

Ole Petter Sætnan

Intensivsykepleiere sine fortellinger om smittevern og kommunikasjon i sykepleie til pasienter med covid-19 i pasientforløpet

Masteroppgave i klinisk sykepleie

Veileder: Marit Kvangarsnes

Desember 2021

Ole Petter Sætnan

Intensivsykepleiere sine fortellinger om smittevern og kommunikasjon i sykepleie til pasienter med covid-19 i pasientforløpet

Masteroppgave i klinisk sykepleie
Veileder: Marit Kvangarsnes
Desember 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn

I mars 2020 ble den smittsomme sykdommen covid-19 definert som en pandemi. Også i Norge ble mange mennesker smittet med covid-19, og norske sykehus og intensivsykepleiere fikk ansvaret for pasienter med covid-19. Dette nye viruset ble en utfordring for intensivsykepleiere, og de opplevde flere aspekter ved sykdommen som gjorde det krevende å yte sykepleie til denne pasientgruppen.

Hensikt

Hensikten med studien var å få kunnskaper om hvordan intensivsykepleiere har erfart å gi sykepleie til pasienter med covid-19 som har fått respiratorbehandling i ulike faser av pasientforløpet. Smittevern, kommunikasjon og samarbeid i sykepleien er lagt vekt på.

Metode

En kvalitativ studie med semistrukturerte intervju ble gjennomført på to intensivavdelinger i Midt – Norge fra mai til juni 2021. Det ble foretatt et strategisk utvalg av informanter: åtte intensivsykepleiere med erfaringer fra å ivareta pasienter med covid – 19, i den tidlige fasen av pandemien. Studien har et narrativt design og dataene ble tematisk analysert.

Resultat

Analysen resulterte i tre tema som beskriver intensivsykepleiernes erfaringer, i ulike faser av pasientforløpet. *Mangel på smittevernrutiner og retningslinjer*, beskriver at det manglet rutiner, retningslinjer og beskyttelsesutstyr i møte med pasienter med covid – 19. *Smittevernet – en utfordring for samarbeid og sykepleie*, beskriver hvordan smittevernet ble en utfordring for samarbeid og kommunikasjon med pasienten og kollegaer. *Utfordrende omsorg for ekstuberte pasienter og pårørende*, beskriver utfordringene med det å ivareta på en god nok måte, isolerte pasienter og deres pårørende.

Konklusjon

Denne studien viser hvordan intensivsykepleiere har erfart flere utfordringer ved det å utøve sykepleie til pasienter med covid-19, gjennom hele pasientforløpet. Smittevernet til disse pasientene hadde en betydelig innvirkning på intensivsykepleiernes utøvende sykepleie og hverdag. Funnene tilsier at man må forberede seg bedre til en pandemi, og se på tiltak i forhold til den organisatoriske planen, både lokalt og nasjonalt. Samtidig vil det være aktuelt å utvikle og ta i bruk teknologi som kan være et hjelpemiddel og en ressurs for å ivareta kontakten mellom pasient og pårørende, og eventuelt legge til rette for bedre kommunikasjon mellom kollegaer.

Abstract

Background

In March 2020, the covid-19 virus was declared as a pandemic virus. Also in Norway there became many peoples infected with covid-19, and several persons became hospitalized, and even had to have treatment in the intensive care unit. The covid-19 virus was a new type of virus that led to a challenging and new way of working for the intensive care nurses.

Aims

To study the experiences of the intensive care nurses nursing for patients treated with mechanical ventilation and with covid-19, through the whole patient course.

Methods

A qualitative study with semi-structured individual interviews conducted at two intensive care units in Norway, from May 2021 to June 2021. The participants were eight intensive care nurses, with experience from nursing of patients with covid-19, in the early phase of the pandemic. The study has a narrative design and data was thematic analyzed.

Results

The data analysis resulted in three main themes, that describes the intensive care nurses' experiences of nursing for patient with covid-19 at the intensive care unit: *Lack of routines and guidelines about infection control, The infection control – a challenge for cooperation and nursing, Challenging care for extubated patients and family.*

Conclusion

The study shows how intensive care nurses have experienced several challenges in nursing for patient with covid-19. The infection control regarding these patients has an impact on the overall nursing. The findings show us the need of better preparation for a pandemic, and to better the cooperation routines in the unit. To better the family care and communication with family and patient, there is a need for technological development to find aid that can be used in practice.

Forord

Masteroppgaven i klinisk sykepleie er et selvstendig vitenskapelig arbeid bestående av en artikkel med tilhørende kappe. Artikkelen er utarbeidet i henhold til forfatterveiledningen fra Journal of Advanced Nursing, hvor artikkelen er tiltenkt publisert. Kappen er en utdypende tekst som inneholder mer inngående teoretiske og metodiske redegjørelser.

Det er mange som fortjener en takk, og først og fremst vil jeg rette en stor takk til intensivsykepleierne som deltok i studien og som har gitt sin stemme til oppgaven.

En stor takk til min veileder Marit Kvangarsnes for ditt engasjement i min studie, for alle tilbakemeldinger, samt konstruktive og hyggelige samtaler på Teams.

Tusen takk til min avdeling, som har lagt godt til rette for meg, slik at jeg har fått gjennomført studiet mitt, og jeg vil også takk Barbro og Elisabeth for et svært godt forslag til tema for studien.

Videre vil jeg uttrykke min takknemlighet til familie, venner og kollegaer for støtte fra sidelinjen, og ikke minst til min mann Rune, den største støttespilleren, som alltid har tro på meg. Tusen takk!

Stjørdal, 26.11.2021

Ole Petter Sætnan

Innhold

1.0 Introduksjon.....	1
2.0 Bakgrunn.....	2
2.1 Smittevern	2
2.2 Intensivsykepleie og samarbeid.....	2
2.3 Kommunikasjon	3
2.4 Pårørendeomsorg.....	3
3.0 Problemstilling / Forskningsspørsmål.....	5
4.0 Metode	6
4.1 Utvalg.....	6
4.2 Datainnsamling.....	6
4.3 Analyse.....	6
4.4 Etikk	10
4.5 Begrensninger.....	10
5.0 Oppsummering av resultater.....	11
6.0 Diskusjon.....	12
6.1 Diskusjon av metode	12
6.2 Diskusjon av resultat.....	12
7.0 Konklusjon	15
Referanser.....	16
Artikkel.....	19
Vedlegg	40

1.0 Introduksjon

Norge har tidligere i moderne tid ikke blitt rammet av en pandemi eller en epidemi, men i andre deler av verden har man sett utbrudd av pandemier og epidemier flere ganger, som for eksempel Sars – virusutbrudd, influensaepidemi (H1N1) og «svineinfluensaen» (Langård og Braut, 2020). Et utbrudd av en smittsom sykdom, som sprer seg raskt mellom mennesker kalles en epidemi, og når dette utbruddet av en epidemi sprer seg raskt over flere land kalles det en pandemi (FN-sambandet, 2020). Covid-19 pandemien hadde sitt utspring i provinsen Wuhan i Kina, og ble av Verdens helseorganisasjon betegnet som en pandemi fra mars i 2020 (World Health Organization, 2020b).

Covid -19 pandemien som oppsto, gjorde seg gjeldende også i Norge, og pasienter med covid -19 var en ny pasientgruppe som sykepleiere i Norge brått og uventet måtte ta ansvar for. Sykepleierne erfarte at de stod i en situasjon der mange pasienter ble kritisk syke samtidig, av et ukjent virus (Sverresdatter Larsen, 2020).

I denne studien er fokuset på intensivsykepleiere sine fortellinger om det å utøve sykepleie gjennom pasientforløpet til pasienter med covid – 19 som får respiratorbehandling på intensivavdelingen. Fortellingene til intensivsykepleierne viste hvordan smittevern, kommunikasjon og samarbeid var utfordrende aspekt ved sykepleie i denne konteksten. Med utgangspunkt i dette, vil denne kappen inneholde teoretiske redegjørelser utover det som det var plass til i artikkelen. Temaene som det blir redegjort for på en utfyllende måte er smittevern, samarbeid, kommunikasjon og pårørendeomsorg. Disse temaene er valgt fordi dette var sentrale funn i studien som jeg så behov for å presentere utfyllende kunnskaper og forskning om. Kappen inneholder også en utdypende refleksjon om det metodiske aspektet i artikkelen, der jeg både vil peke på sterke og svake sider, samt avgrensninger ved studien.

2.0 Bakgrunn

En pasient innlagt i intensivavdeling betegnes som en intensivpasient ved at den har en truende eller manifest, akutt en- eller flerorgansvikt, som kan reversere, helt eller delvis. I en intensivavdeling skal pasienter med svikt i en eller flere vitale organer kunne behandles (Norsk anesthesiologisk forening, 2014). I 2020 ble det i Norge behandlet over 14 000 intensivpasienter, som til sammen utgjorde 67 000 døgn med intensivbehandling (Norsk intensiv- og pandemiregister, 2021). Over tusen pasienter med covid-19, er innlagt intensivavdelinger i Norge under pandemien (Folkehelseinstituttet, 2020c).

2.1 Smittevern

På bakgrunn av at covid-19 er et nytt virus, gjøres det her rede for smittevernet og viruset. SARS-CoV-2, er betegnelsen på det nye koronaviruset som ble oppdaget i januar 2020, og som er en del av koronavirusfamilien. Denne virusfamilien omfatter en rekke ulike virus som kan gi luftveisinfeksjoner, mild forkjølelse, eller utvikle seg til en alvorligere sykdom og føre til død. Måten dette nye viruset smitter på skjer via dråpe og kontaktsmitte. Smitten skjer fra syke personer med smitte, men også fra de som ennå ikke har fått symptomer (Folkehelseinstituttet, 2020a).

Folkehelseinstituttet har utarbeidet råd og anbefalinger om smittevern i forhold til covid-19 på intensivavdelinger og som angir hvilken prioriteringsrekkefølge pasienter bør isoleres etter; luftsmitteisolat, kontaktsmitteisolat, enerom og kohortisolering (Folkehelseinstituttet, 2020b). I forhold til smittevern er aerosolgenererende prosedyrer (AGP) til pasienter med mistenkt, sannsynlig eller bekreftet covid-19, tatt ekstra hensyn til. Dette er visse prosedyrer som omfatter luftveiene hos pasientene, og som kan føre til eksponering av aerosoler fra pasienten til behandler. Ved slike AGP er det anbefalt å bruke oppgradert beskyttelsesutstyr som; åndedrettsvern, øyebeskyttelse, smittefrakk, hansker og hette (Folkehelseinstituttet, 2020b). På intensivavdelinger blir det ofte utført AGP. Derfor mener Folkehelseinstituttet (2020b) at det er hensiktsmessig at de som jobber direkte med covid-19 pasienter på intensivavdelinger, kontinuerlig er ikledd beskyttelsesutstyr som ved AGP. Dette innebærer at intensivsykepleiere som er inne hos pasienter med covid-19, alltid må være ikledd beskyttelsesutstyr når de er inne hos pasienten.

2.2 Intensivsykepleie og samarbeid

Intensivsykepleie er et spesialfelt innen sykepleie, der man har som funksjon å utøve sykepleie til akutt og kritisk syke pasienter i alle aldre (Kaplow & Relf, 2009). En viktig forutsetning for å kunne utøve forsvarlig helsehjelp til pasienten, og for at pasienten skal føle seg ivaretatt, er at helsepersonellet samhandler (Stubberud, 2019). For å oppnå felles behandlingsmål, er man avhengig at hele behandlingsteamet jobber sammen i et kontinuerlig samarbeid. Det vises til studier der et godt intraprofesjonelt samarbeid har innvirkning i positiv retning på pasientens tilstand. Et godt intraprofesjonelt samarbeid vil også være med på å øke effektiviteten av helsetjenesten (Kaplow & Relf, 2009).

For at et intraprofesjonelt samarbeid skal fungere godt, er man avhengig av gjensidig respekt, der partene er tilhørere av hverandre (Kaplow & Relf, 2009). Det viser seg at intraprofesjonelt samarbeid ofte også kan by på utfordringer og Sukhera et al. (2021) peker på at fordommer mellom de ulike profesjonene spiller en viktig rolle. Både internalisering blant de ulike profesjonene, om deres egne fordommer, hvordan de ulike profesjonene tar til seg fordommen påvirker fordommene mellom profesjonen og samarbeidet. Samtidig ser man at ulike profesjoner bidrar til intraprofesjonelt samarbeid, ved aktivt å bygge broer mellom profesjonene og forhandler om uenigheter. Dette under

forutsetningen at de har tilstrekkelig rom til samhandling (Schot et. al., 2019). I en studie fra det norske intensivmiljøet ser man at leger var mer fornøyde med samarbeidet enn sykepleiere (Bysheim, 2020). Det legene imidlertid savnet, var en mer presis og konkret kommunikasjon fra sykepleierne sin side (Bysheim, 2020).

2.3 Kommunikasjon

Intensivsykepleierens kommunikasjonsferdigheter er viktig, både mellom profesjoner (Bysheim, 2020), i forhold til intensivpasienten (Kaplow & Relf, 2009) og pårørende (Adams et. al., 2015). For å oppnå og utvikle gode relasjoner til kollegaer, pasienten og pårørende, er selvsikkerhet en viktig faktor ifølge Riley (2012). Selvsikkerheten uttrykker seg i form av en trygg, tydelig og komfortabel sykepleier, noe som kommer til uttrykk i væremåte og kommunikasjon. Sykepleieren er da gjennomgående omsorgsfull og positiv overfor kollegaer, pasienter og pårørende. For å fremstå og opptre selvsikker i møte med andre mennesker må man oppnå øyekontakt med den man kommuniserer med, og være konsis og tydelig i språket. Videre legges det vekt på at man skal snakke klart, inneha en positivitet og være genuin. Det er viktig å ikke opptre unnskyldende, men være en veiviser og ikke minst, ha en sammenfallende verbal og non-verbal kommunikasjon.

Travelbee (1971/2001) hevder i sin teori, at kommunikasjon er et svært viktig verktøy for sykepleieren, som et grunnlag for å utøve sin sykepleie overfor pasienten. I målet om å oppnå et menneske-til-menneske-forhold til pasienten, er kommunikasjon en viktig del av prosessen der man skal lære pasienten å kjenne og ivareta pasientens behov for sykepleie. Videre skal man hjelpe pasienten til å forebygge, mestre og finne mening i sykdom og lidelse. Sykepleiere som kjenner sine pasienter godt, vil ha enklere for å oppfatte endringer i pasientens situasjon og dermed handle raskere med tiltak overfor pasienten. Ved å bruke sine kommunikasjonsegenskaper og observere pasienten, skal sykepleieren kunne avdekke pasienten sitt behov. I situasjoner der pasienten selv ikke kan kommunisere, vil observasjonen av pasienten være essensiell, og man må da evne å tolke sine observasjoner. Observasjoner av pasienten kan være å tolke ulike tegn som en kan se, høre og lukte (Travelbee, 1971/2001).

Kommunikasjon med intensivpasienter vil ofte være en utfordring, da mange er sedert, intubert og har redusert bevissthet. I slike situasjoner er det viktig at intensivsykepleiere er bevisst på måten de selv kommuniserer på og kan bruke alternative kommunikasjonsformer overfor pasienten (Bizek & Fontaine, 2009). Kontinuerlig kommunikasjon med pasienten, med informasjon om hva som skjer med dem og rundt de, har vist å trygge pasientene og redusere angst og hallusinasjoner (Bizek & Fontaine, 2009). Både verbal og non-verbal kommunikasjon må brukes overfor pasientene, og berøring vil hos intensivpasienter være en vesentlig del av den non-verbale kommunikasjonen brukt overfor de (Stubberud, 2019).

2.4 Pårørendeomsorg

For å kunne utøve en helhetlig intensivsykepleie er omsorg for, og ivaretagelsen av pasientens familie viktig. De pårørende må ivaretas kontinuerlig under intensivoppholdet til pasienten, og man må imøtekomme og legge til rette for at de psykiske og fysiske behov kan dekkes (Norton, 2009). Intensivsykepleiere opplever samarbeid og kommunikasjon med pårørende som er stor og viktig del av sin jobb, der de legger til rette for informasjonsutveksling mellom sykehuset og familien, samt at de tar vare på familien (Adams et al., 2015).

Pårørende til pasienter som er akutt/ kritisk syke står overfor en stor påkjenning, som innebærer alt i fra om den innlagte dør, økonomiske problemer, tap av pasienten både fysisk og psykisk i kort eller lang tid og et ønske om å være en ressurs. For at pårørende

skal mestre situasjonen, er tilstedeværelse hos pasienten en viktig faktor. Både nærhet til pasienten og det å kunne være til stede for å støtte og berolige setter de pårørende stor pris på, samt et utstrakt behov for kontinuerlig informasjon (Norton, 2009). Det er også vist at pårørende føler seg mer beroliget og tryggere ved at de får være til stede hos pasienten og være en del av den daglige omsorgen og pleien (Al-Mutair, 2013).

Intensivsykepleiere mener også selv de har en svært viktig rolle i det å hjelpe pårørende til å forstå pasientens situasjon og behandlingen som blir gitt, ved å kontinuerlig legge til rette for informasjonsutveksling med pårørende. Fysiske pårørendesamtaler er ofte en god løsning for å best mulig legge til rette for de pårørende (Adams et al., 2015).

Pasienter med covid-19 isoleres under et strengt smittevern på sykehus og på intensivavdelingen. Disse pasientene er svært syke, og er i behov av en kontinuerlig behandling og sykepleie av et kompetent og samhandlende team. For å ivareta pasienten er samhandling mellom kollegaer og pasienten viktig, og kommunikasjon et viktig verktøy å mestre for alle partene. Pårørende til pasienter med covid-19 har også et behov for oppfølging, samtidig som smittevernet til pasientene skal ivaretas.

3.0 Problemstilling / Forskningsspørsmål

Det er i dag lite kunnskap om hva intensivsykepleiere har erfart etter å ha ivaretatt pasienter med covid -19. Det vil derfor være av interesse å få mere kunnskaper om og studere hvordan intensivsykepleierne har erfart å gi sykepleie til pasienter med covid-19, i den første fasen av pandemien i Norge.

Forskningsspørsmålet:

- Hvordan erfarer intensivsykepleiere å utøve sykepleie til pasienter med covid-19 som får respiratorbehandling gjennom pasientforløpet?

4.0 Metode

I kvalitative studier, blir ofte dataene samlet inn i deltakernes egen kontekst, og man kommer nært og naturlig på studiedeltakerne. Samtidig vil deltakeren i kvalitative studier få snakke fritt, uten styring av rigide spørsmålsskjema eller skalaer (Creswell & Creswell, 2018). Denne studien er gjennomført som en kvalitativ studie med en narrativ tilnærming (Chase, 2018), der det er foretatt narrative intervju (Riessman, 2008). Narrativ kommer fra det latinske ordet *narrare*, som betyr å fortelle. Tidligere ble det beskrevet at narrativ bare belyste fortid og nåtid, men at dette har endret seg, og at fremtid nå er inkludert (Chase, 2018). Funnene i denne studien, vil på den måten kunne gi implikasjoner for praksis i fremtiden, ved at de peker på hva som kan bidra til å forbedre kommunikasjon og samarbeid med pasienter og pårørende ved nye epidemier. Designet er valgt for å få kunnskap om den enkelte intensivsykepleiers erfaringer og opplevelser, samt å se på hvordan konteksten påvirket det å utøve sykepleie til denne pasientgruppen.

Kvale og Brinkmann (2015) mener at kvalitative forskningsintervju er den beste måte å undersøke en persons livsverden og hvordan de har opplevd den. Intervjuene er gjort narrative, der fokuset er på informantenes historier (Kvale & Brinkmann, 2015). I en narrativ tilnærming søker man etter livserfaringene til de som har levd de, og det kan være et godt design for å undersøke erfaringene til intensivsykepleierne. Samtidig er narrativ tilnærming en god måte å studere intensivsykepleie i pasientforløpet, da det har et kronologisk hendelsesforløp (Chase, 2018).

4.1 Utvalg

En vanlig utvalgsstrategi i narrativ analyse er å bruke en homogen gruppe, som har den samme bakgrunn for å snakke om et tema (Holloway & Freshwater, 2007), og man foretar et strategisk utvalg av informanter ut ifra oppsatte inklusjonskriterier (Malterud, 2011). Narrative studier har ofte et lavt antall studiedeltakere og narrativ forskning blir ofte kritisert for ikke å være generaliserbar eller overførbar. Men her er det viktig å peke på at den individuelle stemmen også teller, og er en god kilde til viktig informasjon (Holloway & Freshwater, 2007). Deltakerne gav en rik og fyldig beskrivelse av de ulike fasene i pasientforløpet, der fortellingene om kommunikasjon, samarbeid og smittevern var fremtredende.

4.2 Datainnsamling

Datainnsamlingen i denne studien ble gjort gjennom individuelle semistrukturert intervju med åpne spørsmål. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) egner slike intervju seg til å undersøke en intervjupersons livsverden og når man skal snakke om temaer fra yrkeslivet. Intervjuguidene som ble brukt hadde konkrete og åpne spørsmål, med tanke på å få deltakerne til å dele sine erfaringer fritt, gjerne om konkrete hendelser (Malterud, 2011). Fokusgruppeintervju er en annen og ofte benyttet datainnsamlingsmetode, der man skal undersøke helsepersonells erfaringer. På bakgrunn av studiens problemstilling, og konteksten til studien, ble det valgt å gjennomføre individuelle intervju i denne studien. Dette for å fremheve den individuelle intensivsykepleierens stemme (Malterud, 2011).

4.3 Analyse

Analysen i studien startet med transkripsjon. Intervjuet blir da gjort om fra muntlig til skriftlig, det blir strukturert og man begynner å få en oversikt over dataene (Kvale & Brinkmann, 2015). I en narrativ analyse vil personlig og menneskelige dimensjoner av erfaringer over tid fanges opp (Clandinin & Connelly, 2000). Dataene i denne studien ble analysert av forfatter ved en tematisk narrativ analyse (Holloway & Freshwater, 2007). I

en slik analyse vil fokuset være på informantenes historier gjennom intervjuet (Riessman, 2008). Historiene til intensivsykepleierne vil sammenfattes til en fortolket historie. (Kvale & Brinkmann, 2015). Som forfatter er man i narrativ analyse medskapende i fortellingen og det er her viktig å være klar over sin egen innflytelse på studien. Her spesielt med tanke på min egen posisjon, som intensivsykepleier, og med nært kjennskap til feltet som studien er gjort i. Det er viktig som medskaper å ikke ta for stor plass, og overskygge dataene fra studiedeltakeren, og samtidig passe på at deltakerens stemme løftes frem (Holloway & Freshwater, 2007).

Gjennom analysearbeidet var det noen temaer som pekte seg ut i intensivsykepleiernes historier. Dette var fortellinger om smittevern, kommunikasjon og samarbeid. På bakgrunn av at disse tre temaene var så sentrale i intensivsykepleiernes fortellinger i forhold til sykepleie til pasienter med covid-19, har jeg valgt å løfte de frem i analysen.

Under følger to tabeller som viser et utdrag fra analyseprosessen. Tabell 1 viser første ledd i analysen, der fortellingene til intensivsykepleierne er gruppert med utgangspunkt i tre faser i pasientforløpet på intensiv, som er en narrativ tilnærming (Holloway & Freshwater, 2007). De tre fasene i pasientforløpet på intensiv er; 1. Innkomst/tilkopling til respirator, 2. Behandling på respirator og 3. Frakopling fra respirator/utskrivning. Tabell 2 viser neste ledd i analyseprosessen der hvor innholdet og konteksten i de tre ulike gruppene ble til subtema, som videre ble til hovedtema i de ulike fasene.

Tabell 1: Første del av koding

Første fase - Innkomst / tilkopling til respirator

- F: Og jeg vil startet med å spørre deg om hvordan var avdelingen forberedt til å ta imot pasienter med covid-19?
- I: E, hva skal jeg si. Jeg tror kanskje de trodde de var mere forberedt enn de var, har jeg følelsen på. Det var nok mye møter og mye, det var kanskje, dette blir jo det jeg føler da. Jeg føler de hadde mye møter og det var mye frem og tilbake om hvordan man skulle legge opp dette her. Og vi ble, E, jeg var her den første helgen vi hadde covidpasient, og da var det jo sagt at vi skulle ta imot den første på luftisolatet og nummer to skulle vi gå på infeksjonsposten og ha med oss en egen tralle, og, og det var lagt opp et slikt løp. Men så plutselig ble det ikke slik. Det ble gjort om og vi skulle ta imot på luftsmitteisolat, så skulle vi gjøre alle prosedyrene inne på luftisolatet, så skulle vi kjøre pasienten inne på et pasientrom. Også, E, det var vel kanskje, jeg vet ikke om alle var helt enige om det som skjedde heller, for, det føltes nesten litt, litt sånn kaotisk, men det var jo en situasjon som var helt ny for oss alle sammen. Mm

Andre fase – Behandling på respirator

- F: Opplevde du noen generelle utfordringer under selve respiratorbehandlingen av disse pasientene?
- I: Ja, starten, altså i og med at vi var så, skulle seder, de skulle helst ikke hoste, vi skulle jo på en måte ikke ha noe mye aerosoler. Det var jo det skumleste, så det skulle vi unngå så langt det gikk liksom. Det ble jo bruk veldig mye muskelrelaks, skulle helst ikke hoste, E, det hadde vi kanskje måtte ha brukt litt uansett, til den ene pasienten, for den var veldig, veldig dårlig respiratorisk. Tror kanskje vi brukte litt vel mye, så til ettertanke. Men, P, ja.
- F: E, har det vært noe utfordringer med dem, på grunn av at det har vært covid tenker du? Har de vært noen annerledes enn andre intensivpasienter?
- I: E, nei, det eneste som føltes litt sånn, det eneste det er jo at man vet man står veldig alene innpå der. Man må tenke igjennom litte grann, hvis noe skjer, for man vet jo at, E, man får ikke tak i hjelp i løpet av sekunder. Det tar tid før noen kler på seg og kommer inn og hjelper deg. E, så du må, du har på en måte, har en følelse av at du må være litt i forkant hele tiden. Også, den første, den første covidpasienten som jeg hadde, da var vi jo to stykker. Det tror jeg var den helgen der. Da fikk vi jo beskjed om at vi kunne gå inn bare med kirurgiske munnbind, så de første, de første vaktene gikk jeg inn med kirurgiske munnbind, og det føltes ikke helt bra. Så du kan si det at, til en annen, til en annen respiratorpasient, så hadde du ikke villet klemme til så godt på slanger, slik at visste at alle var tette. Også gjorde vi alle bevegelser, når vi snudde og stelte og slike ting veldig sånn synkront og veldig forsiktig. Slik at vi ikke fikk noe, E, at ikke noen av slangene hoppet av da. Det er jo litt annerledes enn til andre respiratorpasienter. Mm.

Tredje fase – Frakopling fra respirator / utskriving

- F: Ja, for da er vi inne på det, fordi da tenker jeg. Hvordan synes du personalet har blitt ivaretatt av avdelingen?
- I: Jeg synes at de har, jeg synes avdelingen har vært bakpå, E, jo man har klart å ivareta, man har laget lister over sårbare kollegaer, som ikke bør eksponeres for covid og sånn, man har greid det ganske godt tror jeg, men det har også resultert i en slik liste med folk som kan gå der, og da har de måttet gå dit hele tiden. Mange har det, mange har blitt veldig flinke på covid, og det er jo flott da, E, men at det har vært en tung byrde for enkelte, når du har noen som ligger 60-90 døgn, at det må ha vært veldig krevende for noen. Jeg er ikke i den kategorien, jeg har hatt akkurat passe med covidpasienter, jeg har vært veldig heldig. E, men, men det har vært veldig tøft, da har de liksom vært de «fabulous five», altså sånn. I en god avdeling er det hver sin gang å bli eksponert for, da deler vi på det. Så det er jo noe det, man kunne ha delt byrdene på en måte, for det er tungt, uansett.

Tabell 2: Eksempel på analyse

Pasientforløpet	Hovedtema	Subtema	Sitater
Innkost / tilkopling til respirator	Mangel på smittevernrutiner og retningslinjer	<ul style="list-style-type: none"> • Nye rutiner • Smittevernustyr • Usikkerhet 	<p><u>Usikkerhet:</u> Det var jo livsfarlig med aerosoler, så vi klemte tuben [...] i begynnelsen var jo det for at vi ikke skulle ha noen aerosoler. (S4)</p> <p><u>Smittevernustyr:</u> Jeg synes det visiret var veldig slitsomt å ha på meg [...] fordi det blir veldig sånn gjenskinn i det, det blir vanskelig å se klart på skjermen, i tillegg til det at man hadde briller, visir og munnbind ikke minst, så var det problem med dugg, og alt sånne ting. (S1)</p>
Behandling på respirator	Smittevernet – en utfordring for samarbeidet og sykepleie	<ul style="list-style-type: none"> • Samarbeid • Barrieresykepleie • Kollegialt • Ivaretagelse av personalet • Behandling 	<p><u>Samarbeid:</u> De var kanskje ikke så nær pasienten som vi var. Det kunne være et savn noen ganger. (S6)</p> <p><u>Barrieresykepleie:</u> Hudkontakten er jo borte, og det er jo faktisk et primært behov, som vi ikke kan dekke. Over lang tid. (S8)</p>

4.4 Etikk

Generelt i kvalitative studier, vil forskeren bruke elementer fra dataene som er relevant for deres forskningsspørsmål. Som forsker må man være åpen for å fremstille nyanser og variasjoner i datamaterialet (Holloway & Freshwater, 2007).

I en intervjurolle vil man ofte være i en maktposisjon, noe man må være klar over, og man skal behandle studiedeltakerne med respekt (Kvale & Brinkmann, 2015). Som forsker og medskaper i narrative studier skal man alltid være klar over sitt eget ståsted og bakgrunn, da det kan være med å prege den medskapende rollen (Holloway & Freshwater, 2007). I denne studien blir det gjort intervjuer av egne kollegaer. Dette skal man være bevisst på som forsker, og informere deltakeren om. Som forsker i denne situasjonen kan man bli en slags «container» for deltakerne, om man må være forberedt på at det kan bli både latter og gråt, samt at det blir rom for stillhet og ettertanke (Malterud, 2011).

Som forsker skal man forholde seg til regler og normer for forskning, og forskningsprosjektet er gjennomført i henhold til Helsinkideklarasjonen (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014). Samtidig er det viktig å vite at alle forskningsprosjekter som omfattes av helseforskningsloven skal forhåndsgodkjennes av Regional etisk komite (REK). Dette forskningsprosjektet vil ikke karakteriseres som helseforskning, da den ikke forsker på mennesker med intervensjoner, bruker humant biologisk materiale eller innhenter helseopplysninger (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, u.å.). Studien er likevel godkjent av Norsk senter for forskningsdata, da den behandler personopplysninger. Studien er også godkjent av Data Access Committee (DAC) Nord – Trøndelag, samt avdelingslederne på de to respektive intensivavdelingene.

Deltakerne i studien fikk informasjon om at deltagelse i studiene var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg, uten at det vil få noen konsekvenser for dem. Alle deltakere leverte et skriftlig informert samtykke om deltagelse i studien (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2009).

4.5 Begrensninger

Studien er en kvalitativ studie foretatt i Norge, ved to intensivavdelinger. Studien kan ikke generaliseres, men det er heller ikke målet for en narrativ studie. Målet er å få nye kunnskaper og forståelse fra pasientforløpet til covid-19 pasienter, på intensivavdelingen. Intensivavdelingene hadde et lavt antall innlagte pasienter med covid-19, slik at erfaringene til intensivsykepleierne er begrenset. Det er kun gjort intervjuer med intensivsykepleiere. Det vil være av stor interesse å intervjuer pasientene, for å studere deres opplevelse av pasientforløpet.

5.0 Oppsummering av resultater

Åtte intensivsykepleiere med erfaring fra å behandle pasienter med covid-19 på intensivavdeling har formidlet sine fortellinger om det å utøve sykepleie til disse pasientene på intensivavdelingen i pasientforløpet. Analysen av dataene resulterte i tre tema i resultatdelen i artikkelen:

- Mangel på smittevernrutiner og retningslinjer
- Smittevernet – en utfordring for samarbeidet og sykepleie
- Utfordrende omsorg for ekstuberte pasienter og pårørende

Fortellingene handler om hvordan intensivsykepleiere erfarte at sykehus og avdeling var lite forberedt til å ta imot pasienter med covid-19, og at man manglet retningslinjer og rutiner for å ivareta og isolere disse pasientene. Det personlige beskyttelsesutstyret som ble brukt skapte mye utfordringer, med fysisk ubehag ved bruk, og i kommunikasjon med pasienter, pårørende og kollegaer. Smittevernet som var gjeldende rundt disse pasientene, ble på flere områder en utfordring i den daglige omsorgen og behandlingen av pasienten. Det interprofesjonelle samarbeide ble en utfordring, men også det å utøve sykepleie til disse pasientene. Spesielt hos ekstuberte pasienter opplevde intensivsykepleierne utfordringer med sykepleieutøvelsen, der de fortalte at mange pasienter utviklet delirium. Det å skulle ivareta pårørende var også vanskelig, da de i svært liten grad fikk anledning til å fysisk komme på besøk i intensivavdelingen.

6.0 Diskusjon

6.1 Diskusjon av metode

I denne studien skulle intensivsykepleieres erfaringer med å utøve sykepleie til pasienter med covid-19 i et pasientforløp undersøkes. For å best mulig undersøke dette og løfte stemmene til den enkelte intensivsykepleier, ble det valgt å bruke en kvalitativ metode, med et narrativ design, som ble vurdert som mest hensiktsmessig (Kvale & Brinkmann, 2015). Datainnsamlingen ble gjort ved å bruke semistrukturerte intervju, som vil være med å innhente dybdekunnskap fra de som kjenner fagfeltet godt. Erfaringene ved å bruke valgt metode, viser at metoden var relevant for studien, da den gav rike data for å analysere frem ny kunnskap.

En svakhet i studien kan være at forsker ikke har erfaringer med forskningsintervju, men intervjuguiden ble diskutert og utarbeidet sammen med veileder. Samtidig ble det foretatt et pilotintervju, for å teste ut intervjuguiden og for å gjøre seg noen erfaringer som forsker (Malterud, 2011).

Transkriberingen ble gjennomført av forsker. Ofte kan mye gå tapt i transkripsjonen. Det er derfor viktig å få med det usagte og gjemte i intervjuene, som lett kan bli glemt i transkripsjonen, noe som er svært viktig i narrativ forskning (Holloway & Freshwater, 2007). Transkripsjonene inneholdt både følelser og non-verbal kommunikasjon, som gir en mer helhet i det deltakerne formidlet. En møysommelig transkripsjonsprosess er en styrke for studiens pålitelighet og gyldighet (Malterud, 2011).

Analysen ble gjennomført som en tematisk analyse (Holloway & Freshwater, 2007), der prosessen har foregått i flere trinn. En analyseprosess med flere trinn gir en grundig analyse av dataene og en bekreftelse på metningen. Analyseprosessen er også gjort transparent (Malterud, 2011).

Intervjuene ble gjennomført fysisk, i nøytrale rom i tilknytning til deltakernes avdeling. Intervjuene ble gjennomført uten forstyrrelser, slik at deltakerne fikk snakke fritt og uforstyrret. Studien inkluderte deltakere fra to ulike sykehus, som gir en styrke til studien, med variasjon i deltakerne (Malterud, 2011).

Studiens tema om pasienter med covid-19 på intensivavdeling, er et svært dagsaktuelt tema. Vi er fortsatt i en pandemi, der intensivsykepleie stadig er innslag i media- og nyhetsbilde, samtidig som det er et politisk aktuelt tema. Studien tilfører ny og svært viktig kunnskap om intensivsykepleie og hvordan det er å yte sykepleie til pasienter som isoleres med covid-19.

6.2 Diskusjon av resultat

Det er siden covid-19 pandemiens start, gjort mye forskning på covid-19 (World Health Organization, 2020a). Noe av forskningen omhandler helsepersonell og deres erfaringer i det å yte omsorg og pleie for pasienter med covid-19, samt at man har sett på hvordan man har opplevd det som helsepersonell å være i en pandemi, og hvilke følger det har fått (Akkus et al., 2021, Cha & Park, 2021, Fernández-Castillo et al., 2021, Gordon, et al., 2021, Lake et al., 2021, Moradi et al., 2021 og Yifan et al., 2020).

Forskningen på covid-19 som er innhentet i forbindelse med denne studien er brukt gjennomgående i drøftingen med funnene, både i forhold til hvordan man var forberedt på pandemien, kommunikasjon og samarbeid, og ivaretagelse av pasient og pårørende. Selv om det er gjort mye forskning på covid-19 og helsepersonellens erfaringer, er det lite forskning som er gjort i den vestlige verden. Mesteparten er gjort i asiatiske land. Ved å

gjennomføre denne studien, vil erfaringer fra norske intensivsykepleiere løftes frem, slik at man kan belyse deres erfaringer også. Selv om de norske sykehusene kun har hatt i overkant av 1000 innlagte pasienter på intensiv (Folkehelseinstituttet, 2020c), er dette et grunnlag for å gjøre erfaringer.

Selv om pandemien med covid – 19 var noe helt nytt, har man fra tidligere pandemier og epidemier noen erfaringer som er presentert i ulike studier (Honey & Wang, 2012, Im et al., 2018 og Lee et al., 2020). Studiene presenterer blant annet helsepersonells erfaringer fra å jobbe under utbrudd av MERS i Sør -Korea, som man kan trekke sammenligninger med til utbruddet av covid-19. Dataene fra den nevnte forskningen, kan i stor grad sees i sammenheng med data fra denne studien når det gjelder smittevernutstyr. Studiene til Honey og Wang, (2012) og Im et al. (2018) viser at helsepersonellet har store utfordringer med å bruke personlig beskyttelsesutstyr, noe vi også ser i denne studien. Oversiktsartikkelen til Houghton et al. (2020) har sett på en rekke helsepersonell sine erfaringer med bruk av personlig beskyttelsesutstyr, til ulike type isolerte pasienter. Funnene her samsvarer også med funn fra andre studier, samt funn i denne studien. Det samme gjelder studiene til Akkus et al. (2021), Gordon et al. (2021), Moradi et al. (2021) og Yifan et al. (2020), som alle omtaler bruk av personlig smittevernutstyr under behandling av pasienter med covid-19, og som viser at smittevernet er en stor utfordring for sykepleierne å bruke og som blir en stor belastning i arbeidshverdagen.

Funnene i denne studien forteller om ulike aspekt ved samarbeid. Dette innbefatter samarbeid mellom sykepleierne, interprofesjonelt samarbeid og samarbeid med pårørende. Intensivsykepleieren trekker frem et vanskeliggjort samarbeid med legene rundt pasienter med covid-19, som også er avdekket i tidligere covid- 19 forskning (Akkus et al., 2021 og Lake et al., 2021). Ser vi på erfaringer fra det norske intensivmiljøet, er legene generelt mer fornøyd med samarbeidet enn sykepleierne. I studien til Schot et al. (2019) påpeker han at et interprofesjonelt samarbeid krever tilstrekkelig rom for samhandling. Dette kan tenkes å være en utfordring hos pasienter med covid -19, der man kanskje ikke har opplevd å ha like gode forutsetninger for visitt og samarbeid, ved at intensivsykepleierne alltid var inne hos den isolerte pasienten, og legene i mindre grad var inne på rommet.

Intensivsykepleieren trekker frem kommunikasjon som en utfordring i forbindelse med smittevernet og det personlige beskyttelsesutstyret. Kommunikasjon ovenfor intensivpasienter er generelt en utfordrende oppgave, da de ofte er intubert og ligger sedert (Bizek & Fontaine, 2009). Kommunikasjon er ifølge Travelbee (1971/2001) svært viktig for å kunne yte omsorg overfor pasientene. Hos intensivpasienter må man være bevisst på kontinuerlig informasjon for å trygge pasienten, (Bizek & Fontaine, 2009) og i noen situasjoner bevisst bruke berøring (Stubberud, 2019). Hos pasienter som krever at helsepersonellet er ikledd personlig beskyttelsesutstyr som hette, munnbind, visir, hansker og frakk, må man som sykepleiere jobbe ekstra hardt for å oppnå en god kommunikasjon med pasientene. Og hos isolerte intensivpasienter vil det være en enda større barriere, ved å ikke komme nært nok pasientene. Travelbee (1971/2001) sier at man må bruke hørsel, øyne og lukt for å observere pasienter som ikke kan kommunisere, men til og med dette vil være en prøvelse for sykepleiere når man er iført personlig beskyttelsesutstyr.

Ivaretakelsen av pårørende er også en viktig del av arbeidet som intensivsykepleier (Bizek & Fontaine, 2009 og Norton, 2009) og som forskning viser at man som intensivsykepleier er opptatt av (Adams et al., 2015). Pårørende til pasienter på intensivavdelingen har et behov for å være til stede hos den syke, og de har et behov for å bli ivaretatt (Norton, 2009). Ivaretakelsen av pårørende var for intensivsykepleierne en

utfordring hos pasienter med covid-19, der intensivsykepleierne følte de var utilstrekkelig for pårørende. Dette da pårørende ikke fikk lov til å være på besøk, på bakgrunn av det strenge smittevernet. I en slik situasjon vil ikke intensivsykepleieren oppnå å være til stede for pasientens familie, og dermed ikke kunne tilrettelegge å være den støtte og hjelp man vanligvis er.

7.0 Konklusjon

Denne studien gir oss ny kunnskap om hvordan man som intensivsykepleier opplevde og erfarte det å behandle pasienter på intensivavdelingen med covid-19, gjennom pasientforløpet, i den første fasen av pandemien. Det som utpekte seg i omsorgen til disse pasientene var smittevern, kommunikasjon og samarbeid. Intensivsykepleieren opplevde utfordringer med smittevernet, både i mangel av rutiner og retningslinjer, men også av mangel på personlig beskyttelsesutstyr.

Det personlige beskyttelsesutstyret bød på utfordringer for intensivsykepleieren, både i form av fysisk ubehag, men også i forhold til kommunikasjon. Kommunikasjon er et viktig verktøy for sykepleiere og kommunikasjonsutfordringer blir svært merkbare for sykepleierne i denne situasjonen. Smittevernet virket også inn på samhandlingen, der intensivsykepleierne forteller om hvordan dette påvirket samarbeidet med leger.

Det ble også en utfordring å ivareta de pårørende, da de fikk lite tilgang til avdelingene i tidlig fase. Det å imøtekomme deres behov med nærhet til pasienten ble umulig, og for sykepleierne ble det ikke mulig å oppnå det samme forholdet som til andre pårørende.

Fortellingene til intensivsykepleierne inneholder erfaringer som sier noe om en utfordrende arbeidshverdag i det å ivareta pasienter med covid-19. Pandemien gav intensivsykepleiere nye erfaringer som er viktige å formidle videre. Erfaringen kan brukes for å se hvordan man organiserer avdelingen for nye typer sykdommer og hvordan man kan utvikle samarbeidet i avdelingen mellom profesjoner. Det vil også være aktuelt å se på hvordan man best mulig kan imøtekomme pasienten og pårørendes behov ved strenge smitteverntiltak, ved å legge til rette for bedre kommunikasjon med å bruke ulike helseteknologiske hjelpemidler i større grad. Dette vil kunne føre til forbedringer av praksis, spesielt med tanke på samarbeid og tilrettelegging for ivaretagelse av pårørende. Videre forskning vil også være av behov. I videre forskning vil det være av interesse å studere både leger og pårørende sine erfaringer, for å få kunnskap om deres opplevelser fra pasientforløpet på intensiv.

Referanser

- Adams, A. M. N., Mannix, T., og Harrington, A. (2015) Nurses' communication with families in the intensive care unit – a literature review. *Nursing in Critical Care*. 22,2. 70-80. <https://doi.org/10.1111/nicc.12141>
- Akkus, Y., Karacan, Y., Güney, R., og Kurt, B. (2021) Experiences of nurses working with COVID-19 patients: A qualitative study. *Journal of clinical nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.15979>
- Al-Mutair, A. S., Plummer, V., O'Brien, A. og Clerehan, R. (2013) Family needs and involvement in the intensive care unit: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 13-14, 1805-1817. <https://doi.org/10.1111/jocn.12065>
- Bizek, K. S. & Fontaine, D. K. (2009) The Patients' s Experience With Criticall Illness I: Morton, P. G. og Fontaine D. K. (Red.) *Critical care nursing* (9.utg) Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Bysheim, M., Lygren, H. M. og Reime, M. H. (2020) Sykepleieres og legers oppfattelse i intensivavdelinger – en tverrsnittstudie. *Inspira*, 15, 4, 6-15.
- Chase, S. E. (2018) Narrative Inquiry Toward Theoretical and Methodological Maturity I: Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (Eds.) *The Sage handbook of qualitative research*. 5. utg. Los Angeles: Sage.
- Cha, C. & Park, S. (2021) Information flow and nursing care during the early phase of the COVID-19 pandemic. *Journal of clinical nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.15898>
- Clandinin, D. J. & Connelly, F. M. (2000) *Narrative inquiry: Experience and story in qualitative research*. Jossey-Bass.
- Creswell, J. W. & Creswell. J. D. (2018) *Research design. Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. SAGE. (5.utg)
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014) *Helsinkideklarasjonen*. Hentet 17. februar 2021 fra: <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2009) *Helseforskningsloven*. Hentet 7. oktober 2021 fra: <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helseforskningsloven/>
- Fernández-Castillo, R-J., González-Caro, M-D., Fernández-García, E., Porcel-Gálvez, A-M. og Garnacho-Montero, J. (2021) Intensive care nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Nursing in Critical Care*. 26,5, 397-406 <https://doi.org/10.1111/nicc.12589>
- FN- Sambandet (2020, 13. mars) *Hva vil det si at WHO kaller koronaviruset en pandemi?* <https://www.fn.no/Nyheter/Hva-vil-det-si-at-WHO-kaller-koronaviruset-en-pandemi>
- Folkehelseinstituttet (2020a) *Fakta om koronaviruset SARS-CoV-2 og sjukdommen covid-19*. Hentet 6. november 2020 fra

<https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta-og-kunnskap-om-covid-19/fakta-om-koronavirus-coronavirus-2019-ncov/?term=&h=1>

Folkehelseinstituttet (2020b) *Råd til spesialisthelsetjenesten*. Hentet 6. november 2020

<https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/helsepersonell/tiltak-i-spesialisthelsetjenesten-ved-mistenkt-og-bekreftet-smitte-med-nytt/?term=&h=1#intensivavdelinger>

Folkehelseinstituttet (2020c). *Statistikk om coronavirus og covid-19*. Hentet 20.

september 2021 fra <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/corona/dags-og-ukerapporter/dags--og-ukerapporter-om-koronavirus/>

Gordon, J. M., Magbee, T., og 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. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151418>

Holloway, I. & Freshwater, D. (2007) *Narrative Research in nursing*. Blackwell Publishing

Honey, M. & Wang, YQ. W. (2012) New Zealand nurses perceptions of caring for patients with influenza A (H1N1). *Nursing in Critical Care*. British Association of Critical Care Nurses. 18,2, 63-69 <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2012.00520.x>

Houghton, C., Meskell, P., Delaney, H., Smalle, M., Glenton, C., Booth, A., Chan, XHS., Devane, D. og Biesty, LM. (2020) Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013582>

Im, S-B., Baumann, S. L., Ahn, M., Kim, H., Youn, B-H., Park, MK. og Lee, O- J. (2018) Experience of Korean Nurses During the Middle East Respiratory Syndrome Outbreak. *Nursing Science Quarterly*, 31, 72-76. <https://doi.org/10.1177/0894318417741119>

Kaplow, R. & Relf, M. (2009) *Critical care nursing practice: Promoting excellence through caring, competence, and commitment*. I: Morton, P. G. og Fontaine D. K. (Red.) *Critical care nursing* (9.utg) Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademisk

Lake, E. T., Narva, A. M., Holland, S., Smith, J. G., Cramer, E., Fitzpatrick Rosenbaum, K. E., French, R., Clark, R. S. S., Rogowski, J. A. (2021) Hospital nurses' moral distress and mental health during COVID-19. *Journal of Advanced Nursing*, <https://doi.org/10.1111/jan.15013>

Langård, S. & Braut, G. S. (2020, 06. oktober) *epidemi*. Store medisinske leksikon på snl.no. Hentet 6. november 2020 fra <https://sml.snl.no/epidemi>

Lee, Y. J., Hong, J. H. og Park, E. Y. (2020) Beyond the fear: Nurses' experiences caring for patients with Middle East respiratory syndrome: A phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, 29, 3349-3362 <https://doi.org/10.1111/jocn.15366>

Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Universitetsforlaget.

Moradi, Y., Baghaei, R., Hosseingholipour, K. og Mollazadeh, F. (2021) Challenges experienced by ICU nurses throughout the provision of care for COVID-19

- patients: A qualitative study. *Journal of nursing management*. 29,5, 1159-1168.
<https://doi.org/10.1111/jonm.13254>
- Norsk Anestesiologisk Forening, (2014) *Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge*.
- Norsk Intensiv- og pandemiregister (2021) *Årsrapport for 2020 med plan for forbedringstiltak*.
- Norton, C. (2009) The family`s experience with critical illness I: Morton, P. G. og Fontaine D. K. (Red.) *Critical care nursing* (9.utg) Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (u.å.). *Om å søke REK*. Hentet 04. desember 2020 fra https://rekportalen.no/#hjem/s%C3%B8ke_REK
- Riessman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. SAGE Publications.
- Riley, J. B. (2012) *Communication in Nursing*. Elsevier
- Schot, E., Tummers, L. og Noordegraaf, M. (2019) Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration, *Journal of Interprofessional Care*, 34:3, 332-342, <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007>
- Stubberud, D.-G. (2019) Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov I: Stubberud, D. -G. (Red.) *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2.utg). Gyldendal.
- Sukhera, J., Bertram, K., Hendrikx, S., Chisolm, M. S., Perzhinsky, J., Kennedy, E., Lingard, L. og Goldszmidt, M. (2021): Exploring implicit influences on interprofessional collaboration: a scoping review, *Journal of Interprofessional Care* <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1979946>
- Sverresdatter Larsen, L. (2020, 23. mars) *Vi sykepleiere gjør det vi kan*. Unio. <https://www.unio.no/perspektiv/unio-perspektiv-2020-2/vi-sykepleiere-gjor-det-vi-kan/>
- Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (K. M. Thorbjørnsen, Overs.) Gyldendal Akademiske. (Opprinnelig utgitt 1971)
- World Health Organization (2020a) *COVID-19 Global literature on coronavirus disease* Hentet 30. september 2021 fra <https://search.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/>
- World Health Organization (2020b) *Timeline: WHO's COVID-19 response* Hentet 6. november 2020 fra <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline#!>
- Yifan, T., Ying L., Chunhong G., Jing S., Rong W., Zhenyu L., Zejuan G. og Peihung L. (2020) Symptom Cluster of ICU Nurses Treating COVID-19 Pneumonia Patients in Wuhan, China. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60, 48-53 <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.039>

Artikkel

Intensivsykepleiere sine fortellinger om smittevern og kommunikasjon i sykepleie til pasienter med covid-19 i pasientforløpet

Ole Petter Sætnan, mastergradsstudium

Intensivsykepleier, Hovedintensiv, St. Olavs hospital, Trondheim

Sammendrag

Hensikt: Å få kunnskaper om hvilke erfaringer intensivsykepleiere har med å utøve sykepleie til pasienter med covid-19 som får respiratorbehandling, gjennom pasientforløpet.

Design: Narrativt design

Metode: Åtte intensivsykepleiere fra to ulike intensive avdelinger ble våren 2021 intervjuet individuelt om sine erfaringer fra å ivareta pasienter med covid -19. Studien har et narrativt design, der det ble foretatt individuelle semi-strukturert intervju. Det ble gjennomført narrative intervju, der man fokuserte på fortellingen til intensivsykepleierne. Fortellingen ble analysert og er re-fortalt av forfatter.

Resultat: Intensivsykepleierne erfarte at smittevernet bød på store utfordringer når det gjaldt å ivareta pasienter med covid-19 i første fase av forløpet. De fortalte om manglende rutiner og informasjon, samt fraværende ledelse. I andre fase gav smittevernet en utfordring rundt samarbeidet med pasienten, med store kommunikasjonsutfordringer. I den siste fase av pasientforløpet fortalte intensivsykepleierne at smittevernutstyret skapte en distanse til pasienten. Det var vanskelig å ivareta pasientene i den våkne fasen, pårørende fikk være lite til stede, og det ble utfordrende å ivareta de også.

Konklusjon: Det å ivareta pasienten med covid-19 var noe som var nytt og som var vanskelig og utfordrende på grunn av det stenge isoleringsregimet.

Implikasjon: Sykepleie av isolerte pasienter er en stor utfordring for intensivsykepleierne. Covid-19 viruset, som var nytt, førte til mye usikkerhet og en stor belastning med å ivareta smittevernet. Det innvirket også på hvordan man samarbeidet på avdelingen og hvordan man klarte å ivareta den enkelte pasienten og dens pårørende. Funnene i studien viser betydningen av at man i fremtiden legger til rette for sykepleie til isolerte pasienter ved å ta i bruk helseteknologiske løsninger for å fremme kommunikasjon med pasienter og pårørende. For å kunne møte nye virus og neste pandemi viser studien at det er behov for organisatoriske grep, på nasjonalt og lokalt nivå, for bedre tilrettelegging for helsepersonellet.

Nøkkelord: kvalitativ forskning, intensivsykepleie, covid-19, pasientforløp, smittevern, kommunikasjon,

1 INTRODUKSJON

Verdens Helseorganisasjon erklærte i januar 2020, covid-19 som en internasjonal offentlig helsekrise, og i mars samme år ble covid-19 erklært å være en pandemi. (World Health Organization, 2020a). Ifølge Verdens Helseorganisasjon var det i verden per 19. september 2021 påvist over 227 millioner smittetilfeller av covid – 19 og over 4,6 millioner mennesker er døde som følge av viruset (World Health Organization, 2020b).

Pandemien gjorde seg gjeldende også i Norge, og det norske helsevesenet forberedte seg etter pandemiutbruddet på å ta imot mange pasienter, og mange intensivpasienter. Frem til 20. september 2021 hadde over 5100 personer med påvist covid -19 vært innlagt norske sykehus, derav nærmere 1000 pasienter innlagt på intensivavdeling (Folkehelseinstituttet, 2020).

Det er gjort mye forskning på covid-19, og Verdens helseorganisasjon har opprettet en egen database med flere hundre tusen artikler som omhandler covid-19 (World Health Organization, 2020c). Noen få av studiene har belyst intensivsykepleiere, og deres erfaringer med pandemien og pasienter med covid -19. Det finnes få europeiske studier, og det er ingen studier som ser på intensivsykepleierne sine erfaringer med pasientforløpet til pasienter med covid – 19 som får respiratorbehandling i intensivavdelingen.

I intensivsykepleiernes fortellinger om sykepleie til pasienter til covid-19 på intensivavdelingen, er det flere utfordringer som trekkes frem av intensivsykepleierne. Studien bygger narrativer og belyser det som sees å være av spesiell betydning når det gjelder sykepleie til pasienter med covid-19. Dette er fortellinger som omhandler smittevern, samarbeid og kommunikasjon.

2 BAKGRUNN

Intensivsykepleie er et spesialfelt innen sykepleie, der man har som funksjon å utøve sykepleie til akutt og kritisk syke pasienter i alle aldre. Pasientene kan ha medisinske og/eller kirurgiske diagnoser og sykepleien til denne typen pasienter foregår døgkontinuerlig i et miljø med mye medisinsk teknisk utstyr. Det vil ofte være et høyt arbeidstempo i en intensivavdeling og arbeidet innebærer alt fra grunnleggende sykepleie, stell og hygiene, medikamentadministrasjon, til ivaretagelse av pårørende. I en intensivavdeling er det viktig å være oppmerksom på den menneskelige kontakten til pasienten, som kan være vanskelig i et høyt teknologisk miljø, samt at pasienten har komplekse og kritiske tilstander (Kaplow & Relf, 2009). På intensivavdelinger legges pasienter som er akutt og/eller kritisk syke, som ofte er ustabile og som trenger avansert og ressurskrevende behandling, som respiratorbehandling (Bizek & Fontaine, 2009).

Som et resultat av intensivbehandling kan det oppstå komplikasjoner i ulike organer hos intensivpasientene. Delirium er den vanligste formen for cerebral dysfunksjon hos intensivpasienter. Dette kjennetegnes ved en forstyrrelse i bevissthetsnivå og en endring i kognisjon (Cavallazzi et al., 2012). Tilstandens sees hos nærmere 75% av pasienter innlagt på intensivavdeling som behandles på respirator (Marcantonio, 2017). Immobilisering, dehydrering, søvnvansker og svekkelse i pasientens sanser er faktorer som innvirker på utviklingen av delirium. Behandling av delirium er sammensatt. Ikke medikamentell behandling er en viktig del av behandlingen, som også innebærer å legge til rette for å minske risikofaktorene for å utvikle delirium. På intensivavdeling handler dette om lydbeskyttelse, naturlig eksponering for lys på dagtid, reduksjon i lyseksponering på natt, normal temperaturregulering og god kommunikasjon (Cavallazzi et al., 2012). Pårørendes tilstedeværelse viser også til ha en god effekt på pasienter med delirium, der deres nærhet og kjennskap til pasienten minsker pasientens uro (Marcantonio, 2017).

2.1 Samarbeid og kommunikasjon

En viktig og essensiell del av hverdagen for intensivsykepleiere er samarbeidet med sykepleierkollegaer, leger, annet helsepersonell og ledelsen. For å kunne være en intensivavdeling som fungerer godt er det helt avgjørende med et godt samarbeid. Godt samarbeid kan ha positive innvirkninger på pasientens tilstand, skape effektivitet, samt bidra til å redusere risiko for feil (Kaplow & Relf, 2009).

En viktig del av samarbeid om pasienten og for å unngå feil i omsorgen for pasienten er gode kommunikasjonsegenskaper (Kaplow & Relf, 2009). Kommunikasjonsferdighetene til intensivsykepleierne er viktig både i forhold til intensivpasienten, kollegaer (Kaplow & Relf) og pårørende (Adams et. al., 2015). Travelbee (1971/2001) formidler i sin teori at man som sykepleier skal oppnå et menneske-til-menneske-forhold til pasienten, og ikke fokusere på sykepleier – pasient forholdet, som hun mener er en barriere for å se de individuelle behovene til pasienten. For å hjelpe den enkelte pasienten til å mestre sin sykdom er det viktig å utvikle forholdet. For å oppnå dette forholdet, er kommunikasjon en viktig faktor, og av stor betydning for sykepleieren å kunne mestre. Via verbal og non-verbal kommunikasjon skal man forstå pasienten, og dermed yte den omsorg og sykepleie pasienten har behov for (Travelbee, 1971/2001).

Ivaretagelse av pasientens familie, og det å kunne tillate de pårørende adgang til intensivavdelingen har blitt mer og mer utbredt, noe som ofte viser seg å ha en god påvirkning på omsorgen som blir gitt (Bizek & Fontaine, 2009). For å kunne utøve en helhetlig intensivsykepleie, er omsorg for og ivaretagelsen av pasientens familie viktig. De pårørende må ivaretas kontinuerlig under intensivoppholdet til pasienten, og man må imøtekomme og legge til rette for at deres psykiske og fysiske behov kan dekkes (Norton,

2009). Intensivsykepleiere opplever samarbeid og kommunikasjon med pårørende som er betydningsfull og viktig del av sin jobb, der de legger til rette for informasjonsutveksling mellom sykehuset og familien, samt at de får en viktig rolle i å ivareta familien (Adams et al., 2015).

2.2 Smittevern

På intensivavdelinger blir det ofte utført aerosolgenererende prosedyrer (AGP), prosedyrer som omfatter luftveiene hos pasientene, og som kan føre til eksponering av aerosoler fra pasienten til helsepersonellet. På bakgrunn av dette mener Folkehelseinstituttet (2021) at det er hensiktsmessig at de som er jobber direkte med covid-19 pasienter på intensivavdelinger, kontinuerlig er ikledd beskyttelsesutstyr som ved AGP. Anbefalingen for beskyttelsesutstyr ved AGP fra Folkehelseinstituttet (2021) er bruk av oppgradert personlig beskyttelsesutstyr som; åndedrettsvern, øyebeskyttelse, smittefrakk, hansker og hette.

I en oversiktsartikkel av Houghthon et al. (2020), så man på helsepersonells erfaringer ved bruk av personlig beskyttelsesutstyr og retningslinjer for bruken av utstyret, under behandling av pasienter med MERS, SARS, svineinfluensa, tuberkulose og influensa A. Her fant man at helsepersonell synes det var vanskelig å følge retningslinjer for bruken av utstyret, da retningslinjene ofte ble endret. Samtidig var det et språk mellom lokal og nasjonale retningslinjer, samt at retningslinjene ble dårlig kommunisert. Det å følge de oppsatte retningslinjene førte til et stort merarbeid, og utmattelse blant helsepersonellet. Mangel på trening med personlig beskyttelsesutstyr og mangel på utstyr, var noe som bekymret helsepersonellet i stor grad. Samtidig var det flere som var usikre på kvaliteten på utstyret, samt at det følte ubehagelig å bruke.

I flere studier vises det til at helsepersonell rapporterte om store utfordringer ved å bruke personlig beskyttelsesutstyr (Moradi et al., 2021 og Gordon et al., 2021). Her forteller sykepleiere at det å bruke beskyttelsesutstyr ofte førte til svimmelhet og nærsyncope på grunn av dehydrering og pustevansker. Hodepine, kvalme, oppkast, eksem og utslett ble også presentert som et resultat av å bruke beskyttelsesutstyr. Det å bruke personlig beskyttelsesutstyr førte til et ekstra stress i hverdagen, da det blant annet var svært tidkrevende å ta av og på, forteller sykepleiere som ivaretok pasienter med influensa A, under utbruddet på New Zealand i 2009 (Honey & Wang, 2012). Mangel på beskyttelsesutstyr under utbruddet av covid-19 pandemien var også en stor utfordring, som førte til en ekstra psykisk påkjenning for intensivsykepleiere (Cha & Park, 2021 og Moradi et al., 2021).

Studier som har sett på intensivsykepleieres erfaringer fra covid-19 pandemien, viser at man som intensivsykepleier blir utsatt for en stor arbeidsmengde og et stort arbeidspress (Akkus et al., 2021, Gordon, et al., 2021 og Moradi et al., 2021). Flere studier om intensivsykepleiere som jobber på intensivavdeling, viser at pandemien ble en stor fysisk og psykisk belastning for mange av sykepleieren (Akkus et al., 2021, Cha & Park, 2021, Gordon, et al., 2021, Moradi et al., 2021). Forskning viser at sykepleiere ble psykisk stresset av å føle seg utilstrekkelig over de isolerte pasientene (Fernández-Castillo et al., 2021). Samtidig ser man at mange intensivsykepleiere trekker frem mangel på informasjon og ledelse som en utfordrende faktor under covid-19 pandemiens utbrudd (Akkus et al., 2021, Cha & Park, 2021, Moradi et al., 2021).

En pandemi har ikke intensivsykepleiere på norske sykehus tidligere erfart, alle sto derfor overfor en helt ny situasjon. Selv om mange andre land har vært mye hardere rammet enn Norge, har denne pandemien påvirket det norske helsevesenet og intensivsykepleierne på norske sykehus har fått nye erfaringer. Vi kan se av forskning fra tidligere epidemier og andre smittsomme sykdommer, at sykepleiere opplever et stort

arbeidspress og en stor fysisk belastning. Det er interessant å undersøke hva norske intensivsykepleiere har erfart i den tidlige fasen av pandemien. Ved å studere erfaringene og opplevelsene til norske intensivsykepleiere, kan man få et innblikk i hvordan det norske helsevesenet var forberedte på og håndterte covid-19 pandemien. Det vil derfor være av interesse å undersøke hvordan man som intensivsykepleierne på norske intensivavdelinger har opplevd det å stå i en pandemi og skulle ivareta pasienter med covid -19 som ble respiratorbehandlet, gjennom et pasientforløp på intensivavdelingen.

3 STUDIEN

3.1 Hensikt

Hensikten med studien var å få kunnskaper om hvordan intensivsykepleiere har erfart å gi sykepleie i ulike faser av pasientforløpet til pasienter med covid-19 som har fått respiratorbehandling. Smittevern, kommunikasjon og samarbeid i sykepleien er lagt vekt på.

3.2 Design

Denne studien er gjennomført som en kvalitativ studie med en narrativ tilnærming (Chase, 2011), der det er foretatt narrative intervju (Riessman, 2008). I intervjuene er fokuset på informantenes historier (Kvale & Brinkmann, 2015) Designet er valgt for å få kunnskap om den enkelte intensivsykepleiers erfaringer og opplevelser, samt å se på hvordan konteksten påvirket det å utøve sykepleie til denne pasientgruppen. I en narrativ tilnærming søker man etter livserfaringene til de som har levd de (Chase, 2011).

3.3 Utvalg

For å få belyst forskningsspørsmålet på best mulig måte, er det foretatt et strategisk utvalg av informanter (Malterud, 2011). I denne studien er intensivsykepleier med erfaring fra å ivareta pasienter med covid-19 valgt ut, en homogen gruppe, som er en vanlig utvalgsstrategi i narrative studier (Holloway & Freshwater, 2007). Det strategiske utvalget ble gjort ut ifra oppsatte inklusjonskriterier. Inklusjonskriteriene for studien var: a) at sykepleierne må ha vært intensivsykepleier i to år, b) de må ha to års erfaring fra å jobbe med pasienter på respirator, c) de må ha erfaring fra å jobbe med intensivpasienter med covid -19 over litt tid, d) sykepleierne må snakke et skandinavisk språk, e) det er ønskelig at både menn og kvinner er inkludert i studien.

Intensivsykepleierne ble rekruttert fra to intensivavdelinger ved to ulike sykehus i Midt – Norge, et lokalsykehus og et regionsykehus. På hver av de avdelingen var det en kontaktperson, som sørget for å finne aktuelle intensivsykepleiere ut ifra inklusjonskriteriene, og som videre forespurte aktuelle intensivsykepleiere om de ville delta i studien. De aktuelle intensivsykepleierne fikk et informasjonsskriv om studien som også inneholdt en samtykkeerklæring, som måtte signeres.

Utvalget ble bestående av åtte intensivsykepleiere, alle var kvinner. Alderen varierte fra 35 til 61 år, med gjennomsnittsalder på 51 år. De hadde mellom 5 og 29 års erfaring som intensivsykepleiere og hadde jobbet med respiratorpasienter fra 6 -35 år. Dessverre ble ingen mannlige intensivsykepleiere rekruttert. Bakgrunnen for det er nok at det er få mannlige intensivsykepleier, og enda færre hadde erfaring med covid-19. Det var en mannlig intensivsykepleier som ble forespurt, men han ønsket ikke å delta. I en narrativ undersøkelse er det ingen faste regler på hvor mange intervjuer man skal gjøre, men det er kvaliteten på informasjonen som er av størst betydning (Holloway & Freshwater, 2007). Etter åtte intervjuer ble informasjonen oppfattet som rik og variert, man fikk en del gjentakende data om alle temaene, og man oppfattet dataene som mettet (Malterud, 2011).

Demografi over studiedeltakere

Deltaker nr.	Kjønn	Alder	Antall år som intensivsykepleier
S1	Kvinne	56	12
S2	Kvinne	56	22
S3	Kvinne	47	15
S4	Kvinne	40	6
S5	Kvinne	35	5
S6	Kvinne	61	29
S7	Kvinne	56	15
S8	Kvinne	55	20

3.4 Datainnsamling

Intervjuene ble gjennomført individuelt som semistrukturert intervju, med åpne spørsmål. Intervjuene var basert på en intervjuguide som inneholdt konkrete spørsmål, men samtidig hadde en åpen form, som gjorde det mulig for intervjupersonen å snakke fritt (Malterud, 2011). Intervjuguiden besto av 11 spørsmål, og intervjuene ble gjennomført fysisk på arbeidsplassen til intensivsykepleierne. Intervjuenes lengde varierte fra mellom tjue til femti minutter, og ble gjennomført i løpet av seks uker i mai og juni 2021. Det ble foretatt et pilotintervju, for å teste ut spørsmålene i intervjuguiden. På grunn av tekniske og praktiske utfordringer, ble ikke pilotintervjuet inkludert i studien.

3.5 Analyse

Intervjuene ble tatt opp på lydopptaker og selve analysearbeidet startet umiddelbart med transkribering av intervjuene. Transkriberingen ble gjennomført av forfatter. Dataene ble videre analysert av forfatter ved en tematisk narrativ analyse (Holloway & Freshwater, 2007). I en slik analyse er fokuset på informantenes historier gjennom intervjuet (Riessman, 2008). Som forfatter er man i narrativ analyse medskapende i fortellingen (Holloway & Freshwater, 2007).

Som et første ledd i analysen ble fortellingene gruppert med utgangspunkt i tre faser i pasientforløpet på intensiv, som er en narrativ tilnærming (Holloway & Freshwater, 2007). Her ser man informantenes fortellinger i de tre ulike fasene og samler de. De tre fasene i pasientforløpet på intensiv er; 1. Innkomst/tilkopling til respirator, 2. Behandling på respirator og 3. Frakopling fra respirator/utskrivning. Ved å se på innholdet og konteksten i de tre ulike gruppene, ble det avdekket flere subtema, som videre ble til hovedtema i de ulike fasene.

3.6 Ethiske betraktninger

Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (ref: 862341). Deltakerne i studien fikk informasjon om at deltagelse i studien var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg, uten at det vil få noen konsekvenser for dem. Alle deltakere leverte et skriftlig informert samtykke om deltagelse i studien (Malterud, 2011).

I denne studien ble det gjort intervjuer av egne kollegaer og forskning på kollegaer skal gjøres med respekt, og man skal utvise ansvarlig forskningsetikk. Det er kollegaer som åpner seg, om sin arbeidshverdag, og man må være bevisst på å ikke fremstille kollegaer i et dårlig lys (Malterud, 2011). Dette medførte at sitat i noen situasjoner ble justert for å formidle innholdet på en tydelig måte.

Deltakeren ble anonymisert og dataene ble lagret på NTNU sitt fillagringsområde NICE-1, et tofaktorautentiserings lagringsområde, beregnet for skjerming av data.

3.7 Validitet og reliabilitet

Studien er gjennomført i to ulike intensivavdelinger i Norge, med deltakere som har direkte kjennskap til temaet. Begge avdelingene hadde noe begrenset erfaring med covid-19 (Malterud, 2011). Forfatter er selv intensivsykepleier, om man skal være klar over at egne erfaringer, ståsted, kunnskapsnivå, fordommer og væremåte påvirke hele forskningsprosessen (Malterud, 2011). Forfatteren har lite erfaring med covid-19 pasienter, og vil derfor være uten forhåndskunnskaper om dette temaet (Malterud, 2011), og samtidig være fokusert på refleksivitet og ha et ønske om å fremstille data som reflekterer deltakernes opplevelser (Kvale & Brinkmann, 2015). I en narrativ studie er forfatter medskaper, og derfor er fortellingen til deltakerne tolket og re-fortalt av forfatter (Holloway & Freshwater, 2007). Funnene i studien er rikt presentert, som styrker validiteten.

Sjekklisten Consolidated criteria for Reporting Qualitative Research er brukt for å synliggjøre valgene som er tatt underveis i studien. På denne måten oppnår man en transparent studie (Tong et al., 2007).

4.0 RESULTATER

Åtte intensivsykepleiere med erfaring fra å behandle pasienter med covid-19 på intensivavdeling har formidlet sine fortellinger om det å utøve sykepleie til disse pasientene på intensivavdelingen gjennom pasientforløpet, i tidlig fase av pandemien. Fortellingene presenteres under følgende tre temaer; Mangel på smittevernrutiner og retningslinjer, Smittevernet – en utfordring for samarbeid og sykepleie og Utfordrende omsorg for ekstuberte pasienter og pårørende.

Første tema handler om inkomsten på intensivavdelingen, og hvordan intensivsykepleiere erfarte at sykehus og avdeling var forberedt til å ta imot pasienter med covid-19. Andre tema handler om sykepleie til pasienten og samarbeid med kollegaer om pasientene under respiratorbehandlingen. Det siste temaet handler om omsorg og ivaretagelse av pasientene i våken fase, og deres pårørende.

4.1 Mangel på smittevernrutiner og retningslinjer

Intensivsykepleierne fortalte at sykehusene ikke var forberedte på denne pandemien. De opplevde at det manglet både nasjonale og lokale retningslinjer om smittevern og behandling. Det var ifølge intensivsykepleierne mangelfulle retningslinjer for hvordan man skulle ta imot pasienter med covid-19, hvor de skulle plasseres i avdelingen, hvilket smittevernsregime man skulle følge og hvilket smittevernutstyr man skulle bruke i møte med disse pasientene. Noen av intensivsykepleierne var av den oppfatningen at avdelingen var forberedt, der ledelsen tok ansvar, og satte i gang tiltak for å komme pandemien i møte. Samtidig påpekte intensivsykepleierne at mye av forberedelsene skjedde etter at første pasienten var ankommet til avdelingen. Andre formidlet at de opplevde ledelsen som fraværende i starten av pandemien, og derfor var man ikke forberedt. Det ble fortalt av intensivsykepleierne at de var av den oppfatningen at intensivsykepleierne selv tok ansvar for å utbedre rutiner og retningslinjer initialt, der ledelsen var fraværende.

Det var folk på golvet som begynte å telle smittefrakker, det var folk på golvet som begynte å telle masker, og når det ble meldt videre, så ble det motstand og bagatellisering, fra ledelsen. Så de [ledelsen] var veldig bakpå. (S8)

Ifølge intensivsykepleierne dukket nye rutiner og nye smittevernprosedyrer opp, under covid-19 pandemien. Det kom blant annet to helt nye smittevernprosedyrer, som ingen før var kjent med. Rutinene rundt covid-pasientene ble i tidlig fase stadig endret og det ble vanskelig å følge med på hva som var gjeldende prosedyrer og rutine til enhver tid, fortalte intensivsykepleierne. Oppfatningen blant intensivsykepleierne, var at informasjon fra det offentlige opplevdes som mangelfull, samtidig som man hadde et enormt informasjonsbehov. Selv om avdelingsledelsen forsøkte å informere ofte og fortløpende, ble det aldri oppfattet som nok, fortalte intensivsykepleierne. En av intensivsykepleierne sa det slik:

Jeg synes jo at vi var godt forberedt til å ta imot pasienter med luftsmitte, fordi at vi hadde jo nettopp kjørt en runde med undervisning om luftsmitte [...] Problemet var antallet, fordi vi har bare et luftsmitteisolat, og når det plutselig ble snakk om en pandemi, så ble det jo nesten litt panikk. Så måtte man finne ut en plan B, å plutselig sim salabim så kom det to nye smittevernprosedyrer som verden før aldri hadde sett. (S3)

Det oppsto mye usikkerhet om sykdommen covid-19, kom det frem fra intensivsykepleierne. De hadde mange spørsmål, som ble ubesvart i den tidlige fasen. Noen av spørsmålene som intensivsykepleierne fortalte om var; hvilket virus er det og hvordan smitter det? Hvor farlig var egentlig det viruset og hvor smittomt er det? Og

hvordan skal det bekjempes? Med alle disse ubesvarte spørsmålene var det flere av intensivsykepleierne som ikke følte seg trygge i det første møte med viruset.

Heldigvis så visste vi ikke da, hvor dårlig de [pasientene] ble i ettertid. Det ekleste var vel tanken på mine medarbeidere, og barn og svigerforeldre, som vi nesten bor i hus med, og skulle ta det med hjem, og ut til kollegaene [...] så helt trygg følte jeg meg jo ikke. (S4)

Flere av intensivsykepleierne gjorde en sammenligning av møte med det nye covid-19 viruset, til tidligere erfaringer med andre smittsomme sykdommer der pasientene ble isolert og man måtte bruke personlig beskyttelsesutstyr. Noen av intensivsykepleierne hevdet at dette hadde vært til hjelp, for å mestre å yte sykepleie til pasienter med covid-19. Flere av intensivsykepleierne sammenlignet situasjonen med den første pasienten de håndterte med AIDS. Det var også et nytt og farlig virus, som det var knyttet mye usikkert rundt.

Det følte litt som å gå tilbake til den første gangen jeg hadde en AIDS-pasient, i helt av min start av min karriere som sykepleier [...] jeg hadde litt av den sammen følelsen; at nå går jeg inn i noe som er litt sånn farlig på en måte, men jeg må opptre profesjonelt. (S8)

Intensivsykepleiernes fortellinger fra det første møte med covid-19 pasienter i den tidlige fasen, var et møte med dårlige pasienter, men ikke pasienten som var mye dårligere og annerledes enn andre intensivpasienter. Det ble ifølge intensivsykepleierne mer fokus på at de hadde diagnosen covid-19, og alt det som hadde med smittevern å gjøre. Blant annet fortalte mange av intensivsykepleierne at de var svært skjerpet og konsentrert da de var inne hos pasienten. Det var mye fokus på aerosoler, og at man var svært påpasselig med å unngå å bli eksponert for aerosoler fra pasienten. Intensivsykepleierne sier de var svært påpasselig med at respiratorslangene og koplingene ikke skulle koble seg fra hverandre. I starten opplevde intensivsykepleierne at stell og prosedyrer ble utført mer forsiktig og kontrollert, enn de gjorde ellers, til andre pasienter.

Det var jo livsfarlig med aerosoler, så vi klemte tuben [...] i begynnelsen var jo det for at vi ikke skulle ha noen aerosoler. (S4)

Bruken av personlige beskyttelsesutstyr er et tema som får mye oppmerksomhet og som intensivsykepleierne fortalte mye om. Noen intensivsykepleiere fortalte at det var endring nesten fra dag til dag hvilket utstyr man skulle bruke. I første omgang hadde man i tillegg begrenset tilgang på utstyr, avdelingen hadde ikke noe på lager, og man fikk også svært begrensede leveranser, slik at man måtte spare, fortalte intensivsykepleierne.

Vi skulle bruke, men vi måtte tenke på bruken av utstyr [...] jeg husker vi fikk opp slike natt-jakker, slike varmekjoller. De får ligge, vi får ikke bruke de, i tilfelle at det er de vi ender opp med liksom. (S4)

Etter hvert fikk man gradvis tilgang på mere utstyr, fortalte intensivsykepleierne, men kvaliteten på utstyret ble av intensivsykepleierne oppfattet som dårlig, og det oppsto tvil om det var av god nok kvalitet. Intensivsykepleierne fortalte om fortsatt misnøye med kvaliteten og brukervennligheten på utstyret som blir levert. Mange av intensivsykepleierne fortalte også om fysiske ubehag ved bruk av personlig beskyttelsesutstyr. Ikke-pustende frakker førte til mye svette og varmeutvikling. Andre utfordringer med beskyttelsesutstyret som kommer frem fra intensivsykepleierne er at maskene var harde, og det ble tungt å puste i dem, samt at man måtte passe på slik at ikke strikken på masken gav gnagsår. Videre fortalte intensivsykepleierne at for de som

brukte briller, ble det et konstant problem med dugg på brillene, og på visir og beskyttelsesbriller. Hos noen intensivsykepleiere ble synet forstyrret av å bruke visir.

Jeg synes det visiret var veldig slitsomt å ha på meg [...] fordi det blir veldig sånn gjenskin i det, det blir vanskelig å se klart på skjermen, i tillegg til det at man hadde briller, visir og munnbind ikke minst, så var det problem med dugg, og alt sånne ting. (S1)

4.2 Smittevernet – en utfordring for samarbeidet og sykepleie

Intensivsykepleierne formidlet at covid-19 viruset i tidlig fase vakte interesse hos legene, da det var nytt. Samtidig ble det fortalt at det var intensivsykepleieren som ofte var de som gjorde de kliniske vurderingene, da de hadde erfart at legene i mindre grad var til stede på rommet hos pasienten. Intensivsykepleierne pekte på at det ble foretatt mye visitt og ordinerer per telefon, og det aller meste skjedde på utsiden av rommet, da fysisk visitt inne på pasientrommet ble sjeldnere gjort.

De [legene] var kanskje ikke så nær pasienten som vi var. Det kunne være et savn noen ganger. (S6)

Selv om flere av intensivsykepleiere fortalte at de opplevde et noe dårligere samarbeid med legene om pasienter med covid-19, opplevde ikke intensivsykepleieren at disse pasientene fikk noe dårligere behandling. Pasientene fikk den behandlingen de skulle ha, noen intensivsykepleiere fortalte at man hadde et større fokus på «hands-off» tid, der intensivsykepleieren ikke gjorde noen med pasienten i lange periode, slik at pasienten fikk mer ro. Noen av intensivsykepleierne fortalte at de opplevde at pasienten fikk bedre behandling enn andre pasienter. På en annen side fortalte intensivsykepleierne at de ikke kunne gi den sykepleien de ønsket til disse pasientene, da det var en barriere med det personlige beskyttelsesutstyret, der pasienten bare så øynene til intensivsykepleierne. Noen intensivsykepleiere sier de opplevde at de på en måte ble mer distansert og ikke fikk den nære relasjonen til pasienten.

Hudkontakten er jo borte, og det er jo faktisk et primært behov, som vi ikke kan dekke. Over lang tid. (S8)

Intensivsykepleierne fortalte også at det var stor variasjon i hvor dårlig disse pasientene ble, der noen ble svært syke og ustabile og kunne være vanskelig å håndtere. Derfor fortalte noen av intensivsykepleierne at det var en krevende pasientgruppe som krevde erfarne sykepleiere. For mange av intensivsykepleierne ble den utøvde sykepleien sett på som svært lik til andre intensivpasienter med respirasjonssvikt, men ofte med et lengre forløp.

Nå holdt jeg på å si at det tok så uendelig lang tid, at det går an. For meg opplevdes det som en pneumoni som tok tre ganger så lang tid å behandle. Alle trinnene i prosessen tok tre ganger så lang tid. (S3)

Flere av intensivsykepleierne fortalte at de var mye alene inne på rommet hos pasienten og at det kunne føles litt utrygt hvis man hadde dårlige pasienter, da det kunne ta litt tid før man fikk hjelp. Flere av intensivsykepleierne fortalte om betydningen av å ha klarert hvordan man skal tilkalle hjelp og at man hadde kollegaer i beredskap utenfor rommet. Det var flere intensivsykepleiere som fortalte om utstrakt bruk av lappesystem og telefon for å kommunisere mellom sykepleier inne hos pasienten og sykepleier utenfor rommet. Både for å utveksle informasjon seg imellom, slik at begge fikk en god oppfatning av pasientens situasjon hele tiden, men også for å spørre om råd og for å få hjelp. Intensivsykepleierne som jobbet med covid-19 pasienten fortalte at de opplevde en stor støtte og et godt samarbeid med sine sykepleierkollegaer. Det var alltid hjelp å få, det var

rom for å spørre og alltid rom for å bytte på å være inne hos pasienten, fortalte intensivsykepleierne. I hovedsak fortalte intensivsykepleierne om at man ivaretok hverandre, så hverandre og flere av intensivsykepleierne fortalte om et svært godt samarbeid mellom de to som jobbet sammen om en pasient.

Jobbet sammen med mye hyggelige og flinke folk, der du føler at man jobber sammen. (S7)

Alle intensivsykepleierne påpekte at det var vanskelig å bruke verbal kommunikasjon når de brukte personlig beskyttelsesutstyr som munnbind, hette og visir. Mye av lyden forsvant, samt at mimikk og ansiktsuttrykk ble kamuflert bak alt beskyttelsesutstyr. Intensivsykepleierne fortalte at de måtte snakke høyt og gjenta beskjeder flere ganger, for å være sikker på hva som ble sagt. Noen av intensivsykepleierne fortalte at de hadde lagt seg til en ny vane, ved å alltid få bekreftelse på beskjeder de fikk, for å være sikkert på at de hadde hørt riktig. Det ble også pekt på at øyekontakt mellom de i behandlerlaget ble mye viktigere, og i stor grad bruk av non-verbal kommunikasjon sykepleierne imellom. Her ble det brukt mye tommel opp, samt at det ble en utstakt bruk av kommunikasjon med lapper med beskjeder ifølge intensivsykepleierne. Det ble også viktig å avklare mye i behandlerlaget før man ikledde seg beskyttelsesutstyr, fortalte intensivsykepleierne. Både planlegging av hvordan arbeidsoppgavene skulle utføres, men også hvordan man skulle kommunisere med hverandre inne på rommet.

Det gikk ikke å lese ansiktsuttrykkene våre og se mimikken vår [...] det er en utfordring å prate, fordi du må snakke høyere for å nå over den fysiske barrieren som munnbind og visir er. (S2)

Intensivsykepleierne fortalte ulikt om hvordan avdelingsledelsen hadde samhandlet med intensivsykepleierne. Her fortalte noen av intensivsykepleierne om et samarbeidsklima som førte til mer uro en samhandling. Flere av intensivsykepleierne fortalte om mye frustrasjon og sinne i starten blant sykepleierne i avdelingen. Flere av intensivsykepleierne fortalte også at de ikke følte seg sett eller hørt i tilstrekkelig grad, og at man i liten grad nådde gjennom med sine synspunkter eller erfaringer.

Jeg synes faktisk det har vært veldig mye uro, i den tiden her når vi har hatt covid. Jeg tror kanskje at det hadde gagnet oss at lederne hadde vært litt mere synlig. (S7)

Det ble fortalt av noen intensivsykepleiere at de opplevde arbeidsmiljøet ble dårlig som et resultat av manglende samhandling. Informasjon om plutselige endringer ble ikke kommunisert, og ikke begrunnet. Flere intensivsykepleiere fortalte om en følelse av at de fikk liten anerkjennelse for jobben som ble gjort med covid-19 pasientene. For mange intensivsykepleiere ble det i starten en tung byrde å være de som skulle ivareta covid-19 pasienten, fortalte de. Dette da mange sykepleiere på avdelingen hadde fått fritak, og dermed ble det en liten gruppe som skulle ta hånd om disse pasientene. Intensivsykepleierne fortalte at de som prøvde å gjøre en innsats for avdelingen og gjøre forbedringer, følte de ble motarbeidet og avfeid av avdelingsledelsen.

4.3 Utfordrende omsorg for ekstuberte pasienter og pårørende

Etter at pasientene var ekstubert, fortalte mange av intensivsykepleierne at de opplevde at det var delirium som dominerte de første dagene. Flere av intensivsykepleierne formidlet at de hadde en fornemmelse av at dette var mer dominerende hos disse pasientene, enn hos andre pasientgrupper. Det å skulle ivareta pasienter med delirium når man bruker personlig beskyttelsesutstyr, fortalte intensivsykepleierne var en stor utfordring. Det var ekstra krevende å være på rommet når pasienten var urolig. Flere av

intensivsykepleierne fortalte også at det personlige beskyttelsesutstyret kunne være en hindring i kontakt og kommunikasjon når man hadde pasienter med delirium. Det å være fullt tildekket av beskyttelsesutstyr, der pasienten kun kan se dine øyne, fortalte intensivsykepleierne var et svært dårlig utgangspunkt for å yte sykepleie til pasienter med delirium, som ofte var hallusinerte, og som trenger ro, trygghet og nærhet.

Kanskje i forhold til at man er så påkledd [...] for pasienten ser bare slike romfolk liksom, som er fullt påkledd. Det trenger ikke være bra for delir det heller. (S5)

Det var ikke bare i forhold til pasienter med delirium det var krevende, fortalte intensivsykepleierne. Når man var ikledd personlig beskyttelsesutstyr var det generelt vanskelig å komme nært pasienten, å gi den omsorgen man ønsket å gi. Intensivsykepleier fortalte de ble mer distansert til pasienten, og at man måtte jobbe mer for å komme nært pasienten. Samtidig påpeker noen av intensivsykepleierne at spontaniteten overfor pasientene ble borte, da man ofte fikk en forsinkelse med påkledning av personlig beskyttelsesutstyr og håndhygiene.

Det er jo noen dimensjoner som faller ut, da du får den barrieren, det er så mye av spontanitet og direkte kontakt som på en måte må gjennom et filter. Man må sprite hender og ta på hansker, må vente [...] det er mye forsinkelse i kontakten. (S8)

Flere av intensivsykepleierne fortalte at det ble en lang rehabiliteringsprosess for mange av pasientene, da de hadde vært svært syke over lang tid, men at selve prosessen var lik som hos andre pasientgrupper. Videre fortalte noen av intensivsykepleierne at pasientene måtte trygges, da de var engstelige etter å ha vært svært syke, og at de hadde et stort omsorgsbehov i en krevende rehabiliteringssituasjon.

Det er klart at en våken pasient, som er litt marginal, der du hele tiden må tenke og jobbe for å unngå en reintubering. Du skal mobilisere, du skal sakte, men sikkert få de i gang igjen, du skal prøve å få en døgnrytme, prøve å få de til å spise og fysioterapi [...] klart det det er en ganske intens periode, i den våkne fasen, [...] det er ganske heftig å være sykepleier. (S2)

Det å skulle ivareta pårørende i en situasjon der pasienten er isolert er ikke enkelt, fortalte flere av intensivsykepleierne. Pasienten kunne være isolert i flere uker, opptil et par måneder. Mange pårørende var selv i karantene når deres nærmeste var innlagt, og fikk ikke komme på besøk. Intensivsykepleierne fortalte om flere pasienter som savnet sine pårørende, og egentlig hadde et behov for å kunne se og høre noen kjente mennesker i den tøffe situasjonen de var i. Ifølge intensivsykepleierne var det i starten ingen av pasientene som fikk besøk. Da foregikk all kommunikasjon med pårørende per telefon, noe flere av intensivsykepleierne påpekte som en svakhet, da det er vanskelig å gi en god beskrivelse av situasjonen, og det er vanskelig å få en bekreftelse på hva pårørende hadde fått med seg av informasjon. Etter hvert ble det åpnet for noe besøk i avdelingen fortalte intensivsykepleierne, og man kunne stå på utsiden av rommet til pasienten, slik at de kunne se hverandre gjennom en glassvegg.

Vi hadde ei som, hvor datteren kom og snakket med henne i telefonen, og hun sto bak glassveggen, og jeg holdt telefonen opp til øre til pasienten, så snudde vi sengen hennes, slik at hun kunne se dattera. Det var egentlig ganske rørende, for da begynte de å gråte begge to, og jeg må si det, jeg ble skikkelige beveget jeg også. (S7)

Intensivsykepleierne fortalte at avdelingen anskaffet et nettbrett med kamera, der man kunne bruke skype, som ble tatt med inn til pasienten, og dermed kunne pårørende

kommunisere med pasienten på denne måten. Dette var et kommunikasjonsverktøy og en tilrettelegging pårørende satte stor pris på, ifølge intensivsykepleierne. Intensivsykepleierne fortalte om pårørende som hadde uttrykt at de ble godt ivaretatt, ved at avdelingen hadde lagt til rette for dem, når de fikk komme til avdelingen, samt bruke telefon og nettbrett for å kommunisere med pasienten.

Og det har det jo vært bare positive tilbakemeldinger på, spesielt fra pårørende da. Pasientene som ligger sederte og halvvåkne husker jo ikke så mye av det, men der og da så har man nytte av å se, og i hvert fall når de begynner å komme seg, så har de nytte av å få snakke med og få se sine egne altså, det er en liten motivasjonsboost til å stå på litt til. (S5)

Det ble fortalt av intensivsykepleierne at det ble en motivasjon for de også, når man så at jobben de gjorde med pasientene, førte til at pasienten kom seg etter sykdommen, og etter hvert ble utskrevet fra intensivavdelingen.

5.0 DISKUSJON

I denne studien har man ved en narrativ tilnærming utforsket hvordan norske intensivsykepleiere har erfart det å utøve sykepleie til pasienter med covid-19 i pasientforløpet på intensivavdeling.

Mangel på smittevernrutiner og retningslinjer ble erfart i starten av pandemien, og skapte usikkert blant intensivsykepleierne. Det personlige beskyttelsesutstyret som ble brukt skapte mye utfordringer, med fysisk ubehag ved bruk, og i kommunikasjon med pasienter, pårørende og kollegaer. Smittevernet som var gjeldende rundt disse pasientene ble på flere områder en utfordring i den daglige omsorgen og behandlingen av pasienten. Det interprofesjonelle samarbeide ble en utfordring, men også det å utøve sykepleie til disse pasientene. Spesielt hos ekstuberte pasienter opplevde intensivsykepleierne utfordringer med ivaretagelsen, de fortalte at mange pasienter utviklet delirium. Det å skulle ivareta pårørende var også vanskelig, da de i svært liten grad fikk anledning til å fysisk komme på besøk i intensivavdelingen.

5.1 Mangel på smittevernrutiner og retningslinjer

I den første fasen av pasientforløpet, fortalte intensivsykepleierne om de manglende forberedelsene til pandemien. Selv om man hadde sett at pandemien bredte seg ut over andre deler av verden, var forberedelsen ikke gode nok ifølge intensivsykepleiere. Selv om noen forberedelser var gjort, ble det meste gjort etter at man hadde fått de første pasientene med covid-19. Rutinene og retningslinjene for hvordan man skulle ivareta og behandle pasienter med covid-19 opplevdes mangelfulle. Både de nasjonale og de lokale retningslinjene var mangelfulle, samt at de stadig ble gjort endringer i starten. Studiene til Akkus et al. (2021) og Cha & Park (2021) viser at intensivsykepleierne savner informasjon og retningslinjer å forholde seg til i behandlingen og omsorgen for pasienter med covid-19. Mangel på informasjon og usikkert om covid-19 viruset førte også til mye usikkerhet blant intensivsykepleierne i denne studien. Flere fortalte om utrygghet i de første møtene med pasienter med covid-19. Angst og usikkerhet hos sykepleiere som behandlet covid-19 pasienter er også et gjennomgående tema fra annen forskning (Akkus et al., 2021, Fernández-Castillo et al., 2021, Gordon et al., 2021, og Moradi et al., 2021).

Personlig beskyttelsesutstyr og bruken av det fortalte intensivsykepleierne mye om og de fortalte her om mye frustrasjon over stadige endringer i retningslinjene for bruken, lagrene av utstyret var mangelfulle og kvaliteten på utstyret var svært variabelt. Ser man på erfaringer med personlig beskyttelsesutstyr fra tidligere epidemier, er erfaringene tilsvarende, ifølge Houghton et al. (2020), og også når det gjelder bruk av personlig beskyttelsesutstyr under behandling av pasienter med covid-19 (Cha & Park, 2021).

Et annet aspekt ved personlig beskyttelsesutstyr, var de fysiske utfordringene ved å bruke det. I funnene kom det frem at intensivsykepleierne erfarte at man ble varm og svett, brillene og visiret dugget samt at maskene var harde og tunge å puste igjennom. Studiene til Akkus et al. (2021) og Moradi et al. (2021) viser begge at personlig beskyttelsesutstyr er svært slitsomt å jobbe i. Samtidig påpekte de norske intensivsykepleierne kommunikasjonsutfordringen man fikk, ved å bruke personlig beskyttelsesutstyr. Mye av lyd og hørsel forsvant i munnbind, hette og visir, samt at mimikken og ansiktsuttrykk forvant. I følge Travelbee (1971/2001) må man som sykepleier mestre verbal og non-verbal kommunikasjon, og bruke dette aktivt overfor pasienten, for å yte god sykepleie. I slike situasjoner, der verbal kommunikasjon blir utfordrende, kompenserer helsepersonell med å finne nye måter å kommunisere på og bruker andre kommunikasjonsverktøy (Akkus et al., 2021 og Cha & Park, 2021).

5.2 Smittevernet – en utfordring for samarbeidet og sykepleie

Det strenge smittevernregimet rundt pasientene med covid-19, førte til utfordringer for det interprofesjonelle samarbeidet om pasientene. Intensivsykepleierne sine erfaringer rundt samarbeidet med legene var at legene i mindre grad gjorde fysiske visitter inne på rom hos pasientene og mange visitter og forordninger ble gjort over telefon. Dette samsvarer med Akkus et al., (2021) sine funn, der intensivsykepleierne opplevde samarbeidet som dårligere enn ved andre pasienter, og at behandlingen i større grad ble styrt av sykepleiere.

Smittevernet som var gjeldende for pasienter med covid-19, ble også en utfordring for utøvelsen av sykepleie. Intensivsykepleierne fortalte om en distanse til pasienten, som gjorde det vanskelig å utøve god sykepleie. Travelbee (1971/2001) hevder i sin teori, at man må oppnå et menneske til menneske forhold til pasientene, for å kunne se og ivareta det enkelte individet på en god måte. Selv om intensivsykepleierne mente pasienten fikk god behandling, var det vanskelig å komme nært pasienten, og oppleve et menneske-til-menneske-forhold. Dette skyltes barrieren som smittevernet utgjorde, der hudkontakten er borte. Både Akkus et al., (2021) og Fernández-Castillo et al., (2021) viser at smittevernet og isoleringen av pasienten skapte en distanse som var vanskelig å håndtere for sykepleierne.

Det å håndtere pasienter med covid-19 var i noen grad mer krevende og utfordrende enn andre intensivpasienter, ifølge intensivsykepleieren. Noe av det som trekkes frem som krevende, var mangelen på anerkjennelse for jobben som ble gjort med covid-19 pasienter, samt mangel på samarbeid med ledelsen. Honey og Wang (2012) sier også at sykepleierne følte seg glemt av ledelsen. I en avdeling der sykepleiere opplever mangel på samarbeid med ledelsen vil det føre til et dårlig arbeidsmiljø (Kaplow & Relf, 2009).

Flere av intensivsykepleierne opplevde samtidig en kollegial støtte og positive holdninger fra sykepleieren de jobbet sammen med om covid-19 pasientene. De følte de sto sammen og støttet hverandre. Det var alltid rom for å spørre og be om hjelp, og det var alltid hjelp å få. Honey og Wang (2012) viste også at sykepleiere som jobbet sammen om alvorlig syke pasienter, ble tettere knyttet sammen, og man opplevde mestring. Både Akkus et al. (2021), Fernández-Castillo et al. (2021) og Gordon et al. (2021) viser at sykepleiere som har jobbet sammen om pasienter med covid-19, finner støtte i kollegaer, og bruker sine kollegaer aktivt for å mestre utfordrende situasjoner.

5.3 Utfordrende omsorg for ekstuberte pasienter og pårørende

Intensivsykepleierne fortalte at delirium hos ekstuberte pasienter med covid-19 var en stor utfordring. Flere hevdet at de så et større omfang av delirium hos disse pasientene, enn hos andre intensivpasienter. Selv om intensivsykepleiere er kjent med å håndtere delirium, var det svært krevende å legge til rette for søvn, ro og trygghet, som er anbefalt hos pasienter med delirium (Cavallazi et al., 2012). Ikke-medikamentelle tiltak for å redusere risiko og behandlingen av delirium, kan være utfordrende i et høyteknologisk miljø, med mye støy og blinkende lys (Kaplow & Relf, 2009). Samtidig var intensivsykepleierne til enhver tid ikledd personlig beskyttelsesutstyr, noe som gjorde det utfordrende å utøve en god kommunikasjon overfor pasientene, som et ledd i å minske risikoen for delirium (Cavallazi et al., 2012). Dette var en fysisk svært krevende situasjon for mange intensivsykepleierne, med urolig pasienter (Akkus et al., 2021, Fernández-Castillo et al., 2021 og Moradi et al., 2021). På grunn av besøksrestriksjoner var det ikke mulig å imøtekomme anbefalinger om pårørendekontakt, der pasienter med delirium kan bli beroliget av kjente ansikt og stemmer (Marcantonio, 2017).

Ivaretagelsen av pårørende var også en utfordring for intensivsykepleierne, spesielt tidlig i pandemien da de pårørende ikke fikk komme inn på sykehuset, og all kontakt med de var over telefon. Som intensivsykepleier skal man ifølge Adams et al., (2015) gi pårørende tilstrekkelig informasjon, legge til rette for informasjonsutveksling og være familiens støttespiller. Selv om intensivsykepleieren gav informasjon telefonisk, var det ikke mulig å møte pårørende fysisk, og ivareta deres behov. Tidligere forskning viser at det å skulle ivareta familiens behov i en denne situasjon var umulig for intensivsykepleierne (Fernández-Castillo et al., 2021). Intensivsykepleiere opplever emosjonelle utmattelser og moralsk stress over det å møte kommunikasjonsbarrierer med pårørende (Adams et al., 2015).

Det å kunne se og høre sine pårørende var det flere pasienter som savnet og som kunne hatt god nytte av, fortalte intensivsykepleierne. Etter hvert ble det åpnet for besøk, men ikke besøk slik at pasienten fikk nærkontakt med pårørende, som er essensielt i den helhetlige omsorgen på intensivavdelingen (Norton, 2009). Det ble etter hvert tatt i bruk ulike kommunikasjonsverktøy, slik at pasienten fikk høre stemmene til pårørende, samt videosamtale med dem, slik at man opplevde å ivareta både familiens og pasientens behov i større grad (Norton, 2009). Smittevernet overfor pasienten ble en begrensning, slik at man ikke fikk gitt pårørende den adgangen man ønsker (Bizek & Fontaine, 2009).

5.4 Begrensninger

Studien er gjort i to avdelinger med et lavt antall innlagte pasienter med covid-19, slik at erfaringene til intensivsykepleierne er begrenset. Det er kun gjort intervjuer med intensivsykepleiere. Det vil være av interesse å intervjuer både pasienter og behandlende leger, for å få et mer helhetlig bilde av pasientforløpet på intensiv.

Covid-19 er en sykdom som har eksistert i kort tid, og man har derfor et lite erfaringsgrunnlag. Forskning på covid-19 skjer kontinuerlig, og det vil være viktig å følge forskningen og utviklingen til covid-19 videre.

6.0 KONKLUSJON

Denne studien viser hvordan intensivsykepleiere på norske intensivavdelinger har erfart å ivareta covid-19 pasienter gjennom pasientforløpet på intensiv, i den tidlige fasen av pandemien. Erfaringene viser flere utfordringer intensivsykepleieren har møtt. Smittevernet rundt disse pasientene synes å påvirke kommunikasjon og samarbeid mellom profesjonene og med pasientene, og også sykepleie til pasienten og pårørende.

Studien har gitt oss nye kunnskaper om utfordringer i det å utøve sykepleie til pasienter med covid-19. Kunnskapene tilsier at det er et behov for å styrke arbeidet på nasjonalt og lokalt nivå, for å bedre de organisatoriske forholdene på avdelingene for å bedre kunne møte en ny pandemi. Funnene viser betydningen av å øke bruken av helseteknologiske verktøy, for å imøtekomme behovene til pasienten og pårørende, i situasjoner der pasienten er isolert. Dette vil være viktig i det fremtidige arbeidet, mot å møte nye virus og kommende epidemier og pandemier.

ANNERKJENNELSE

Forfatter ønsker å takke intensivsykepleierne som har gitt sin stemme til denne studien og veileder Marit Kvangarsnes for hennes uvurderlige veiledning.

INTERESSEKONFLIKT

Ingen interessekonflikt å rapportere fra forfatter.

REFERANSER

- Adams, A. M. N., Mannix, T., og Harrington, A. (2015) Nurses' communication with families in the intensive care unit – a literature review. *Nursing in Critical Care*. 22, 70-80. <https://doi.org/10.1111/nicc.12141>
- Akkus, Y., Karacan, Y., Güney, R., og Kurt, B. (2021) Experiences of nurses working with COVID-19 patients: A qualitative study. *Journal of clinical nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.15979>
- Bizek, K. S. & Fontaine, D. K. (2009) The Patients' s Experience With Critical Illness I: Morton, P. G. og Fontaine D. K. (Red.) *Critical care nursing* (9.utg) Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Cavallazzi, R., Saad, M. og Marik, P. E. (2012) Delirium in the ICU: an overview. *Annals Of Intensive Care*. 2, 49.
- Chase, S. E. (2011) *Narrative inquiry. Stil a field in the making* I N.K. Denzin og Y.S. Lincoln, The Sage handbook of qualitative research (5. utg., s. 421-434). SAGE.
- Cha, C. & Park, S. (2021) Information flow and nursing care during the early phase of the COVID-19 pandemic. *Journal of clinical nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.15898>
- Fernández-Castillo, R-J., González-Caro, M-D., Fernández-García, E., Porcel-Gálvez, A-M. og Garnacho-Montero, J. (2021) Intensive care nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Nursing in Critical Care*. 26,5, 397-406 <https://doi.org/10.1111/nicc.12589>
- Folkehelseinstituttet (2021) Aerosolgenererende prosedyrer under covid-19. Hentet 5.november 2021 fra <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/helsepersonell/aerosolgenererende-prosedyrer-under-covid-19/?term=&h=1>
- Folkehelseinstituttet (2020). *Statistikk om coronavirus og covid-19*. Hentet 20. september 2021 fra <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/corona/dags-og-ukerapporter/dags--og-ukerapporter-om-koronavirus/>
- Gordon, J. M., Magbee, T., og 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.<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151418>
- Holloway, I. & Freshwater, D. (2007) *Narrative Research in nursing*. Blackwell Publishing
- Honey, M. & Wang, YQ. W. (2012) New Zealand nurses perceptions of caring for patients with influenza A (H1N1). *Nursing in Critical Care*. *British Association of Critical Care Nurses*. 18,2, 63-69 <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2012.00520.x>
- Houghton, C., Meskell, P., Delaney, H., Smalle, M., Glenton, C., Booth, A., Chan, XHS., Devane, D. og Biesty, LM. (2020) Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013582>
- Kaplow, R. & Relf, M. (2009) *Critical care nursing practice: Promoting excellence through caring, competence, and commitment*. I: Morton, P. G. og Fontaine D. K. (Red.) *Critical care nursing* (9.utg) Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademisk
- Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Universitetsforlaget.
- Marcantonio, E. R. (2017) Delirium in Hospitalized Older Adults. *The New England Journal of Medicine*. 377, 1456-1466. <https://doi.org/10.1056/nejmcp1605501>
- Moradi, Y., Baghaei, R., Hosseingholipour, K. og Mollazadeh, F. (2021) Challenges experienced by ICU nurses throughout the provision of care for COVID-19 patients: A qualitative study. *Journal of nursing management*. 29,5, 1159-1168. <https://doi.org/10.1111/jonm.13254>
- Norton, C. (2009) *The family`s experience with critical illness I*: Morton, P. G. og Fontaine D. K. (Red.) *Critical care nursing (9.utg)* Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Riessman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. SAGE Publications.
- Travelbee, J. (1971) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (K. M. Thorbjørnsen, Overs.) Gyldendal Akademiske. (Opprinnelig utgitt 1971)
- Tong, A., Sainsbury, P. og Craig, J. (2007) Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 19, 6, 349–357 <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- World Health Organization (2020a) *Timeline: WHO's COVID-19 response* Hentet 6. november 2020 fra <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline#!>
- World Health Organization (2020b) *Weekly operational update on COVID-19 – 20 september 2021*. Hentet 20. September 2021 fra <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-operational-update-on-covid-19--20-september-2021>
- World Health Organization (2020c) *COVID-19 Global literature on coronavirus disease* Hentet 30.september 2021 fra <https://search.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/>

Vedlegg

Vedlegg 1: Forfatterveiledning – Journal of Advanced Nursing

Vedlegg 2: Informasjonsskriv med samtykkeskjema

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 4: Godkjenning fra DAC

Vedlegg 5: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 1: Forfatterveiledning – Journal of Advanced Nursing

Journal of Advanced Nursing Author Guidelines:

<https://onlinelibrary.wiley.com/page/journal/13652648/homepage/forauthors.html>

Empirical Research – Qualitative:

https://onlinelibrary.wiley.com/page/journal/13652648/homepage/empirical_research_-_qualitative.htm

Nedlastningsdato: 13.09.2021

Vil du delta i forskningsprosjektet

Hvordan erfarer intensivsykepleiere å utøve sykepleie til pasienter med covid-19 i pasientforløpet?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å «undersøke hvilke opplevelser intensivsykepleieren har, med å være med å utøve sykepleie til pasienter med covid – 19». I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

På intensivavdelinger har man erfaring med å behandle akutt og kritisk syke pasienter samt pasienter som må isoleres. Intensivsykepleierne jobber daglig med slike pasienter og har bred erfaring og kunnskap, og man står nært hverandre som kollegaer. Hvordan var det for intensivsykepleiere på sykehus rundt omkring i Norge å ta imot og behandle pasienter med den nye sykdommen covid – 19?

En pandemi har ikke intensivsykepleiere på Norske sykehus opplevd tidligere, alle sto derfor ovenfor en helt ny og usikker situasjon. Selv om mange andre land har vært mye hardere rammet enn Norge, har denne pandemien påvirket det norske helsevesenet og intensivsykepleierne. Kunnskap og erfaringer fra europeiske og Norske intensivsykepleieres opplevelser av tidligere epidemier er mangelfulle, og hvordan erfarer intensivsykepleiere å utøve sykepleie til pasienter med covid-19 i pasientforløpet?

Vi er interessert i å intervjuer deg, da du har erfaring fra dette området. I prosjekter intervjues 6-10 intensivsykepleiere, fra to ulike intensivavdelinger i Norge.

Prosjektet er en mastergradsoppgave i Master i klinisk sykepleie, og vi ønsker at funnene i ettertid kan brukes i en vitenskapelig artikkel.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

NTNU Ålesund, Institutt for helsevitenskap er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalget til studien er valgt ut fra to ulike intensivavdelinger i Norge. Avdelingene ble valgt ut på bakgrunn av at de har hatt pasienter med covid-19 som var intubert over lengre tid. Avdelingen er valgt fra et lokalsykehus og fra et universitetssykehus.

Kontaktpersoner ved de to avdelingen vil rekruttere aktuelle intensivsykepleiere ut ifra følgende inklusjonskriterier: a) at sykepleierne må ha vært intensivsykepleier i to år, b) de må ha to års erfaring fra å jobbe med pasienter på respirator, c) de må ha erfaring fra å jobbe med intensivpasienter med covid -19 over litt tid, d) sykepleierne må snakke et skandinavisk språk, e) det er ønskelig at både menn og kvinner er inkludert i studien.

Det er avdelingssykepleier som har delt din kontaktinformasjon.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar på ett intervju. Dette er et intervju med bare deg, og det vil vare ca. 60 minutter. Intervjuet planlegges gjennomført på din arbeidsplass. Intervjuet vil bli tatt opp på lydopptaker.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Det er NTNU Ålesund som er ansvarlig for prosjekter, veileder er Marit Kvangarsnes og student Ole Petter Sætнан. Det er kun de og eventuelt andre medforfattere til en eventuell vitenskapelig artikkel som vil kunne ha tilgang til opplysningene.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Lydopptakene slettes etter at de er transkribert. Data vil bli lagret i NTNUs database for lagring av fortrolige og sensitive data.

I den ferdige studien, vil dataene være anonymisert.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Personopplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er desember 2021.

Dine rettigheter

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

innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,

- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

NTNU Ålesund ved prosjektleder

Marit Kvangarsnes, e-post: marit.kvangarsnes@ntnu.no eller

student Ole Petter Sætnan, e-post: opsaetna@stud.ntnu.no

Vårt personvernombud: Thomas Helgesen, e-post: thomas.helgesen@ntnu.no

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

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Marit Kvangarsnes

Veileder

Ole Petter Sætnan

Student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Hvordan erfarer intensivsykepleiere å utøve sykepleie til pasienter med covid-19 i pasientforløpet?*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til å delta i intervju.

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Intervjuguide

1. Hvordan var avdelingen forberedt til å ta imot pasienter med covid-19?
2. Kan du fortelle om den første gangen du var sykepleier hos pasienter med covid-19?
3. Hvordan opplevde du situasjonen der pasientene ble intubert og koblet til respirator?
4. Hvilke utfordringer opplevde du under respiratorbehandlingen?
5. Kan du si noe om hvordan smittevernutstyr påvirket kommunikasjon/behandlingen av pasienten?
6. Hvordan erfarte du det tverrfaglige samarbeidet om pasientene?
7. Hvilke utfordringer erfarte du når det gjelder å ivareta ulike behov?
8. Hvordan erfarte du situasjonen der pasienter ble ekstubert og koblet fra respirator?
9. Hvordan blir personalet ivaretatt av helseforetaket/avdelingen?
10. Kan du oppsummere hva du erfare som viktig i sykepleien i de ulike fasene av pasientforløpene på intensivavdelingen?
11. Hvordan var det å ivareta brukermedvirkning i de ulike fasene i pasientforløpene?
12. Er det noe annet du ønsker å fortelle?

Vedlegg 4: Godkjenning fra DAC

Marit Kvangarsnes
NTNU Ålesund
Larsgårdsvegen 2
6009 ÅLESUND

Vår ref.: 2021/1781 - 11459/2021	Deres ref.: Søreng	Saksbehandler: Bente Rømo	Dato: 15.04.2021
--	------------------------------	-------------------------------------	----------------------------

Svar på søknad om godkjenning av forskningsprosjekt

Prosjekt:

Hvordan erfarer intensivsykepleiere å utøve sykepleie til pasienter med covid-19 i pasientforløpet?

Prosjektleder:

Marit Kvangarsnes, Professor, Institutt for helsevitenskap, NTNU Ålesund (veileder)

Forskningsansvarlig:

NTNU

Dataansvarlig/Behandlingsansvarlig:

NTNU

Forskningsgruppe lokalt/regionalt:

Ole Petter Sætnan, intensivsykepleier, mastergradsstudent, NTNU.

Prosjektets formål og bakgrunn:

Dette er en mastergradsoppgave i klinisk sykepleie, der det skal gjøres en kvalitativ undersøkelse av intensivsykepleiernes erfaringer og opplevelser knyttet til utøvelse av sykepleie til pasienter med covid-19 på intensivavdeling.

Det er i dag lite kunnskap om hva intensivsykepleiere har erfart etter å ha behandlet pasienter med Covid-19 i ca. ett år. Det er derfor viktig å utforske hva intensivsykepleiere har opplevd og erfart i denne pandemien.

Foreligger tilfredsstillende prosjektbeskrivelse/protokoll?

Ja.

Datamateriale og datahåndtering:

Datainnsamlingen foregår ved individuelle intervju av 3-6 intensivsykepleiere. Intervjuguide er vedlagt. Intervjuene vil bli foretatt ved fysiske møter og tatt opp på diktafon og transkribert. Intervjuer vil under intervjuene gjøre feltnotater. Data lagres på NTNUs fillagringsområde NICE-1, som benytter en to-faktorautentisering.

Etikk og personvern:

Studien er samtykkebasert. Vedlagt er samtykke og informasjonsskriv.

Kostnader/finansiering:

Det er oppgitt at ingen finansiering er nødvendig.

Prosjektperiode:

01.04.2021-17.12.2021

Publikasjoner:

Resultatene skal publiseres i en mastergradsoppgave. Ifølge prosjektbeskrivelsen skal det også skrives en vitenskapelig artikkel. Foreløpig tittel er: Hvordan erfarer intensivsykepleiere å utøve sykepleie til pasienter med Covid-19 i pasientforløpet?

Vurdering:

Forskningsansvarlig instans i Helse Nord-Trøndelag (DAC) har vurdert søknaden i henhold til personvernforordningen, relevant særlovgivning og Helse Nord-Trøndelags egne retningslinjer/strategier for bruk av pasientdata til forskningsformål.

DAC behandlet søknaden *Hvordan erfarer intensivsykepleiere å utøve sykepleie til pasienter med covid-19 i pasientforløpet?* i møte den 14. april 2021. Prosjektet er samtykkebasert og det skal gjennomføres individuelle intervju med intensivsykepleiere. Behandlingsgrunnlag:

Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig og prosjektleder et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av personopplysninger har et lovlig grunnlag.

Behandlingsansvarlig institusjon (NTNU) viser til behandlingsgrunnlag etter personvernforordningens artikkel 6 nr. 1 bokstav a, og den registrertes samtykke. Det behandles ikke særlige kategorier av personopplysninger.

I forbindelse med koronapandemien vil DAC særlig understreke at det er ledelsen ved Intensivavdelingen som vurderer om det er ressurser i avdelingen til å gjennomføre intervju, og om det er hensiktsmessig å gjennomføre intervjuene fysisk.

Vilkår:

- DAC forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med den dokumentasjon som ligger til grunn for godkjenning i HNT og NSD, og med de vilkår som er gitt. Innsamlet data skal kun brukes slik det er beskrevet i formålet til det omsøkte prosjektet.
- DAC forutsetter at prosjektet behandler opplysninger i henhold til gjeldende lovverk. Dette innebærer at behandlingsansvarlig institusjon (NTNU) sørger for tilstrekkelig informasjonssikkerhet.
- Opplysningene som innhentes skal være adekvate, relevante og begrenset til det som er nødvendig for formålene de behandles for («dataminimering»). Dette innebærer at kun opplysninger som er nødvendige for å svare på problemstillingen, skal registreres.
- Ved eventuell fremtidig gjenbruk av data som er innsamlet i Helse Nord-Trøndelag HF, eller ved større endringer i prosjektet skal dette meldes til DAC.
- Lydfiler på opptakeren må slettes når lydfilen er overført til sikkert lagringsområde.
- Sluttdato for prosjektet er satt til 07.12.2021. Prosjektperioden omfatter, i tillegg til praktisk gjennomføring av studien, også forskning og publisering av de opplysninger som er innhentet. I dette prosjektet er prosjektslutt satt til 17.12.2021, noe som synes å være for kort tid gitt at perioden også skal omfatte publisering i vitenskapelig tidsskrift, og med eventuelt behov for nye analyser. DAC anbefaler derfor at prosjektperioden utvides til 17.12.2022.

Vedtak:

Prosjektet godkjennes med de vilkår som er gitt.

For søknader der det etterspørres ytterligere dokumentasjon, ber vi om at denne ettersendes postmottak@hnt.no så snart det foreligger. E-posten skal merkes med saksnummer 2021_1781.

Kreditering av Helse Nord-Trøndelag HF ved publisering:

Forskningsansvarlig viser til vedlagte retningslinjer for kreditering og acknowledgements ved publisering av artikler som utgår fra eller benytter data innsamlet i Helse Nord-Trøndelag HF. Den korrekte engelske benevnelsen er Nord-Trøndelag Hospital Trust

For ytterligere opplysninger ta kontakt med Hege Selnes Haugdahl, forskningsrådgiver, ph.d. hege.selnes.haugdahl@hnt.no.

Behandlet i DAC, 14.04.2021

Med vennlig hilsen
Bodil Landstad, professor
Forskningsjef i Helse Nord-Trøndelag HF

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikke håndskrevet signatur

Kopi til:
Ole Petter Klevan Sætnan

Intern kopi:
Hallvard Græslie
Klinikk for kirurgi Namsos

Annamaria Forsmark
Klinikkleder m/sta

Vedlegg 5: Godkjenning fra NSD

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Hvordan erfarer intensivsykepleiere å utøve sykepleie til pasienter med covid-19 i pasientforløpet?

Referansenummer

862341

Registrert

17.02.2021 av Ole Petter Klevan Sætnan - opsætna@stud.ntnu.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for helsevitenskap i Ålesund

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Marit Kvangarsnes, marit.kvangarsnes@ntnu.no, tlf: 99400695

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Ole Petter Sætnan, opsætna@ntnu.stud.no, tlf: 95985332

Prosjektperiode

08.03.2021 - 17.12.2021

Status

24.03.2021 – Vurdert

Vurdering (1)

24.03.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 24.03.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TAUSHETSPLIKT

I intervjuguiden blir informantene dine bedt om å komme med eksempler på situasjoner i praksis. Siden utvalget har taushetsplikt er det svært viktig at intervjuene gjennomføres på en slik måte at taushetsplikten overholdes. Intervjuer og informanter har sammen ansvar for dette, og bør innledningsvis i intervjuene drøfte hvordan dette skal håndteres. Vi minner om at informantene dine ikke kan gi opplysninger som kan identifisere en enkelt pasient eller pårørende, direkte eller indirekte. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksomme på at identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates og at dere er forsiktige ved å bruke eksempler under intervjuene.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger frem til 17.12.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Simon Gogl

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

