

Anonym

Hvordan har koronapandemien hatt innvirkning på helsepersonell i frontlinjen?

Prosjektbachelor, fagartikkel
Antall ord: 4948

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2021

Anonym

Hvordan har koronapandemien hatt innvirkning på helsepersonell i frontlinjen?

Prosjektbachelor, fagartikkel
Antall ord: 4948

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

ABSTRAKT

Innledning: Denne fagartikkelen ser på helsepersonells erfaringer og opplevelser fra arbeid i frontlinjen av koronapandemien, og innvirkningen dette har hatt på dem. Helsepersonells psykiske helse har lenge fått lite oppmerksomhet, det er derfor aktuelt å undersøke hvilke psykiske innvirkninger koronapandemien kan ha ført til, og hvilke faktorer som har ført til innvirkningene.

Metode: For å undersøke hvordan koronapandemien har hatt innvirkning på helsepersonell, ble det gjennomført fire kvalitative semistrukturerte intervjuer og tre informanter svarte på ett digitalt spørreskjema. Intervjuene ble gjennomført i mars 2021 og analysert ved hjelp av Malteruds prinsipper for systematisk tekstkondensering.

Resultat: Resultatene viser stor variasjon i hvorvidt de ulike institusjonene var forberedt på smitten, og svært ulike forutsetninger for personalet. Flertallet av informanter fortalte om tilfredshet og positive opplevelser, mens noen opplevde ett større misnøye. De fleste fryktet smitten, som førte til store begrensninger i familie og privatliv. Mangel på sosial kontakt og støtte har hatt innvirkning på informantenes psykiske helse, og vi ser symptomer på ulike psykiske lidelser.

Konklusjon: Studien tyder på at koronapandemien i varierende grad har hatt psykisk innvirkning på helsepersonell, og at høye arbeidsbyrder og ugunstige arbeidsforhold kan være avgjørende faktorer. Frykt for smitte har ført til store begrensninger i familie- og privatliv. Vi ser betydningen av sosial støtte og kontakt for å ivareta den psykiske helsen. Det er derfor viktig med et større fokus på helsepersonells psykiske helse i tiden fremover. Stigmatisering er opplevd i liten grad og har ikke hatt betydelig innvirkning. Et godt arbeidsmiljø og en tilstedeværende ledelse er nyttig for jobbtilfredshet. Funn viser at informantene som var tilfreds på arbeidsplassen har rapportert mindre negativ innvirkning.

ABSTRACT

Introduction: This study looks at health professionals' experiences from work in the front line of the COVID-19-pandemic, and the impact the pandemic has had on them. Health professionals' mental health has for long been received little attention, so it is relevant to investigate what psychological effects the COVID-19-pandemic may have led to, and what factors have led to the effects.

Method: In order to investigate how the COVID-19-pandemic has affected health professionals, four qualitative semistructured interviews were conducted and three informants answered a questionnaire. The interviews were conducted in March 2021 and analyzed using Malteruds principles for systematic text condensation.

Result: The results show great variation in whether the various institutions were prepared for the infection, and very different conditions for the staff. The majority of informants told about satisfaction and positive experiences, while some experienced a greater dissatisfaction. Most feared the infection, which led to major restrictions on family and private life. Lack of social contact and support seems to have had an impact on the informant's mental health, and we can see symptoms of various mental disorders.

Conclusion: The study indicates that the COVID-19-pandemic has in varying degrees had a psychological impact on health professionals, and that high workloads and unfavorable working conditions can be decisive factors. Fear of infection has led to major restrictions in family and private life. We see the importance of social and family support and social contact to take care of mental health. It is therefore important to have a greater focus on health professional's mental health in the future. Stigmatization has been experienced in a small degree and has not had a significant impact. A good working environment, and present management are useful for job satisfaction. Findings show that the informants who were satisfied in the workplace have reported less negative impact.

INTRODUKSJON

Etter at det, til i desember 2019, ukjente koronaviruset SARS-CoV-2 ble oppdaget, og senere erklært som en pandemi, har COVID-19-utbruddet utgjort en stor trussel mot folkehelsen i hele verden. Helsepersonell som arbeider i frontlinjen kan igjen være under stor fysisk, psykisk og psykologisk nød (1). Lenge har den fysiske helsen fått en hel del oppmerksomhet, mens den psykiske helsen har blitt neglisjert (2). I møte med ulike kritiske situasjoner, slik som COVID-19, er det risiko for at helsepersonell som er direkte involvert i pleien av smittede, her definert som frontlinjen, opplever stigmatisering eller utvikler psykiske lidelser og andre helseplager (3). Det er derfor aktuelt å undersøke innvirkningen koronapandemien har hatt på helsepersonell i frontlinjen.

Etikken står sentralt i sykepleierfaget, og helsetjenesten byr på en rekke etiske dilemmaer. Som helsepersonell er det å ivareta pasientene sine med empati og ekspertise en viktig jobb (4). Flere helsepersonell har, som mange andre, familier og kjære i livene sine. Dette har ført til at mange har støtt på en konflikt mellom faglige forpliktelser og personlig ansvar (4). I en studie som omhandler sykepleieres etiske dilemma, oppga informantene at de følte et stort ansvar for å beskytte pasientene sine, og stå i frontlinjen å beskytte samfunnet. Samtidig var de stresset på grunn av risikoen for å ta smitte hjem til familiene sine. Flere av informantene skal ha unngått å fortelle at de jobbet i frontlinjen, mens andre valgte å ikke bo hjemme i perioden de arbeidet. Allikevel understreket informantene betydningen av sosial støtte fra familie og venner, til tross for at de unngikk sosial kontakt (5).

I forbindelse med koronapandemien har det oppstått bekymring for mental- og psykisk helse hos helsepersonell (1,6). Helsepersonell har fryktet smitte og infeksjon hos familie og venner, og følt usikkerhet og stigmatisering rundt sitt arbeid (7). Studier utført under tidligere sykdomsutbrudd av blant annet SARS og ebola underbygger bekymringen, og viser til økt mental belastning og uønskede psykologiske reaksjoner hos helsepersonell i frontlinjen. Det er rapportert om høy risiko for psykiske lidelser, som manglende beslutningsevne, tap av selvtillit, symptomer på angst og depresjon, utbrenthet, posttraumatisk stresslidelse og søvnforstyrrelser, i tillegg til fysiske helseplager (1,5,7–10).

I en studie fra 2004, relatert til et utbrudd av SARS, oppga to tredjedeler av respondentene at de bekymret seg for sin egen eller familiens helse, og funnene indikerte at SARS-utbruddet hadde betydelige psykososiale konsekvenser for dem. I tillegg kom det frem at det var stort behov for intervensjoner for å løse psykososialt stress og bekymring hos helsepersonell i frontlinjen under kriser (9). En annen studie kom med anbefalinger for å møte helsepersonells psykiske helsebehov i sammenheng med koronapandemien, og blant annet ble betydningen av toveiskommunikasjon vektlagt, slik at de ansatte skulle få uttrykke sin bekymring. I tillegg må helsepersonell beskyttes fra unødvendig risiko, ved blant annet å tilbys fysiske ressurser, som smittevernsutstyr, og ledelsen må kunne identifisere, forutse og støtte de mentale helsebehovene til sitt personale både innen- og utenfor det kliniske området (11). Når det er sagt, er det blant helsepersonell rapportert om en betydelig barriere når det gjelder å søke hjelp (12).

I tillegg til et psykologisk trygt arbeidsmiljø, fremhever flere tidligere studier betydningen av sosial- og familiestøtte for å ivareta den psykiske helsen (1,5,9). Likevel rapporterer mange studier om at helsepersonell i frontlinjen opplever stigmatisering fra familie, venner, kolleger og andre i samfunnet, blant annet forbundet med frykt for at de er smittekilder (6,13–15).

Det ble i USA og Canada utført en undersøkelse på ikke-helsearbeidere, som omhandlet deres stigmatisering av helsepersonell i frontlinjen, og det ble rapportert om stigmatisering i form av frykt, unngåelse og utstøtelse av helsepersonell i samfunnet. Funnene viste at over en fjerdedel av respondentene mente at helsepersonell burde ha alvorlige begrensninger i deres frihet, blant annet ved å isoleres fra samfunnet og familiene sine. Og over en tredjedel skal ha unngått helsepersonell i frykt for å bli smittet med COVID-19 (15).

Forskere ved Folkehelseinstituttet (FHI) har tatt for seg 59 studier, ingen norske, som undersøker helsepersonells psykiske helse under pandemien. Ett av hovedfunnene er at helsepersonell verdsetter smittevernsutstyr, hvile og sosial støtte, fremfor profesjonell psykologisk hjelp. Seks av studiene rapporterte at helsepersonell i stor grad brukte sosial støtte fra familie og venner, og at dette sammen med digital kommunikasjon, var de viktigste faktorene for stressmestring og helsefremming hos informantene. Det viste seg at sosial støtte var den beste og mest rapporterte beskyttelsesfaktoren assosiert med redusert risiko for psykiske helseplager (5).

I Norge derimot, har Norsk sykepleierforbund (NSF) engasjert SINTEF til å gjennomføre en omfattende spørreundersøkelse (N=35143) om sykepleieres erfaringer med første fase av koronapandemien. Sentrale funn i rapporten viser at sykepleiere har opplevd en økt belastning og redusert jobbtilfredshet på arbeidsplassen. I tillegg har mange vært redde for å bli smittet eller bringe med seg smitte, som har ført til store begrensninger i familie- og privatliv. 11% rapporterte om at koronapandemien i stor eller svært stor grad har påvirket deres psykiske helse (16).

Problemstilling: Hvordan har koronapandemien hatt innvirkning på helsepersonell i frontlinjen?

METODE

I studien er det benyttet kvalitativ metode med intervju og spørreskjema som grunnlag for datainnsamlingen. Hensikten med det kvalitative metodevalget var å undersøke og få innsikt i helsepersonells erfaringer og opplevelser, for å fremheve det særegne og få en forståelse av innvirkningen koronapandemien har hatt. Kvalitativ metode hjelper oss i å fange opp meninger og opplevelser, som får oss til å føle en nærhet til feltet (17–20). I forkant av intervjuene ble det utført litteratursøk i ulike databaser; Cinahl, Medline og PubMed, for å finne relevante fag- og forskningsartikler. Funnene i flere av disse artiklene la grunnlaget for utarbeidelsen av intervjuguiden (Vedlegg 1).

Utvalg/informanter

Informantene i studien er kvinnelig helsepersonell fra ulike profesjoner; sykepleie, vernepleie og medisin i alderen 20-55 år, som har gjort en innsats i frontlinjen av koronapandemien. Det ble ikke satt en tiltenkt avgrensning med tanke på profesjon, da dette ikke var relevant for å besvare problemstillingen. Derimot var et av inklusjonskriteriene at informantene bodde sammen med andre. Rekrutteringen av deltakere foregikk ved hjelp av en kontaktperson i Trondheim kommune, samt en informasjonspost i sosiale medier. Alle studiens svar er behandlet konfidensielt og er anonymisert (20). I løpende tekst vil det refereres til «informantene» for å beskytte deres identitet.

Intervju, spørreskjema og analyse

Det ble gjennomført fire digitale, semistrukturerte intervju, som fulgte en utarbeidet intervjuguide godkjent av prosjektveileder ved Norges teknisk-vitenskapelige universitet. En semistrukturert metode ga informantene mulighet til å uttrykke seg fritt, men sørget likevel for at forskeren fikk tilstrekkelig med informasjon (19). I tillegg svarte tre informanter på et spørreskjema, da intervjuer ikke lot seg gjennomføre. De innhentede dataene ble analysert ved bruk av Malteruds prinsipper for systematisk tekstkondensering (19), og er sortert i fem ulike hovedkategorier, som er fremstilt i resultatdelen av oppgaven.

Etiske overveielser

Et informasjonsskriv om prosjektet ble sendt ut til alle studiens deltakere (Vedlegg 2). I informasjonsskrivet ble det presisert at informantene samtykket til deltakelse ved å stille til

intervju eller besvare spørreskjemaet. Informantene som stilte til intervju samtykket i tillegg muntlig. Det ble ikke gjort opptak av informantene. Deltakelsen i studiet var frivillig, og deltakerne ble informert om sine rettigheter, blant annet muligheten til å trekke sin besvarelse før publisering.

RESULTAT

Analysen av intervjuene viser variasjon i informantenes opplevelser fra sitt arbeid i frontlinjen, og resultatene i studien er basert på disse funnene. Funnene er organisert og fremstilles i fem hovedkategorier (Tabell 1), som senere sammenfattes noe, og diskuteres i lys av forskning, faglitteratur og egen erfaring.

Tabell 1. Hovedkategorier

Håndteringen av en nyoppdaget pandemi
Jobbtilfredshet og arbeidsmiljø
Sosial støtte og kontakt
Påvirkning av psykisk helse
Stigmatisering

Håndteringen av en nyoppdaget pandemi

De gjennomførte intervjuene viser stor variasjon i hvorvidt de ulike institusjonene var forberedt på å håndtere koronasmittede pasienter, og at det var svært ulike forutsetninger for personalet. Det er tydelig at enkelte institusjoners ledelse hadde gjort grundigere forberedelser enn andre, slik at personalet var godt rustet for det som kunne møte dem, også før det var påvist smitte.

Jeg og mine kolleger var godt forberedt, da vi tidlig gjennomgikk prosedyrer og tiltak. Vi fikk opplæring i håndtering av avfall og i av og påkledning av smittevernsutstyr. I tillegg tok vi E-læringskurs som var obligatorisk for alle.

(2)

Andre intervjuer bar preg av at rutinene var mindre satt, som førte til en rekke ugunstige krav til og tiltak for informantene. Dette har i ettertid vist seg å ikke ha den beste effekten på personalgruppen. Enkelte var også preget av en fraværende ledelse, som gjorde oppstarten noe mer krevende for personalgruppen.

Da korona ble erklært som en pandemi, fikk vi muntlig beskjed fra ledelsen om at vi kun fikk være på jobb og på matbutikken dersom det var strengt nødvendig. De sa også at vi ikke fikk

omgå andre, og at vi ikke fikk drikke alkohol fordi vi skulle være i stand til å komme på jobb til enhver tid.

(4)

Vi var overhodet ikke forberedt på å ta imot smitten. Lederen vår satt i karantene, som førte til at vi som var på jobb måtte utarbeide en del rutiner og klargjøre avdelingen.

(3)

Jobbtilfredshet og arbeidsmiljø

Et flertall av informantene fortalte om tilfredshet, positive opplevelser og gode erfaringer fra sitt arbeid. Flere opplevde at arbeidsmiljøet ble bedre og samholdet styrket, til tross for utslitt personell og tunge arbeidsdager. En rekke informanter mente at den utfordrende situasjonen førte til at flere bidro i større grad, og at det var viktigere å jobbe for å opprettholde god stemning. En rekke informanter erfarte at personalet ble flinkere til å støtte hverandre i både pasient- og personlige situasjoner, som hadde en god innvirkning på arbeidsmiljøet.

Personalet støttet hverandre og ble mer sammensveiset, det var god stemning og alle bidro. Jeg opplevde stor arbeidsglede og var stolt over jobben min, den følte så meningsfylt.

(6)

Til tross for mange positive opplevelser, oppga noen informanter at de opplevde ett større misnøye med jobbtilfredsheten og hadde negative erfaringer og opplevelser fra sitt arbeid. Funn viser at disse informantenes arbeidsplasser var preget av eksternt innhentet personell, som førte til andre forutsetninger for et godt samarbeid og samhold.

Vi ble en mer splittet gjeng. Vi fikk inn mye nytt personale, og det gjorde noe med oss og påvirket arbeidsforholdene. En av pasientene jeg kom inn til sa «Gudskjelov kommer det noen jeg kjenner», til tross for at vi skjulte oss bak smittevernutstyret.

(3)

Sosial støtte og kontakt

De fleste informantene oppga frykt for å være smittebærere og potensielle kilder for spredning, som førte til at de i høyeste grad oppholdt seg alene når de ikke var på arbeid. Et fåtall valgte å isolere seg totalt fra familiene sine, i den hensikt at de ikke ønsket å sette

fullstendige begrensninger i deres hverdag. Frykten, sammen med retningslinjer i samfunnet, førte til store utfordringer med å opprettholde sosial kontakt med familie og venner. Til tross for at sosial støtte og kontakt er viktige helsefremmende faktorer, har informantene i større grad enn resten av befolkningen unngått sosial kontakt.

Til å begynne med bodde jeg i huset og mannen min i garasjen. Da han etter hvert flyttet inn igjen bodde vi i hver vår etasje, og jeg serverte mat på engangsservise. Mannen min handlet og gjorde alt utenfor hjemmet, så jeg kun trengte å forholde meg til jobben.

(1)

På hjemmebane levde jeg i en frivillig isolasjon, både for å skåne familien og for å slippe unna kommentarer fra mennesker rundt.

(3)

Betydelig begrensning i sosial kontakt har gjort at informantene i stor grad har tydd til digital kommunikasjon.

Det siste året har vært preget av ekstremt mye mobilbruk, både til FaceTime, Snapchat, telefonsamtaler, meldinger og bilder.

(1)

Informantene som ikke oppga frykt for smittespredning, vektla betydningen av støtten fra familien etter endt arbeidsdag, og verdsatte gode samtaler og trygge omgivelser.

Det var veldig godt å komme hjem til samboeren. Det å kunne snakke litt om det som hadde skjedd på vakt og få luftet tankene var svært nødvendig. Han stolte på meg når jeg sa at vi var godt beskyttet.

(7)

Påvirkning av psykisk helse

Funn i studien viser at pandemien har hatt en form for psykisk innvirkning på samtlige informanter. Det blir beskrevet ulik grad av psykiske lidelser, som utbrenthet, ensomhet, symptomer på angst og depresjon, søvnforstyrrelser og manglende beslutningsevne. I tillegg ble symptomer på posttraumatisk stresslidelse nevnt, uten at dette ble diagnostisert.

På ett tidspunkt var jeg så langt nede at sjefen henviste meg til psykiater, som påviste depresjon. Jeg satt bare og gråt, og hadde aldri tenkt på en depresjon tidligere, jeg hadde bare normalisert alle symptomene. Jeg mener at min arbeidssituasjon har både utløst og forverret depresjonen.

(4)

En dag jeg kom hjem fra jobb satt jeg og stirret i veggen og gråt. Overbelastningen ble altfor stor, og beredskapsturnus sammen med mye stress og lite hvile mellom slaga, førte til sammenbrudd og store forstyrrelser i søvnen.

(1)

Til tross for dette mener flere av informantene at koronapandemien har gjort dem bedre rustet for videre arbeid og håndtering av eventuelle nye pandemier.

Stigmatisering

På spørsmål om unngåelse eller utstøtelse svarte de færreste at denne typen stigmatisering ble opplevd i en betydelig grad. Tvert imot fortalte enkelte at de selv følte at de måtte unngå andre.

Enkelte kolleger som jobbet med de friske pasientene ville ikke snakke med meg etter jobb, naboene mine unngikk meg og vennene mine ville ikke møte meg.

(3)

Når det gjaldt generell stigmatisering av helsepersonell som arbeidet med COVID-19 var opplevelsene og erfaringene noe mer splittet, og enkelte informanter opplevde stigmatisering i større grad enn andre. Blant annet mente noen informanter at de tror mange stigmatiserer helsepersonell i egen frykt, mens andre mente at mange hadde fordommer mot dem. Likevel var de fleste informantene enige om at de trodde folk i samfunnet satte pris på jobben de gjorde, og at de aller fleste virket takknemlige.

Jeg har ikke opplevd negativt stigma rundt arbeidet mitt, tvert imot en hel del ros og takknemlighet.

(5)

DISKUSJON

Hensikten med studien var å undersøke: *hvordan har koronapandemien hatt innvirkning på helsepersonell frontlinjen*. Som en del av problemstillingen ble opplevelsen av håndtering, tilfredshet og arbeidsmiljø, sosial kontakt og støtte, påvirkning av psykisk helse og stigmatisering undersøkt. Studien forsøker å belyse helsepersonells erfaringer og opplevelser fra sitt arbeid, og se på hvordan faktorene nevnt over har hatt innvirkning på dem.

Hovedfunn i studien viser at koronapandemien har hatt en viss psykisk innvirkning på samtlige informanter, men graden av opplevelse og betydning varierer. Studien åpner for å diskutere hvorvidt håndteringen på arbeidsplassen kan ha hatt innvirkning på informantenes tilgang på sosial støtte og kontakt, som igjen kan ha innvirkning på den psykiske helsen. Sosial støtte og kontakt blir diskutert som mulige forebyggende faktorer. Resultatene er diskutert i følgende underkapitler; på arbeidsplassen, sosial støtte og kontakt, og psykisk helse og stigmatisering.

På arbeidsplassen

Et betydelig funn i studien er varierende grad av misnøye når det kommer til ledelsens håndtering av den nyoppdagede pandemien. Resultater viser også ulik grad av jobbtilfredshet i perioden, blant annet knyttet til ugunstige arbeidstider og økt arbeidsbyrd.

Resultater i studien antyder at ikke alle informantene har hatt opplevelsen av en optimal og tilstedeværende ledelse, som har medført en rekke ugunstige situasjoner og mye bekymring blant de ansatte. Et psykologisk trygt arbeidsmiljø er erfaringsmessig en betydelig faktor for både trivsel og kvalitet på arbeidet, og er kanskje spesielt viktig i utfordrende tider, slik som den pågående pandemien. En synlig ledelse kan være avgjørende for dette. Spesielt viktig er det for å takle turbulente tider (11). For å håndtere kriser må psykososialt stress og bekymring hos helsepersonell dempes (9). En ledelse som forstår og anerkjenner de ansattes bekymringer, og arbeider med å dempe disse i den grad det er mulig (11), vil kunne være en viktig ressurs.

Flere av informantene rapporterte om stor bekymring for både egen og familiens helse, som hadde en betydelig effekt på deres hverdag. Dette samsvarer med funn fra utbruddet av

SARS, hvor respondentene vektla nettopp denne bekymringen (9). For å imøtekomme ansattes psykiske helsebehov, blir blant annet viktigheten av kommunikasjon mellom ansatte og ledelsen fremhevet (11). Funn i studien tyder på at det skortet noe på tilgang til ledelsen, som førte til vanskeligheter med å ta tak i utfordringene på arbeidsplassen. Respondentene i studien fra SARS-utbruddet understreket behovet for intervensjoner på arbeidsplassen for å møte psykososial nød og bekymring blant de ansatte (9). Av det vi ser, vil det trolig være nødvendig med tilstedeværelse, i tillegg til profesjonell kommunikasjon for å imøtekomme de ansattes behov for psykososial støtte i tide. Informantene underbygger også betydningen av at de fysiske ressursene, som smittevernsutstyr, er på plass, da mangelen på utstyr trolig ikke bare vil ha innvirkning på arbeidsbelastningen, men også på deres psykiske helse.

En egenskap som trolig ikke tjener helsepersonell godt i håndteringen av pandemien, er at de sjeldent ber om hjelp (11). Av studien fremkommer det at kun et fåtall av informantene benyttet seg av profesjonell psykologisk hjelp, for å ta tak i sine psykiske plager. En tidligere studie viser til en betydelig barriere når det gjelder å oppsøke hjelp, blant annet knyttet til stigma forbundet med frykt for å bli oppfattet som mindre kompetent, eller i dårligere stand til å utføre arbeidet sitt på en pålitelig måte (12). Med en tilstedeværende ledelse som oppfordrer sine ansatte til å snakke sammen, stole på hverandre og be om eventuell hjelp, vil denne barrieren muligens brytes. Dersom kolleger, i tillegg til ledelsen, forsikrer hverandre om at det er lov å være sårbar, vil det sannsynligvis være lettere å åpne seg (4). Å anerkjenne for eksempel kildene til angst, gjør det mulig for ledere og organisasjoner å utvikle tilnærminger for å løse bekymringene og gi støtte til de ansatte (11).

Tvert imot oppga mange informanter tilfredshet med håndteringen fra sin ledelse. Det var gjort grundige forberedelser, som gjorde de ansatte godt rustet til å ta imot koronasmittede. De hadde fått god opplæring og hadde gjennomført ulike E-læringskurs før møte med smittede. Den ulike graden av opplevd tilfredshet kan trolig relateres til at informantene tilhørte ulike institusjoner, som gir ulike forutsetninger for håndtering. I tillegg vil nok forberedelsene som var gjort spille en vesentlig rolle. Det er nærliggende å tro at informantene som var tilfreds, hadde ledere som jobbet for å imøtekomme deres behov, og var synlige på arbeidsplassen. Enkelte informanter fortalte om regelmessige digitale møter, relatert til den sosiale distanseringen. Erfaring tilsier at desto bedre rustet en er, desto bedre håndterer man det som skal møte en.

Informantenes ulike opplevelser fra tiden da smitten brøt ut og ankom arbeidsplassen, vil trolig ha hatt en innvirkning på arbeidsmiljø og jobbtilfredshet. Et trygt miljø er viktig for at det skal være trygt for pasientene (21). Funn viser at flertallet av informanter tar med seg positive opplevelser og gode erfaringer fra sitt arbeid, tross tunge dager og utslitt personell. En informant påsto at man ofte blir tettere knyttet når man står i noe vanskelig sammen. Flere følte på et bedre samhold og samarbeid, som samsvarer godt med funn fra en tidligere studie, hvor informantene erfarte at utbruddet ga positive læringsopplevelser og økt følelse av samvær og samarbeid (9). Informantene som var uenig i disse uttalelsene hadde, som det fremgår av resultatene, arbeidsplasser som var preget av eksternt innhentet personell og fraværende ledelse. Med bakgrunn i studiens resultater og forskning er det grunnlag for å tro at en fraværende ledelse og eksternt innhentet personale kan være medvirkende årsak til den opplevde misnøyen.

Sosial støtte og kontakt

Et flertall av informantene i studien oppga frykt for å være smittekilder, som førte til at de i høyeste grad oppholdt seg alene når de ikke var på arbeid. Sosial støtte fra familie og venner blir ansett som en svært viktig ressurs for å lindre blant annet psykisk nød og utbrenthet (5,14). Forskning viser at sosial støtte spiller en vesentlig rolle i arbeidet med å redusere stress og opplevd traume, slik som arbeid med COVID-19 kan medføre (22). Hvordan kan helsepersonell balansere faglige forpliktelser og personlig ansvar? På den ene siden er helsepersonell forpliktet til å ivareta koronasmittede pasienter, som er totalt avhengig av dem for å klare seg. På den andre siden står de de elsker og selv er avhengig av på alle måter (4).

Mange påla seg selv, og familien, strenge restriksjoner når det gjaldt sosial kontakt, og var svært nøye på å overholde smittevernregler, men kun et fåtall av informantene valgte å isolere seg totalt fra familiemedlemmene sine. Derimot har helsepersonell i enkelte land, i frykt for å være smittekilder, satt seg i karantene eller funnet seg andre steder å bo under sitt arbeid (5). Det å isolere seg kan føre til at helsepersonell i mindre grad opplever nødvendig støtte, som trekker en tråd til viktigheten av støtte og godt miljø på arbeidsplassen (1). Informantene som ikke gjorde ekstra innstramminger for seg selv eller familien sin, eller isolerte seg fra dem, vektla behovet for sosial kontakt og familiestøtte. De hevdet at å ha noen å dra hjem til var en trygghet, til tross for at frykten for smitte sto høyt. Enkelte informanter fortalte at deres nærmeste stolte på at de var friske, og var av den grunn ikke bekymret for å bringe smitte. Dette førte for noen til at de stolte mer på egne evner, og til dels la fra seg bekymringen, slik

at de kunne fokusere på tryggheten familien ga. Nie et al. underbygger viktigheten av sosial støtte fremfor isolasjon, og viser til varierende bekymring for egen og familiens helse (1).

Vår psykiske helse er erfaringsmessig avgjørende for å overvinne kriser. Det viser seg at helsepersonell trenger støtte for å gjenvinne det vante, og ofte tilbys dette i form av kognitiv atferdsbehandling, som kan hjelpe oss mot traumer (4).

Som nevnt har kun et fåtall av informantene benyttet seg av profesjonell psykologisk hjelp. Dette samsvarer i rimelig grad med studien til Muller et al., som fremhever den lave interessen for profesjonell hjelp, og større avhengighet av sosial støtte og kontakt (5).

Psykisk helse og stigmatisering

Uforutsigbarheten og usikkerheten knyttet til koronapandemien har ikke bare hatt uønskede psykiske helseeffekter hos personer med allerede eksisterende psykiske lidelser, men også hos tidligere friske mennesker, derav helsepersonell i frontlinjen (6).

Noen av de største sammenhengene mellom psykiske helseproblemer viser seg å være eksponering for koronaviruset og bekymring for selv å bli smittet eller for å smitte andre (5). Resultater i studien viser til at pandemien har ført til en rekke psykiske påkjenninger hos informantene; som utbrenthet, ensomhet, symptomer på angst og depresjon, søvnforstyrrelser og manglende beslutningsevne. Lignende funn ser vi i en annen studie knyttet til arbeid i frontlinjen, hvor det også rapporteres om symptomer på depresjon, opplevd angst og søvnløshet. Bemerkelsesverdig er det at 76,7% av deltakerne var kvinner (3).

At det kun er kvinnelige informanter i denne studien, kan ha innvirket på funnene som er gjort og fremstillingen av disse.

Norsk sykepleierforbunds rapport fra den første fasen av koronapandemien hevder at kvinnelige sykepleiere har rundt 20% høyere sannsynlighet for å uttrykke at den psykiske helsen er negativt påvirket enn mannlige (16). Lai et al. konkluderer med de samme tendensene; kvinner rapporterte mer alvorlige symptomer enn menn (3,16). I tillegg til de nevnte psykiske innvirkningene, har frykten for å være smittekilder ført til store begrensninger i informantenes sosiale kontakt, som ser ut til å være en betydelig faktor når det kommer til den psykiske helsen. Det er mange faktorer som har påvirket informantene og fremkalt de psykiske reaksjonene, blant annet dilemmaet mellom faglig forsvarlighet og

personlig ansvar. Den første fasen av pandemien var preget av mangel på en rekke smittevernsutstyr (1,16).

Lite tilgang på utstyr førte for mange til opprettelse av skiftplan, for å redusere forbruket av utstyr. Noen informanter fortalte om 12-timers beredskapsturnus, og oppå dette en fire-fire ordning; fire timer med utstyr, fire timer pause. På denne måten ble arbeidsintensiteten og forbruket av smittevernsutstyr redusert, mens frykten for å bli smittet vokste i tråd med mangelen på utstyr. En annen studie fremhever mangelen flere institusjoner har fått føle på, og rapporterer om ekstrem mangel på verneutstyr, som er en av de viktigste faktorene for å påvirke utviklingen og bekjempe pandemien (23). Egen erfaring tilsier at mangel på utstyr, som førte til en rekke ugunstige løsninger for å beskytte seg mot viruset, forverret bekymringen og frykten for å bli smittet og bringe med seg smitte.

For å unngå å bli smittet har mange i frontlinjen blitt unngått og utstøtt av familie og venner, som har ført til at de ikke bare har måttet takle pandemien, men også bekymring fra kjente og stigmatisering fra samfunnet. Det viser seg at helsepersonell ble behandlet annerledes grunnet sitt arbeid i frontlinjen, fordi de hadde høyere risiko for en potensiell infeksjon, og folk fryktet å møte dem fordi de trodde helsepersonellet hadde viruset med seg (1,13). Det er grunn til å tro at dette har ført til psykisk nød (1). Til tross for rapportering om høy grad av stigmatisering i ulike studier, var opplevelsen betydelig mindre hos informantene i denne studien. Slik det fremgår av resultatene var det kun et fåtall informantene som opplevde stigmatisering i betydelig grad, i form av unngåelse og utstøtelse. Resterende informanter fortalte om opplevd stigmatisering i mindre grad, blant annet knyttet til fordommer mot dem. Det er nærliggende å tro at dette kan knyttes opp mot menneskers frykt for å bli smittet, slik det kommer frem i en rekke studier (6,13–15). Hva som gjør at det i liten grad er opplevd stigmatisering blant informantene finnes det ingen svar på, men det er nærliggende å tro at Norges håndtering av pandemien, tillit til helsepersonell, og relativt lave smitte- og dødstall i forhold til andre land er avgjørende faktorer.

Implikasjoner for sykepleie

Koronapandemien minner oss på betydningen av helsepersonells sikkerhet. Blant annet har utilstrekkelig tilgang på smittevernsutstyr vært ett problem for flere av informantene, som har ført til unødvendig bekymring i forbindelse med arbeidet. Høy arbeidsbelastning og lange vakter har ført til tretthet og stress, som truet helsepersonellens psykiske helse og økte risikoen for utbrenthet.

Klare tiltak og veiledning, sammen med smittevernsutstyr og godt arbeidsmiljø vil trolig kunne redusere risikoen for infeksjon og fysisk og psykisk nød. Et miljø som ikke er trygt for helsepersonellet, vil heller ikke være trygt for pasientene. Det kan ikke gis trygg pleie av høy kvalitet der det er en fysisk trussel mot helsepersonellens sikkerhet og hvor helsepersonell er uopplagte og stresset (21).

Studiens styrker og svakheter

Det er benyttet kvalitative metode for å gi oss innblikk i opplevelser og erfaringer fra arbeid i frontlinjen (18–20), men metodevalget gir et svært begrenset antall informanter, sju stykk, som gjør studien for liten til å trekke en generell beslutning og ikke alle vil kjenne seg igjen i fremstillingen. Likevel kan studien benyttes som inspirasjon for eventuell videre forskning på helsepersonells psykiske helse og pandemiens innvirkning.

En styrke er at studien er basert på intervjuer utført på helsepersonell med nylig opplevd erfaring. Dog bare kvinnelige, som muligens kan relateres til kjønnsbalansen i helse- og omsorgssektoren (24), og som kan ha hatt en innvirkning på resultatene som fremstilles.

Forskning knyttet til koronaviruset er ikke eldre enn 1,5 år, som fører til at en del forskning er hentet fra tidligere studier med lignende omfang, dog ikke eldre enn 2003. Disse er vurdert til å fremdeles være av relevans, da de besvarer nåværende problemstillings hovedpunkter på en god måte. At det er benyttet en rekke fremmedspråklige artikler kan ha ført til unøyaktige oversettelser og feiltolkning av funn.

I forbindelse med datainnsamlingen ble det delt en informasjonspost i sosiale medier, for å skaffe informanter som var relevant for studien. I den forbindelse er utvalget informanter begrenset til personer denne posten nådde ut til, da tilgangen på informanter var noe presset i forbindelse med pandemien. Dataen innhentet via spørreskjema var noe ufullstendig og mangelfull, mulig relatert til dårlig formulering av spørsmål uten mulighet for å stille oppfølgingsspørsmål. Et felt merket «annet» gjorde at informantene kunne tilføye informasjon de anså som relevant, men som i liten grad ble benyttet.

Diskusjonen er basert på resultater fra de utførte intervjuene, egne erfaringer fra arbeid i feltet og relevant litteratur og forskning. Forskers egne erfaringer fra arbeid i feltet gjør at både intervjuguide og de utførte intervjuene kan være farget av egne opplevelser og forståelse av problemstillingen. Forsker var bevisst på dette på forhånd og har forsøkt å ikke la dette ha

innvirkning på fremstillingen av resultatene i oppgaven. Analyse og tolkning kan likevel ikke anses som 100% objektiv, da egne erfaringer og forventninger kan ha hatt en viss innvirkning (20).

KONKLUSJON

I denne studien er helsepersonells subjektive opplevelser med koronapandemien undersøkt, og funnene som presenteres må forstås som en sammenfatning av erfaringer fra de enkelte.

Denne studien tyder på at koronapandemien i varierende grad har hatt psykisk innvirkning på helsepersonell i Norge, blant annet i form av symptomer på angst og depresjon, utbrenthet og søvnforstyrrelser. Det viser seg å være mange ulike årsaker til dette, men høye arbeidsbyrder og ugunstige arbeidsforhold ser ut til å være medvirkende faktorer. Mange har vært redde for å bli smittet eller bringe med seg smitte, og har følgelig opplevd store begrensninger i familie- og privatliv. Vi ser betydningen av sosial- og familiestøtte og sosial kontakt for å ivareta den psykiske helsen. Det er derfor viktig med et større fokus på helsepersonells psykiske helse i tiden fremover, da vi må lære og være forberedt på nye pandemier. Stigmatisering er blant informantene opplevd i liten grad og har ikke hatt betydelig innvirkning. Det er nærliggende å konkludere med at arbeid i frontlinjen har hatt ulike innvirkninger på helsepersonell, og at godt arbeidsmiljø og tilstedeværende ledelse er nyttig for jobbtilfredshet, da dette sammen med den begrensede sosial kontakten og støtten har innvirket på informantens psykiske helse i ulik grad. Samlede funn viser at informantene som var tilfreds på arbeidsplassen har rapportert om mindre negativ innvirkning.

LITTERATURLISTE

1. Nie A, Su X, Zhang S, Guan W, Li J. Psychological impact of COVID-19 outbreak on frontline nurses: A cross-sectional survey study. *J Clin Nurs*. november 2020;29(21–22):4217–26.
2. Ghawadra SF, Abdullah KL, Choo WY, Phang CK. Mindfulness-based stress reduction for psychological distress among nurses: A systematic review. *J Clin Nurs*. november 2019;28(21–22):3747–58.
3. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, mfl. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2. mars 2020;3(3):e203976.
4. Hossain F, Clatty A. Self-care strategies in response to nurses' moral injury during COVID-19 pandemic. *Nurs Ethics*. februar 2021;28(1):23–32.
5. Muller AE, Hafstad EV, Himmels JPW, Smedslund G, Flottorp S, Stensland SØ, mfl. The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. *Psychiatry Res*. november 2020;293:113441.
6. Moreno C, Wykes T, Galderisi S, Nordentoft M, Crossley N, Jones N, mfl. How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. september 2020;7(9):813–24.
7. Maunder R, Hunter J, Vincent L, Bennett J, Peladeau N, Leszcz M, mfl. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 13. mai 2003;168(10):1245–51.
8. Li L, Wan C, Ding R, Liu Y, Chen J, Wu Z, mfl. Mental distress among Liberian medical staff working at the China Ebola Treatment Unit: a cross sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. desember 2015;13(1):156.
9. Nickell LA. Psychosocial effects of SARS on hospital staff: survey of a large tertiary care institution. *Can Med Assoc J*. 2. mars 2004;170(5):793–8.
10. Tham KY, Tan YH, Loh OH, Tan WL, Ong MK, Tang HK. Psychiatric morbidity among emergency department doctors and nurses after the SARS outbreak. *Ann Acad Med Singapore*. september 2004;33(5 Suppl):S78-79.
11. Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*. 2. juni 2020;323(21):2133.
12. Shah M, Roggenkamp M, Ferrer L, Burger V, Brassil K. Mental Health and COVID-19: The Psychological Implications of a Pandemic for Nurses. *Clin J Oncol Nurs*. 1. februar 2021;25(1):69–75.
13. Hewlett BL, Hewlett BS. Providing Care and Facing Death: Nursing During Ebola Outbreaks in Central Africa. *J Transcult Nurs*. oktober 2005;16(4):289–97.
14. Gu Y, Hu J, Hu Y, Wang J. Social supports and mental health: a cross-sectional study on the correlation of self-consistency and congruence in China. *BMC Health Serv Res*. 28. juni 2016;16(1):207.
15. Taylor S, Landry CA, Rachor GS, Paluszek MM, Asmundson GJG. Fear and avoidance of healthcare workers: An important, under-recognized form of stigmatization during the COVID-19 pandemic. *J Anxiety Disord*. oktober 2020;75:102289.

16. Melby L, Thaulow K, Lassemo E, Ose S. Sykepleieres erfaringer med første fase av koronapandemien [Internett]. Trondheim; 2020 nov s. 348. Report No.: 2020:01213. Tilgjengelig på: https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/sintef_endeligrapport_1des20.pdf
17. Johannessen A, Christoffersen L, Tufte PA. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. Oslo: Abstrakt; 2016.
18. Brinkmann S, Tanggaard L. Kvalitative metoder empiri og teoriutvikling. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012.
19. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. Tidsskr Den Nor Legeforening [Internett]. 20. oktober 2002;(122:2468-72). Tilgjengelig på: <https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>
20. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. 6. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2017. 267 s.
21. Shaw A, Flott K, Fontana G, Durkin M, Darzi A. No patient safety without health worker safety. The Lancet. november 2020;396(10262):1541–3.
22. Fu C-Y, Yang M-S, Leung W, Liu Y-Y, Huang H-W, Wang R-H. Associations of professional quality of life and social support with health in clinical nurses. J Nurs Manag. mars 2018;26(2):172–9.
23. Wang X, Zhang X, He J. Challenges to the system of reserve medical supplies for public health emergencies: reflections on the outbreak of the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) epidemic in China. Biosci Trends. 16. mars 2020;14(1):3–8.
24. Dolonen KA. Ny rapport: Vil ha flere menn i helseyrker. Sykepleien [Internett]. 19. juni 2020 [sitert 13. april 2021]; Tilgjengelig på: <https://sykepleien.no/2020/06/ny-rapport-vil-ha-flere-menn-i-helseyrker>

