave (30 studiepoeng)**

Studenter: Celina Bokneberg & Azhar Abdi-kafi

Veileder: Førstelektor Evy M. Gundersen

11.05.2022

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTER I SPESIALSYKEPLEIE, spesialisering i: Intensivsykepleie

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Vår 2022

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Celina Bokneberg og Azhar Abdi-kafi

VEILEDER: Førstelektor Evy M. Gundersen

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Intensivsykepleieres kompetanseutvikling under Covid-19 pandemien

Engelsk tittel: Intensive care nurses competence development during the Covid-19 pandemic

EMNEORD/STIKKORD:

Kompetanseutvikling, intensivsykepleiere, intensivavdeling, opplevelser, Covid-19, kvalitativ metode, erfaringer.

ANTALL ORD: 15917
STAVANGER

DATO/ÅR: 11.05.2022

FORORD

Denne masteroppgaven utgjør slutten på et heltidsstudium som har vart i to år. Som mange før oss har uttrykt, har dette vært en langvarig prosess. En prosess bestående av mye lesing, skriving, sletting og omskriving som senere har resultert i en endelig versjon av en masteroppgave. Slik skal det vel også være, en oppgave skal være preget av ettertanke der ikke alle sidespor og blindveier vises i sluttresultatet.

Mye kan sies om det å skrive en masteroppgave, alt fra nedturer og frustrasjoner til en god magefølelse. Viktigst av alt har det på denne veien stått en gjeng med fine mennesker i hver sving og heiet på oss, og de skal nå skal få sin behørlige takk!

Først og fremst vil vi takke våre deltakere for at dere viste oss tillit og ville dele deres opplevelser, følelser og tanker med oss. Takk til den aktuelle sykehusavdelingen med dens ledelse som med sitt engasjement har gjort rekrutteringsprosessen enkel for oss til tross for at det har vært en pandemi.

Videre vil vi takke vår veileder Evy Margrethe Gundersen som har hatt tro på dette prosjektet. Hun har stilt opp når vi trengte det, og gitt oss mange konstruktive tilbakemeldinger og gode råd i arbeidet med denne oppgaven. Sist, men ikke minst, en stor TAKK til våre nærmeste familiemedlemmer og venner for den daglige støtten og oppmuntringen, og for det nødvendige avbrekket i arbeidet.

Vi ser nå frem til å tre inn i en ny arbeidshverdag med mange nye og spennende utfordringer i arbeidet som intensivsykepleiere. Vi gleder oss til å ta med oss all den nye kunnskapen vi har opparbeidet oss i løpet av studiet.

Stavanger, 11.05.2022

Celina Bokneberg

Azhar Abdi-kafi

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Mye av kampen mot Covid-19 pandemien har blitt styrt av helsetjenesten, og en av de viktigste forutsetningene i pandemihåndteringen har vært å unngå overbelastning på sykehusene. Forsking har vist at pandemien har stilt store krav til sykehusene, både når det kommer til beredskap og kompetanse. Det har vært et økende antall pasienter med behov for intensivbehandling og Covid-19 pandemien har belyst intensivsykepleiernes spesialkompetanse.

Hensikt: Formålet med studien er å undersøke hvorvidt Covid-19 pandemien har påvirket intensivsykepleiernes kompetanseutvikling.

Metode: Studien bygger på et kvalitativt design, med en eksplorerende tilnærming. Deltakerne ble rekruttert fra en medisinsk intensivavdeling ved et universitetssykehus i Norge. Datainnsamlingen ble gjennomført med to fokusgruppeintervjuer. Intervjuene ble tatt opp på lydfil og transkribert av forfatterne av studien. Kvalitativ innholdsanalyse ble brukt ved analyseringen av datamaterialet.

Resultater: Analysen avdekket to hovedkategorier: 1) Pandemien skapte usikkerhet og intensivsykepleierne erfarte tap av kontroll, og 2) Intensivsykepleierne opplever at utfordringer i pandemien har ført til økt kompetanse. Funnene illustrerer at det har vært flere faktorer som har vært avgjørende for kompetanseutvikling.

Konklusjon: Funnen viser at til tross for varierende holdninger, usikkerhet og stress i møte med pandemien har intensivsykepleierne tilegnet seg ny kompetanse. De opparbeidet seg mer klinisk kompetanse i møte med Covid-19 pasienten, samt sett betydning av organisatorisk kompetanse for å ytre forsvarlig helsehjelp.

ABSTRACT

Background: Much of the fight against the Covid-19 pandemic has been controlled by the health service, and one of the most important prerequisites in pandemic management has been to avoid congestion in hospitals. Research has shown that the pandemic has placed great demands on hospitals, both in terms of preparedness and expertise. There has been an increasing number of patients in need of intensive care and the Covid-19 pandemic has highlighted the specialist expertise of intensive care nurses.

Aim: The purpose of the study is to investigate whether the Covid-19 pandemic has affected the intensive care nurses' competence development.

Method: The study is based on a qualitative design, with an exploratory approach. The participants were recruited from a medical intensive care unit at a university hospital in Norway. The data collection was conducted with two focus group interviews. The interviews were recorded on audio file and transcribed by the authors of the study. Qualitative content analysis was used in the analysis of the data material.

Result: The analysis revealed two main categories: 1) The pandemic created uncertainty and the intensive care nurses experienced loss of control, and 2) The intensive care nurses experience that challenges in the pandemic have led to increased competence. The findings illustrate that there have been several factors that have been decisive for competence development.

Conclusion: The findings show that despite varying attitudes, uncertainty and stress in the face of the pandemic, the intensive care nurses have acquired new competence. They gained more clinical competence in meeting the Covid-19 patient, as well as seeing the importance of organizational competence for providing proper health care.

Innholdsfortegnelse

1.0	INNLEDNING	1
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	2
1.2	TIDLIGERE FORSKNING	3
1.3	STUDIENS HENSIKT	6
2.0	TEORETISKE RAMMER.....	7
2.1	FUNKSJONS- OG ANSVARSOMRÅDE FOR INTENSIVSYKEPLEIER	7
2.2	INDRE OG YTRE MOTIVASJON.....	9
2.3	DOBBEL KOMPETANSE.....	9
2.3.1	<i>Klinisk kompetanse</i>	<i>10</i>
2.3.2	<i>Organisatorisk kompetanse</i>	<i>12</i>
2.4	KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS	13
2.5	COVID-19	14
3.0	METODE	16
3.1	KVALITATIV METODE	16
3.2	FORFORSTÅELSE.....	16
3.3	FOKUSGRUPPEINTERVJU	17
3.4	UTARBEIDELSE AV INTERVJUGUIDE.....	18
3.5	UTVALG OG REKRUTTERING	18
3.6	GJENNOMFØRING AV INTERVJU	19
3.7	TRANSKRIPSJON	20
3.8	ANALYSE.....	21
3.9	METODISKE BETRAKTNINGER.....	22
3.9.1	<i>Gyldighet.....</i>	<i>23</i>
3.9.2	<i>Pålitelighet.....</i>	<i>24</i>
3.9.3	<i>Bekreftbarhet.....</i>	<i>24</i>
3.9.4	<i>Overførbarhet</i>	<i>24</i>
3.10	FORSKNINGSETISKE VURDERINGER	24
4.0	RESULTATER	26
4.1	Hovedkategori 1 – PANDEMIEN SKAPTE USIKKERHET OG INTENSIVSYKEPLEIERNE ERFARTE TAP AV KONTROLL	26
4.1.1	<i>Usikkerhet og stress i møte med Covid-19 pasienten</i>	<i>26</i>
4.1.2	<i>Ukjente omgivelser og intensivsykepleierne satt i nye roller</i>	<i>27</i>
4.1.3	<i>Mangel på forutsigbarhet.....</i>	<i>28</i>
4.1.4	<i>Pandemisituasjonen skapte utfordringer med kommunikasjon</i>	<i>29</i>
4.2	Hovedkategori 2: INTENSIVSYKEPLEIERNE OPPLEVER AT UTFORDRINGER I PANDEMIEN HAR FØRT TIL ØKT KOMPETANSE	30
4.2.1	<i>Usikkerhet i håndteringen av Covid-19 pasienten.....</i>	<i>30</i>
4.2.2	<i>Betydningen av å holde seg oppdatert</i>	<i>31</i>
4.2.3	<i>Være enda mer føre var, alltid forberedt på det verste</i>	<i>31</i>
4.2.4	<i>Økt tilpasningsdyktighet</i>	<i>32</i>
4.2.5	<i>Tverrfaglig samarbeid på tvers av avdelingene</i>	<i>33</i>
5.0	DISKUSJON	34
5.1	MESTRING I MØTE MED COVID-19 PASIENTEN	34
5.2	AVGJØRENDE FAKTORER FOR KOMPETANSEUTVIKLING	37
5.3	KOMPETANSEUTVIKLING I ARBEID MED COVID-19 PASIENTEN.....	40
5.4	METODEDISKUSJON	43
5.5	IMPLIKASJONER FOR FORSKNING	46
6.0	KONKLUSJON.....	47
6.1	IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS	47

7.0	REFERANSER	49
	VEDLEGG 1: FORKORTELSER	54
	VEDLEGG 2: PICO – SKJEMA	55
	VEDLEGG 3: TABELL FOR SØK	56
	VEDLEGG 4: INTERVJUGUIDE	57
	VEDLEGG 5: INFORMASJON OG SAMTYKKESKJEMA	59
	VEDLEGG 6: GODKJENNING FRA AVDELINGSLEDER	61
	VEDLEGG 7: SØKNAD TIL FORSKNINGSAVDELINGEN	62
	VEDLEGG 8: SVAR FRA PERSONVERNOMBUDET	65

1.0 Innledning

Mars 2020 konstaterte WHO (verdens helseorganisasjon) en global pandemi grunnet Covid-19 viruset (WHO, 2020). Når et sykdomsutbrudd rammer svært mange mennesker, og sprer seg over store deler av verden, kan det defineres som en pandemi. Covid-19 viruset førte til stor grad av usikkerhet kombinert med nye og komplekse utfordringer for helsevesenet (Folkehelseinstituttet, 2020). SARS-Cov-2 er navnet på viruset som forårsaker sykdommen Covid-19. Smitten skjer fra person til person, ved dråpesmitte. Covid-19 viruset kan gi lette forkjølelssymptomer, men kan også føre til alvorlig sykdom og død (Folkehelseinstituttet, 2020).

De dårligste Covid-19 smittede pasientene er lagt på isolat for overvåkning. De blir ivaretatt av leger og sykepleiere med blant annet spesialisering i intensivsykepleie. Intensivsykepleiere har spesialkompetanse i klinisk sykepleie og yter helsehjelp til akutt og/eller kritisk syke pasienter (Stubberud, 2020, s.41). Videre sier Stubberud (2020, s. 45) at intensivsykepleierens hverdag preges av intensitet, årvåkenhet, presisjon og evne til å prioritere. Situasjonene intensivsykepleieren står ovenfor kan være komplekse, og uoversiktlige. De kan også komme helt uventet og brått på. Covid-19 pandemien utfordret helsetjenesten på flere måter, et stigende antall pasienter med behov for intensivbehandling var et av dem.

Intensivavdelingene vil i lengre perioder bli utfordret til å organisere, og sikre pasientsikkerhet til tross for manglende ressurser, infeksjonskontroll, personalsikkerhet og stadig ny tilpasning av omsorgstjenester (Lin et al., 2021). Det var allerede før pandemien gitt uttrykk for betydelig og økende mangel på intensivsykepleiere i Norge. Covid-19 pandemien har satt strek under dette og satt lys på betydningen av intensivsykepleiernes spesialkompetanse (Leonardsen,2022).

Selv om intensivsykepleierne har spesialkompetanse innenfor akutt og kritisk sykdom, opplever de sykdomsforløpet til Covid-19 smittede pasienter som komplekst og utfordrende. Intensivsykepleierne måtte raskt tilpasse seg en ny arbeidshverdag som stadig var i endring. Med denne studien ønsker vi å utforske hvorvidt intensivsykepleieres kompetanse har vært påvirket av Covid-19 pandemien. I de følgende underkapitlene vil vi presentere bakgrunn for valg av tema, studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Intensivsykepleiere har sammen med annet helsepersonell, vært i frontlinjen under Covid-19 pandemien. Under pandemien har intensivsykepleierne blant annet blitt flyttet fra sine faste avdelinger, til isolat og pandemiposter som ikke var i tilknytning til avdelingen. Det har blitt opprettet kohortsmitte enheter hvor deler av, eller hele avdelinger har blitt omgjort til rom for smittede pasienter. Der har de ivaretatt de dårligste Covid-19 smittede pasientene, heretter kalt Covid-19 pasientene. På isolatet og pandemipostene har de blitt nødt for å forholde seg til ny avdeling, nye leger og nye kollegaer. De erfarte en ny arbeidshverdag med flere ukjente forhold. På grunn av et nytt virus og svært dårlige pasienter, har det vært krav til økt kompetanse i behandlingen av Covid-19 pasienter.

Som studenter i praksis har vi hatt mange samtaler med intensivsykepleiere om deres opplevelser i møte med pandemien. Flere beskriver det hele som svært utfordrende. Når vi begynte å ha disse samtale i vår første praksis høsten 2020 var intensivsykepleierne allerede slitne og hadde opplevd mye stress og usikkerhet. I det tidsrommet vi var i praksis måtte avdelinger stenges ned, og personal omfordeles. Dette på grunn av økt pågang av pasienter, mangel på personell, samt smitte blant intensivsykepleierne. Vi observerte hvordan stress og usikkerhet påvirket personalet i sin arbeidshverdag i de ulike intensivavdelingene.

Vi sitter igjen med forståelsen av at intensivsykepleierne har møtt på flere utfordringer i behandlingen av Covid-19 pasientene. Intensivsykepleierne har til tider også kjent på usikkerhet rundt egen kompetanse, og noen har også følt på manglende kompetanse i møte med pandemien. På bakgrunn av dette er vi interessert i å undersøke hvorvidt pandemien har påvirket intensivsykepleiernes kompetanse.

1.2 Tidligere forskning

I samarbeid med bibliotekar utarbeidet vi et PICO-skjema med relevante søkeord på engelsk (vedlegg 2). Vi gjennomførte systematisk søk i de helsefaglige databasene Cinahl og Medline, se vedlegg 3 med tabell for søk. Søket ga 126 treff og etter avgrensning med fulltekst og engelske artikler ble det avgrenset til 55 artikler. Etter en gjennomgang av titler og sammendrag, ble 40 artikler lest i sin helhet. Artikler som omhandlet vanlige sengeposter og samt sykepleiere uten spesialisering i intensivsykepleie, ble ekskludert. Til slutt ble 16 artikler inkludert i studien og vil bli presentert i aktuelt kapittel.

Covid-19 pandemien har hatt stor påvirkning på intensivsykepleierne og deres arbeidshverdag på intensivavdelingene. Flere studier viser hvordan intensivsykepleierne opplevde stor grad av stress, redsel og angst i møte med pandemien (Admadidarrehsima et al., 2022; Bergman et al., 2021; Gordon et al., 2021). Ifølge Bergman et al. (2021) beskriver intensivsykepleierne starten av pandemien som kaotisk, hvor noen hadde beskrevet det som «å være i en krigssone». En av faktorene som går igjen i flere studier er redselen intensivsykepleierne hadde for å smitte andre, spesielt familiemedlemmer (Lord et al., 2021; Admadidarrehsima et al., 2022; Gordon et al., 2021; Cadge et al., 2021). Det er også flere studier som viser til hvordan det var sosialt belastende, flere ga uttrykk for at folk tok avstand fra dem hvis de sa hvor de jobbet (Nahidi et al., 2022; Gordon et al., 2021). Videre viser også forskning til fysiske utfordringer i møte med pandemien. Flere av intensivsykepleierne opplevde: hodeverk, ubehag, pustevansker (Gordon et al., 2021), utmattelse, mareritt og søvnforstyrrelser (Gordon et al., 2021; Bergman et al., 2021).

Intensivsykepleierne opplever både psykiske, fysiske og sosiale utfordringer som følge av pandemien. Arbeidsforholdene de har jobbet i ser ut til å ha hatt stor innvirkning på disse opplevelsene. Forskning viser at intensivavdelingene allerede har et høyt arbeidspress med lang arbeidstid, nattskift og krevende pasientsituasjoner (Wu et al., 2020). Under pandemien har intensivsykepleierne kjent på et økt press i arbeidshverdagen, samt dårligere arbeidsforhold (Bergman et al., 2021; Nahidi et al., 2022). De dårlige arbeidsforholdene som blir beskrevet, trekker inn forskjellige momenter, men noe av det som går igjen i flere studier er relatert til utstyr. Forskning beskriver at stresset og frykten hadde en sammenheng med å oppleve mangel på utstyr, og da spesielt smittevernutstyr (Nahidi et al., 2022; Patankar et al., 2020; Lord et al., 2021; Ahmadidarrehsima et al., 2022; Gordon et al., 2021; Bergman et al.,

2021). Ifølge Nahidi et al (2022) var den største utfordringen til deltakerne i studien relatert til smitteutstyr, både mangel på det, bruken av det og konstant endring av retningslinjer for smittevern. Andre momenter knyttet til arbeidsforhold som vises i forskningen, er at noen måtte arbeide på andre steder under pandemien og fikk midlertidige stillinger etter behov (Bergman et al., 2021). Flere studier beskriver dårlig bemanning i avdelingene (Bergman et al., 2021; Ahmadidarrehsima et al., 2022).

Noen av intensivsykepleierne følte mangel på støtte fra ledelsen (Ahmadidarrehsima et al., 2022; Bergman et al., 2021). Ifølge Cadge et al. (2021) følte deltakerne i deres studie, støtte fra ledelsen og poengterer viktigheten av oppdatering av informasjon i vaktskiftet, nyhetsbrev og e-mail. En annen studie viser til hvordan deltakerne rapporterte at de fikk spesifikk opplæring, trening og instruksjon relatert til Covid-19 på sin arbeidsplass (Nahidi et al., 2022). Likevel viser flere studier at det var utfordrende med store mengder informasjon og kontinuerlig endring av prosedyrer og protokoller (Bergman et al., 2021; Ahmadidarrehsima et al., 2022; Gordon et al., 2021).

Intensivsykepleiernes holdninger i forbindelse med pandemien har ifølge forskning vært varierende. Lord et al. (2021) viser at 61% av deltakerne i studien var villige til å jobbe med Covid-19 pasienter om de ble spurt om å gjøre det. Det hadde en sammenheng med villigheten til å jobbe med disse pasientene, kunnskap om Covid-19 pandemien og kommunikasjon med ledelsen. Intensivsykepleierne fikk motivasjon gjennom at de følte på den moralske forpliktelsen som helsepersonell. De følte de måtte stå opp for landet sitt, samt støtte pasientene sine (Lin et al., 2021). Flere fant det også motiverende å få positive tilbakemeldinger fra familiemedlemmer og folk ute i samfunnet. Folk viste takknemlighet og de følte seg som «helter» i sitt arbeid, intensivsykepleierne var stolte av egen innsats (Ahmadidarrehsima et al., 2022). Det var også motiverende å se pasientene bli bedre, det ga dem håp (Ahmadidarrehsima et al., 2022; Bergman et al., 2021). Intensivsykepleierne brukte også en del mestringsstrategier som å distrahere seg med trening, riktig ernæring, musikk og avslappingsteknikker (Ahmadidarrehsima et al., 2022; Bergman et al., 2021). Ifølge Bergman et al. (2021) var det også viktig å ha gode kolleger å støtte seg på.

Pandemien med sine utfordringer påvirket pasientsikkerheten (Bergman et al., 2021; Lin et al., 2021; Gordon et al., 2021). I studien til Bergman et al. (2021) beskriver deltakerne hvordan intensivavdelingen kunne sammenlignes med industriarbeid, pasientene ble satt i

rekker og ble gitt en form for behandling. Pleien måtte bare være «god nok». Ifølge Lin et al. (2021) tok det lengre tid for intensivsykepleierne å komme seg inn på rommet og en stod veldig isolert når en trengte rask hjelp utenfra. Videre sier de at det økte arbeidspresset, samt at pasientene var dårligere, påvirket pasientsikkerheten i avdelingene.

Ifølge Bergman et al. (2021) var pasientene som var smittet med Covid-19 svært dårlige. Deltakerne i studien ga uttrykk for at de var de sykeste pasientene de hadde jobbet med. En annen studie viser at Covid-19 pasientene var komplekse, en måtte jobbe raskere enn vanlig grunnet kompleksiteten med multi-organ svikt. De vurderte disse pasientene som mer kritisk syke enn vanlige intensivpasienter (Lin et al., 2021). Intensivsykepleierne måtte prioritere ut ifra behov og den helhetlige sykepleien ble nedprioritert grunnet lite tid, ressurser og kompetanse (Bergman et al., 2021).

Ifølge Bergman et al. (2021) var det flere intensivsykepleiere på intensivavdelingene som følte manglende kompetanse i møte med pandemien. Andre studier viser at intensivsykepleierne følte de hadde gode kunnskaper (Nahidi et al., 2022; Lord et al., 2021; Patankar et al., 2020). Likevel viser forskning at flere har følt de har lært mye av å jobbe i pandemien og vokst som intensivsykepleiere. Flere mente det burde være mer tverrfaglig samarbeid mellom avdelingene til vanlig. De lærte viktigheten av gode ferdigheter i teamarbeid, god kommunikasjon, samarbeidsevne og lederskap. En må også være fleksibel og tilpasningsdyktig (Bergman et al., 2021). Ifølge Lin et al. (2021) erfarte intensivsykepleierne en personligvekst. De fant en indre motivasjon for å behandle Covid-19 smittede pasienter, og de så sin viktige rolle pasientbehandlingen.

1.3 Studiens hensikt

Hensikten med studien er å undersøke hvorvidt Covid-19 pandemien har påvirket intensivsykepleierens kompetanseutvikling. Med utgangspunkt i dette har vi kommet frem til følgende problemstilling:

Hvordan opplever intensivsykepleierne at Covid-19 pandemien har hatt innvirkning på deres kompetanse?

Studien har følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan mestret intensivsykepleierne sin rolle i ivaretagelsen av Covid-19 pasienter?
- Har det vært noen faktorer som har vært avgjørende for kompetanseutviklingen?
- Har intensivsykepleierne tilegnet seg ny kompetanse i arbeidet med Covid-19 pasienten?

2.0 Teoretiske rammer

Her presenteres aktuell teori og begreper som danner grunnlaget for det teoretiske rammeverket for studien. Det skal senere diskuteres sammen med studiens resultater og funn som omhandler intensivsykepleierens kompetanseutvikling i møte med pandemien. Intensivsykepleierens funksjon – og ansvarsbeskrivelse vil derfor presenteres først. Videre presenteres teorien om indre og ytre motivasjon. Denne teorien belyser ideen om at mennesker har et indre eller grunnleggende motiv for å utvikle kompetanse, beherske miljøet og bruke nye ferdigheter (Deci & Ryan, 2002, s. 7). Deretter skal vi presentere begrepet dobbel kompetanse som sier at klinisk kompetanse og organisatorisk kompetanse er gjensidig avhengige for å sikre kvaliteten på den helsehjelpen som gis (Orvik, 2015, s.31). Begrepet kunnskapsbasert praksis presenteres kort. Det handler om å bygge bro mellom teori og praksis. Til slutt presenteres Covid-19 viruset.

2.1 Funksjons- og ansvarsområde for intensivsykepleier

«Intensivsykepleie er kunnskapsbasert og favner helsefremmende, forebyggende funksjon, behandlende og rehabiliterende funksjon og lindrende og palliativ funksjon» (NSFLIS, 2017). Funksjon og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleie beskriver at intensivsykepleieren skal ha avanserte kunnskaper, ferdigheter, men også generell kompetanse i en rekke temaer. Intensivsykepleiere skal kunne hjelpe pasienter med svikt i vitale funksjoner, samt gjennomføre strukturerte tiltak for å gjenopprette pasientens funksjon (NSFLIS, 2017). Intensivsykepleierens funksjon og ansvar styres av juridiske, etiske og faglige retningslinjer, og det stilles krav og forventninger til intensivsykepleieren om å yte omsorgsfull og faglig forsvarlig helsehjelp. Ifølge Stubberud (2020, s.42-43) er kvaliteten på helsehjelpen avhengig av at det er rett person, til rett jobb. Det må være samsvar mellom intensivsykepleierens kompetanse og den oppgaven vedkommende blir satt til å gjøre. Helsepersonelloven (1999) § 4 første ledd plikter helsepersonell å utøve helsehjelp basert på faglig forsvarlighet. Dette vil sikre pasientens krav om en helsehjelp av god kvalitet.

Intensivsykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon innebærer å anvende systematiske observasjoner og vurderinger for å identifisere helsesvikt på et tidlig stadium. Intensivsykepleieren skal iverksette tiltak som forebygger videre utvikling av helsesvikt og

sykdom, samt beskytte pasienten mot komplikasjoner og skade i forbindelse med undersøkelser og behandling. Det skal også tilrettelegges for helsefremmende omgivelser som å fremme velvære, håp og livsmot hos intensivpasienten (NSFLIS, 2017).

Den behandlende og rehabiliterende funksjonen innebærer å vurdere pasientens ressurser, samt gjennomføre systematiske tiltak for å bevare, styrke eller gjenopprette funksjoner. Intensivsykepleieren skal utføre tiltak, samt gjennomføre medisinsk behandling i samarbeid med lege og håndtere avansert medisinsk teknisk utstyr. Intensivsykepleieren skal sikre kontinuitet og kvalitet i pasientbehandlingen gjennom tverrfaglig samarbeid, samt tilrettelegge for rehabilitering i det akutte stadiet (NSFLIS, 2017).

Intensivsykepleierens lindrende og palliative funksjon har som mål om å begrense graden og styrken av belastningen pasienten utsettes for i forbindelse med sykdom, skade og medisinsk behandling. Intensivsykepleieren skal dempe pasientens smerte og ubehag. Basert på faglige vurderinger har intensivsykepleieren en medvirkende rolle i beslutninger rundt livsforlengende behandling. Intensivsykepleieren skal også tilrettelegge for en fredelig død der livet ikke er til å redde (Stubberud, 2020, s. 66-67).

De fleste situasjoner i intensivsykepleie er komplekse og mangfoldige. Disse situasjonene krever fleksibilitet, selvstendighet og faglig dyktighet. Det er et krav om at intensivsykepleieren har bred kompetanse for å sikre kvaliteten på helsehjelpen. Kravene til kompetanse er stadig i endring, og det er derfor forventet at intensivsykepleieren holder seg faglig oppdatert (Stubberud, 2020, s. 42-43). Skaalvik og Skaalvik (2015, s. 66-68) hevder intensivsykepleierens drivkraft vil motiveres av å ha rett kompetanse eller en genuin interesse for å lære. Motivasjonen kan også komme av en ytre påvirkninger, eksempelvis et godt arbeidsmiljø, en god ledelse eller et forutsigbart arbeidsforhold.

2.2 Indre og ytre motivasjon

Teorien om indre og ytre motivasjon stammer fra Deci og Ryan`s selvbestemmelsesteori (2002, s. 8). Teorien ser på de miljømessige faktorene som påvirker utviklingen av indre og ytre motivasjon. Ifølge Deci og Ryan (2002, s. 7) kan motivasjon variere fra ren ytre til ren indre motivasjon. Det er tre primære psykologiske behov som motiverer menneskelig atferd: autonomi, kompetanse og tilhørighet.

Indre motivasjon baseres på ønsket om å være kompetent og selvbestemt. Indre motivert læringsadferd utføres fordi individet opplever selve lærestoffet interessant, og arbeidet gir glede (Skaalvik & Skaalvik, 2015, s. 66). Opplevelse av mestring er en viktig faktor for indre motivasjon. For å oppleve mestring er det viktig å sette seg mål. Målene avgrenser oppgaven, gjør dem mer oversiktlige og lettere å gjennomføre. Hvilken grad av motivasjon individet har kan ses i sammenheng med mestringsfølelse (Wormnes & Manger, 2005, s. 35-37). Ifølge Deci og Ryan (2002, s. 9) oppnår individet best læringsresultatet når læringen er indre motivert.

Ytre motivasjon baseres på ytre påvirkninger, som for eksempel ønsket om at det arbeidet som blir gjort blir sett og anerkjent av andre. Ytre motivasjon kan også være påvirket av forutsigbarhet, god arbeidskultur eller god ledelse. Ifølge Skaalvik og Skaalvik (2015, s. 67-68) er denne typen motivasjon kortvarig, og det bør etterstrebes en balanse mellom ytre og indre motivasjon.

2.3 Dobbel kompetanse

I henhold til Orvik (2015, s. 31) blir kvaliteten på de tjenester som profesjonelle yter, bedre dersom de i tillegg til fagspesifikk kompetanse også har forståelse for det organisatoriske arbeidet. Dobbel kompetanse rommer en påstand om at kombinasjonen av klinisk og organisatorisk kompetanse er avgjørende for kvaliteten på helsehjelpen. Det handler om å bygge bro mellom den kliniske og den organisatoriske kompetansen da de er gjensidig avhengige.

2.3.1 Klinisk kompetanse

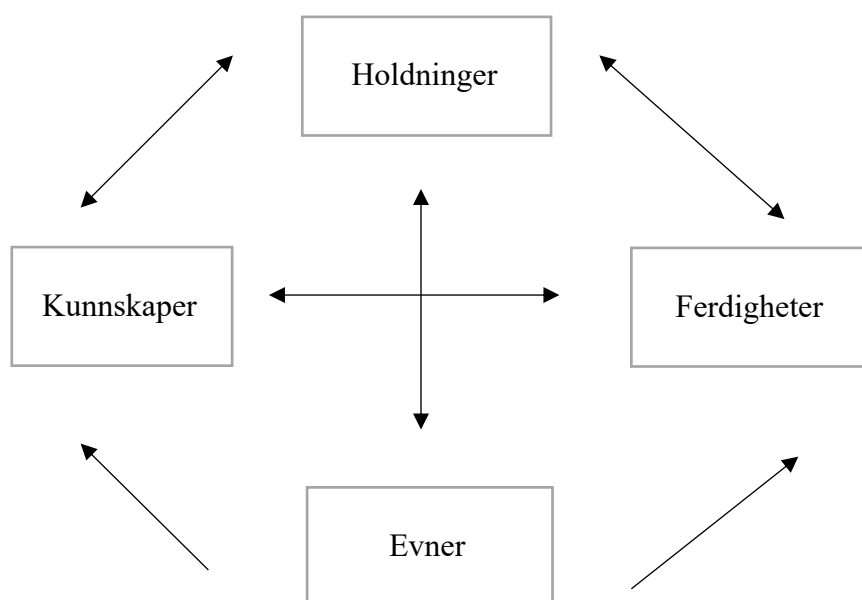
I litteraturen er kompetanse et begrep med ulike definisjoner. Ifølge Lai (2021, s.45-46) kommer ordet kompetanse fra det latinske ordet *Competenia*, som betyr nødvendige kunnskaper, ferdigheter, holdninger og evner som skal til for å kunne gjennomføre ulike aktiviteter og tiltak som videre skal gi forventede resultater. Klinisk kompetanse hører til det praktiske kompetanseområdet innen sykepleie. Selv om helsepersonell representerer klinisk kompetanse i en avdeling, varierer avdelingskompetansen da de enkelte har opparbeidet seg forskjellig kunnskapsnivå og erfaringer. Hvordan man bruker den kompetansen i møte med utfordringer i konkrete situasjoner, kan være forskjellig fra person til person. Det kreves at man skal kunne tilpasse seg kravene som stilles av omgivelsene, samt kunne løse disse på en kreativ måte der man mestrer de vanligste arbeidsoppgavene som blir gitt. Kunnskaper, ferdigheter, holdninger og evner er kompetansekomponeenter som videre skal belyses her. En forståelse rundt disse komponentene er viktig da kompetansebegrepet er komplekst og innehar flere perspektiver (Lai, 2021, s. 45-46).

Kunnskap kan forstås som den innsikten eller lærdommen en person har tilegnet seg. Lai (2021, s. 45) mener at kunnskap viser til det man «vet» eller helst det man «tror man vet». Det finnes en kunnskap som man er bevisst på, og det finnes kunnskap som en person innehar ubevisst. Dette kalles taus kunnskap. Ifølge Lai (2021, s. 45) er dette en type kunnskap som er vanskelig å sette ord på, selv om den brukes aktivt. Dette har igjen en sammenheng med at kunnskap er noe man kan utvikle gjennom uformell læring uten at man reflekterer over den.

Ferdigheter kan defineres som evnen til å gjennomføre ulike arbeidsoppgaver på en smidig og tilpasningsdyktig måte for å nå bestemte mål (Lai, 2021, s. 47-48). Ferdigheter utvikles ofte igjennom praktiske øvelser og trening over lengre tid. Når en oppgave gjentas flere ganger, utvikles en ferdighet som videre kan bli en ekspertise. Ferdigheter kan deles inn i observerbare og ikke – observerbare ferdigheter. De observerbare ferdighetene er de fysiske ferdighetene som er lette å se. Dette kan for eksempel være utførelse av ulike prosedyrer rundt pasientbehandlingen. De ikke – observerbare ferdighetene er for eksempel kognitive ferdigheter som er knyttet til situasjonsbevissthet, tolkning av situasjoner og vurdering av løsninger (Lai, 2021, s. 48).

Evner handler om en persons egenskaper til å håndtere oppgaveløsning, samt evnen til å tilegne seg nye kunnskaper, ferdigheter og holdninger (Lai, 2021, s. 48). Personens fysiske og mentale evner er en stor del av evnekomponenten. En annen viktig del av en persons evne er personligheten, da denne påvirkes av mønsteret i en persons tanker, følelser og atferd. Evnene kommer ofte til uttrykk gjennom våre egne behov, samt hva vi er motiverte for. Eksempelvis varierer graden av behovet for læring og utvikling fra person til person. Noen trives med forutsigbarhet og trygghet, mens andre er villige til å gå ut av komfortsonen for å oppnå læring. På samme måte vil noen trives med ensformighet i arbeidsdagen fremfor variasjon. Dette påvirker igjen det kompetansemessige potensialet man har (Lai, 2021, s. 49).

Holdninger er en av de viktigste, kanskje den aller viktigste komponenten da en positiv holdning kan være avgjørende for om en person er kompetent til å mestre oppgaver (Lai, 2021, s. 50). Et individ kan inneha en holdning som gir mestringstro og indre motivasjon til å møte nye utfordringer på arbeidsplassen. Dette kan videre føre til at en person har en positiv innstilling til arbeidsoppgaver og dermed yter bedre. Hvilket syn man har på seg selv og eget potensial vil være en drivkraft for hvordan man takler ulike situasjoner eller utfordringer i arbeidet og i livet generelt.



Figur 1: Viser sammenhengen mellom de ulike komponentene. Jfr Lais modell (2021, s.50).

Ovenfor er det en figur som illustrerer hvordan alle disse komponentene knyttes sammen. I praksis vil vi se at en persons kompetanse innenfor en gitt oppgave ses i sammenheng med individets kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger (Lai, 2021, s. 50-53)

2.3.2 Organisatorisk kompetanse

Organisatorisk kompetanse kan forstås som kompetansen i å organisere virksomheten, nærmere sagt organisering av pasientarbeidet. For at helsepersonell skal kunne yte tilstrekkelig kvalitet på den helsehjelpen som gis, må forholdene ligge til rette. Det vil si at virksomheten skal sikre tilstrekkelig personell og ansvarsforhold skal være avklart (Orvik, 2015, s. 24-26). Ifølge Braut og Holmboe (2018, s. 51) er kravet om forsvarlig helsehjelp avhengig av forsvarlig organisering av virksomheten. Det vil si at det må gjennomføres organisatoriske og system-messige tiltak som videre gjør det mulig for helsepersonell å yte faglig forsvarlig helsehjelp. For å kunne sikre at tjenesten som gis er forsvarlig, må ledelsen sørge for at utstyr er i orden, personalet har tilstrekkelig kompetanse, ansvarsforhold er avklart og forsvarlige vaktordninger er etablert.

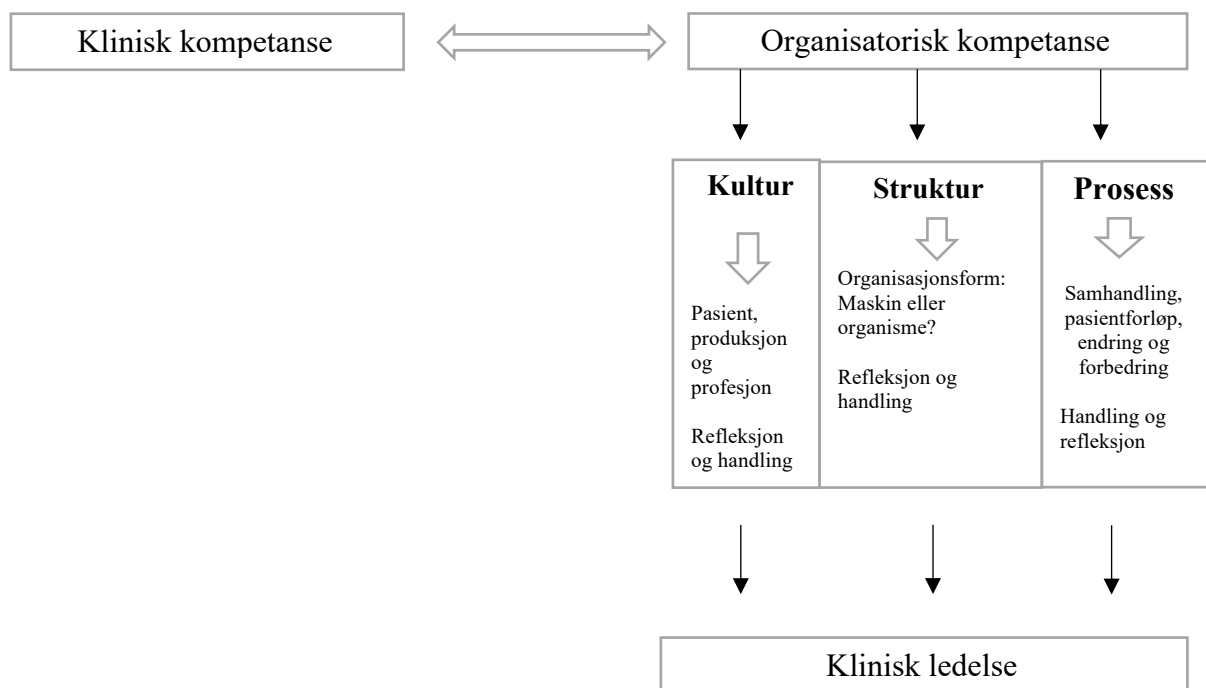
Orvik (2015, s.57) definerer organisatorisk kompetanse som «...en *refleksiv og handlingsrettet kompetanse, som kommer til uttrykk som en oppmerksomhet på verdier og organisasjonsform i kliniske virksomheter, og som er evne til å organisere det kliniske arbeidet i samhandling med andre*». Videre fremstiller Orvik (2015, s. 57) organisatorisk kompetanse i et kulturelt, strukturelt og prosessuelt perspektiv.

Kulturelt perspektiv betyr å rette oppmerksomheten mot verdier. Kultur er noe en organisasjon *er*, og ikke noe organisasjonen *har*. Verdier uttrykker forventinger, og kan også hjelpe til å sette navn på erfaringer, og på denne måten utvikle organisatorisk kompetanse (Orvik, 2015, s. 58).

Strukturelt perspektiv handler om organisasjonsformene. Strukturelle spørsmål rundt organisasjonsformer gir rammer for ledelse, men påvirker også indirekte den kliniske hverdagen for helsepersonell. God organisering, styrking av arbeidsmiljø og en kompetent og engasjert sykepleiebemannning kan være helt avgjørende for kvalitet og pasientsikkerhet i

sykehus og er på den måten en sentral del i den organisatoriske kompetansen (Orvik, 2015, s.62-64).

Prosessuelt perspektiv handler om organiseringen av det kliniske arbeidet og ikke organisasjonen i seg selv. Organiseringen kan være kompleks og krevende, det er mange forskjellige pasientgrupper, ulik bemanning og pleiepersonellens kvalifikasjoner kan også være forskjellige. Denne kompleksiteten kan føre til usikre ansvarsforhold og moralsk stress. Organisatorisk kompetanse i et prosessuelt perspektiv innebærer blant annet å arbeide med forbedring av pasientforløp, og det skjer i en tverrprofesjonell ramme (Orvik, 2015, s. 66).



Figur 2: Organisatorisk kompetanse som en og samme kompetanse i tre perspektiver. Jfr Orvik (2015, s. 50).

2.4 Kunnskapsbasert praksis

I henhold til Helsepersonelloven (1999) § 4 første ledd krav til «forsvarlig» helsehjelp forventes det at helsepersonell utøver sitt arbeid med faglig forsvarlighet. I praksis vil dette si at den helsehjelpen som gis er basert på pålitelig kunnskap. I Norge har «Evidence based» blitt oversatt til kunnskapsbasert praksis, og i litteraturen defineres disse to begrepene likt (Nortvedt et al., 2012, s. 17).

Kunnskapsbasert praksis innebærer å ta faglige avgjørelser ved å kombinere forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap. Kunnskapsbasert praksis kan ses på som et virkemiddel for å bygge en bro mellom teori og praksis (Nortvedt et al 2012, s. 17).

Ifølge Nortvedt et al. (2012, s. 17-18) Er forskningsbasert kunnskap et element i kunnskapsbasert praksis. Forskning deles inn i anvendt forskning og grunnforskning. Anvendt forskning tar utgangspunkt i praktiske mål, mens grunnforskning retter seg mot det å utforske eller observere fenomener. I praksis handler det om å implementere forskningsbasert kunnskap i de praktiske gjøremålene i pasientomsorgen.

Et annet viktig element i kunnskapsbasert praksis er erfaringsbasert kunnskap. Denne typen kunnskap erverves gjennom praktisering over en lengre tidsperiode. Dette er et begrep som gjennom tidene har blitt betegnet som skjønn, taus kunnskap, klinisk blikk, intuisjon eller klinisk ekspertise (Nortvedt et al, 2012, s. 18). Forutsetninger som at intensivsykepleieren kan finne, vurdere og bruke forskningsbasert kunnskap i samspill med sin erfaringsbaserte kunnskap i møte med pasientene, er noe som styrker kvaliteten av den helsehjelpen som gis (Nortvedt et al, 2012, s. 19).

2.5 Covid-19

Covid -19 viruset medførte utfordringer for helsevesenet. Det ble et stort behov for kunnskap om symptomer, kliniske funn og sykdomsforløp. Virusets evne til å spre seg raskt viste seg tydelig under det første utbruddet i Kina hvor viruset spredde seg fra en by, til store deler av landet på 30 dager (Ihle-Hansen et al, 2020). SARS-CoV-2 som andre virus formerer seg og det blir såkalte mutasjoner. Det skjer små endringer i arvematerialet RNA (Ribonucleic acid), som videre kan ha betydning for virusets smittsomhet, evne til å skape alvorlig sykdom og evne til å unnsnippe immunforsvaret. Så langt har det blitt identifisert flere varianter av SARS-CoV-2, disse overvåkes nøye da det har betydning for pandemiens utvikling (Folkehelseinstituttet, 2020).

Koronavirusfamilien er ulike typer virus som kan gi luftveisinfeksjoner. Covid-19 viruset skyldes infeksjon forårsaket av viruset Sars-Cov-2 og har visse genetiske likheter med SARS-viruset (Severe acute respiratory syndrome)(Folkehelseinstituttet, 2020). I henhold til Kalan

og Chapple (2021), trigger Covid-19 viruset en inflammatorisk respons i lungene som igjen kan resultere i ARDS (Acute respiratory distress syndrome) og multi-organ svikt. Det oppstår betennelse i lungevevet som senere resulterer i dårlig oksygenopptak.

Ifølge Ihle-Hansen et al. (2020), var hovedfunnene blant de første innlagte Covid-19 pasientene i Norge, feber, redusert allmenntilstand, dyspne og hoste. Det viste seg at de første symptomene kom minst en uke før sykehusinnleggelsen. Sykdomsforløpet til de innlagte på sykehus varierte fra milde forkjølelsessymptomer til alvorlig sykdom og død. Variasjonen kunne blant annet skyldes aldersforskjell, tidligere sykdommer eller sosiale forhold.

3.0 Metode

3.1 Kvalitativ metode

Dette er en kvalitativ studie med et eksplorerende design. Eksplorerende design betyr i følge Malterud (2012, s.20) at formålet ikke er en heldekkende presentasjon av et tema, men åpner dører til et felt hvor fenomenet er relativt ukjent fra før. Metoden ga oss muligheten til å belyse deltakernes erfaringer, opplevelser, meninger og synspunkt rundt intensivsykepleiernes kompetanseutvikling i møte med Covid-19 pandemien. I følge Thagaard (2013, s.11-12) er en viktig målsetning ved kvalitativ metode å oppnå en forståelse av sosiale fenomener. Videre hevder hun at nær kontakt mellom forskerne og de som har blitt forsket på, gir rom for å oppnå forståelse av sosiale fenomener på bakgrunn av fylldig data.

I henhold til Polit og Beck (2017, s.11) er kvalitativ metode sett i sammenheng med det naturalistiske paradigme. For den naturalistiske forskeren er ikke virkeligheten fastsatt, men skapes av individene som deltar i forskningen. Dette vil si at virkeligheten eksisterer innenfor en kontekst. Dersom det er flere tolkninger av virkeligheten er det ingen prosesser som kan fastslå det som er sant eller usant. Kunnskap maksimeres, når avstanden mellom forskeren og deltakeren minimeres. I henhold til Polit og Beck (2017, s.11) vil forskeren gjennom subjektive interaksjoner, få tilgang til studiedeltakernes stemmer og tolkninger, noe som er essensielt for å forstå det aktuelle fenomenet.

3.2 Forforståelse

Forforståelse er det vi bringer med oss inn i starten av studien. Hvilke erfaringer, hypoteser, perspektiver og teoretiske referanserammer forskeren bringer med seg inn i et forskningsprosjekt kan senere påvirke datainnsamling, analyse og funn (Malterud, 2017, s. 44-45). Det er ifølge Polit og Beck (2017, s.161) viktig at forskerne ikke styrer forskningen i retning av sine egne forventinger eller erfaringer. Ifølge Malterud (2017, s. 45) er det viktig at forskeren er bevisst sin egen forforståelse gjennom hele prosessen. Forforståelsen er ofte viktig når vi skal forske rundt et bestemt tema, og kan på denne måten være positivt. Det er viktig å være bevisst slik at forforståelsen ikke overdøver budskapet fra det empiriske materialet.

Vår forforståelse påvirket motivasjonen for gjennomføring av studien. Vi er begge sykepleiere med flere års erfaring og var begge i arbeid i perioden da Covid-19 viruset var nytt. Vi har selv kjent på følelsen av manglende kompetanse, både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Vi har erfart usikkerhet i møte Covid-19 viruset, samt ivaretagelsen av Covid-19 pasienten. Vi har gjennom hele prosessen vært bevisst egen forforståelse, og har passet på at det ikke påvirket studien. For å begrense at vår forforståelse påvirket intervjuene, valgte vi den av oss som ikke hadde erfaring fra spesialisthelsetjenesten som moderator under intervjuene.

3.3 Fokusgruppeintervju

Semistrukturert fokusgruppeintervju ble valgt som metode for datainnsamlingen.

Semistrukturert betyr at strukturen er delvis planlagt på forhånd. Moderator presenterer spørsmål og områder som skal kartlegges. Videre følges deltakernes svar opp og en søker ny informasjon og nye innfallsvinkler til emnet (Kvale & Brinkmann, 2015, s.141). Det skal også være en observatør som noterer ned hovedmomenter fra stemningen i samtalen, og som ikke deltar i selve samtalen (Malterud, 2017, s.138).

Fokusgruppeintervju ga oss dypere forståelse av enkeltpersonenes opplevelser og refleksjoner. Målet med studien var å utforske intensivsykepleiernes kompetanseutvikling i møte med Covid -19 pandemien. Hensikten var å forstå deltakernes egne subjektive meninger, samt få frem deres virkelighetsforståelse. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 179) skal deltakerne i fokusgruppeintervjuet ikke komme til enighet eller presentere løsninger på temaer som diskuteres, men heller få frem forskjellige synspunkter på saken. Moderatoren skal skape en velvillig og åpen atmosfære der man kan uttrykke personlige og motstridende synspunkter på emnet som er i fokus. Med et eksplorerende design kan man få frem mer spontane, ekspressive og emosjonelle synspunkter enn når man bruker individuelle og mer kognitive intervjuer.

Gruppesamspillet vil gjøre det lettere å uttrykke synspunkter som kan oppleves følsomme og tabubelagte. I mange tilfeller tenker ikke mennesker gjennom hva som skjer når de står ovenfor en slik krise som pandemien var. Et fokusgruppeintervju vil være med å starte en tankeprosess, der den enkelte bearbeider sine erfaringer og opplevelser i løpet av intervjuet. Det oppstår en fortolkningsutvikling, en konstruksjon eller en rekonstruksjon av

virkeligheten. Deltakerne hjelper hverandre med å forstå hva som egentlig skjedde (Jacobsen, 2010, s.88-89).

3.4 Utarbeidelse av intervjuguide

Med utgangspunkt i studiens hensikt og forskningsspørsmål ble det i forkant av datainnsamling utarbeidet en intervjuguide, se (vedlegg 4). Intervjuguiden fungerte som et hjelpemiddel som bidro til at alle spørsmål ble besvart under intervjuet. Fenomener skal belyses fra flere vinkler og perspektiver, det var dermed viktig at spørsmålene i intervjuguiden åpnet opp for samtale. Ifølge Polit og Beck (2017, s 463) er et kvalitativt design levende, hvor beslutninger blir tatt ettersom ny informasjon kommer frem i datainnsamlingen. Dette er noe som igjen gir fleksibilitet og mulighet for justering ved at forskeren tar lærdom av erfaringer underveis (Malterud, 2017, s. 53)

Spørsmålene som moderator stilte var fastlagt på forhånd, men rekkefølgen ble bestemt underveis i tråd med semistrukturert intervju. På den måten kunne vi aktivt lytte til deltakernes fortellinger, og samtidig sørge for at tema ble diskutert.

Det ble gjennomført et pilotintervju som forberedelse i forkant av hovedintervjuene, noe som var med på å kvalitetsikre intervjuguiden. Pilotintervjuet ble gjennomført ved hjelp av medstudenter, og opplevdes svært nyttig. I etterkant av pilotintervjuet gjorde vi noen endringer på spørsmålene på intervjuguiden. Dette i håp om å skape en bedre dialog og flyt i samtalen.

3.5 Utvalg og rekruttering

Fokusgrupper bør ifølge Malterud (2012, s.40) bestå av 5-8 deltakere. I utgangspunktet fikk vi rekruttert 5-6 deltakere til hvert fokusgruppeintervju. På grunn av pandemisituasjonen, samt sykdom blant personalet, ble det gjennomført 2 fokusgruppeintervju med henholdsvis 2 og 4 deltakere per gruppe. Vi overveide behov for flere intervju, men valgte å ta denne vurderingen når vi fikk bedre oversikt over datamaterialet.

Avdelingsledelsen bidro til å rekruttere deltakerne, som fikk utdelt informasjon om studiens formål og hensikt. Deltakerne fikk også utdelt samtykkeerklæringsskjema (vedlegg 5) med oversikt over deres rettigheter ved å delta i studien.

I utvalget av deltakerne satt vi fokus på homogenitet, men også variasjon. Variasjon i gruppesammensetningen ville være interessant med tanke på valgt tema, mens homogeniteten styrket gruppedynamikken ved at deltakerne kjente seg igjen i hverandres erfaringer (Malterud, 2012, s.20). Ved bruk av inklusjons- og eksklusjonskriterier ble intensivsykepleiere med både lang og kort erfaring, samt en blanding av menn og kvinner inkludert. Et annet avgjørende kriterium var at intensivsykepleierne hadde vært i aktivt arbeid i pandemien. Deltakerne hadde kjennskap til hverandre, en faktor som bidro til å skape trygghet.

Inklusjonskriterier:

- Intensivsykepleiere
- 80-100 % fast stilling og aktivt i arbeid
- Menn og kvinner
- Både kort og lang erfaring som intensivsykepleier

Eksklusjonskriterier:

- Intensivsykepleiere som ikke har vært med i behandlingen av Covid-19 pasienter

3.6 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført høsten 2021. Det ble satt av 60 minutter per fokusgruppeintervju. Innsamlingen av data ble utført ved hjelp av intervjuguide (Vedlegg 4). I forkant av fokusgruppeintervjuene ble rollene som moderator og observatør avklart. Moderatoren hadde den styrende rollen og sørget for at alle deltakerne kom til orde. Moderator passet også på gruppedynamikken og bidro til at samtalen fikk mest mulig forankring til temaet. Observatøren noterte ned hovedmomenter fra stemninger i samtalen, samt fikk med seg non-verbal kommunikasjon som ikke kommer med på lydopptaket.

Vi forholdt oss til de samme rollene under begge intervjuene. Moderator passet på at alle spørsmål ble besvart ved å stille oppfølgingsspørsmål underveis. Polit og Beck (2017, s. 509) poengterer at moderatoren skal i minst mulig grad påvirke deltakerne for å få frem deres

erfaringer og opplevelser. Ved å gi deltakerne større frihet i samtalen, gir man dem muligheten til en friere uttrykksform.

Intervjuene ble gjennomført på deltakernes arbeidssted, i deres arbeidstid, etter avtale med avdelingsleder. Omgivelsene var viktige for at deltakerne skulle føle seg trygge i intervjusettingen. Det at vi har vært i praksis gjennom studiet gjorde at deltakerne hadde sett ansiktene våre før, noe som kan ha gitt en følelse av trygghet. Det ble booket et grupperom på sykehuset med et «ikke forstyrret» skilt på døren og vi passet på at det ikke forekom unødvendige forstyrrelser. I forkant av intervjuene ble det brukt tid til å tilrettelegge for komfortabel intervjusetting. Vi forsøkte å skape en trygg og god atmosfære med kaffe, sjokolade og lett dialog i begynnelsen. Deretter ble informasjon om tema og hensikt med studien repetert. Skiftelig samtykke, samt taushetsplikt ble gjennomgått. Datamaterialet ble samlet inn ved hjelp av to lydopptakere for å sikre at viktig materiale ikke gikk tapt. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 205) gir bruk av lydopptak muligheten til å få med seg ulike tonefall, pauser og lyder. På denne måten kan man lettere forstå betydningen av det som ble fortalt. Lydfilene ble deretter kryptert og lagret sikkert.

3.7 Transkripsjon

Transkribering er en prosess hvor tale blir til tekst. Begge lydopptakerne ble testet i forkant av intervjuene for å sikre at alt fungerte. Begge intervjuene ble transkribert mens det var ferskt i minne. Ifølge (Malterud, 2017, s. 77-78) er det viktig at forskerne selv gjør denne jobben, da de var deltakende i samtalen og gjerne husker momenter som skaper usikkerhet. Under transkripsjonen vil elementer som stemmeleie, ironi og kroppsspråk lett gå tapt. Transkripsjon er derfor svekkede, dekontekstualiserte gjengivelser av selve intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205).

Transkripsjonen ble utført av oss begge. Under transkripsjonen var det viktig med nøyaktighet, dette for å ivareta det opprinnelige materialet. For å oppnå nøyaktighet delte vi lydopptakene i to og transkriberte hver vår del. Vi gjennomgikk de transkriberte intervjuene hver for oss, og deretter i felleskap. Dette for å sikre at all data ble tatt med. Noe av det vi opplevde som utfordrende var å få dialekter og talespråk over til skriftspråk. Under arbeidet med datamaterialet kom vi opp i situasjoner der noen utsagn ikke ga tydelig mening. For å

unngå misforståelser gikk vi tilbake til opptaket for å sikre at vi fikk hele forståelsen. Ifølge Malterud (2017, s. 77-78) er det viktig og holde seg tro til det deltakerne formidler av erfaringer og opplevelser under transkripsjonen. Dette vil hjelpe forskeren med å huske tilbake til intervjusituasjonen ved å lese materialet

3.8 Analyse

Graneheim og Lundmans (2004) beskrivelse av den kvalitative innholdsanalyse ble brukt i analyseprosessen. Vi brukte en induktiv tilnærming hvor det søkes etter likheter og ulikheter i datamaterialet. Induktiv tilnærming blir også kalt «data-drevet» eller «tekst-drevet», det vil si at man søker etter mønster i dataene. Forskerne beveger seg på denne måten fra data til teoretisk forståelse, fra det konkrete og spesifikke til det mer abstrakte og generelle (Graneheim et al., 2017). Prosessen omfatter en systematisk bearbeidelse av de transkriberte intervjuene, og var i tråd med vårt valg av forskningsmetode.

Innholdsanalyse identifiserer både et manifest og et latent innhold av teksten. Det manifeste innholdet tar utgangspunkt i det synlige, åpenbare og det ordrette som informantene sier. I det latente innholdet tolker forskeren de underliggende meningene i teksten (Graneheim & Lundman, 2004).

Etter å ha gjennomgått teksten og markert meningsenheter hver for oss, hadde vi en faglig diskusjon rundt hvilke meningsenheter som skulle tas med videre i analysen. Ifølge Graneheim og Lundman (2004) er meningsenheter setninger, avsnitt eller ord som kan relateres til hverandre, på grunnlag av hva innholdet eller konteksten uttrykker. Valgte meningsenheter ble deretter kondensert, noe som vil si at teksten ble kortere samtidig som sentralt innhold i teksten ble bevart. Videre ble meningsenhetene tildelt en passende kode. Graneheim og Lundman (2004) sier at koden er «merkelappen» på meningsenheten og at koden gjør at datamaterialet kan bli sett på en ny og annerledes måte. Tabell 1 viser noen utvalgte eksempler på meningsenheter som har blitt kondensert og omgjort til koder.

Tabell 1: Eksempel på koding

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode
Også var det det å forberede oss på mottak av disse pasientene, ingen visste egentlig helt hvordan de var og hvordan de skulle behandles..... legene var like usikre som oss andre... Mye usikkerhet	Det å forberede oss på mottak av disse pasientene, usikkerhet rundt hvordan de var og behandling. Legene også usikre	Mye usikkerhet rundt pasientgruppen og behandlingen
De enkle tingene som du vanligvis ikke tenker over når du står med akutt dårlige, de blir liksom litt.. i en annen innpakning.	De enkle tingene med akutt dårlige var plutselig i en annen innpakning	Akutt dårlige pasienter i en annen innpakning
Jeg føler at det var veldig mange som fikk utfordret seg på en positiv måte. At vi har stått mye alene og fått et helt annet overblikk som intensivsykepleier.	Mange fikk utfordret seg på en positiv måte, fått et helt annet overblikk som intensivsykepleier	Utfordringer har gitt et annet overblikk som intensivsykepleier
Det jeg har lært er at du må være veldig på hogget. Mer en til vanlig som en vanlig intensivsykepleier. Enda mer føre var. Du må forberede deg på det verste alltid.	Lært at du må være veldig på hogget, enda mer føre var, alltid forberede seg på det verste	I større grad føre var og være forberedt på det verste

Deretter utformet vi sub-kategorier, kategorier og hovedkategorier. Vi startet med å gruppere kodene og vi samlet tekst med likt innhold. Kodene ble samlet i sub-kategorier og flere sub-kategorier utgjorde til sammen kategorier som senere presenteres i aktuelt kapittel. Ifølge Graneheim og Lundman (2004) er kategorier kjernefunksjonen i kvalitativ innholdsanalyse. En kategori refererer til et beskrivende innholds nivå, og kan dermed ses som et uttrykk for det manifeste innholdet i teksten. Videre blir det sagt at kategorien ofte inneholder en eller flere sub-kategorier som er sortert og abstrahert. De utvalgte kategoriene dannet til slutt to hovedkategorier.

3.9 Metodiske betraktninger

I kvalitativ forskning er det sentralt at funnene i forskningen skal være så troverdige som mulig og alle studier må bli evaluert ut ifra metoden som er brukt for å generere funnene (Graneheim & Lundman, 2004). Det skilles på hvilke begreper som brukes om studien er kvalitativ eller kvantitativ. I kvalitativ forskning er det ifølge Lincoln og Guba (1985, s. 300) begreper som gyldighet (credibility), pålitelighet (dependability), bekreftbarhet (confirmability) og overførbarhet (transferability) de vanligste begrepene for å vurdere studiens troverdighet (trustworthiness).

Graneheim et al. (2017) beskriver at det i kvalitativ analyse kan være utfordrende å kjenne at den røde tråden strekker seg gjennom hele arbeidet, fra introduksjon til konklusjon. De nevner også at det kan være en utfordring å tydeliggjøre hvilken stemme som blir hørt i de ulike delene av forskningen, om det er deltakernes stemme eller forskerens tolkning. Dette er med på å sikre den generelle troverdigheten til en studie. For å oppnå troverdighet i vår studie har vi hele tiden hatt fokus på problemstillingen, samt den røde tråden igjennom oppgaven. Vi jobbet nøye for å sikre at deltakernes stemme gjenkjennes gjennom hele analyseprosessen, og at viktige momenter ble belyst.

3.9.1 Gyldighet

Ifølge Lincoln og Guba (1985, s. 296) handler gyldighet om å sikre at en gjennomfører studien på en måte der man kan stole på at funnene er troverdige. Hensikten med studien er tydelig beskrevet, og inklusjonskriteriene sikret at deltakerne i studien hadde erfaringer som svarte til hensikten og problemstillingen. Inklusjonskriteriene la også grunnlag for deltakere med variert erfaring, og ifølge Graneheim og Lundman (2004) er dette med på å sikre at forskningsspørsmålene blir belyst fra forskjellige aspekter.

I metodekapittelet har vi forsøkt å beskrive nøyaktig fremgangsmåte på datainnsamlingen. Vi ønsker at leseren skal kunne få et klart bilde av hvordan vi har gått frem, samt kunne vurdere studiens gyldighet. Ved utarbeidelsen av intervjuguiden har vi hatt problemstillingen som et utgangspunkt. Dette for å sikre at innsamlet data svarer på problemstillingen.

Vi valgte semi-strukturerte fokusgruppeintervju, for å få frem deltakernes subjektive erfaringer og meninger. I analysen har vi valgt kvalitativ innholdsanalyse. Vi la vekt på en tydelig beskrivelse av fremgangsmåten på denne prosessen for å gi gjennomsiktighet. Dette er noe som kan gi leseren mulighet til å vurdere gyldigheten. Graneheim og Lundman (2004) understreker viktigheten av å vise hvordan man går fra meningsenheter til koder, samt andre trinn i analyseprosessen. Videre nevner de at sitater fra den transkriberte teksten er med på å øke gyldigheten. I tabell 1 presenterer vi hvordan vi har gått frem i deler av analyseprosessen.

Vi har jevnlig søkt veiledning i utarbeidelsen av masteroppgaven. Dette er noe vi har hatt stort utbytte av. Vi har sammen med medstudenter deltatt på masterseminar med mulighet til å motta tilbakemeldinger fra veiledere og medstudenter på deler av studien. I henhold til

Lincoln og Guba (1985) er denne formen for «peer debriefing» et viktig aspekt for å etablere gyldighet.

3.9.2 Pålitelighet

Ifølge Lincoln og Guba (1985, s.316) er det ingen gyldighet uten pålitelighet. Gyldigheten sier noe om kvaliteten på studien, en tydelig beskrivelse av denne bidrar det til økt pålitelighet. Dette vil nærmere belyses i oppgavens metodediskusjon. Som tidligere nevnt har veileder vært delaktig gjennom studieprosessen, noe som kan være med å styrke studiens pålitelighet.

3.9.3 Bekreftbarhet

Bekreftbarhet handler om at deltakerne skal kunne kjenne seg igjen i dataene, at funnene er deltakernes stemme og ikke for mye tolkninger og perspektiver fra forskerne. Funnene skal være forankret i dataene og det skal være mulig å spore funnene tilbake til det opprinnelige datamaterialet (Lincoln & Guba, 1985, s. 323).

3.9.4 Overførbarhet

Overførbarhet handler om hvorvidt funnene i studien er overførbare til andre grupper eller settinger. Forskerne kan gi en forklaring på studiens overførbarhet, men det er opp til leseren å avgjøre om dette stemmer (Graneheim & Lundman, 2004). Videre sier de at for å etablere overførbarhet er det viktig å gi et klart bilde av kontekst, inklusjonskriterier for studien, deltakerne, data innsamlingen og analyseprosessen. En god presentasjon av funn med passende sitater er også med å øke overførbarheten.

3.10 Forskningsetiske vurderinger

Prosjektplanen ble godkjent av veileder 26.september 2021. Etter godkjent prosjektplan sendte vi en mail til avdelingslederen ved gjeldende avdeling om å utføre studien (vedlegg 6), samt forespørsel om hjelp til å rekruttere deltakerne basert på studiens inklusjons- og eksklusjonskriterier. Videre ble det sendt søknad til personvernombudet (PVO) og forskningsavdelingen ved helseforetaket (vedlegg 7). Studien ble vurdert godkjent etter forutsetninger fra PVO (vedlegg 8). I samråd med veileder ble det etter studiens formål vurdert at det ikke var nødvendig å sende søknad til NSD og REK.

Deltakerne blir beskyttet gjennom informert samtykke. Vi utarbeidet et skjema til signering hvor det stod at deltakerne hadde rett til å trekke seg fra prosjektet når som helst (vedlegg 5). Skjemaet ble levert til avdelingsledelsen og gitt til aktuelle deltakere. Signerte samtykkeskjema ble levert til oss under intervjuene.

Vi antok at deltakelse ikke ville ha noen direkte fordeler eller ulemper for deltakerne, men at det forhåpentligvis ville bidra med ny kunnskap om valgt tema. Før intervjuet startet ble deltakerne tydelig informert om at de når som helst kunne avbryte intervjuet. Under intervjuene var vi bevisst på deltakernes mulige emosjonelle reaksjoner som følge av refleksjoner og samtale rundt en vanskelig periode.

Datamaterialet ble behandlet konfidensielt gjennom hele prosessen. Under intervjuene henvendte vi oss til deltakerne med navn, under transkripsjon og videre i analyse ble deltakerne totalt anonymisert. Det var kun vi og veileder som hadde tilgang til datamaterialet. Det ble samlet inn data som var relevant for studiens formål. Videre vil funn presentert i studiens resultat også være aidentifisert. Lydopptakene ble oppbevart sikkert etter gjeldende retningslinjer, og ble destruert etterpå. Lydfil, samtykkeskjema og transkripsjonsmaterialet ble oppbevart separat. All resterende data blir destruert ved prosjektslutt.

4.0 Resultater

I arbeidet med analyseprosessen var det to hovedkategorier som trådte frem. Den første hovedkategorien handler om intensivsykepleierens opplevelser i møte med Covid-19 pandemien og Covid-19 pasienten. Denne hovedkategorien ble dannet av 4 kategorier, som presentert i tabell 2. Hovedkategori to handler om hvordan utfordringer intensivsykepleierne erfarte i pandemien videre har ført til økt kompetanse. Denne hovedkategorien ble dannet av 5 kategorier som vist i tabell 3.

4.1 Hovedkategori 1 – Pandemien skapte usikkerhet og intensivsykepleierne erfarte tap av kontroll

Tabell 2: Fra kategorier til hovedkategori 1

Kategorier	Hovedkategori 1
Usikkerhet og stress i møte med Covid-19 pasienten	Pandemien skapte usikkerhet og intensivsykepleierne erfarte tap av kontroll.
Ukjente omgivelser og intensivsykepleierne satt i nye roller	
Mangel på forutsigbarhet	
Pandemisituasjonen skapte utfordringer med kommunikasjon	

4.1.1 Usikkerhet og stress i møte med Covid-19 pasienten

Deltakerne fortalte om usikkerhet og stress i møte med Covid-19 pasienten, men også i møte med pandemien i sin helhet. De uttrykte at pandemien opplevdes veldig stressende, og at det fortsatt oppleves stressende. Flere av deltakerne fortalte at de ikke forstod alvoret før det plutselig var mange innlagte Covid-19 pasienter. Dette var for flere noe som opplevdes skummelt. En av deltakerne sa: *«I begynnelsen var alt nytt for alle, ingen visste noe. Dette var noe som opplevdes skremmende for alle»*. Videre fortalte en annen deltaker om høye skuldre i starten av pandemien, og flere ga uttrykk for at de gruet seg til å gå på jobb. *«Du gruer deg egentlig litt til å komme på jobb fordi du ikke vet hvor du skal være. Skummelt å være på isolat en hel dag»*. Intensivsykepleierne ble flyttet fra sine faste avdelinger til isolatenhet, flere opplevde dette som utfordrende. Til tross for at deltakerne ga uttrykk for at pandemien fortsatt oppleves stressende, sa en deltaker at det følte bedre etter vaksinerings, og at det var en slags trygghet. Flere deltakere ga uttrykk for at de likevel savnet bedre fysiske løsninger *«Men, nå er vi snart 2 år ut i det, og jeg må si jeg savner bedre fysiske løsninger. Blant annet mangel på utstyr på rommet ved mottak av Covid-19 pasienten. Det er ganske utfordrende»*.

Intensivsykepleierne opplevde usikkerhet både rundt pasient, avdeling, behandling og tiltak. En av deltakerne sa: *«Så var det det å forberede oss på mottak av disse pasientene. Ingen visste egentlig helt hvordan de var og hvordan de skulle behandles. Legene var like usikre som oss andre. Mye usikkerhet»*. Det var enighet blant deltakerne om at det var mangel på kompetanse. *«Jeg kjente på at vi ikke kunne ta med oss den kompetansen vi hadde om respirasjonssviktpasienten. Covid- 19 pasienten oppførte seg annerledes»*. En annen deltaker la til at *«Det var ganske utfordrende, også for de som hadde vært lenge i «gamet. De følte de kom litt til kort, for hva skulle vi gjøre med disse pasientene? Mye usikkerhet rundt behandling og effekten av det»*. De ga uttrykk for at det var krevende og skummelt når de ikke visste hva de gikk til. Sykdomsforløpet til Covid-19 pasienten endret seg raskt, og det var vanskelig å være i forkant. En av deltakerne sa at *«Sykdomsforløpet endret seg fort, og at det var vanskelig å se endringene som skjedde. Vanligvis vil du se endringene i forkant. Ved bruk av det kliniske blikket, eller ved hjelp av monitorering forstår du at denne pasienten blir dårligere»*.

Flere av deltakerne uttrykte at personalet nå er slitne etter to år i pandemien. En deltaker sa at *«Strikken er litt strukket i begge ender. Det merkes når smitten blusser opp igjen, og man samtidig skal begynne å leve som normalt igjen. Det går inn på oss. Folk er drittleie»*. Flere uttrykte at det var nok personell i starten, men at det var vanskelig å få tak i folk etter en stund.

4.1.2 Ukjente omgivelser og intensivsykepleierne satt i nye roller

Deltakerne fortalte at det var krevende å jobbe i ukjente omgivelser. Flere av deltakerne nevnte at å være på en annen avdeling gjorde arbeidshverdagen krevende og usikker. *«Det er jo en viss usikkerhet i det å skulle gå på jobb og ikke vite hvor du er og hvor du ender opp i løpet av vekten»*. Videre sa en deltaker *«Vi har hatt våre pasienter i en annen avdeling, vi kjenner ikke de som jobber der, og vi vet ikke hvor ting er. Man står litt isolert inne på et rom bak to stengte dører»*. Flere ga uttrykk for at det var en helt annen dag på jobb når de måtte være på isolatet. Videre uttrykte de at det var vanskelig å måtte tilpasse seg en helt ny avdeling. *«Det tar tid å bli kjent på en helt ny plass. Det var en ulempe at vi måtte være på en*

helt ny avdeling. Vi flyttet arbeidsplassen på en måte, og vi fikk en annen type pasienter enn det vi var vant med» sa en deltaker, og flere av deltakerne nikket bekreftende.

Betydningen av å ha utstyr tilgjengelig ble nevnt av flere. Mangel på utstyrs skapte stress og usikkerhet hos mange. Ukjent avdeling medførte at personalet måtte bruke ukjent utstyr. *«Vi måtte ut av avdelingen når vi skulle ha Covid-19 pasienter og der hadde vi ikke eget utstyr. Vi visste ikke hvilket rom vi skulle på. Derfor måtte vi dra med oss alt utstyr og alt måtte kobles opp. Andre senger skulle stenges ned og personalet omfordeles. Det var jo ganske krevende».* Videre sa en annen deltaker *«Vi var bekymret i forhold til utstyr. Det var mangel på utstyr som blant annet smittefrakker. Dette skapte ekstra stress og usikkerhet. «Hvis du kan ta bort den stressfaktoren der, så er jobben så mye enklere å fokusere på. Spesielt når du vet du har ting tilgjengelig»* kommenterte en annen. Alle deltakerne var enige i det. Videre ble det sagt at: *«Det er noe helt annet når du vet hvor ting ligger og du vet akkurat hvem du skal snakke med. Det blir så mange ukjente faktorer på en gang».* Flere intensivsykepleiere sto ekstra lenge på isolatet for å ikke kaste dyrt utstyr, på grunn av mangel på utstyr.

Deltakerne ga uttrykk for at det var mye som skjedde i avdelingen. Dette betydde at intensivsykepleierne ble satt i andre roller enn det de var vant med. *«Man ble på en måte litt kastet ut i det. Det var mye som skjedde i avdelingen og folk måtte settes i andre roller».* Avdelingen måtte ifølge deltakerne sette personalet i nye roller for å sikre rett kompetanse til rett sted. En av deltakerne sa at det fortsatt er krevende med ukjente arbeidsforhold: *«Jeg synes fortsatt at det er krevende den dag i dag. Fordi du blir stående ganske lenge alene på isolatet. Spesielt dersom det ikke er god nok bemanning».*

4.1.3 Mangel på forutsigbarhet

Alle deltakerne sa at det var jevnlig oppdatering av personalet gjennom ulike kanaler som informasjonsskjerm i avdelingen, mail, nyhetsbrev og pop-up undervisning. En av deltakerne sa at de hadde hatt simulering i forhold til HLR av Covid-19 pasienter. Likevel var det flere av deltakerne som uttrykte at de savnet kurs og simulering i forkant av mottak. Flere av deltakerne nevnte at de kunne tenkt seg simulering i mottak av Covid-19 pasienter. *«Vi hadde ikke kurs eller simulering i forkant av mottak av Covid-19 pasientene. Vi hadde kun simulering i forhold til hjerte- og lungeredning på Covid-19 pasienten»* sa en deltaker. *«Nei,*

vi hadde ingen kurs eller simulering». «Vi prøvde å ha litt gjennomgang og repetisjon av ting. Det var jo en del avdelinger som simulerte på mottak av Covid-19 pasienten. Det kunne sikkert vi også ha gjort» var det en deltaker som la til.

Flere av deltakerne ga uttrykk for at det var krevende å motta ny informasjon hele tiden «*Vi merket jo at det var nye oppdateringer på prosedyrer. Det var veldig krevende å hele tiden motta ny informasjon*». En av deltakerne poengterte at det var utfordrende å nå ut med ny informasjon til hele personalet, spesielt når det stadig var nye endringer. «*Så det å få alle oppdatert på de gjeldende retningslinjer og prosedyrer var ganske krevende*». Flere av deltakerne sa at det var nye prosedyrer hele tiden, og intensivsykepleierne måtte holde seg oppdatert. «*Det var mange nye prosedyrer. Oppdatering av prosedyrer nesten daglig, i hvert fall ukentlig*», uttrykte en deltaker. Flere deltakere støttet dette.

4.1.4 Pandemisituasjonen skapte utfordringer med kommunikasjon

Kommunikasjon ble nevnt blant flere av deltakerne som en utfordrende faktor i pandemien. En av kommunikasjonsutfordringene som ofte ble nevnt var kommunikasjon fra isolatet. Samtlige av deltakerne uttrykte at det er lettere å kommunisere med folk du kjenner «*Det hadde vært mye lettere dersom vi var på egen avdeling. Du kommuniserer med kollegaer på en helt annen måte fordi du kjenner dem*». Flere av deltakerne fortalte at de ble stående på isolatet alene. I mange tilfeller fikk de ikke tak i folk når de trengte det. En deltaker fortalte om utfordringer med kommunikasjon iført smitteutstyret «*Jeg merket hvor vanskelig det var med kommunikasjon på isolatet. Bruk av telefon, hansker og munnbind var vanskelig. Plutselig var ikke telefonen der, man fikk ikke tak i folk og det var ingen i slusen*». Dette var noe som opplevdes som belastende for intensivsykepleierne. Tanken på at en ble stående på isolatet alene i en akutt situasjon var stressende «*Du er veldig isolert. Det tar tid før folk kommer, det tar tid før dørene åpner. Dersom det oppstår en akutt situasjon, står du temmelig alene*» sa en deltaker. Videre fortalte en annen om viktigheten av god kommunikasjon mellom kollegaer for å sikre avløsning. Det å kunne planlegge litt på forhånd og for å sikre egne primære behov. «*Vi erfarte viktigheten av god kommunikasjon, og hvor viktig det var å vite når man skulle få avløsning. Timene kunne bli lange inne på isolatet, spesielt når man stod med maske på og lurte på om den egentlig var helt tett*». Resten av deltakerne smilte og nikkete bekreftende.

4.2 Hovedkategori 2: Intensivsykepleierne opplever at utfordringer i pandemien har ført til økt kompetanse

Tabell 3: Fra kategorier til hovedkategori 2

Kategori	Hovedkategori 2
Usikkerhet i håndteringen av Covid- 19 pasienten	Intensivsykepleierne opplever at utfordringer i pandemien har ført til økt kompetanse
Betydningen av å holde seg oppdatert	
Være enda mer føre var, alltid forberedt på det verste	
Økt tilpasningsdyktighet	
Tverrfaglig samarbeid på tvers av avdelingene	

4.2.1 Usikkerhet i håndteringen av Covid-19 pasienten

Samtlige deltakere opplevde Covid-19 pasienten annerledes og mer ustabil. «Covid-19 pasienten ble akutt dårlig, dekompanerte raskt og pasienten ble respiratorisk ustabil noe som betydde at pasienten måtte intuberes». Endringer i pasientens sykdomsbilde skjedde raskt. Flere av intensivsykepleierne erfarte en ny og ukjent pasientgruppe. Videre sa en deltaker at «veien fra brillekateter til intubasjon var kort, de intuberte etter røntgenbildet og ikke etter det kliniske bildet».

Flere deltakere sa at de ikke kunne ta med seg mange års erfaring med respirasjonssviktpasienten. Covid-19 pasienten oppførte seg annerledes både i symptomer, men også ved at sykdomsbildet endret seg raskt. En deltaker fortalte følgende «Sykdomsforløpet endret seg raskere, vanligvis vil du se endringene i forkant ved bruk av klinisk blikk og monitorering» Flere deltakere var enige i dette. De opplevde at det var vanskelig å være i forkant og de var redde for å gjøre feil.

Flere av deltakerne snakket om viktigheten av å ivareta pasientens psykososiale behov. I en slik situasjon er pasienten ofte engstelig og redd da det er mye usikkerhet rundt sykdomsforløpet. Samtlige deltakere sa de opplevde at pasienten profiterte på at de tok seg tid til å berolige dem. En deltaker sa «Det vi har lært i arbeidet med denne pasientgruppen kan vi ta med oss videre til andre pasienter som er dårlige respiratorisk» På tross av mye usikkerhet rundt Covid-19 pasientens sykdomsforløp erfarte alle deltakerne økt kunnskap om respirasjonssviktpasienten.

4.2.2 Betydningen av å holde seg oppdatert

Flere av deltakerne erfarte et økt ansvar for å holde seg oppdatert. «*Vi måtte hele tiden oppdatere oss. Ledelsen sendte ut ny informasjon kontinuerlig, men vi hadde et eget ansvar også*» var det en av dem som sa. Det var kontinuerlig oppdatering av ny informasjon rundt Covid-19 pandemien, samt ivaretagelsen og behandlingen av Covid-19 pasienten. Flere av deltakerne supplerte med å si at de hadde et behov for å søke opp og være kritisk til ny informasjon. Selv om ledelsen var gode på å holde personalet oppdatert, følte de at de måtte lese seg opp og være delaktige.

Flere av deltakerne følte at de etter hvert fant roen. Utfordringer i starten hadde ført til en økt kunnskap rundt ivaretagelsen av Covid-19 pasienten. «*Når vi fant roen ble vi bedre kjent med sykdomsbildet til Covid-19 pasienten, vi ble mindre engstelige, og vi visste mer når det kom til behandlingsforløpet. Vi opplevde økt kunnskap*» sa en deltaker. Flere av deltakerne opplevde også økt kunnskap rundt Covid-19 pasienten, og erfarte etterhvert at de hadde mer kontroll.

Alle var enige om at det var et økt fokus på å sette seg inn i retningslinjer i smittevern. Covid-19 viruset viste seg å være svært smittsomt, noe som gjorde at flere var engstelige for å bli smittet eller smitte andre. Flere av deltakerne hadde prøvd å sette seg inn i smittevernsregimet før pasienten kom, men når Covid-19 pasienten kom til avdelingen opplevde noen at de hadde glemt det de hadde lest. «*Det tok litt tid før de første Covid-19 pasientene kom, så det vi hadde lest på var kanskje glemt når pasientene kom. Det som hjalp var at det hang plakater over alt om hvordan vi skulle kle oss*» sa en av deltakerne, flere av de andre nikkete bekræftende.

4.2.3 Være enda mer føre var, alltid forberedt på det verste

En deltaker sa følgende «*Jeg har lært er at du må være veldig på hugget, mer enn til vanlig som en vanlig intensivsykepleier. Enda mer føre var. Du må forberede deg på det verste, alltid*». Flere var enige om at Covid-19 pasienten var svært ustabil, og at det raskt oppsto endringer i sykdomsbildet. De snakket om viktigheten av det kliniske blikket og nøye observasjon, samt viktigheten av å fange opp små tegn på endring i pasientens tilstand.

Samtlige deltakere snakket om viktigheten av en god handlingsplan og tiltaksplan «*En god handlingsplan og tiltak som må iverksettes dersom pasienten dekompanserer respiratorisk og/ eller sirkulatorisk*». Det kom tydelig frem at flere av deltakerne opplevde at de i større grad enn før måtte være føre var.

Prosedyrer ble jevnlig oppdatert, og det var et krav om at intensivsykepleieren satt seg inn i det som var nytt for å kvalitetssikre behandlingen av Covid-19 pasienten. Alle deltakerne erfarte at de måtte sortere, samt være kritisk til ny informasjon. En av deltakerne uttrykte at det var «*Vanskelig å holde seg oppdatert på det nye, og at det var viktig å være kritisk og sortere informasjonen. Det var viktig at personalet ble oppdatert på det viktigste*», flere av deltakerne støttet dette.

4.2.4 Økt tilpasningsdyktighet

Alle deltakerne var tydelige på at det var forskjellige holdninger blant intensivsykepleierne i møte med Covid-19 pasienten. Det var mye usikkerhet rundt ivaretagelsen og behandlingen av denne pasientgruppen. Flere uttrykte usikkerhet og ubehag rundt det å utsette seg selv og sin familie for smitte. En deltaker fortalte at: «*Dette sier litt om intensivsykepleiere, vi hiver oss ut i det uten av vi vet hva vi går til. Tror det handler mye om holdninger og hvordan vi håndterer ting*». Flere av deltakerne sa seg enige i dette.

Noen av intensivsykepleierne var interesserte i å utfordre seg selv, og gå ut av komfortsonen, mens andre valgte å holde litt tilbake. «*Noen så på dette som en utfordring og hadde lyst til å utfordre seg selv*» var det en deltaker som sa. Videre sa en annen «*Det var veldig mange som fikk utfordret seg på en positiv måte. Utfordringer har gitt et annet overblikk som intensivsykepleier*».

Flere av deltakerne fortalte at de hadde omstilt seg selv, noe som hadde ført til en personlig vekst der de hadde lært mye om selv, samt deres kollegaer. «*Jeg synes vi i avdelingen har vært gode, vi har et veldig godt miljø, vi holder sammen og motiverer hverandre*». Dette var noe alle deltakerne mente skapte trygghet i en vanskelig og uforutsigbar arbeidshverdag.

4.2.5 Tverrfaglig samarbeid på tvers av avdelingene

Flere deltakere snakket om viktigheten av tverrfaglig samarbeid på tvers av avdelingene. En deltaker sa *«Å gå på tvers av avdelingene ga erfaringsutveksling, vi ble bedre kjent med hverandre og vi fikk muligheten til å samarbeide og kommunisere med folk vi ikke kjenner»*. Pandemisituasjonen var preget av mye usikkerhet, flere av deltakerne følte en slags trygghet i å samarbeide med andre avdelinger. Alle deltakerne mente at samarbeid på tvers av avdelinger burde vært noe som ble gjort oftere.

Deltakerne snakket om viktigheten av en god arbeidskultur. En av deltakerne poengterte at miljøet og samholdet i avdelingen har vært svært god. Personalet har holdt sammen og motivert hverandre på tross av mye usikkerhet i arbeidssituasjonen. Flere av deltakerne nevnte at det var tilfeller der personell fra avdelingen ikke ønsket å gå på isolatet. Dette hadde en sammenheng med usikkerheten rundt ivaretagelsen av Covid-19 pasienten. I disse tilfeller var det alltid noen som tilbød seg og gikk på isolatet istedenfor. En av deltakerne sa videre at *«Når det var så mye annet styr rundt Covid-19 pandemien var det godt å være på en avdeling der personalet stilte opp for hverandre»*.

«Det var en lang periode med mye press på sykehuset, sjokolade og klapp nådde ikke helt frem» sa en deltaker. Videre var det flere deltakere som sa at strikken var strukket, og personalet var nå slitne etter en lang og tung periode.

5.0 Diskusjon

Studiens hensikt er å undersøke om Covid-19 pandemien har hatt innvirkning på intensivsykepleierens kompetanse. Sentrale funn i studien vil her diskuteres opp mot det teoretiske rammeverket for studien. Tidligere forskning vil også brukes for å belyse aktuelle funn. Vi vil på denne måten forsøke å svare på studiens forskningsspørsmål, som var følgende:

- Hvordan mestret intensivsykepleierne ivaretagelsen av Covid-19 pasienten?
- Har det vært noen faktorer som har vært avgjørende for kompetanseutviklingen?
- Har intensivsykepleierne tilegnet seg ny kompetanse i arbeidet med Covid-19 pasienten?

5.1 Mestring i møte med Covid-19 pasienten

Funnene viste at intensivsykepleierne opplevde starten av pandemien kaotisk, stressende og skummel. Deltakerne skjønte ikke helt alvoret i situasjonen før det var mange innlagte og dårlige Covid-19 pasienter i avdelingen. Selv de med mange års erfaring var usikre i møte med denne pasientgruppen. Det var mye usikkerhet som preget arbeidshverdagen til intensivsykepleierne. Funnene bekreftes av forskning som viser den store innvirkningen pandemien hadde på arbeidshverdagen til intensivsykepleierne, med stress, redsel og angst (Ahmadidarrehsima et al., 2022; Bergman et al., 2021; Gordon et al., 2021). Dette har igjen ført til at helsepersonell har fått flere mentale helseutfordringer, som blant annet PTSD (Post-traumatic stress disorder (Bergman et al., 2021). Videre viser studier at flere av intensivsykepleierne har hatt mestringsstrategier som har hjulpet dem i møte med pandemien. Som trening, fokus på riktig ernæring og avslappingsteknikker (Ahmadidarrehsima et al., 2022; Gordon et al., 2021). Wormnes og Manger (2005, s. 27-28) hevder at mestringsstrategier, kombinert med mestringsmål kan være et fortrinn, og i mange tilfeller kan dette være selve drivkraften i læringsprosessen. Selv om våre deltakere ikke fortalte om mestringsstrategier i form av ting de gjorde på fritiden, så fant de mye støtte i hverandre under pandemien.

Studien vår viste at det var varierte holdninger blant personalet i møte med pandemien. Noen kastet seg mer ut i det, mens andre var mer tilbakeholdene. Flere av deltakerne fortalte også om hvordan intensivsykepleiere hiver seg ut i nye arbeidsoppgaver, og at det igjen har

sammenheng med holdninger og hvordan man håndterer ting. Våre funn indikerer at intensivsykepleierne ble satt i nye roller på grunn av en annerledes og hektisk arbeidshverdag. Stress, usikkerhet, varierte holdninger, følelse av mangel på kompetanse og uforutsigbare arbeidsforhold påvirker individets indre motivasjon. Indre motivasjon handler om mestringsfølelse, glede av arbeidet og interessant lærestoff (Skaalvik & Skaalvik, 2015, s. 66). Det påvirkes også av kompetanse og mestringstro. For å sette i gang en handling, er intensivsykepleieren avhengig av å føle på selvtillit (Deci & Ryan, 2002, s. 7). Tillit til at den jobben som gjøres er basert på rett kompetanse. Funn i vår studie belyser at intensivsykepleierne senere tilegnet seg ny kompetanse, noe som ga en indre motivasjon. Ifølge Lai (2021, s. 50) påvirkes dette igjen av en persons holdninger. Det kan gi mestringstro og indre motivasjon i møte med nye utfordringer. Dette kan igjen gjøre at personen har en mer positiv innstilling til arbeidsoppgaver og dermed yter bedre. Funn i denne studien viser at intensivsykepleierne lærte mye av å utfordre seg selv, å jobbe utenfor komfortsonen. Det at de måtte omstille seg hele tiden, gjorde at de lærte mer om seg selv, men også om sine kollegaer. Studier viser at holdningene for å jobbe med Covid-19 pasientene handlet mye om moral, en moralsk forpliktelse som helsepersonell. Det handlet også om å snu det til noe positivt og finne motivasjon gjennom positive tilbakemeldinger fra andre, samt yrkesstolthet (Ahmadidarrehsima et al., 2022; Bergman et al., 2021). Ifølge Lord et al. (2021) hadde holdningene og motivasjonen intensivsykepleierne hadde for å jobbe med Covid-19 pasientene sammenheng med kunnskap og erfaring samt støtte og god kommunikasjon fra ledelsen. I følge Mokhtari et al. (2020) er det flere forhold som har motivert intensivsykepleierne i ivaretagelsen av Covid-19 pasienten. Når det gjelder ledelsen har tilstrekkelig informasjon, effektiv kommunikasjon, greie vaktordninger, tilstrekkelige pauser og tilstrekkelig tilgang til vernutstyr blitt vektlagt.

Deltakerne i studien vår opplevde mangel på kompetanse i møte med Covid-19 pasienten. Intensivsykepleierne kunne ikke ta med seg den kompetansen de hadde om respirasjonssvikt pasienter, da Covid-19 pasienten var annerledes. Bergman et al. (2021) og Lin et al. (2021) bekrefter at pasientene som var smittet med Covid-19 opplevdes sykere og mer ustabile enn vanlige intensivpasienter. Vår studie viste at selv de med mange års erfaring følte de kom «til kort». Sykdomsforløpet endret seg raskt og det var vanskelig å være i forkant. Intensivsykepleiere har avanserte kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse innen en rekke temaer (NSFLIS, 2017). De er vant til å jobbe med pasienter med respirasjonssvikt der de foretar nødvendige observasjonene som frie/ufrie luftveier, respirasjonsfrekvens, hudfarge,

respirasjonsbevegelser, hjelpemuskulatur og auskultasjon (Leonardsen et al., 2022). Bergman et al. (2021) bekrefter våre funn med følelse av mangel på kompetanse. Samtidig viser andre studier at intensivsykepleierne følte de hadde gode nok kunnskaper i møte med pandemien (Nahidi et al., 2022; Lord et al., 2021; Patankar et al., 2020). Dette kan ses i sammenheng med at intensivsykepleierne allerede hadde spesialisering innenfor akutt og kritisk sykdom. Dette skiller intensivsykepleierne fra andre sykepleiere med mindre erfaring i akutt og kritisk sykdom. Til tross for dette viste vår studie at til og med de med lang erfaring synes det var utfordrende i starten. Ny kunnskap, ga en mestringsfølelse og intensivsykepleierne i studien vår følte seg mer komfortable og sikre på de nye arbeidsoppgavene etterhvert.

Intensivsykepleierne i vår studie innså raskt betydningen av å holde seg oppdatert i møte med pandemien. Det var stadig endringer av prosedyrer og retningslinjer for ivaretagelsen av Covid-19 pasienten. Avdelingen hadde flere interne løsninger, noe som kan ha sammenheng med at de til tider følte at avdelingen ble «glemt». Avdelingen måtte lage egne beredskapsplaner, og de ble sittende med mange ubesvarte spørsmål rundt egne pasienter som skulle flyttes fra avdelingen, samt Covid-19 pasientene som skulle komme. Flere erfarte viktigheten av å sortere og være kritisk til ny informasjon. Til tross for at ledelsen forsøkte å nå ut med informasjon, var det vanskelig å nå ut til hele personalet. Mange begynte å lese studier, og de følte et selvstendig ansvar for å holde seg oppdatert på det nye. Ifølge Nortvedt et al. (2012, s. 17) er kunnskapsbasert praksis en måte å bygge bro mellom teori og praksis. Videre hevder de at kunnskapsbasert praksis bygger på blant annet forskningsbasert kunnskap og erfaringsbasert kunnskap. Siden intensivsykepleierne i vår studie ikke hadde så mye erfaringsbasert kunnskap relatert til Covid-19 pasienten i starten, ble det ifølge våre funn benyttet forskningsbasert kunnskap for å utforske momenter i pasientomsorgen. I henhold til Nortvedt et al. (2012, s. 18) er samspillet mellom erfaringsbasertkunnskap og forskningsbasertkunnskap med å styrke kvaliteten på helsehjelpen. Våre deltakere følte på økt kunnskap og trygghet etter hvert som de hadde jobbet mer med Covid-19 pasienten. På denne måten kunne intensivsykepleierne bruke erfaringsbasertkunnskap videre i sitt arbeid under pandemien. I tillegg til et selvstendig ansvar for å holde seg oppdatert ble også personalet oppdatert gjennom ulike kanaler. Samtidig som det var jevnlig gjennomgang og repetisjon, noe som flere opplevde som utfordrende. Flere studier bekrefter våre funn og viser at intensivsykepleierne synes det var utfordrende med store mengder informasjon og kontinuerlig endring av prosedyrer og protokoller (Bergman et al., 2021; Ahmadidarrehsima et al., 2022; Gordon et al., 2021). På en annen side savnet intensivsykepleierne i vår studie

mer kurs og simulering, spesielt på mottak av Covid-19 pasienten. Mokhtari et al. (2020) poengterer at undervisning både digitalt, gjennom forelesninger, gruppediskusjoner, online plattformer og telefonkontakt ville vært til betydelig hjelp under pandemien. Nahidi et al. (2022) viser til at når intensivsykepleierne følte de fikk opplæring, trening og instruksjon relatert til Covid-19, var de bedre forberedt på pandemien og flere opparbeidet seg økte kunnskaper for å ivareta Covid-19 pasienten. Dette kan indikere at det burde vært mer simulering og trening relatert til pasientbehandlingen blant personalet, og på den måten hadde de følt seg mer forberedt. Ifølge Sollid (2018, s.191) bedrer trening og simulering i akuttmedisinske fagmiljøer kvaliteten på behandlingen og prestasjonen til behandlingsteamet «når det gjelder».

5.2 Avgjørende faktorer for kompetanseutvikling

Våre funn viser at det har vært faktorer som har vært avgjørende for intensivsykepleiernes kompetanseutvikling. Intensivsykepleierne har under pandemien jobbet i ukjente omgivelser, med ukjente kollegaer, samt måttet forholde seg til annet utstyr. Dette skapte stress og usikkerhet. De forskjellige faktorene har påvirket intensivsykepleiernes ytre motivasjon. Den ytre motivasjonen er basert på ytre påvirkninger som god ledelse, arbeidskultur og forutsigbarhet i arbeidet (Skaalvik & Skaalvik, 2015, s.67-68; Stubberud, 2020, s. 42-43). I henhold til Ahmadidarrehsima et al. (2022) hadde intensivsykepleierne på tross av ubehagelige erfaringer, også positive opplevelser i møte med pandemien. Positive tilbakemeldinger, støtte og empati fra familiemedlemmer og mennesker i samfunnet, samt støtte og ros fra ledelse var noe av det som ble nevnt. De uttrykte at bedring i pasientens tilstand ga dem glede og lettelse. Dette økte motivasjonen deres til å fortsette å ta vare på Covid-19 pasienten.

God arbeidskultur har vist seg å ha en sammenheng med det å gi helhetlig intensivsykepleie. Deltakerne fortalte om et støttende arbeidsmiljø, hvor kollegaer stilte opp for hverandre og motiverte hverandre. Flere studier viser betydningen av et støttende arbeidsmiljø (Cagde et al., 2021; Bergman et al., 2021; Gordon et al., 2021). Samtidig viser også Orvik (2015, s.62-64) hvordan arbeidsmiljø og en engasjert og kompetent sykepleiebemanning er helt avgjørende for kvaliteten på helsehjelpen, samt pasientsikkerheten som en del av det strukturelle og kulturelle perspektivet til den organisatoriske kompetanse. Videre hevder Orvik (2015, s. 148) at organiseringen av avdelingen kan være det som avgjør

arbeidsbelastningen, samt stress og uro for personalet. Intensivsykepleierne i studien erfarte en ny arbeidshverdag, med mangel på forutsigbarhet. Dette skapte uro og usikkerhet. Samtidig skapte den gode arbeidskulturen, samt ledelsen som var til stede og anerkjente det gode arbeidet som ble gjort, en ytre motivasjon til å stå i den vanskelige tiden.

Intensivsykepleierne ble flyttet fra sine faste avdelinger til isolatenhet i ukjent avdeling. Her måtte de forholde seg til nye kollegaer og nye leger. Det skapte en usikker arbeidssituasjon og deltakerne uttrykte at det var veldig mye som skjedde på en gang. I den faste avdelingen måtte det omorganiseres for å sikre rett kompetanse til rett sted. Intensivsykepleierne ga uttrykk for at det var en helt annen dag på jobb dersom man måtte være på isolatenheten. På grunn av omorganisering og mye som skjedde i avdelingen, ble plutselig personalet satt i nye roller, i tillegg til at de måtte ivareta en ukjent pasientgruppe. Studier viser at omplassering av intensivsykepleiere påvirket pasientsikkerheten. Det kom nye kollegaer inn i avdelingene som gjerne hadde en annen måte å jobbe på (Lin et al., 2021; Bergman et al., 2021). Samtidig er organisering av avdelingen viktig for å sikre trygg og profesjonell sykepleiepraksis (Lin et al., 2021). Ifølge Bergman et al. (2021) og Cadge et al. (2021) endret arbeidsoppgavene til intensivsykepleierne seg under pandemien. Intensivsykepleierne måtte tilpasse seg en stadig skiftende måte å jobbe på, gå bort fra eksisterende sikkerhetsrutiner og prioritere arbeidet sitt på en annen måte. Videre sier de at stadig omorganisering i avdelingen satt pasientsikkerheten på prøve. Ifølge Orvik (2015, s. 62-64) og Braut og Holmoe (2018, s. 51) handler organisatorisk kompetanse om å sikre at forholdene ligger til rette for at helsepersonell skal kunne yte tilstrekkelig kvalitet på helsehjelpen. God organisering er avgjørende for kvalitet og pasientsikkerhet i sykehus. Det at våre funn viser til stor omorganisering, ukjente arbeidsforhold og nye roller kan på en side påvirke pasientsikkerheten, på en annen side viser vår studie til at intensivsykepleierne lærte å være enda mer føre var og alltid forberedt på det verste. De ble tryggere, samt mer selvstendige i sitt arbeid ved å jobbe under disse forholdene. De har også sett betydningen av en god arbeidskultur, forutsigbarhet i arbeidshverdagen og det å ha en beredskap i avdelingen.

Funn i vår studie viste at personalet følte på mangel på beredskap i møte med pandemien. De uttrykte at når det var en beredskap var det lettere, at flere ukjente faktorer gjorde arbeidshverdagen krevende. Mangel på personell, ressurser i form av utstyr og stadig endring i prosedyrer og protokoller påvirket beredskapen i avdelingene. Noe av det deltakerne sa var at det var lett å få tak i personell i starten av pandemien, folk var motiverte og det var lite

pasienter i starten. Etter hvert ble personalet utslitt og lei, og det oppstod mangel på personell. Det ble sagt at når bemanningen var god, profiterte også pasientene på dette. Dette kan igjen ses i sammenheng med studier som viste at den helhetlige intensivsykepleien ble satt på prøve under pandemien. En måtte prioritere, og intensivsykepleierne kunne ikke alltid ivareta pasientens helhetlige behov (Bergman et al., 2021; Lin et al., 2021). En av deltakerne i studien vår poengterte viktigheten av å ivareta pasientens psykososiale behov, og hvordan pasienten profiterte på dette. Dette var noe de opplevde som mer krevende under pandemien på grunn av tidspress, lite ressurser og mangel på personal. Bergman et al. (2021) bekrefter våre funn med at tidspress, ressurser, mangel på kompetanse og mangel på medisinsk teknisk utstyr gjorde det utfordrende å utøve helhetlig intensivsykepleie. Samtidig viser en studie på pasienter med respirasjonssvikt at pasientene er svært engstelige og det viktigste tiltaket er å få pasientene til å føle seg trygge og avslappet (Leonardsen et al., 2022). Ifølge Stubberud (2020, s.85) er det veldig varierende hvordan pasienter opplever å være akutt og kritisk syke. Det er flere psykologiske faktorer som påvirker dette, både pasientenes personlighet, emosjonelle faktorer, kognitive faktorer og psykiatriske lidelser. Pasientens alder og alvorlighetsgrad av sykdom er også viktige faktorer. Videre er det igjen flere faktorer som påvirker hvordan pasientene opplever og mestrer negativt stress. En av faktorene er sosial støtte, som for eksempel fra familie. Studier viser også til betydningen av å ivareta pasientenes psykososiale behov. I starten kunne ikke familiemedlemmer være til stede da det var strenge retningslinjer i forhold til besøk (de Diego-cordero et al., 2022; Lin et al., 2021; Gordon et al., 2021). Dette ga intensivsykepleierne et ekstra ansvar for å ivareta pasientenes psykososiale behov. Pårørende ses på som en viktig ressurs for intensivpasienten, men også for personalet på avdelingen. Pasientens hverdag på intensivavdelingen er full av krav og utfordringer. Pårørende vil være med å styrke pasientens kognitive, instrumentelle og emosjonelle kontroll. I en usikker hverdag på intensivavdelingen, der sykdomsforløpet endrer seg raskt vil pårørende være med å fremme håp, trygghet, motivasjon og vilje i pasientens behandlingsforløp (Stubberud, 2020, s. 117- 118). For flere av våre deltakere var ivaretagelsen av pasientens psykososiale behov spesielt viktig under pandemien. Pandemien var skremmende både for allmenheten og pasientene, og det antas at pasientene med Covid-19 var mer engstelige og redde da sykdommen var ganske ny. En avgjørende faktor for å skape trygghet og støtte, samt utøve helhetlig intensivsykepleie er at det er nok personell og ressurser i avdelingen.

5.3 Kompetanseutvikling i arbeid med Covid-19 pasienten

Våre funn viser at intensivsykepleierne opplevde at det har vært en kompetanseutvikling under Covid-19 pandemien. Covid-19 pasientene ga helsevesenet nye utfordringer og det var stor usikkerhet rundt håndteringen av dem. En av deltakerne i studien sa «*De enkle tingene som du vanligvis ikke tenker over når du står med akutt dårlige, de blir liksom i en annen innpakning*». Pasientene oppførte seg annerledes, og deltakerne sa at veien fra brillekateter til intubasjon var kort. Ifølge Kalan og Chapple (2021) var det å forstå grunnleggende hvordan ARDS fungerer avgjørende for å forstå hvordan Covid-19 har påvirket de menneskene som ble smittet. Videre hevder de at tidlig i pandemien var det usikkert om ARDS relatert til Covid-19 og vanlig ARDS lignet i fysiologi og symptomer. Nå er det klarere at pasientene med ARDS relatert til Covid-19 viser mindre. Covid-19 pasienten viser ikke symptomer på hypoksemi på samme måte og symptomene kommer også forsinket og gjør at behandlingen blir senere igangsatt (Kalan & Chapple, 2021). Dette kan samsvare med deltakernes utsagn om at Covid-19 pasienten var annerledes og mer ustabil. Tilstanden endret seg brått og pasientene dekompanerte raskere enn intensivsykepleierne var vant til. De var redde for å gjøre feil, samt ikke fange opp tidlige tegn på dekompanering. Grunnet forsinkede symptomer ble behandlingen senere igangsatt, og veien fra brillekateter til intubasjon ble kort på grunn av dette. På bakgrunn av dette lærte intensivsykepleierne at de måtte være enda mer føre var og alltid forberedt på det verste. Funnene våre bekreftes av Bergman et al. (2021) hvor intensivsykepleierne ga uttrykk for at Covid-19 pasientene var de sykeste pasientene de noen gang hadde hatt ansvar for. De var alvorlig syke og ustabile. Lin et al. (2021) viser at Covid-19 pandemien endret hvordan intensivsykepleie ble praktisert. Intensivsykepleierne måtte jobbe raskere grunnet rask endring i sykdomsbildet og pasienter med multiorgansvikt. De opparbeidet seg mer klinisk kompetanse i arbeidet med Covid-19 pasientene. Våre funn viste at deltakerne lærte viktigheten av det kliniske blikket og betydningen av det er i utøvelsen av intensivsykepleie. Ifølge Lai (2021, s.45-46) hører den kliniske kompetansen til det praktiske kompetanseområdet og det krever at man må tilpasse seg kravene som stilles og arbeidsoppgavene som gis. Videre viser Lai (2021, s. 45-46) til kunnskap og ferdigheter som to perspektiver under klinisk kompetanse. Kunnskap er den lærdommen en person tilegner seg, mens ferdigheter opparbeides gjennom fysiske ferdigheter og kognitive ferdigheter. Våre deltakere opparbeidet seg mer kunnskap om Covid-19 pasienten etterhvert som de hadde jobbet mer med pasientgruppen. De utviklet sine fysiske ferdigheter i ulike prosedyrer i behandlingen av Covid-19 pasientene, blant annet å kunne handle raskt da pasientene var så

ustabile. De fikk en annen situasjonsbevissthet og kunne observere og vurdere pasientene på en annen måte etterhvert, noe som relateres til opparbeidelse av kognitive ferdigheter.

Denne studiens funn tyder på at intensivsykepleierne har opplevd økt tilpasningsdyktighet gjennom arbeidet i pandemien. De har som nevnt måttet tilpasse seg stadig endrende arbeidsforhold og arbeidshverdager. De måtte holde seg oppdatert på de nyeste retningslinjene og prosedyrene. Dette bekreftes av Bergman et al. (2021) som viser at intensivsykepleierne raskt måtte tilpasse seg en ny arbeidshverdag. De måtte raskt lære seg å bruke gamle respiratorer, samt tilpasse seg en hverdag hvor de ikke hadde tilstrekkelig med utstyr og ressurser tilgjengelig. Det stilles krav til intensivsykepleierne om å tilpasse seg kravene som stilles av omgivelsene, og de skal kunne løse disse på en kreativ måte der de mestrer arbeidsoppgavene som blir gitt. Hvordan intensivsykepleieren møter disse utfordringene varierer fra person til person, men kan ses i sammenheng med kompetansenivå og erfaringsnivå (Lai, 2021, s.45-46). Når en har jobbet lenge som intensivsykepleier kan en være tryggere på seg selv og sine kunnskaper i flere settinger. Er en nyutdannet, er det gjerne godt med tryggere rammer. Selv de med minst erfaring ble flyttet rundt i pandemien og studien vår viser at på grunn av stadige endringer i arbeidsforhold og arbeidshverdag har intensivsykepleierne måttet være enda mer tilpasningsdyktige enn de er til vanlig.

Det var økt erfaringsutveksling på tvers av avdelingene, spesielt i starten da det var mye ny informasjon om Covid-19 viruset. Deltakerne av denne studien opplevde samarbeidet på tvers av avdelinger som svært positivt. Tverrfaglig samarbeid er en viktig faktor i den organisatoriske kompetansen og er en del av det prosessuelle perspektivet. Det handler om at arbeidet må organiseres rundt stadig mer komplekse og forskjellige pasientgrupper i en tverrprofesjonell ramme og på denne måten forbedrer pasientforløpet (Orvik, 2015, s. 66). I en rapport av Stevens et al. (2021) nevnes det at tverrfaglig samarbeid er nøkkelen til suksess. Videre hevder de at når hver profesjon ivaretar sin ekspertise i pasientbehandlingen resulterer det i et helhetlig tilbud for pasientene. Pandemien synliggjorde viktigheten av tverrfaglig samarbeid, god kommunikasjon og god teamledelse (Bergman et al., 2021; Cadge et al., 2021). Bergman et al. (2021) viser at intensivsykepleierne opparbeidet seg mer kunnskap ved hjelp av hverandre, og at det burde være mer tverrfaglig samarbeid til vanlig i avdelingene. Ifølge Husebø og Ballangrud (2021, s.27-28) er effektivt teamarbeid avhengig av at alle parter har en felles forståelse. Dette vil si at alle parter har like kunnskaper, ferdigheter og holdninger som ligger til grunn. For å samarbeide effektivt må medlemmene av teamet vite,

tenke, gjøre og handle likt for å kunne samarbeide effektivt i krevende omgivelser. Dette må til for at de skal nå de målene som er satt. Videre hevder de at for å kunne klare dette må teamet ha noe kjennskap til hverandre gjennom for eksempel teamtrening. Som tidligere nevnt hadde intensivsykepleierne i vår studie opplevd den nye arbeidshverdagen krevende og utfordrende, noe som kan ses i sammenheng med at det var nye mennesker de måtte forholde seg til. Dette var igjen noe som endret seg ettersom intensivsykepleierne ble kjent med avdelingen, kollegaene og legene. Deltakerne fortalte at de senere fant roen, og opplevde at de mestret den nye arbeidshverdagen bedre. Til tross for at forskning belyser viktigheten av god kommunikasjon i det tverrfaglige samarbeidet, viser annen forskning at problemer med kommunikasjon i teamet var en av de største utfordringene intensivsykepleierne oppga (Nahidi et al., 2022). Dette bekreftes av funn i vår studie hvor deltakerne oppga kommunikasjonsutfordringer. Både i forhold til at det var lettere å kommunisere med de du kjenner, men også at det var krevende med kommunikasjon fra isolatet. Det kunne være vanskelig å få tak i kollegaer og det var utfordrende med alt smitteutstyret en hadde på seg inne på isolatet.

Funnene viser at det var økt fokus på retningslinjer i smittevern under pandemien og det har gjort at helsepersonell har fått oppdatert seg og lært viktigheten av godt smittevern og god hygiene. Videre belyser funnene at i starten av pandemien var det usikkerhet i bruken av smitteutstyr, det var mye endringer i protokoller og i tillegg var det også manglende utstyr som gjorde situasjonen krevende. Deltakerne fortalte om hvordan de satte seg inn i smittevernregimet i forkant av de første pasientene. De fortalte også om betydningen av tydelige bruksanvisninger og at det var nyttig å ha plakater og retningslinjene rett fremfor seg. Ahmadidarrehsima et al. (2022) bekrefter våre funn med at intensivsykepleierne følte det var krevende i starten med strenge protokoller i forhold til smittevern som skulle overholdes. Andre studier viser hvordan det var noe usikkerhet blant personalet i hvordan de skulle beskytte seg selv og pasientene sine i forhold til smitte (Lord et al., 2021; Patankar et al., 2020; Nahidi et al., 2022), og at det var bekymringer i forhold til forsyning av kvalitetssikkert utstyr (Lord et al., 2021; Martin-Delgado et al., 2020; Nahidi et al., 2022). Deltakerne i vår studie ga uttrykk for at hvor trygg en er på seg selv, har sammenheng med kompetanse og erfaring. De erfarte også at det å stå alene på et isolat krevde økt kompetanse og økt selvstendighet. Dersom det oppsto akutte situasjoner på isolatet, ble man stående temmelig alene. På isolatet opplevde intensivsykepleierne at det var utfordrende å diskutere og drøfte med kollegaer. Flere uttrykte at det tok lang tid før hjelpen kom, og de måtte være mer

selvstendige. Dette bekreftes av Lin et al. (2021), det tok tid før folk kunne komme inn i rommet på grunn av påkledning av alt smitteutstyret.

Alle deltakere våre ga uttrykk for at de hadde lært mye av å jobbe i pandemien, og at de hadde opparbeidet seg ny kunnskap som de kunne ta med seg videre i arbeidet som intensivsykepleiere. De erfarte at kunnskap skapte trygghet og fortalte om roen de følte etter hvert som de lærte mer om Covid-19 pasienten. Studier viser at intensivsykepleierne både har vokst personlig og opparbeidet seg ny klinisk kompetanse i møte med pandemien (Bergman et al., 2021; Lin et al., 2021). Deltakerne av vår studie ga uttrykk for at pandemien har gitt et annet overblikk som intensivsykepleier. Det å jobbe under uforutsigbare arbeidsforhold, tilpasse seg en stadig endrende arbeidshverdag, jobbe med ustabile pasienter og følelse av å stå alene i akutsituasjoner har tydelig påvirket intensivsykepleierne. I tillegg til å ha opparbeidet seg ny kompetanse om Covid-19 pasienten, har de også erfart viktigheten av kunnskapene de allerede har som intensivsykepleiere og betydningen av den. En har gjennom pandemien sett betydningen av intensivsykepleierens kompetanse.

5.4 Metodediskusjon

Gjennom forskningsprosessen har vi utfordret hverandre for å bevisstgjøre oss vår forforståelse. Vår forforståelse er påvirket av tidligere erfaring, interesse og motiv. Noe som igjen har påvirket valg av problemstilling, utvalg og hvilket resultat som vektlegges. Videre har hvert steg blitt kritisk vurdert og egne verdier og meninger har blitt testet. Som tidligere nevnt har vi begge gjennom arbeidet som sykepleiere erfart og kjent på utfordringer i møte med Covid-19 pasienten. Tidligere kjennskap til tema kan ifølge Lincoln og Guba (1985, s. 302-307) ha bidra til økt gyldighet. Vår forforståelse til den aktuelle situasjonen kan ha hindret misoppfatning av deltakernes utsagn. Teoretisk rammeverk og tidligere forskning har vært preget av vår forforståelse og tolkning av data. Annet valg av teoretiske rammer kunne gitt studien et annet fokus. Som tidligere vist er det mye forskning basert på intensivsykepleierens opplevelse i møte med Covid-19 pandemien, og mindre forskning på hva intensivsykepleierne føler de har lært. Dette er noe som kan være en svakhet med vår studie. Samtidig er vi klar over at pandemisituasjonen er relativt ny, og at det på et senere tidspunkt vil komme mer forskning relatert til kompetanseutvikling i møte med pandemien.

Bakgrunn for valg av databasene var basert på tidligere erfaringer, det vi har lært om disse databasene gjennom utdanningen, samt anbefalinger fra bibliotekar. Det kan diskuteres hvorvidt et større antall databaser og antall treff ville gitt et annet resultat. Likevel må vi understreke at pandemien er relativ ny, og at ny forskning stadig publiseres. Oppgavens omfang må også tas i betraktning, samt det tidsperspektivet vi hadde til rådighet for å ferdigstille studien. Vi har forsøkt å gjøre vår søkeprosess så transparent som mulig, ved å lage tabeller med oversikt over våre søk og søkeord (Vedlegg 2 og 3).

Tidspunktet for gjennomføring av intervju kan ha hatt betydning for våre funn.

Pandemisituasjonen var relativ ny og deltakernes opplevelser, tanker og følelser rundt pandemien var friskt i minne. Vi hadde ingen tidligere erfaring med intervju, og var i begynnelsen påpasselig med å stille oppfølgingsspørsmål. Vår uerfarenhet kan ha påvirket kvaliteten på intervjuene. Vi var begge til stede og forholdt oss til de samme rollene under begge intervju, noe som kan ha bidratt til at kvaliteten på fokusgruppeintervjuene ble styrket. Dette kan ha styrket studiens gyldighet. Fokusgruppeintervju vil være med å starte en tankeprosess, og gruppesamspill kan være med å styrke deltakernes utsagn.

Vi gjennomførte vi to fokusgruppeintervju med henholdsvis 2 og 4 deltakere, noe som kan være en svakhet med studien. Et større antall deltakere var ønskelig, men på grunn av pandemisituasjonen var dette ikke mulig. Til tross for lavt antall deltakere, innhentet vi nyansert datamateriell, med allsidig og varierte meninger og erfaringer. På bakgrunn av dette vurderte vi at det ikke var behov for flere intervju. Når vi gjorde vurderingen etter analyseprosessen våren 2022 var det også foretatt ny omorganisering i avdelingen, noe som ikke ville gitt deltakerne samme utgangspunkt. Det var opprettet kohortsmitte enheter i flere avdelinger, som gjorde at intensivsykepleierne ikke ble flyttet fra sine faste avdelinger, men ivaretok Covid-19 pasienter i egen avdeling. Likevel kan vi ikke utelukke at et større antall deltakere kunne bidratt til mer informasjon og nye erfaringer som kan ha påvirket studiens resultater. Det var god stemningen i begge intervjugruppene, og deltakerne spilte hverandre gode. Det skal likevel nevnes at vi merket forskjell i diskusjonen i gruppene.

I utgangspunktet forsøkte vi å formulere tema. Det opplevdes utfordrende da vi i analyseprosessen så at innholdet var manifest. Graneheim et al. (2017) forklarer at et tema vanligvis er ganske abstrakt, og vanskelige å fange opp. Videre skal tema svare på det latente innholdet, og har en høy grad av tolking. Etter samtaler med veileder og tilbakemeldinger og

råd etter masterseminaret, bestemte vi oss for å bruke hovedkategorier for å belyse våre funn. På denne måten opplever vi at vi har klart å belyse våre funn, og leseren vil få et klarere bilde av hva de ulike underkapitlene omhandler, noe som igjen vil resultere i en gjennomgående rød tråd. I diskusjonsdelen av oppgaven har vi valgt å trekke ned forskningsspørsmålene. De ulike kapitlene i diskusjonen omhandler noen av de samme momentene, belyst fra ulike vinklinger. Hvilken kompetanse intensivsykepleieren har opparbeidet seg handler mye om hvordan de selv er som person, basert på blant annet egen motivasjon, mestringsmål og holdninger. Videre er det flere avgjørende faktorer som har spilt inn på mulighetene for læring.

I forkant av intervjuene visste vi at intensivsykepleierne hadde møtt på utfordringer i møte med pandemien, og at dette kom til å bli nevnt i intervjuene. Derfor valgte vi å ha med et forskningsspørsmål som tok utgangspunkt i intensivsykepleierens rolle og hvordan de har opplevd pandemien til tross for at hovedfokus for oppgaven omhandlet intensivsykepleierens kompetanseutvikling. Intensivsykepleierne hadde mye på hjertet vedrørende dette. Derfor valgte vi å ta dette med og gi det fokus i oppgaven da vi så betydningen av blant annet holdninger, personlighet, motivasjon og mestring for å opparbeide seg ny kompetanse.

Teamarbeid er ikke presentert i oppgavens teoretiske rammer. Vi har likevel valgt å presentere viktigheten av effektivt teamarbeid i aktuelle kapitler. Intensivavdelingen er avhengig av godt teamarbeid for å gi pasienten helhetlig pleie. Teamarbeid ble nevnt av flere deltakere i studien, og ble derfor en naturlig del av diskusjonen.

Alle steg i studieprosessen har blitt forsøkt grundig beskrevet. Det at vi har vært to som har deltatt i analysen og tolkningen av innsamlet data kan ha bidratt til at tolkningene stemmer med hva deltakerne egentlig sa. Vi har hatt tett dialog med veileder som var delaktig i alle steg i analyseprosessen, noe som kan styrke studiens bekreftbarhet. Vi gjorde justeringer etter hennes tilbakemeldinger, noe som kan styrke påliteligheten. Hvorvidt studien kan overføres til andre grupper eller settinger, vil være opp til leseren å vurdere. For å gjøre dette mulig, har vi tydelig beskrevet inklusjonskriterier for studien, samt forsøkt å vise et klart bilde av kontekst.

5.5 Implikasjoner for forskning

En pandemi stiller store krav til helsetjenesten. Både når det gjelder kapasitet og kompetanse. Tidligere forskning viser at sykehus har vært overbelastet, og at helsepersonell har erfart stor usikkerhet og fortvilelse i møte med pandemien. Tidligere forskning belyser utfordringer intensivsykepleieren møtte på under pandemien, deres opplevelser og erfaringer i behandlingen av Covid-19 pasienten. Samtidig viser tidligere forskning også at pandemien har bidratt til viktig læring på flere områder. Ved vårt søk våren 2022 var det lite forskning med fokus på kompetanseutvikling og læringsutbytte for intensivsykepleierne. Likevel må det nevnes at det publiseres mye forskning relatert til Covid-19 pandemien nå. Vår studie kan danne basis for en større studie for å belyse temaet ytterligere, og for å se om funnene våre kan være gyldige for flere intensivsykepleiere.

6.0 Konklusjon

I denne studien har vi brukt et kvalitativt design for å undersøke om intensivsykepleierne har opparbeidet seg ny kompetanse i møte med Covid-19 pandemien. Studien viser at deltakerne opplevde starten av pandemien som krevende. Den var preget av usikkerhet, stress og mangel på forutsigbarhet. Intensivsykepleierne følte mangel på kompetanse og forstod fort betydningen av å holde seg oppdatert. Holdningene til intensivsykepleierne var varierende, og studien viser betydningen av holdninger for å ha motivasjon til å opparbeidelse seg ny kompetanse. Flere fikk utfordret seg og følte på personlig vekst. Avgjørende faktorer for læring handler blant annet om å ha en god arbeidskultur, dette skaper rom for godt læringsmiljø i avdelingene. Organisatoriske faktorer er avgjørende med kjent arbeidsplass, beredskap i form av tilgjengelige ressurser i forhold til utstyr og personal og forutsigbarhet i arbeidshverdagen. Da dette var utfordrende under pandemien har intensivsykepleierne opparbeidet seg økt tilpasningsdyktighet. Studien har kommet frem til at gjennom disse faktorene har intensivsykepleierne lært betydningen av helhetlig intensivsykepleie, prinsippet om å være føre var og alltid forberedt på det verste. De har også sett betydningen av tverrfaglig samarbeid og det å jobbe kunnskapsbasert. De har opparbeidet seg ny klinisk kompetanse i møte med denne pasientgruppen og fått et nytt overblikk som intensivsykepleiere. I tillegg har de også sett viktigheten av de kunnskapene de allerede har som intensivsykepleiere og betydningen av denne kompetansen.

6.1 Implikasjoner for praksis

Studien synliggjør hvilken påvirkning pandemien har hatt på intensivsykepleierne, og helsetjenesten i sin helhet. Covid-19 pasientene har ifølge intensivsykepleierne vært den mest komplekse pasientgruppen de har ivaretatt. Annerledes sykdomsforløp, samt stor usikkerhet rundt behandlingsforløp til disse pasientene har vært utfordrende. Pandemien har synliggjort mangelen på intensivsykepleiere, samt hvor avgjørende de har vært i behandlingen av Covid – 19 pasienten.

Funnene i studien avdekker at intensivsykepleierne erfarte usikkerhet og tap av kontroll i begynnelsen av pandemien, noe som i senere tid har ført til kompetanseutvikling. Som tidligere presentert var det flere faktorer som skapte usikkerhet i behandlingen av Covid-19

pasienten. Mangel på forutsigbarhet, ukjente arbeidsomgivelser, samt utfordringer med kommunikasjon var blant de utfordringene intensivsykepleierne erfarte ute i feltet. Både forskning, teori samt våre funn indikerer viktigheten av trening og simulering for å mestre ulike utfordringer. Våre funn har også avdekket at intensivsykepleierne har gjennomgått en tøff periode i møte med pandemien. Flere av deltakerne fortalte om usikkerheten de følte på i møte med Covid-19 pasienten, og hvordan de hadde kjent dette på kroppen. Noen av de faktorene som lettet på stressfølelsen var god arbeidskultur, gode kollegaer som stilte opp for hverandre, samt jevnlig informasjon og oppfølging fra ledelsen. Andre faktorer som vi tenker ville bidratt til å minske stresset kan være støttesystemer, samtaler eller andre typer forordninger som kan være med å dempe stresset for intensivsykepleierne under og/eller etter pandemien. Dette er noe sykehusene bør kunne tilrettelegge for de som har behov for dette.

Et godt tverrfaglig samarbeid på tvers av avdelingene sikret faglig forsvarlig helsehjelp i behandlingen av Covid-19 pasienten. Flere av deltakerne opplevde dette som svært nyttig, og at dette er noe som bør gjøres oftere.

I en pandemisammenheng viser det seg at mye er avhengig av beredskapen. En god beredskap vil videre gi en mer forutsigbar arbeidshverdag og intensivsykepleierne vil oppleve å ha kontroll i en kaotisk og ukjent arbeidshverdag. Som tidligere nevnt viste forskning at flere sykehus ikke var forbedret på en pandemi. Det er derfor viktig at sykehusene tar lærdom av Covid-19 pandemien, slik at de er mer beredt dersom vi skulle stå overfor en ny pandemi.

7.0 Referanser

- Ahmadidarrehsima, S., Salari, N., Dastyar, N. & Rafati, F. (2022). Exploring the experiences of nurses caring for patients with COVID-19: a qualitative study in Iran. *BMC Nursing*, 21(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00805-5>
- Bergman, L., Falk, A., Wolf, A. & Larsson, I. (2021). Registered nurses' experiences of working in the intensive care unit during the COVID-19 pandemic. *Nursing in Critical Care*, 26(6), 467–475. <https://doi.org/10.1111/nicc.12649>
- Braut, G. S. & Holmboe, J. (2018). Pasientsikkerhet – dagens struktur. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet teori og praksis* (3.utg., s. 49-63). Universitetsforlaget
- Cadge, W., Lewis, M., Bandini, J., Shostak, S., Donahue, V., Trachtenberg, S., Grone, K., Kacmarek, R., Lux, L., Matthews, C., McAuley, M. E., Romain, F., Snyderman, C., Tehan, T. & Robinson, E. (2021). Intensive care unit nurses living through COVID-19: A qualitative study. *Journal of Nursing Management (John Wiley & Sons, Inc.)*, 29(7), 1965–1973. <https://doi.org/10.1111/jonm.13353>
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2002). *Handbook of self-determination research*. University of Rochester Press.
- de Diego-cordero, R., López-Gómez, L., Lucchetti, G. & Badanta, B. (2022). Spiritual care in critically ill patients during COVID-19 pandemic. *Nursing Outlook*, 70(1), 64–77. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.06.017>
- Eddy, D. M. (2005). Evidence-Based Medicine: A Unified Approach. *Health Affairs*, 24(1), 9–17. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.24.1.9>
- Folkehelseinstituttet. (2020, 08. februar). *Fakta om koronaviruset SARS-CoV-2 og sykdommen covid-19*. Hentet 09.05.21 fra: <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta-og-kunnskap-om-covid-19/fakta-om-koronavirus-coronavirus-2019-ncov/?term=&h=1#referanser>

- ____ Gordon, J. M., Magbee, T. & Yoder, L. H. (2021). The experiences of critical care nurses caring for patients with COVID-19 during the 2020 pandemic: A qualitative study. *Applied Nursing Research*, 59, N.PAG.
<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151418>
- Graneheim. H, U., Lindgren, B & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today* Volume 56, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graneheim. H, U. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. [doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001)
- Helsepersonelloven. (1999) *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
[https://lovdata.no/pro/- document/NL/lov/1999-07-02-](https://lovdata.no/pro/-document/NL/lov/1999-07-02-)
- Husebø, S. E. & Ballangrud, R. (2021). Hva menes med teamarbeid? I S.E, Husebø & R, Ballangrud (Red.), *Teamarbeid i helsetjenesten: fra et kvalitets- og pasientssikkerhetsperspektiv*. (s. 23 - 36). Universitetsforlaget.
- Ihle-Hansen, H., Berge, T., Tveita, A., Rønning, E. J., Ernø., P. E., Andersen, E. L., Wang, C. H., Tveit, A., & Myrstad, M. (2020). Covid-19: Symptomer, forløp og bruk av kliniske skåringsverktøy hos de 42 første pasientene innlagt på et norsk lokalsykehus. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 140 (7), art. no 0301.
[doi:10.4045/tidsskr.20.0301](https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0301)
- Jacobsen, D. I. (2010). *Forforståelse, beskrivelse og forklaring:innføring i metode for helse- og sosialfagene* (2.utg.). Høyskoleforlaget.
- Kalan, S. & Chapple, R. (2021). Clinical experiences and reflections on awake non-intubated prone positioning for hypoxic patients amidst the COVID-19 pandemic. *Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 32(3), 18–22. <https://doi.org/10.5737/23688653-3231822>

- Kvale, S & Brinkmann (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg.). Gyldendal akademiske.
- Lai, L. (2021). *Strategisk kompetanseledelse* (4.utg.). Fagbokforlaget
- Leonardsen, A., Gulbrandsen, T., Wasenius, C. & Fossen, L. T. (2022). Nursing perspectives and strategies in patients with respiratory insufficiency. *Nursing in Critical Care*, 27(1), 27–35. <https://doi.org/10.1111/nicc.12555>
- Lin, Y. P., Tang, C. J., Tamin, V. A., Tan, L. Y. C. & Chan, E.-Y. (2021). The hand-brain-heart connection: ICU nurses' experience of managing patient safety during COVID-19. *Nursing in Critical Care*. <https://doi.org/10.1111/nicc.12710>
- Lincoln, Y.S & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE Publications.
- Lord, H., Loveday, C., Moxham, L. & Fernandez, R. (2021). Effective communication is key to intensive care nurses' willingness to provide nursing care amidst the COVID-19 pandemic. *Intensive & Critical Care Nursing*, 62, N.PAG. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102946>
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag* (1.utg.). Universitetsforlaget
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget
- Martin-Delgado, J., Viteri, E., Mula, A., Serpa, P., Pacheco, G., Prada, D., Campos de Andrade Lourenção, D., Campos Pavan Baptista, P., Ramirez, G. & Mira, J. J. (2020). Availability of personal protective equipment and diagnostic and treatment facilities for healthcare workers involved in COVID-19 care: A cross-sectional study in Brazil, Colombia, and Ecuador. *PloS One*, 15(11), e0242185. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242185>

- Mokhtari, R., Moayedi, S. & Golitaleb, M. (2020). COVID-19 pandemic and health anxiety among nurses of intensive care units. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(6), 1275–1277. <https://doi.org/10.1111/inm.12800>
- Nahidi, S., Sotomayor-Castillo, C., Li, C., Currey, J., Elliott, R. & Shaban, R. Z. (2022). Australian critical care nurses' knowledge, preparedness, and experiences of managing SARS-COV-2 and COVID-19 pandemic. *Australian Critical Care: Official Journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 35(1), 22–27. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.04.008>
- Norsk sykepleieforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere. (2017). *Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/Content/3653445/cache=20182305165052/Funksjons%20og%20ansvarsbeskrivelsen%20for%20intensivsykepleiere%20vedtatt%20september2017.pdf>
- Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinart, L.M (2012). *Jobb kunnskapsbasert! :en arbeidsbok* (2. utg.). Akribe.
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Patankar, A., Modi, P., Uppe, A., Tuppekar, B., Chandrakar, S., Nair, G., Patil, S. & Langade, D. (2020). COVID-19 and Management of Severe Acute Respiratory Infection (SARI): A Questionnaire-Based Study Among Indian Healthcare Professionals. *Current Health Sciences Journal*, 46(2), 156–166. <https://doi.org/10.12865/CHSJ.46.02.09>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (11 utg.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Skaalvik, E. M. & Skaalvik, S. (2015). *Motivasjon for læring*. Universitetsforlaget

- Sollid, J. M, S. (2018). Simulering og akuttmedisin. I K, Aase (Red.), *Pasientsikkerhet i teori og praksis* (3.utg.,s.191-209). Universitetsforlaget.
- Stevens, C. & Donohue-Ryan, M. A. T. (2021). A COVID-19 Deterioration Report: The Nurse Practitioner's Perspective. *Journal for Nurse Practitioners*, 17(2), 230–232. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.11.014>
- Stubberud, D.G. (2020). Intensivsykepleierens funksjon og ansvar. I D.G. Stubberud & T. Gulbrandsen (Red.), *Intensivsykepleie* (4. utg., s. 41-78). Cappelen Damm akademisk.
- Stubberud, D.G. (2020). Omsorg for pårørende. I D.G. Stubberud & T. Gulbrandsen (Red.), *Intensivsykepleie* (4.utg., s. 117-118). Cappelen Damm akademisk.
- Stubberud, D.G. (2020). Å ivareta pasientens psykososiale behov. I D.G. Stubberud & T. Gulbrandsen (Red.), *Intensivsykepleie* (4.utg., s.79-116). Cappelen Damm akademisk.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse- en innføring i kvalitativ metode*. (4.utg). Fagbokforlaget.
- World Health Organization. (2020). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Hentet fra: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=CjwKCAjwv_iEBhASEiwARoemvG9k783zffrlH6nMdx0ryHQ9Day9wDfKdh6KmswCJ8_VUEzXMJl12hoCYoYQAvD_B
- Wormnes, B & Manger, T. (2005). *Motivasjon og Mestring: Veier til effektiv bruk av egne ressurser*. Fagbokforlaget
- Wu, B., Zhao, Y., Xu, D., Wang, Y., Niu, N., Zhang, M., Zhi, X., Zhu, P. & Meng, A. (2020). Factors associated with nurses' willingness to participate in care of patients with COVID-19: A survey in China. *Journal of Nursing Management (John Wiley & Sons, Inc.)*, 28(7), 1704–1712. <https://doi.org/10.1111/jonm.13126>

Vedlegg 1: Forkortelser

NSFLIS	= Norsk sykepleieforbunds landsgruppe for intensivsykepleiere
PVO	= Personvernombudet
REK	= Regional komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
NSD	= Norsk senter for forskningsdata
ARDS	= Acute respiratory distress syndrome
WHO	= World health Organization
FHI	= Folkehelseinstituttet
SARS	= Severe acute respiratory syndrome
RNA	= Ribonucleic acid
PTSD	= Post-traumatic stress disorder

VEDLEGG 2: PICO – SKJEMA

P	I (interesse)	Co (context)
<p>Intensive care nurs* or ICU nurs* or critical care nurs* (MH) or Intensive care unit* (MH)</p>	<p>Professional competence (MH) or Clinical competence (MH) or Nursing skills (MH) or Job experience (MH) or Nursing knowledge (MH) or Professional knowledge (MH) or Nurse attitudes (MH) or Job challenges</p>	<p>Covid-19? Coronavirus or 2019-nccov or Sars-cov-2 or Cov-19</p>

VEDLEGG 3: TABELL FOR SØK

Søk i Chinal og Medline 09/03/22					
Intensive care nurs* OR Citical care nurs* OR ICU nurs* OR Intensive care unit*	AND	Professional competence OR Clinical competence OR Nursing skills OR Job experience OR Nursing knowledge OR Professional knowledge OR Nurse attitudes OR Job challenges	AND	Covid-19 OR Coronavirus OR 2019-ncov OR Sars-cov-2 OR Cov-19	= 126 treff
301 831 treff		297 851 treff		335 202 treff	
<u>Søk avgrenset med:</u> - Fulltekst - Engelsk tekst					=55 treff

- Først gjennomgang av overskrifter og abstract- vi satt da igjen med 40 artikler som ble lest i sin helhet.

VEDLEGG 4: INTERVJUGUIDE

Intervjuguide

1. Innledning/introduksjon

- *Takk for at dere tok dere tid til å møte oss i dag og for at dere sa ja til å delta i vårt studie!*
- Presentere oss selv
- Kort presentasjon av valg av tema og problemstilling
- Forklare hvorfor vi har valgt å intervju ansatte fra denne avdelingen
- Presisere deres rettigheter ved å være informanter
- Samle inn signert skriftlig samtykkeerklæring
- Starte lydopptak

2. Hoveddel

(Eventuelle oppfølgings spørsmål: Kan du utdype? Kan du forklare nærmere? Hva mener du? Kan du si noe mer om dette? Hvordan opplevde du dette?)

- *Vi kan starte med en liten presentasjon av dere selv?*
 - (Utdanning og arbeidserfaring, stillingsprosent)
- *Vil dere fortelle litt om deres opplevelser i møte med Covid-19 pandemien*
 - (Følelser, Erfaringer, Opplevelser)
- *Hvordan opplever dere at det har vært å jobbe med Covid-19 smittede pasienter?*
 - (Erfaringer, Kompetanse, forholdet intensivsykepleier-lege, Kommunikasjon, Situasjonsbevissthet, Beslutningstaking, oppgaveløsning, teamarbeid)
- *Hvordan opplevdes denne pasientgruppen forhold til andre akutt og kritisk syke pasienter?*
 - (Intensivsykepleieres spesialkompetanse, Mestring)
- *Har dere lært noe av å jobbe i pandemien?*
 - (Ny kunnskap, ferdigheter)

3. Avslutning: *Er det noe mer dere har lyst til å si eller utdype om det vi har snakket om?
Eventuelt noe dere ønsker å legge til som vi ikke har snakket om?*

NB: Tekst under punktene er egen huskeliste for punkter vi ønsker at deltakerne snakker noe om

VEDLEGG 5: INFORMASJON OG SAMTYKKESKJEMA



Vil du delta i forskningsprosjektet

Intensivsykepleieres kompetanseutvikling under Covid-19 pandemien

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en studie hvor formålet er å identifisere intensivsykepleieres kompetanse utvikling i ivaretagelsen av Covid-19 pasienter. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formålet med denne studien

Intensivsykepleier har en sentral rolle i ivaretagelsen av akutt og kritisk syke pasienter på intensivavdelingen. Covid-19 pasienter kategoriseres som akutt og kritisk syke pasienter. Det har vært et krav til økt kompetanse for å kunne kvalitetssikre utøvelsen av intensivsykepleie til denne pasientgruppen. Dette har vekket vår interesse for å lære mer om hva intensivsykepleierne har lært i ivaretagelsen av Covid-19 smittede pasienter på intensivavdelingen. Med utgangspunkt i dette har vi kommet frem til vår problemstilling hvor vi er vi interessert i å undersøke hvorvidt Covid-19 pandemien har hatt en innvirkning på intensivsykepleieres kompetanseutvikling. Dette er en masteroppgave hvor vi har valgt å bruke en kvalitativ metode med fokusgruppeintervju.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Stavanger er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi ønsker å gjennomføre 2 fokusgruppeintervju med 5-8 deltakere per gruppe. Utvalget vil bli trukket i samarbeid med avdelingsledelsen ved intensivavdelingen ved helseforetaket.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et fokusgruppeintervju som vil vare i opptil 60 minutter. Spørsmålene vil omhandle hvilken kompetanseutvikling intensivsykepleierne har tilegnet seg gjennom pandemien og hvilke faktorer som har vært avgjørende for dette. Vi er også interessert i å vite litt om intensivsykepleierens rolle i ivaretagelsen av Covid-19 pasienter. Vi ønsker å ta lydopptak og notere fra intervjuet.

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. Dersom du vil trekke deg fra prosjektet kan du kreve å få slettet innsamlede data, med mindre disse inngår i analysen.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Opplysningene vi samler inn vil anonymiseres og krypteres og oppbevares innelåst. Lydopptaket skal transkriberes og eventuelle navn vil erstattes med kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.

Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i oppgaven.

Prosjektet har fått godkjenning ved forskningsavdelingen ved

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er juni 2022. Lydopptak vil bli slettet ved prosjektslutt.

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:

- Veileder Evy Margrethe Gundersen, E-post: Evy.Gundersen@uis.no
Eller forfatterne av studien:
- Celina Bokneberg, E-post: Celina_bokneberg@hotmail.com
- Azhar Abdi-Kafi, E-post: Azhar_kafi@hotmail.com,

Vårt personvernombud: Rafal Yeisen, personvernombud i

Med vennlig hilsen

Celina Bokneberg og Azhar Abdi-Kafi
(Studenter)

Evy Margrethe Gundersen
(Veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Intensivsykepleieres kompetanse utvikling under Covid-19 pandemien*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i en kvalitativ forsknings studie, med fokusgruppeintervju

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

(Signert av prosjektdeltaker)

VEDLEGG 6: GODKJENNING FRA AVDELINGSLEDER

SV: Henvendelse til avdelingsleder [REDACTED]

on. 20.10.2021 13:23

Til: Azhar Abdi-Kafi Abdi-Hashi

Kopi:

- Celina Bokneberg;

- [REDACTED]

Hei.

Det er i orden for oss på [REDACTED] at Azhar Abdi-Kafi og Celina Bokneberg intervjuer sykepleiere på [REDACTED] i forbindelse med sin masteroppgave i intensiv sykepleie

[REDACTED]
Avd.sykepleier / intensiv sykepleier [REDACTED] (spes.avdeling)

VEDLEGG 7: SØKNAD TIL FORSKNINGSAVDELINGEN

Intensivsykepleieres kompetanseutvikling under Covid-19 pandemien

Vårt formålet med denne studien er å identifisere intensivsykepleieres kompetanse utvikling i ivaretagelsen av Covid-19 pasienter. Denne studien tar utgangspunkt fra et intensivsykepleiers perspektiv og derfor ønsker å intervju intensivsykepleiere. Bakgrunn for valg av tema er interesse for Covid-19 pandemien og i hvilken grad det har påvirket intensivsykepleierens kompetanse. Våren 2021 la intensivavdelingen frem på forskertorget ved UIS at de ønsker masterprosjekt vedrørende Covid-19. Prosjektet er ikke vurdert av REK da det ikke skal inneholde personopplysninger.

Student/bachelor/masteroppgave

[Vis informasjonsbrev og samtykkeerklæring](#)

Identifikasjonsopplysninger

Skal ikke bruke direkte personopplysninger. Vi skal under fokusgruppe intervjuene benytte oss av et lydopptak. Videre skal begge studentene som av ansvar for datamaterialet transkribere datamaterialet slik at informantene anonymiseres totalt. Under arbeidsprosessen skal lydopptak krypteres og oppbevares sikkert. Lydopptak skal slettes etter vi er ferdig med analysere datamaterialet. Henviser videre til vedlegg: prosjektplan

Personverntiltak

[Institusjon/virksomhet som mottar personopplysninger/ humant biologisk materiale](#)

Ikke aktuelt

[Personopplysninger og/eller biologisk materiale som skal utleveres/tilgjengeliggjøres](#)

Ikke aktuelt

[Prosess for utlevering/tilgjengeliggjøring av personopplysninger og/eller humant biologisk materiale](#)

Ikke aktuelt

[Gi en systematisk beskrivelse av databehandlingen i prosjektet](#)

Vi skal under fokusgruppe intervjuene benytte oss av et lydopptak. Videre skal begge studentene som av ansvar for datamaterialet transkribere datamaterialet slik at informantene anonymiseres totalt. Under arbeidsprosessen skal lydopptak krypteres og oppbevares sikkert. Lydopptak skal slettes etter vi er ferdig med analysere datamaterialet. For videre informasjon henviser vi til vedlegg "prosjektplan" kapittel 4.0 metode.

Kategorier av registrerte : Ansatte i egen virksomhet

Antall registrerte : 10-50

Biologisk materiale : Det skal ikke behandles humant, biologisk materiale

Behandling av personopplysninger : SlettingLagringInnsamlingAnonymisering

Utlevering/tilgjengeliggjøring av personopplysninger : Personopplysninger gjøres tilgjengelig for databehandler (forutsetter databehandleravtale og risikovurdering)Pseudonyme personopplysninger utleveres til ekstern samarbeidspartner (forutsetter samarbeidsavtale)

Hvor hentes personopplysningene fra? : Fra den registrerte selv

Datakilder : Direkte fra den opplysningene gjelder

Lagringssted og lagringsmedier : Annet godkjent lagringsområde

Tekniske og organisatoriske sikkerhetstiltak : PseudonymiseringTilgangskontroll

Samarbeidsavtaler : Ikke relevant - all databehandling skjer internt

Evaluerer av personvernrisiko : 1. Databehandling skjer i tråd med samtykke fra de registrerte (pasienter)3. Data lagres pseudonymt (uten direkte identifiserende kjennetegn) og koblingsnøkkel lagres sikkert og separat5. Databehandlingen skjer i samsvar med sykehusets internkontrollsystem for forskning6. Det skal ikke gjennomføres koblinger mot registerdata (f.eks. helseregistre, NAV, politiet mv.)7. Det skal ikke behandles flere ulike typer av sensitive opplysninger (f.eks. helseopplysninger + opplysninger om straffedommer, livssyn, legning mv.)8. Det skal ikke behandles genetiske opplysninger i stort omfang (f.eks. omfattende/inngående genomsekvensering)9. Prosjektet benytter bare teknologi som er godkjent for bruk til forskningsformål i sykehuset10. Prosjektet gjør ikke bruk av skytjenester, KI, velferdsteknologi eller annen teknologi som det ikke foreligger risikovurdering og personvernkonsekvensvurdering for

Rettsgrunnlag for behandling av personopplysninger : Samtykke fra den registrerte (art. 6 nr. 1 a)

Grunnlag for overføring til land utenfor EU/EØS : Ikke relevant

Rettsgrunnlag for behandling av sensitive personopplysninger : Samtykke fra den registrerte (art. 9 nr. 2 a)

Klinikk A - Dataansvarlig

Kontaktperson: Celina Bokneberg

Mobilnummer: 40609054

Oppretter av melding

Avdeling Fag, Forskning Og Utdanning - Dataansvarlig

Kontaktperson: [Azhar Abdi-Kafi](#)

Mobilnummer: [92621521](#)

Medstudent i masterprosjekt

Avdeling Fag, Forskning Og Utdanning - Vitenskapelig Samarbeidspartner - Ikke Datainnsamler

Kontaktperson: [Evy Margrethe Gundersen](#)

Mobilnummer: [95757809](#)

Veileder UIS

Vedlegg

[Informasjonsskriv og samtykkeerklæring](#)

[Prosjektbeskrivelse - Prosjektplan. Masteroppgave 2021.pdf](#)

[Intervjuguide - Intervjuguide.pdf](#)

[Annet - Vedlegg. Masteroppgave .pdf](#)

[Annet - Godkjenning fra avdelingsleder.pdf](#)

VEDLEGG 8: SVAR FRA PERSONVERNOMBUDET

Hei,

Med hjemmel i forordning (EU) nr. 2016/679 (generell personvernforordning) artikkel 37, er det oppnevnt personvernombud ved..... Den behandlingsansvarlige skal sikre at personvernombudet på riktig måte og i rett tid involveres i alle spørsmål som gjelder vern av personopplysninger, jf. artikkel 38. Artikkel 30 pålegger SUS å føre oversikt over hvilke behandlinger av personopplysninger virksomheten har. Behandling av personopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

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 nr. 11 og art. 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 uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a)

Personvernombudet har vurdert det til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger / helseopplysninger tilfredsstiller de krav som stilles i personvern- og helseforskningslovgivningen. Personvernombudet har ingen innvendinger til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger / helseopplysninger kan igangsettes under forutsetning av følgende:

1. Prosjektet skal godkjennes av klinikkssjef/ene før oppstart.
2. Behandlingen skjer på lovlig, rettfærdig og åpen måte med hensyn til de registrerte (art. 5.1 a) ved at disse er grundig informert og har signert samtykkeerklæring.
3. Behandlingen er begrenset til angitt formål (art. 5.1 b), ved at personopplysninger kun samles inn for spesifikke, uttrykkelige angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål.
4. Det samles ikke inn eller lagres flere opplysninger enn det som er nødvendig for formålet (dataminimering/lagringsbegrensning (art. 5.1 c), slik at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet.
5. Prosjektet skal ikke behandle pasientopplysninger.

6. Kravet til lagringsbegrensning (art. 5.1 e) ivaretas ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.
7. Lydfil, samtykkeskjema samt transkriberte materiale skal oppbevares separat fra hverandre.
8. Alle dataene skal slettes/ anonymiseres ved prosjekt slutt 30.06.2021 og sluttmelding skal sendes til PVO.
9. De registrerte vil ha følgende rettigheter i prosjektet: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). Rettighetene etter art. 15–20 gjelder så lenge den registrerte er mulig å identifisere i datamaterialet..
10. Koblingsnøkkel som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres enten elektronisk på tildelt område på Kvalitetsserveren eller nedlåst på prosjektleders kontor og skal slettes ved prosjektslutt 30.06.21
11. PVO kontaktinformasjon skal ligge i samtykket: personvernombudet@sus.no
12. Det forutsettes i utgangspunktet at prosjektet følger SUS og UiS sine interne rutiner for lagring av data.

Personvernombud har, ut over det som er angitt over, ingen innvendinger til at prosjektet gjennomføres. Det forutsettes at prosjektet gjennomføres som beskrevet og i henhold til personvernforordninger samt øvrige relevante lover og forskrifter.

Med vennlig hilsen

på vegne av

Personvernombud

Anne Terese T Gabrielsen

Forskningsavdelingen