

Rannfrid Lynum

"Verre å grue seg, enn å svette på jobb"

En kvalitativ studie av opplevd psykologisk
velvære hos helsepersonell i frontlinjen i Norge
under covid-19-pandemien

Masteroppgave i Psykisk helse

Veileder: Gro Ulset

Medveileder: Roger Almvik

August 2022

Rannfrid Lynum

"Verre å grue seg, enn å svette på jobb"

En kvalitativ studie av opplevd psykologisk velvære
hos helsepersonell i frontlinjen i Norge under
covid-19-pandemien

Masteroppgave i Psykisk helse
Veileder: Gro Ulset
Medveileder: Roger Almvik
August 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for psykisk helse



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Covid-19-pandemien og andre store virusutbrudd, påvirker arbeidssituasjonen til helsepersonell. De opplever mange endringer og nye utfordringer og det fremstår sentralt å utforske hvordan dette blir erfart. Kunnskap om hvilke faktorer helsepersonell opplever at bidrar til å fremme deres psykologiske velvære, er av betydning for å kunne ivareta dem gjennom slike situasjoner. Psykologisk velvære fremholdes som en viktig faktor for å hindre utvikling av alvorlig psykisk helseproblematikk og det er derfor interessant å se på hva som kan fremme dette. Norge opplever i tillegg en mangel på helsepersonell og det er derfor relevant å utforske hvordan frafall kan forhindres.

Formål: Denne studien har som mål å utforske opplevd psykologisk velvære hos helsepersonell i Norge i lys av deres arbeidssituasjon under covid-19-pandemien, samt hvilke faktorer som oppleves å fremme psykologisk velvære i denne situasjonen.

Metode: Kvalitativ metode med en fenomenologisk forankret tilnærming, er benyttet for å beskrive erfaringene til helsepersonell knyttet opp mot studiens problemstilling. Data ble samlet inn ved bruk av asynkrone virtuelle fokusgrupper og det ble gjennomført intervju i tre ulike grupper, bestående av totalt 16 informanter rekruttert fra både kommune- og spesialisthelsetjeneste i hele Norge. Tematisk analyse ble benyttet for å analysere det innsamlede datamaterialet.

Funn: Helsepersonell rapporterer ulike erfaringer knyttet til arbeidssituasjonen under covid-19-pandemien, som er interessante sett i sammenheng med deres opplevde psykologiske velvære. Hovedfunnene i denne studien omhandler informantenes følelser, vurderinger og forventninger til egen yrkesrolle. Det formidles et opplevd press i arbeidssituasjonen, samtidig som covid-19-pandemien beskrives å ha bidratt til både bevisstgjøring og stolthet rundt egen yrkesrolle. Funnene er videre knyttet til informantenes holdninger og ansvarsfølelse, deres verdier og ønske om å bidra, og til deres opplevelser av fellesskap og samhold på jobb.

Konklusjon: Konteksten informantene befinner seg i synes å være av betydning for deres psykologiske velvære og i denne forbindelse er både endringer de opplever på arbeidsstedet og i hjemmesituasjonen av relevans. Videre synes opplevelsen av mestring og mening å ha betydning for hvordan informantene håndterer belastninger og krav, samtidig som en opplevelse av støtte fra nettverk, kolleger, arbeidssted og samfunn, fremholdes å kunne bidra til å fremme psykologisk velvære.

Nøkkelord: Covid-19, helsepersonell, psykologisk velvære, stress og mestring.

Abstract

Background: The covid-19 pandemic and other major virus outbreaks affects the work situation of healthcare workers. They experience many changes and new challenges, and it appears essential to explore how this affects them. Knowledge of which factors healthcare workers experience to contribute to their psychological well-being, is of importance to be able to take care of them in such situations. Psychological well-being is emphasized as being an important factor to reduce the risk of adverse mental health outcomes and it is therefore interesting to look at what can foster this. Norway is also experiencing a shortage of healthcare workers, and this makes it appropriate to examine how dropouts can be prevented.

Objective: This study aims to examine perceived psychological well-being of healthcare workers in Norway considering their work situation during the covid-19 pandemic, as well as what factors they consider promoting to psychological well-being in this situation.

Methods: Qualitative research methodology with a phenomenologically grounded approach is applied to describe the experiences of healthcare workers related to the research questions. Data were collected using asynchronous online focus groups and interviews were conducted in three different groups, consisting of a total of 16 participants recruited from both municipal and specialist health care services throughout Norway. Data were analysed using thematic analysis.

Results: Healthcare workers report various experiences related to the work situation during the covid-19 pandemic, which are interesting in connection with their perceived psychological well-being. The key findings of this study are related to the participants' feelings, assessments and expectations related to their own professional role. There is perceived pressure in the work situation, at the same time as the covid-19 pandemic is described as having contributed to both raising awareness and pride in one's own professional role. The findings are further linked to the participants' attitudes and sense of responsibility, their values and desire to contribute, and to their experiences of community and unity at work.

Conclusions: The context in which the participants find themselves seems to be important for their psychological well-being and in this connection both changes they experience at the workplace and in the home situation are relevant. Furthermore, both the experience of coping and meaning appear to be elements that affect how the participants handle stress and demands, at the same time as an experience of support from network, colleagues, workplace and society, is emphasized to contribute to promote psychological well-being.

Keywords: Covid-19, healthcare worker, psychological well-being, stress and coping.

Forord

Denne oppgaven avrunder et masterstudium som har vært lærerikt og utviklende. Gjennom denne perioden har jeg vært heldig og hatt dyktige medstudenter som har bidratt til interessante diskusjoner og godt samarbeid. Med familie, jobb og deltidsstudier gjennom fire år, er det likevel tilfredsstillende å kjenne at målstreken nærmer seg.

Flere har bidratt til at denne studien har latt seg gjennomføre. Aller først vil jeg rette en stor takk til studiens informanter som har gitt av sin tid og delt sine opplevelser, til tross for en travel og krevende situasjon under covid-19-pandemien. Dette har bidratt til et interessant innblikk i hverdagen deres og videre utgjort grunnlaget for denne oppgaven. Dernest vil jeg takke mine veiledere Gro Ulset og Roger Almvik som har loset meg gjennom dette prosjektet på en trygg og god måte. Ved hjelp av grundige og konstruktive innspill har refleksjoner og utvikling fått rom. Deres blikk og erfaringer har hjulpet meg på veien mot en ferdig masteroppgave.

Studien min er gjennomført som del av «The COVID-19 Wellbeing Study» og jeg vil også takke for godt samarbeid med Andrea Stoltenberg ved University College London, i tillegg til resten av teamet som tilhører dette prosjektet. Det har vært interessant å ta del i et internasjonalt forskningsprosjekt og jeg er takknemlig for at jeg fikk denne muligheten.

Til sist vil jeg takke familien min for at jeg har fått anledning til å gjennomføre dette studiet. Takk for støtte hele veien, Arne Kristian. Du har bidratt til å holde motet oppe og fått meg tilbake på sporet, når motivasjonen har vært sviktende. Takk til Sanna, Niklas og Emrik for tålmodigheten og positiviteten dere viser meg. Livet har skjedd underveis, men dere har gitt meg den tiden jeg har hatt behov for, for å komme i mål.

Trondheim, august 2022

Rannfrid Lynum

Innhold

Figurer	x
1 Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Formål og problemstilling	2
1.3 Avgrensning og presisering.....	2
1.4 Begrepsavklaring	3
2 Kunnskapsgrunnlag.....	5
2.1 Teoretisk referanseramme.....	5
2.1.1 Psykologisk velvære	5
2.1.2 Stress og mestring	7
2.1.3 Erfaring fra tidligere virusutbrudd.....	8
2.2 Aktuell forskning	10
3 Metode	13
3.1 Design og vitenskapsteoretisk forankring	13
3.2 Asynkrone virtuelle fokusgrupper	14
3.2.1 Utvalg og rekruttering	15
3.2.2 Datainnsamling.....	16
3.3 Tematisk analyse	18
3.3.1 Beskrivelse av analysen	18
3.4 Litteratursøk.....	20
3.5 Ethiske betraktninger	21
3.6 Forforståelse.....	22
3.7 Metodediskusjon	22
3.7.1 Pålitelighet	23
3.7.2 Gyldighet	24
3.7.3 Overførbarhet.....	25
4 Funn	27
4.1 Rollen som helsepersonell	27
4.1.1 Arbeids- og forventningspress.....	27
4.1.2 Verdsettelse	29
4.1.3 Bevisstgjøring.....	30
4.1.4 Yrkesstolthet og glede	31
4.2 Ansvarsfølelse.....	32
4.2.1 Yrkesplikt og holdninger.....	32
4.2.2 Forholdet mellom jobb og privatliv	33

4.3	Ønske om å bidra	34
4.3.1	Meningsfullt.....	34
4.3.2	Aktiv rolle versus passiv tilskuer	35
4.4	Samhold på jobb	36
4.4.1	Fellesskap	36
4.4.2	Kollegial støtte.....	37
5	Diskusjon.....	38
5.1	Psykologisk velvære og endringer i hverdagen	38
5.1.1	Endringer i arbeidssituasjonen	38
5.1.2	Spennet mellom jobb og privatliv	40
5.2	Psykologisk velvære i en endret hverdag	41
5.2.1	Mestring og mening.....	41
5.2.2	Sosial, kollegial og organisatorisk støtte.....	43
6	Avslutning.....	46
6.1	Oppsummering og konklusjon.....	46
6.2	Implikasjoner for praksis og videre forskning	47
	Referanser.....	49
	Vedlegg.....	53

Figurer

Figur 1: Prosessen i intervjuet.....	17
Figur 2: Hovedtemaer og undertemaer fra analysen	20

1 Introduksjon

1.1 Bakgrunn

Ved utgangen av 2019 ble et virusutbrudd oppdaget i byen Wuhan i Kina og i løpet av januar 2020 ble det registrert smitte i Europa, Nord-Amerika og i Oseania (Verdens helseorganisasjon, 2022c). Viruset fikk navnet «*covid-19*» og i mars 2020 hadde smitten også nådd Afrika og Sør-Amerika. Verdens helseorganisasjon erklærte da utbruddet av *covid-19* som en pandemi, noe som innebar at virusutbruddet ble regnet å ha stor innvirkning på helsesituasjonen til befolkning over hele verden. To år senere, i mars 2022, har 452 millioner mennesker i verden blitt bekreftet smittet og mer enn 6 millioner mennesker dødd som resultat av komplikasjoner knyttet til *covid-19* (Verdens helseorganisasjon, 2022a).

Arbeidshverdagen til helsepersonell over hele verden har endret seg på flere ulike måter under *covid-19*-pandemien. I Norge ble Koronakommisjonen opprettet i april 2020 for å gjennomgå og trekke lærdom fra *covid-19*-utbruddet. Ut fra deres rapport kommer det frem at flere arbeidsgivere innen helsesektoren gjorde endringer knyttet til blant annet mangel på personell med endringer i oppgaver, rutiner og arbeidstider i starten av pandemien (NOU 2021: 6, 2021). Dette til tross for at det ikke forekom utbredt smitte i samfunnet. Arbeidsgiverne oppfattet at pandemien ga dem hjemmel og utvidet styringsrett til dette gjennom Helseberedskapsloven (2000, § 4-1) og Arbeidsmiljøloven (2005, § 10-12). Norsk Sykepleierforbund fremholder hvordan dette bidro til usikkerhet og uro blant mange av deres medlemmer. Videre i rapporten understrekes i et innspill fra St. Olavs hospital, hvordan knapphet på personell med riktig kompetanse er den faktoren som vil avgjøre hvor mange pasienter som kan få intensivmedisinsk behandling samtidig, ikke størrelsen på lokaler eller tilgangen til medisinsk-teknisk utstyr (NOU 2021: 6, 2021). Mangelen på personell i helse- og omsorgstjenestene i Norge, har blitt fremhevet som en utfordring under *covid-19*-pandemien (NOU 2021: 6, 2021). Helsedirektoratet (2021) viser også til en generell mangel på helsepersonell som har vedvart gjennom flere år og påpeker at denne har økt de siste fire årene innen flere yrkesgrupper. Det vises blant annet til tall fra NAV som estimerer en mangel på omtrent 5350 sykepleiere, 1450 spesialsykepleiere, 1900 helsefagarbeidere og 1450 legespesialister, i 2021 (Helsedirektoratet, 2021).

Arbeidsforholdene som oppstår under store virusutbrudd er vist å være krevende og de har innvirkning på helsepersonells psykologiske velvære og mentale helse (Brooks et al., 2018; Busch et al., 2021; Chong et al., 2004). Et virusutbrudd som *covid-19*-pandemien, vil dermed kunne tenkes å medvirke til en mer stressende og utfordrende arbeidshverdag for helsepersonell. Med utgangspunkt i den allerede eksisterende mangelen på helsepersonell, synes det viktig å se på hvordan helsepersonell best mulig kan ivaretas i denne situasjonen og samtidig utforske hva som kan forhindre frafall. Det vil da være sentralt å fokusere på å ivareta velværet deres, samt øke kunnskapen om hvilke tiltak helsepersonell trenger og som de selv opplever som verdifulle (Iheduru-Anderson, 2021; Pollock et al., 2020). Dette vil være sentral informasjon som landets

myndigheter kan ha nytte av når de skal sikre samarbeidet med helsepersonell også i fremtidige scenarier.

Jeg deltar i den pågående internasjonale studien «The COVID-19 Wellbeing Study» (Ranieri et al., 2021). Studien er etablert i London ved University College London. I Norge er prosjektet forankret ved Norges teknisk-naturvitenskapelig universitet (NTNU), hvor seniorforsker Roger Almvik er ansvarlig for studien. Hensikten med studien er blant annet å kartlegge hvordan det å jobbe i pandemiens frontlinje, direkte med covid-19-pasienter, har blitt erfart av helsepersonell i kontekst av covid-19-relaterte arbeidsstressorer og risiko.

1.2 Formål og problemstilling

Formålet med dette masterprosjektet er å utforske helsepersonells erfaringer og opplevelser knyttet til arbeidssituasjonen under covid-19-pandemien. Informantenes egne beskrivelser av situasjonen og deres opplevde psykologiske velvære i denne situasjonen, søkes belyst. Denne kunnskapen kan bidra til innsikt i situasjonen til helsepersonell og til å belyse hvordan frafall kan unngås. Videre vil også helsepersonell sine erfaringer under covid-19-pandemien kunne gi kunnskap om betydningen av opplevd psykologisk velvære, samt knyttet til hvilke forhold som oppleves som sentrale for å fremme psykologisk velvære i arbeidssituasjoner tilsvarende denne.

Denne studien tar utgangspunkt i den enkelte informants opplevelser og dermed deres individuelle perspektiv. Informantenes unike erfaringer vil i så måte representere hvordan situasjonen og psykologisk velvære, *kan* oppleves. Problemstillingen som utforskes gjennom denne studien er med bakgrunn i det ovennevnte:

«Hvordan opplever helsepersonell i frontlinjen i Norge deres psykologiske velvære i lys av arbeidssituasjonen under covid-19-pandemien?»

Det er utarbeidet tre forskningsspørsmål for å operasjonalisere problemstillingen:

- Hvordan oppleves arbeidssituasjonen for helsepersonell?
- Hvilke forhold oppleves å ha betydning for helsepersonells psykologiske velvære?
- Hva oppleves å fremme psykologisk velvære for helsepersonell?

1.3 Avgrensning og presisering

Jeg deltar, som tidligere nevnt, i den internasjonale studien «The COVID-19 Wellbeing Study» og mitt masterprosjekt tar utgangspunkt i data samlet inn som del av denne studien (Ranieri et al., 2021). Dette innebærer at utarbeidelse av intervjuguide, rekruttering og datainnsamling, er gjennomført i samarbeid med to andre personer. Disse jobbet som forsker og forskningsassistent i det internasjonale hovedprosjektet. Gjennomføringen av disse prosessene blir beskrevet nærmere i kapittel 3.2.1 og 3.2.2. Mot slutten av analyseprosessen hadde jeg møtepunkt med forskeren og forskningsassistenten igjen, hvor vi gikk gjennom temaene vi hadde kommet frem til

gjennom hver våre analyser. Dette for å sikre at tematikken best mulig reflekterte datamaterialet. Prosessen beskrives nærmere i kapittel 3.3.1 og dette blir videre diskutert under kapittel 3.7.2. Dette masterprosjektet er utover det nå beskrevne, gjennomført som et selvstendig arbeid.

«The COVID-19 Wellbeing Study» har fokus på helsepersonells opplevelse av tvang og press i arbeidssituasjonen og hvordan dette eventuelt er med og påvirker deres psykologiske velvære. Dette har hatt betydning for min studie ved at det blant annet har avgjort hvordan informanter ble rekruttert inn i ulike fokusgrupper. Gjennom intervjuene ga ikke informantene uttrykk for å være opptatt av tvang og press i arbeidssituasjonen og det fremkom dermed ikke data som ga grunnlag for å gå videre inn i dette temaet. Når jeg fremstiller kunnskapsgrunnlaget i denne oppgaven, har jeg derfor ikke inkludert teori knyttet opp mot opplevelser av tvang og press på jobb.

Ved søk etter relevant forskningslitteratur har jeg i all hovedsak funnet frem til internasjonal litteratur, hvorav en stor andel består av kvantitative studier. I og med at jeg gjennomfører en kvalitativ studie i Norge, hadde det vært ønskelig å kunne se mine funn opp mot mer tilsvarende studier. Temaet for denne studien er forholdsvis nytt noe som kan være en av grunnene for at dette har vist seg utfordrende å finne. Den kvantitative litteraturen som presenteres i oppgaven vurderes likevel som relevant, da den kan bidra til å belyse mulige sammenhenger mellom helsepersonells opplevde situasjon under covid-19-pandemien, deres arbeidsforhold og deres psykologiske velvære, samt hvilke forhold som kan være av betydning for dette. Gjennom denne studien vil jeg derfor presentere og diskutere mine funn i lys av både kvalitative og kvantitative studier.

Gjennom oppgaven vil hvert kapittel innledes med en introduksjon som redegjør kort for det enkelte kapitlets innhold. Først presenteres det teoretiske utgangspunktet for prosjektet knyttet til psykologisk velvære, stress og mestring, samt knyttet til tidligere store virusutbrudd. Dette reder grunnen for metoden og gjennomføringen av prosjektet, som dernest blir beskrevet. Funnene fra studien blir presentert i påfølgende kapittel og deretter diskutert med teorien som bakteppe. Sist i oppgaven følger en oppsummering av det ovennevnte som en konklusjon, samt implikasjoner for praksis og videre forskning.

1.4 Begrepsavklaring

I problemstillingen benytter jeg begrepet «helsepersonell i frontlinjen». Gjennom denne studien forstår jeg «helsepersonell» som definert i Helsepersonelloven (1999, § 3). Dette innebærer blant annet at alt personell i helse- og omsorgstjenestene som utfører helsehjelp, inkluderes i dette begrepet. Når jeg benytter betegnelsen «i frontlinjen» referer jeg til helsepersonell som jobber direkte med covid-19-pasienter. Jeg vil veksle mellom å benytte begrepene «helsepersonell» og «helsepersonell i frontlinjen» gjennom oppgaven. Begge begrepene viser i denne oppgaven hen til helsepersonell som jobber direkte med covid-19-pasienter, så fremt noe annet ikke er presisert.

Problemstillingen inneholder også begrepet «psykologisk velvære». Dette benyttes og kan forstås på flere ulike måter både i litteraturen og i dagligtalen (Helsedirektoratet, 2015). Når jeg gjennom denne oppgaven omtaler «psykologisk velvære» forstår jeg det med utgangspunkt i Ryff (1989) sin operasjonalisering av begrepet, hvor hun har utarbeidet seks ulike dimensjoner som kan benyttes for å undersøke folks psykologiske velvære. Jeg redegjør nærmere for denne operasjonaliseringen, i kapittel 2.1.1.

2 Kunnskapsgrunnlag

I dette kapitlet presenteres teori knyttet til psykologisk velvære, stress og mestring, samt grunnleggende kunnskap vi har i dag som baserer seg på tidligere store virusutbrudd. Etter dette følger en fremstilling av aktuell forskning på feltet, herunder kunnskap som foreligger knyttet til helsepersonells erfaringer med arbeid under covid-19-pandemien og hvordan de påvirkes av dette. Jeg har gjennom litteratursøk funnet få kvalitative studier tilknyttet temaet og vil derfor presentere både kvalitativ og kvantitativ litteratur i det følgende. Litteraturen som presenteres er vurdert å belyse problemstillingen.

Helsetjenester er ulikt organisert og arbeidsforholdene til helsepersonell varierer forskjellige steder i verden. Vi vet også at covid-19-pandemien har belastet helsevesenet svært ulikt rundt om i verden. I denne fremstillingen har jeg likevel, i all hovedsak, benyttet internasjonal forskningslitteratur. Grunnen til dette er at feltet er relativt nytt og at det per dags dato foreligger få norske studier. Funnene fra internasjonal forskning vurderes likevel å bidra til å belyse mulige sammenhenger mellom helsepersonell sine arbeidsforhold og deres psykologiske velvære. Den teoretiske referanserammen som utgjør en oversikt over vitenskapelig litteratur knyttet til psykologisk velvære, stress og mestring, vil danne grunnlaget for en videre fortolkning av studiens funn.

2.1 Teoretisk referanseramme

2.1.1 Psykologisk velvære

Verdens helseorganisasjon (1948) definerer helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser» (oversettelse fra Regjeringen, 2022). Verdens helseorganisasjon (2022b) definerer videre psykisk helse som «en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stressituasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og er i stand til å bidra overfor andre og i samfunnet» (oversettelse fra Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Her defineres psykisk helse med en positiv tilnærming. Begrepet «psykisk helse» har likevel en negativ fortone i dagligtalen og er mest forbundet med psykisk sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Av Verdens helseorganisasjon plasseres som her vist, begrepet «velvære» som en sentral faktor med tanke på både generell og psykisk helse. Hva velvære innebærer og hvordan dette kan forstås, utdypes ikke.

Begrepet «velvære» benyttes ulikt og forstås på mange ulike måter både i dagligtale og i internasjonal faglitteratur (Helsedirektoratet, 2015). Begrepet «psykologisk velvære» knyttes til en retning innen psykologien som kalles positiv psykologi (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Her fokuserer man på psykologiske faktorer og positive erfaringer som bidrar til et meningsfullt liv. Positiv psykologi har fått økt oppmerksomhet de siste tiårene, noe som kan ses i sammenheng med en generell utvikling innen

helsefagene fra å se på årsaker til sykdom til å heller fokusere på årsaker til god helse. Et slikt fokus fremheves også av Helsedirektoratet (2015) som understreker betydningen av «velvære» og ulike aspekter knyttet til dette, i arbeidet med å redusere risiko for sykdom i befolkningen. Positiv psykologi har også mottatt kritikk for å være for lite konkret, basere seg på feilaktige argumenter og ikke ha rom for å snakke om det som er vanskelig (Miller, 2008). Det er utviklet mange teoretiske perspektiver knyttet til positiv psykologisk fungering. Disse har likevel hatt liten innvirkning på forskning innen psykologifeltet opp gjennom årene. En av årsakene til dette understrekes av Ryff (1989) å være at de teoretiske perspektivene ikke har vært ledsaget av gode evalueringsprosedyrer.

I faglitteraturen benyttes begrepet «psykologisk velvære» ofte knyttet til Ryff (1989) sin tilnærming til begrepet. Hennes teori tar utgangspunkt i blant annet humanistiske, eksistensielle og utviklingspsykologiske perspektiver (Helsedirektoratet, 2015). Ryff (1989) fremhever hvordan mange av de eksisterende perspektivene knyttet til positiv psykologisk fungering beskriver faktorer med mange likhetstrekk. Hun har med utgangspunkt i dette, utarbeidet seks ulike aspekter som kan benyttes for å undersøke menneskers psykologiske velvære gjennom en operasjonalisering av begrepet. De seks ulike dimensjonene er:

- selvaksept, som innebærer en positiv selvoppfattelse og en aksept av både ens gode og dårlige kvaliteter
- å ha positive relasjoner til andre, herunder å inngå i likeverdige relasjoner preget av tillit og kjærlighet
- autonomi, muligheten til å gjøre valg med utgangspunkt i ens egne personlige behov og ønsker
- å mestre ens omgivelser, å kunne benytte og tilpasse omgivelsene ut fra egne behov
- at livet oppleves meningsfullt, med mål og en retning
- personlig utvikling, med mulighet for nye erfaringer og en følelse av å realisere sitt potensial, samt en opplevelse av å utvikle seg i positiv retning (Ryff, 1989)

Hvilke av dimensjonene som vektlegges av den enkelte og har størst betydning for ens psykologiske velvære, kan variere med alder, samt ut fra kjønn og kulturell kontekst. Ryff (1995) viser eksempelvis at kvinner generelt vektlegger positive relasjoner med andre og personlig utvikling, høyere enn menn. Videre øker graden av autonomi og mestring av omgivelser med alder, samtidig som personlig utvikling og at livet oppleves meningsfullt, synker med alder. De ulike dimensjonene har også innvirkning på hverandre og selvaksept er blant annet vist å være knyttet tett opp til opplevelsen av å mestre ens omgivelser (Ryff & Keyes, 1995).

Det er utarbeidet flere ulike verktøy for å måle psykologisk velvære (Hidalgo et al., 2010). Dette innbefatter blant annet selvregistrerings skjemaer knyttet til hvordan man har det, samt registrering av symptomer som indikerer psykisk sykdom. Den subjektive opplevelsen av psykologisk velvære vektlegges. Forhold knyttet til kontekstene og prosessene den enkelte tar del i, blir ofte utelatt. Gjennom det forsvinner viktige dimensjoner for en mer kompleks forståelse av psykologisk velvære (Helsedirektoratet, 2015). Dette understrekes også av Hidalgo et al. (2010) som fremhever at en gjennom å

se på konteksten den enkeltes erfaringer oppstår i, kan oppnå en økt forståelse av hvordan omgivelsene påvirker psykologisk velvære.

2.1.2 Stress og mestring

Ulike tilnærminger til stress har blitt presentert siden begrepet først ble introdusert i litteraturen av Hans Selye i 1936 (Buttigieg et al., 2015). Stress har blant annet blitt forklart som en fysiologisk forsvarsreaksjon på skadelige stimuli, samt som en miljøfaktor som forårsaker en belastning for den som utsettes for den. Her forklares ikke hvorfor mennesker reagerer ulikt i møte med samme stressorer og disse tilnærmingene kritiseres som mangelfulle. Interaksjons- og transaksjonsmodeller for stress fokuserer derimot på hvorfor noen mennesker er mer mottakelige for stress enn andre med bakgrunn i egenskaper ved konteksten og personen, fremfor å se på stress som en mekanisk prosess knyttet til stimuli eller respons. Det finnes også ulike typer stress og ikke alt stress trenger å være negativt. Stress som oppleves belastende og som en ikke opplever å kunne komme unna, kan derimot over tid gi negative effekter både for ens fysiske og psykiske helse. En vedvarende opplevelse av stress kan altså medføre negative helsekonsekvenser. En situasjon med stadige endringer og et økende omfang av arbeidsoppgaver hvor en selv i liten grad kontrollerer utviklingen, kan være eksempel på dette (Helsedirektoratet, 2017).

Lazarus og Folkman (1984) sin stressmestringsteori, «the transactional theory of stress and coping», har en sentral posisjon innen forskning på stress og mestring (Biggs et al., 2017). I stressmestringsteorien presenteres stress og mestring som et resultat av samspillet mellom den enkelte og omgivelsene. Det fremholdes videre at en ikke kan forutse en stressreaksjon uten å ta hensyn til egenskaper ved den enkelte og dens omgivelser. Dette medfører at forskjellige personer vil reagere ulikt, i like situasjoner. Stress oppstår som et resultat av misforholdet mellom opplevelsen av krav i en situasjon og ens opplevde mulighet til å håndtere disse. Reaksjonen vil henge sammen med i hvilken grad den enkelte opplever at situasjonen vil ha konsekvenser for en selv og ens velvære, samt i hvilken grad den enkelte opplever at den kan påvirke situasjonen. Om en situasjon oppfattes som farlig samtidig som den enkelte ikke ser noen mulighet til å håndtere den, vil dette medføre økt grad av stress. Hvordan den enkelte opplever sin mulighet til å håndtere og påvirke en krevende situasjon, er altså avgjørende for hvor belastende situasjonen oppleves (Lazarus & Folkman, 1984). Verdens helseorganisasjon (2020) påpeker også dette og fremhever hvordan en jobbsituasjon med krav og press som ikke samsvarer med kompetansen og ferdighetene en innehar og som dermed utfordrer ens mulighet til å mestre, kan resultere i stress. Når krav og press på jobb derimot samsvarer med ens kunnskap og muligheter, bidrar det til mindre sannsynlighet for å oppleve stress. Om en i tillegg opplever kontroll i arbeidssituasjonen, et støttende arbeidsmiljø, samt kan ta del i beslutninger som angår ens jobb, minsker sannsynligheten for stress ytterligere og sannsynligheten for mestring øker (Verdens helseorganisasjon, 2020).

En viktig faktor i ovennevnte stressmestringsteori er at forholdene som virker inn på opplevelsen av stress er dynamiske (Lazarus & Folkman, 1984). Det er mulig å gjøre endringer i ens egen situasjon som kan gjøre det mulig å innfri kravene en situasjon

stiller. Dette blant annet gjennom å endre opplevelsen av egne ressurser ved eksempelvis utvikling eller å tilføre støtte, eventuelt gjennom å endre kravene på andre livsområder for å frigjøre kapasitet til å håndtere belastningen som har oppstått (Helsedirektoratet, 2017). I belastende situasjoner innebærer mestring en konstant prosess med vurderinger av situasjonen og justeringer for å prøve å håndtere kravene som oppleves som utfordrende eller som overgår ressursene personen innehar (Lazarus & Folkman, 1984). Antonovsky (1987) fremholder hvordan en opplevelse av sammenheng også er av stor betydning for hvordan man håndterer en utfordrende situasjon. Opplevelsen av sammenheng vil kunne påvirke den enkeltes mestringsressurser. Mestringsressursene vil gjensidig kunne påvirke opplevelsen av sammenheng. Tre elementer fremheves for å forstå hva opplevelsen av sammenheng innbefatter. Dette omhandler den enkeltes forventninger til en situasjon og om man tenker at den stiller overkommelige krav, om den er mulig å påvirke, samt om den er logisk og forutsigbar (Walseth & Malterud, 2004).

Lazarus og Folkman (1984) sin stressmestringsteori har fokuset rettet mot negative psykologiske tilstander og Folkman (1997) understreker behovet for å også se hvordan stress kan medføre positive psykologiske tilstander. Om noe eksempelvis oppleves meningsfullt, kan det bidra til mestring i seg selv. Mestring kan også være en respons på stress og negativt stress kan motivere til å se etter, samt finne, positive hendelser. Det negative stresset kan videre medføre at den enkelte omskriver en ordinær hendelse til å representere en positiv hendelse. Positive psykologiske tilstander, uavhengig av styrke og varighet, kan bidra med en gunstig effekt sett i sammenheng med mestring (Folkman, 1997).

2.1.3 Erfaring fra tidligere virusutbrudd

Verden har også tidligere stått overfor virus som har forårsaket alvorlige folkehelsekriser. Eksempler på dette de siste 20 årene er SARS-epidemien i 2003, svineinfluensaen i 2009 og Ebola-virusutbruddet i 2014 (Store norske leksikon, 2020). Under slike omfattende virusutbrudd blir arbeidssituasjonen til helsepersonell påvirket gjennom blant annet økt arbeidsmengde, behov for beskyttelsesutstyr, samt risiko for smitte for både sin egen og sin families del. Erfaringer fra tidligere virusutbrudd viser at de krevende arbeidsforholdene som oppstår, påvirker helsepersonells psykologiske velvære (Brooks et al., 2018; Busch et al., 2021; Chong et al., 2004). En undersøkelse fra starten av SARS-utbruddet i Taiwan når infeksjonen spredde seg raskt, viser at helsepersonell opplevde seg svært sårbare, kjente på en opplevelse av å være truet på livet og var preget av symptomer på angst. Når man etter hvert hadde mer kontroll på epidemien var symptomer på depresjon mer fremtredende enn angstsymptomer blant helsepersonellet (Chong et al., 2004). Helsetjenestene i Toronto opplevde også en stor belastning under SARS-epidemien. Nickell et al. (2004) har gjennomført en studie som viser hvordan dette medførte en betydelig psykososial belastning for sykehuspersonell og videre hvordan påvirkning på ens familie og livsførsel for øvrig, også var av stor betydning. En annen studie fra Toronto så på forekomsten av psykiske lidelser blant helsepersonell som jobbet med SARS-pasienter, ett til to år etter at epidemien var over. Der fant de at forekomsten av nye episoder av psykiske lidelser blant helsepersonell, var tilsvarende eller lavere enn i samfunnet for øvrig. Videre ble det fremhevet et behov for å rette en forebyggende innsats spesielt mot helsepersonell med tidligere psykiatrisk historie og helsepersonell

med lite erfaring i yrket, da disse gruppene syntes å ha større risiko for å utvikle psykiske lidelser knyttet til den økte arbeidsbelastningen som oppstår under store virusutbrudd. Studien viste også at helsepersonell som jobbet i områder med høyt smittetrykk under SARS-epidemien opplevde større psykisk belastning også ett år etter epidemien, sammenlignet med helsepersonell fra områder med lavt smittetrykk (Lancee et al., 2008).

Brooks et al. (2018) har skrevet en systematisk oversikt for å identifisere faktorer som påvirket psykologisk velvære hos helsepersonell under SARS-epidemien. De fant at flere faktorer knyttet til arbeidssituasjonen var sentrale og helsepersonell som jobbet tett på og direkte med syke pasienter, ble i større grad påvirket. De fant også at forberedelse og tidligere erfaring med smittsomme virusutbrudd, virket som beskyttende faktorer. En studie fra Singapore viser også hvordan helsepersonell med erfaring fra SARS-epidemien følte seg tryggere og bedre rustet i møte med covid-19-pandemien, sammenlignet med kolleger uten tilsvarende erfaring. De håndterte arbeidsmengden bedre og hadde mer tillit til sin ledelse (Chan et al., 2021). Helsepersonell som opplevde å bli satt i karantene under SARS-epidemien, rapporterte at dette virket negativt inn på deres psykologiske velvære og lengre karantener medførte en økning i uheldige effekter. En opplevelse av å ha kontroll over egen arbeidshverdag virket positivt, mens helsepersonell som var ufrivillig omplassert til å jobbe i enheter med høy smitterisiko rapporterte større grad av symptomer på psykiske lidelser. Opplevelsen av trygghet og risiko på jobb, ble i tillegg rapportert å henge sammen med psykologisk velvære. Tillit til smittevernutstyr og smittevernprosedyrer, samt troen på at de forebyggende tiltakene på arbeidstedet var tilstrekkelige, ga færre negative emosjonelle responser. En større opplevd sykdomsrelatert risiko ga derimot økt bekymring for ens egen og ens families helse. Varigheten av den opplevde risikoen korrelerte med antallet alvorlige utfall hos helsepersonellet (Brooks et al., 2018).

Sosiale faktorer ble videre fremhevet å være av betydning for helsepersonells psykologiske velvære under SARS-epidemien. Organisatorisk støtte på arbeidstedet og støtte fra familie og nettverk virket beskyttende mens avvisning og sosial isolasjon ble assosiert med dårligere psykisk helse. I hvilken grad epidemien virket inn på livene til helsepersonell både privat og profesjonelt, hadde betydning for deres psykologiske velvære (Brooks et al., 2018). Dette understrekes også av Busch et al. (2021), som har kartlagt psykisk belastning hos helsepersonell i frontlinjen under store virusutbrudd som har funnet sted de siste to tiårene. De har skrevet en systematisk oversikt som viser at store utbrudd av infeksjonssykdommer virker inn på helsepersonell sin mentale helse. En stor andel av helsepersonellet uttrykte bekymringer knyttet til usikkerheten i arbeidssituasjonen og risikoen for smitte. Et viktig element i den psykiske belastningen ble fremhevet å kunne være knyttet til opplevelsen av å mangle kontroll over sitt eget profesjonelle og private liv (Busch et al., 2021).

Busch et al. (2021) poengterer at helsepersonell i situasjoner tilsvarende epidemier og pandemier, har behov for tilgjengelige psykologiske støttestrukturer for bedre å kunne håndtere akutte, kritiske situasjoner, samt vedvarende perioder med stress. Det anbefales videre at helsepersonell forberedes på hvordan denne type arbeidssituasjoner kan påvirke dem psykisk og at arbeidsgivere legger til rette for et støttende arbeidsmiljø.

De som er mest utsatt må få nødvendig støtte. Dette for å minimere påvirkningen av helsepersonells psykologiske velvære ved fremtidige virusutbrudd (Brooks et al., 2018).

2.2 Aktuell forskning

Arbeidssituasjonen og kravene til helsetjenestene endrer seg under store virusutbrudd. Billings et al. (2021) har skrevet en systematisk oversikt knyttet til helsepersonell i frontlinjen sine synspunkter på nødvendig støtte under store virusutbrudd. Her fremkommer det at helsepersonell opplever store bekymringer knyttet til både deres egen og andres sikkerhet. Dette er mest fremtredende tidlig i et virusutbrudd og kan forverres ved mangelfull tilgang til nødvendig smittevernutstyr, samt ved stadige endringer i informasjon (Billings et al., 2021). Akuttstykkepleiere i USA som opplevde begrenset tilgang til smittevernutstyr på jobb under covid-19-pandemien, beskriver at de kjente på mange intense negative følelser i starten av pandemien og at de opplevde store følelsesmessige svingninger (Iheduru-Anderson, 2021). Erfaringer hos helsepersonell i Sverige i en tidlig fase av covid-19-pandemien, fremstilles av Rücker et al. (2021) også å være sammenfallende med dette. Der beskriver helsepersonell en arbeidssituasjon med frykt for egen helse, usikkerhet knyttet til smittevern og frykt for å smitte andre. Helsepersonellet opplevde å bli møtt med både engstelse og takknemlighet fra samfunnet rundt. Mange beskriver en opplevelse av å bli stigmatisert på grunn av arbeidet sitt og enkelte formidler hvordan de ble møtt med frykt og unngåelse fra venner og naboer (Rücker et al., 2021). Helsepersonells forhold til familie, kolleger, arbeidssted, media og samfunnet for øvrig, beskrives gjerne som kompliserte (Billings et al., 2021). Disse relasjonene kan oppleves som kilder til støtte, men samtidig også som kilder til stress. Erfaringene helsepersonell rapporterer under covid-19-pandemien fremholdes som bemerkelsesverdig konsistente med erfaringene hos helsepersonell under tidligere store virusutbrudd. Erfaringene fremstår således ikke å være knyttet til tid eller sted, men heller å være situasjonsbetinget. Dette understreker muligheten til, samt viktigheten av, å ta lærdom fra tidligere krisesituasjoner og bruke denne kunnskapen for å dempe en negativ psykisk helseeffekt av covid-19-pandemien, noe som videre vil kunne støtte langsiktig velvære for helsepersonell (Billings et al., 2021).

Behovet for helsepersonell har økt under covid-19-pandemien og mange har blitt bedt om å jobbe utenfor sitt egentlige arbeidsfelt. En studie utført av Sagherian et al. (2020) blant sykehusansatte i USA, viser at helsepersonell har erfart økt fysisk og psykisk belastning under covid-19-pandemien. De opplevde søvnproblemer, utmattelse, samt høye nivåer av stress, angst og depresjon. Et høyere antall arbeidstimer per uke og færre pauser gjennom arbeidsdagen er sentralt i dette og gir en økning i rapporterte negative effekter (Sagherian et al., 2020). Muller et al. (2020) har skrevet en systematisk hurtigoversikt med hovedvekt av data fra Kina, som gir et tilsvarende bilde av negativ påvirkning av helsesituasjonen for helsepersonell. Det rapporteres likevel lav grad av interesse for profesjonell helsehjelp, men større behov for sosial støtte og kontakt. Sosial støtte korrelerer med lavere forekomst av psykiske helseproblemer. Psykiske helseutfordringer knyttes først og fremst til å være eksponert for covid-19, dernest til å være kvinne, samt til bekymringen for å bli smittet eller for å smitte andre. For helsepersonell i frontlinjen fremheves spesielt hvordan manglende mulighet for adekvat hvile og søvn, samt hvordan mangel på nødvendig smittevernutstyr eller opplæring kan ha negativ innvirkning på psykisk helse (Muller et al., 2020). En annen

hurtigoversikt med data hovedsakelig fra sykehusansatte i Kina (Kock et al., 2021), peker også på at kvinnelige sykepleiere med direkte kontakt med covid-19-pasienter, er den gruppen som kan ha størst utbytte av innsats rettet mot å støtte psykologisk velvære blant helsepersonell. Samtidig understrekes det at dataene i denne studien er noe inkonsistente.

Ser man nærmere på en studie gjennomført av Schmid et al. (2021) i Tyskland, viser også denne at covid-19-pandemien medfører økt grad av kronisk stress hos helsepersonell. I denne studien finner man derimot ikke noen forskjell i påvirkning av psykologisk velvære hos helsepersonell som jobber direkte med covid-19-pasienter, sammenlignet med helsepersonell som ikke har dette som sitt arbeidsområde. Her fremholdes generelle effekter av nedstegning av samfunnet å være av større betydning for psykologisk velvære, enn direkte kontakt med covid-19-pasienter (Schmid et al., 2021). Videre viser en britisk studie som har sett på psykologisk stress hos ulike yrkesgrupper under den første nedstegningen i Storbritannia (Pink et al., 2021), at helsepersonell rapporterte lavere nivå av stress enn gjennomsnittet i befolkningen. De fant tilsvarende rapportering også hos ansatte innen politi og brann. Dette kan indikere at en kritisk samfunnsfunksjon under en krise, med mulighet til å aktivt bidra for å hjelpe andre, kan ha en beskyttende funksjon hva gjelder psykologisk velvære. Funnene fra denne studien bringer med seg et optimistisk syn på evnen til å håndtere negativt stress blant ansatte i kritiske samfunnsfunksjoner (Pink et al., 2021).

Hva som bidrar til å opprettholde helsepersonell sin evne til å håndtere stresset de opplever på jobb under covid-19-pandemien, er tema i en studie fra Australia som Brown et al. (2021) har gjennomført. Her finner de at helsepersonell på det personlige plan fremholder en positiv tankegang, følelsen av mening og ivaretagelse av egenomsorg som viktige faktorer. Relasjonelle faktorer fremstår også sentralt og lagarbeid, altruisme og sosial støtte fra familie og venner fremheves. Faktorer ved organisasjonen fremheves videre å være av betydning og lederskap, god kommunikasjonsflyt og effektiv implementering av nye retningslinjer fremstår som viktig. Det ble videre uttrykt behov for ytterligere strategier for å støtte de personlige faktorene, samt for å pleie resterende faktorer (Brown et al., 2021). Helsepersonell som deltok i den tidligere nevnte svenske studien utført av Rücker et al. (2021), fortalte om en endring i sin arbeidssituasjon fra en opplevelse av kaos i starten til en opplevelse av økt kontroll underveis. Faktorer ved organisasjonen som tilstedeværende og støttende ledelse og et støttende arbeidslag ble også her fremholdt som nyttig. I arbeidet med covid-19-pasienter opplevde helsepersonellet en følelse av hjelpeløshet samtidig som de opplevde arbeidet som meningsfullt. Studien gir innsikt i en utfordrende arbeidssituasjon med stress, usikkerhet og kaos. Samtidig tydeliggjøres skadebegrensende muligheter og positive erfaringer som trygghet og en opplevelse av å gjøre noe meningsfullt. For å forbedre sikkerheten til helsepersonell under krisesituasjoner som store virusutbrudd, belyses viktigheten av å unngå forvirring rundt smittevernutstyr og smittebegrensning, støttende ledelse i helsevesenet og nøyaktig informasjon om hvordan viruset overføres (Rücker et al., 2021).

Psykologisk velvære fremheves å kunne være en viktig beskyttende faktor for å hindre utvikling av alvorlig psykisk helseproblematikk (Hidalgo et al., 2010). Behovet for intervensjoner som kan støtte helsepersonell i frontlinjen sitt psykologiske velvære og deres evne til å håndtere stress, fremstår tydelig. En systematisk oversikt med fokus på dette, synliggjør en mangel på både kvalitative og kvantitative studier som gir informasjon om opplevd virkning og effekt av ulike intervensjoner og dermed gir grunnlag for å si noe om hva som kan være nyttige intervensjoner for helsepersonell (Pollock et al., 2020).

3 Metode

Gjennom dette kapitlet vil jeg beskrive metodiske valg, samt den metodiske og praktiske gjennomføringen av prosjektet. Design og vitenskapsteoretisk forankring av studien blir først presentert før metoden for datainnsamling og gjennomføringen av denne blir gjennomgått. Etter dette følger en presentasjon av hvordan datamaterialet er analysert. En redegjørelse knyttet til litteratursøk, etiske betraktninger og forforståelse belyses deretter før en diskusjon av metoden, samt en vurdering av studiens kvalitet, følger avslutningsvis i kapitlet.

3.1 Design og vitenskapsteoretisk forankring

I dette prosjektet som er gjennomført som en delstudie innenfor den større studien «The COVID-19 Wellbeing Study» (Ranieri et al., 2021), var jeg interessert i å få dypere innsikt i helsepersonell i Norge sine erfaringer med en arbeidssituasjon som innebar å jobbe i frontlinjen, direkte med covid-19-pasienter, og deres opplevde psykologiske velvære i denne situasjonen. Jeg valgte en fenomenologisk forankret tilnærming i dette arbeidet. Fenomenologien ønsker å undersøke et fenomen med utgangspunkt i hvordan dette oppleves av den enkelte. Man ønsker å få frem variasjoner i erfaringene rundt fenomenet og er i dette interessert i den enkeltes livsverden, den enkeltes virkelighet (Kvale & Brinkmann, 2015). Kvalitativ metode er egnet til å undersøke og å få innsikt i menneskers erfaringer og meninger, samt å belyse hvorfor mennesker handler som de gjør. Den kan videre bidra til å bringe frem mangfold og nyanser i erfaringer (Malterud, 2017). Med bakgrunn i dette valgte jeg kvalitativ metode for å utforske studiens problemstilling og forskningsspørsmål nærmere. Kvalitativ metode bygger på hermeneutiske teorier om fortolkning hvor man er opptatt av at mennesker hele tiden fortolker inntrykk for at de skal oppleves meningsfulle og Malterud (2017) fremhever hvordan en her samtidig er opptatt av at meningsdanning skjer i en kontekst og at menneskers liv er kontekstuelle. Meningsdanning påvirkes således av ens tidligere erfaringer, ens forforståelse. I et forskningsintervju vil forsker og informanter gjensidig påvirke hverandre og det er viktig at forskeren har en bevissthet rundt sin egen forforståelse. I et fenomenologisk perspektiv søker forskeren å sette egen forforståelse til side for å kunne synliggjøre informantenes betraktninger, uten at disse påvirkes av forskerens referanseramme (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette idealet fremheves å være uoppnåelig i praksis og betydningen av en bevissthet hos og en redegjørelse fra forskeren rundt egne erfaringer og verdigrunnlag, er derfor sentralt (Malterud, 2017). Jeg redegjør for min forforståelse i kapittel 3.6.

For å få innsikt i helsepersonell sine erfaringer med å jobbe tett på covid-19-pasienter valgte jeg å benytte fokusgruppeintervju som fremgangsmåte. Fokusgruppeintervju er egnet når en ønsker å undersøke fenomener i miljøer hvor mange samhandler, knyttet til eksempelvis felles erfaringer og holdninger (Malterud, 2012). Fokusgruppeintervju er videre egnet for å få frem ulike synspunkt og erfaringer rundt tematikk som er relevant for gruppedeltakerne (Kvale & Brinkmann, 2015). Gruppediskusjon kan fremkalle

assosiasjoner og synspunkt som kanskje ikke ville kommet like lett til uttrykk ved bruk av andre datainnsamlingsmetoder som for eksempel individuelle intervjuer. Metoden åpner gjennom dette for en annen innsikt drevet frem av samspillet i gruppa, hvor en gjennom samhandlingen mellom gruppedeltakerne kan få økt innsikt i deres erfaringer (Malterud, 2012). Gruppedynamikken kan videre gi et større rom for å uttrykke ellers vanskelig tilgjengelige standpunkt og holdninger rundt tematikk som kan være sensitiv og tabubelagt (Kvale & Brinkmann, 2015). Fokusgruppeintervju ble vurdert som et godt egnet verktøy for å kunne belyse denne studiens problemstilling. Mer spesifikt ble datainnsamlingen gjennomført ved bruk av asynkrone virtuelle fokusgruppeintervju, noe som vil bli beskrevet nærmere i kapittel 3.2. I det videre arbeidet som omhandlet bearbeiding og analyse av datamaterialet valgte jeg å benytte tematisk analyse. Dette er en fleksibel fremgangsmåte som kan benyttes innen ulike teoretiske rammeverk. Tematisk analyse kan bidra til et rikt, detaljert og samtidig komplekst datagrunnlag (Braun & Clarke, 2006). Analysen vil bli beskrevet i kapittel 3.3.

3.2 Asynkrone virtuelle fokusgrupper

Datamaterialet i denne studien er samlet inn ved bruk av asynkrone virtuelle fokusgrupper (AVFG). Virtuelle fokusgrupper er en metode hvor man gjennomfører gruppeintervju ved hjelp av datateknologi, uten at informantene er nødt til å samles fysisk i et rom (Malterud, 2012). Inviterte deltakere tar del i skriftlig nettpprat rundt en bestemt tematikk, i grupper under ledelse av en moderator. Forskeren deltar som moderator i gruppen og skal stimulere til åpenhet, hjelpe gruppen å holde tråden i hva de skal diskutere, samt søke å få frem størst mulig variasjon i synspunkter rundt temaet som diskuteres (Kvale & Brinkmann, 2015). En har som utgangspunkt at alle deltakerne har viktig kunnskap om det aktuelle temaet som de må få komme frem med. En målsetting er derfor at alle skal komme til orde, samt at gruppedeltakerne i hovedsak skal kommunisere med hverandre og ikke med moderatoren (Malterud, 2012). Dette er felles med andre former for fokusgrupper.

Ved gjennomføring av AVFG møtes deltakerne i diskusjonsrom på en digital plattform og all kommunikasjon foregår skriftlig. Deltakerne kan logge seg inn og delta fra det fysiske stedet som passer dem selv best. Det at gruppene er asynkrone innebærer at deltakerne ikke trenger å være pålogget samtidig. De kan logge seg inn når det passer for dem (Williams et al., 2012). Diskusjonsrommene er åpne over en bestemt tidsperiode og deltakerne kan logge seg inn flere ganger for å ytre sine egne tanker rundt tematikken, samt for å respondere på hverandres innlegg og kommentarer.

AVFG ble valgt som metode for datainnsamling blant annet med bakgrunn i at covid-19-pandemien pågikk samtidig som studien. Datainnsamling i fokusgrupper hvor informantene møtes fysisk ansikt-til-ansikt, var ikke å anbefale på dette tidspunktet. Det ble i tillegg vurdert at informantgruppen i studien trolig ikke ville ha problemer med å uttrykke seg skriftlig om det gitte temaet. Det ble derfor gjennomført en digital (nettbasert) fokusgruppe-form hvor informantene ga skriftlig uttrykk for sine erfaringer og oppfatninger. Denne fremgangsmåten gjorde det også mulig å nå ut til et bredere spekter av deltakere, siden den ikke krevde at disse møttes fysisk. Williams et al. (2012)

understreker at AVFG må forstås som en teknikk som byr både på fordeler, muligheter og som har sine begrensninger. Dette utdypes videre under kapittel 3.7.

3.2.1 Utvalg og rekruttering

Datainnsamlingen ble gjennomført som del av «The COVID-19 Wellbeing Study» (Ranieri et al., 2021). Målgruppen for studien var helsepersonell som jobber direkte med bekreftede og mistenkte covid-19-pasienter. Informanter ble først rekruttert til å delta i en kvantitativ undersøkelse, hvor de besvarte et elektronisk spørreskjema. Dette som del av «The COVID-19 Wellbeing Study». Deltakere ble rekruttert til dette ved hjelp av sosiale medieplattformer som Facebook, Instagram og Twitter. Informasjon om undersøkelsen ble spredt via private nettverk på disse kanalene. I tillegg ble organisasjoner, foreninger og grupper for helsepersonell kontaktet digitalt med forespørsel om å delta i og dele informasjon om studien. Henvendelser ble også sendt til sykehus, legevakter og kommunale helsetjenester over hele Norge, med samme forespørsel. Studien fikk videre omtale gjennom intervju i sykepleien.no (Norsk Sykepleierforbund, 2021) og dagensmedisin.no (Dagens Medisin, 2021). Da denne kvantitative undersøkelsen ble avsluttet hadde rett under 300 helsepersonell i målgruppen, deltatt. I det elektroniske spørreskjemaet ble deltakerne spurt om å oppgi en e-postadresse for kontakt dersom de samtykket til videre deltakelse i en oppfølgingsstudie. Fokusgruppeintervjuene som ble gjennomført i denne kvalitative studien var med andre ord en oppfølgingsstudie av den kvantitative undersøkelsen og informantene ble rekruttert ut fra deltakerne som la igjen en e-postadresse i det elektroniske spørreskjemaet.

I «The COVID-19 Wellbeing Study» var man blant annet interessert i å finne ut om deltakerne opplevde noen form for tvang eller press knyttet til sin jobbsituasjon. Besvarelsen av det elektroniske spørreskjemaet ble derfor benyttet som grunnlag for å dele deltakerne inn i to grupper, avhengig av om de opplevde høy eller lav grad av press eller tvang. Ved rekruttering til fokusgruppeintervjuene ble den samme inndelingen gjort. Informantene ble rekruttert til en fokusgruppe med deltakere med tilsvarende score knyttet til tvang og press, som seg selv.

Til min studie ble totalt 16 informanter rekruttert, hvorav ti var kvinner og seks var menn. To av informantene tok aldri aktivt del i intervjuene. Deltakerne representerer et bredt spekter innenfor den helsefaglige sektoren og det er stor variasjon i utvalget hva gjelder utdanning, ansvarsområde og arbeidssted. Informantene er studenter, helsefagarbeidere, ambulanspersonell, sykepleiere og leger. Et klart flertall er sykepleiere (9 av 16 informanter), mens informantene er jevnt fordelt blant de andre yrkesgruppene. Noen jobber deltid og som vikarer, mens andre jobber fulltid og har ledelsesansvar. Informantene jobber ved legevakt, sykehjem, helsehus, teststasjon, omsorgsbolig, infeksjonsavdeling, intensivavdeling, covid-19-avdeling, samt innen prehospital divisjon og psykiatri. Informantene er rekruttert fra hele Norge. Den store variasjonen i informantenes roller og bakgrunn, kan blant annet ses i sammenheng med at det kun var ett inklusjonskriterie for å delta i «The COVID-19 Wellbeing Study». Dette var at man var helsepersonell som jobbet direkte med bekreftede og mistenkte covid-19-pasienter. Det var i tillegg noe utfordrende å rekruttere tilstrekkelig antall informanter til

fokusgruppeintervjuene. I løpet av studien ble alle som la igjen e-postadressen sin i den kvantitative undersøkelsen kontaktet med forespørsel om deltakelse i fokusgruppeintervju. Med bakgrunn i dette var det heller ikke mulig å selekttere informanter ut fra arbeidssted eller ansvarsområder og variasjonen i informantenes bakgrunn ble derfor stor.

3.2.2 Datainnsamling

Malterud (2012) anbefaler å gjennomføre fokusgruppeintervju med fem til åtte deltakere, i tillegg til moderatoren. Fokusgrupper med for mange deltakere kan være vanskelig å administrere. Er det derimot for få deltakere kan det være utfordrende å få samtalen til å flyte mellom informantene, samt å få variasjon i synspunkt og holdninger rundt den aktuelle tematikken. Det kan i tillegg by på utfordringer med få deltakere om noen faller fra rett i forkant av datainnsamlingen. Digitale fokusgrupper kan være egnet for et noe høyere antall informanter og Williams et al. (2012) fremhever eksempler på gode erfaringer med digitale fokusgruppeintervju med 12-14 informanter.

I denne studien ble det gjennomført intervju i tre fokusgrupper bestående av henholdsvis seks, sju og tre informanter. Det er gjennomført ett intervju i hver gruppe. Intervjuene ble gjennomført på plattformen «UCL Extend», som er den digitale læringsplattformen som benyttes ved University College London (UCL). Dette tilsvarer Blackboard eller itslearning, som er mer brukt i Norge. Informantene fikk etter rekruttering, tilsendt et digitalt skriv med en forklaring knyttet til innlogging og opprettelse av en profil på «UCL Extend». Alle deltakerne laget seg en profil hvor de benyttet fiktive navn, logget inn og fikk gjennom dette tilgang til å delta i fokusgruppen de var en del av. Etter innlogging ble et informasjonsskriv om studien som de også hadde fått tilsendt i rekrutteringsprosessen, retningslinjer for deltakelse i gruppen, nyttig kontaktinformasjon og et samtykkeskjema som måtte fylles ut før de kunne gå videre, tilgjengeliggjort for deltakerne (vedlegg 1-4). Intervjuet startet når alle informantene hadde laget en profil og signert samtykkeskjemaet.

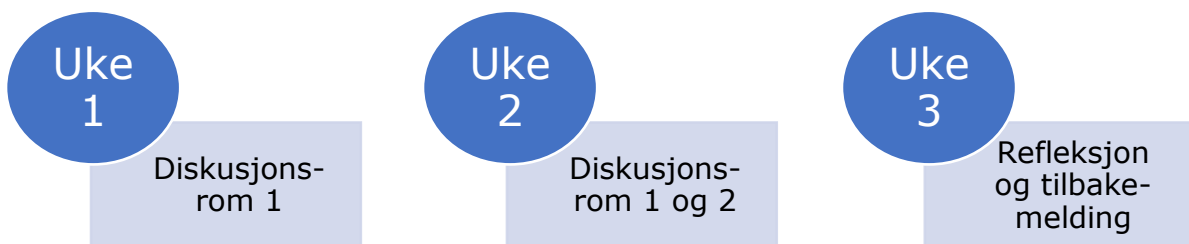
De to første intervjuene ble gjennomført parallelt, i perioden 6. til 27. april 2021. Det tredje intervjuet ble gjennomført fra 3. til 24. mai 2021. Rundt oppstart av de to første fokusgruppeintervjuene nådde Norge toppen av den tredje covid-19-bølgen her til lands. Den 7. april 2021 hadde Norge det høyeste antallet innlagte pasienter med covid-19, i den tredje bølgen (Helsedirektoratet, u.å.). I tidsrommet for det tredje intervjuet var antallet pasienter innlagt ved sykehus grunnet covid-19 fortsatt høyt, men vesentlig lavere sammenlignet med tall fra starten av april, samt med en klar nedadgående trend.

Til de to første fokusgruppeintervjuene ble det rekruttert henholdsvis seks og sju informanter. I hver av de to gruppene, var det én person som valgte å ikke besvare og delta i intervjuet. Etter at de to første fokusgruppeintervjuene var gjennomført, ble datamaterialet gjennomgått. Tracy (2010) fremhever at datamaterialet en studie bygger på skal gi grunnlag for, samt underbygge meningsfulle og betydningsfulle påstander. En søker å få frem variasjon i erfaringer av et fenomen. For å ha et bedre grunnlag med tanke på dette, ble det bestemt å gjennomføre et tredje fokusgruppeintervju. Til dette

intervjuet fikk studien kun rekruttert tre informanter. Intervjuet ble likevel gjennomført med bakgrunn i et ønske om å utfylle og opplyse temaene ytterligere.

De tre intervjuene ble gjennomført med utgangspunkt i samme intervjuguide (vedlegg 5). Tema og spørsmål i intervjuguiden ble utarbeidet med mål om å få informantene til å dele konkrete opplevelser og erfaringer som kunne belyse studiens problemstilling. Kvale og Brinkmann (2015) anbefaler at man starter et intervju med en brifing hvor intervjueren definerer situasjonen og sier noe om formålet med intervjuet. I denne studien ble dette gjort gjennom informasjonsskrivet deltakerne fikk om studien (vedlegg 1), samt gjennom en kort skriftlig innledning ved presentasjonen av tema og spørsmål (vedlegg 5).

Hvert fokusgruppeintervju ble gjennomført over en tidsperiode på tre uker. I starten av de to første ukene fikk informantene tilgang til et diskusjonsrom hvor et tema med tilhørende spørsmål, ble introdusert. Den siste uken av intervjuet fikk informantene tilgang til et rom for tilbakemeldinger og refleksjon (figur 1). Dette som en avrunding og et rom for debriefing etter intervjuet, for informantene (Kvale & Brinkmann, 2015). I forkant av at de ulike rommene ble åpnet fikk informantene tilsendt en e-post om dette. Det ble også sendt ut en e-post med påminnelse til deltakerne før rom ble lukket. Informantene i studien har ulike arbeidstider med jobb både på dag, kveld, natt og helg. Diskusjonsrommene ble derfor holdt åpne minst en uke for at alle informantene skulle ha tid og mulighet til å bidra. I rommene la informantene inn sine egne innlegg og kommenterte på hverandres innlegg, fortløpende. I utgangspunktet var det første diskusjonsrommet planlagt lukket etter en uke. Underveis ble det vurdert at rommet fortsatt skulle være åpent i overgangen til uke to, siden diskusjonen rundt tematikken i det første rommet fortsatt var aktiv. Ved overgangen fra andre til tredje uke, ble de to første diskusjonsrommene lukket.



Figur 1: Prosessen i intervjuet

Ved gjennomføring av intervjuene tok jeg del i gruppene som moderator. Jeg presenterte tema og spørsmål ved åpning av diskusjonsrom, fulgte med på at retningslinjene for gruppen ble fulgt, samt søkte å få temaene belyst av alle deltakerne. Dette i tråd med Malterud (2012) sin beskrivelse av moderators rolle og oppgaver. Rollen som moderator delte jeg med to andre som jobbet som forskningsassistent og forsker i det internasjonale hovedprosjektet «The COVID-19 Wellbeing Study» (Ranieri et al., 2021). De hadde også tilgang til datamaterialet fra fokusgruppeintervjuene og benyttet dette som en del av grunnlaget for forskerens doktorgradsavhandling i klinisk psykologi,

sammen med datamateriale fra britiske fokusgruppeintervju, samt data fra norske og britiske spørreskjemaer. Gjennom de tre ukene et intervju pågikk rullerte jeg og de to andre moderatorene på de ovennevnte oppgavene. Moderator logget inn i fokusgruppene daglig for å følge med på innlegg som ble skrevet, samt komme med oppfølgingsspørsmål og kommentarer. Informantenes initiativ og fokusområder ble forsøkt fulgt opp samtidig som jeg som moderator hele tiden hadde et blikk mot masteroppgavens problemstilling (Kvale & Brinkmann, 2015).

Kvale og Brinkmann (2015) beskriver hvordan datamaterialet fra kvalitative intervju klargjøres for videre analyse gjennom transkripsjon. Metoden for datainnsamling benyttet i denne studien medfører at transkribering av intervjuene ikke er nødvendig da intervjuene er gjennomført skriftlig. Informantene har selv skrevet om sine erfaringer i fokusgruppeintervjuene og datamaterialet er dermed klart for analyse uten noen bearbeidelse i form av å overføre tale fra lyd- eller videoopptak til skriftlig format.

3.3 Tematisk analyse

Analyse av datamaterialet skal gjennomføres som en målrettet prosess og ta oss fra problemstilling til resultat (Malterud, 2017). Datamaterialet i denne studien er analysert ved bruk av tematisk analyse som beskrevet av Braun og Clarke (2006). Deres beskrivelse av analyseprosessen tilbyr grunnleggende ferdigheter for kvalitative forskere. Metoden fremholdes som nyttig for uerfarne forskere på grunn av den grundige og konkrete innføringen som gis (Braun & Clarke, 2006). Malterud (2017) beskriver tematisk analyse som en funksjonell og fleksibel metode som søker å gjenkjenne, analysere og presentere mønstre i datamaterialet, samtidig som en har en bevissthet rundt forskerens rolle og betydningen av denne gjennom analysen.

Analysen fokuserer på hele datasettet fremfor data knyttet opp mot et spesifikt aspekt. Gjennom dette søker man å gi et generelt inntrykk av de mest fremtredende temaene fra datamaterialet. Dette kan være en hensiktsmessig tilnærming om man forsker på et område som i liten grad er undersøkt tidligere (Braun & Clarke, 2006). Denne studien har en induktiv tilnærming i analyseprosessen. Dette innebærer at prosessen påbegynnes uten utgangspunkt i forhåndsskapt hypoteser en ønsker å teste, men heller går inn i dataene for å finne mønstre i det materialet som foreligger (Kvale & Brinkmann, 2015). Det innebærer i tillegg at selve problemstillingen kan utvikles gjennom analyseprosessen (Braun & Clarke, 2006).

3.3.1 Beskrivelse av analysen

Informantene i studien ble rekruttert inn i ulike fokusgrupper avhengig av om de ut fra det tidligere nevnte spørreskjemaet, opplevde høy eller lav grad av press eller tvang i arbeidssituasjonen sin. Besvarelsene fra informantene som opplevde høy grad av press og tvang ble holdt samlet i den videre analyseprosessen og tilsvarende ble besvarelsene for informantene med lav grad av opplevd press og tvang holdt samlet. Datamaterialet fra de to ulike gruppene ble holdt adskilt og det ble påbegynt to analyseprosesser, én for hver av de to gruppene.

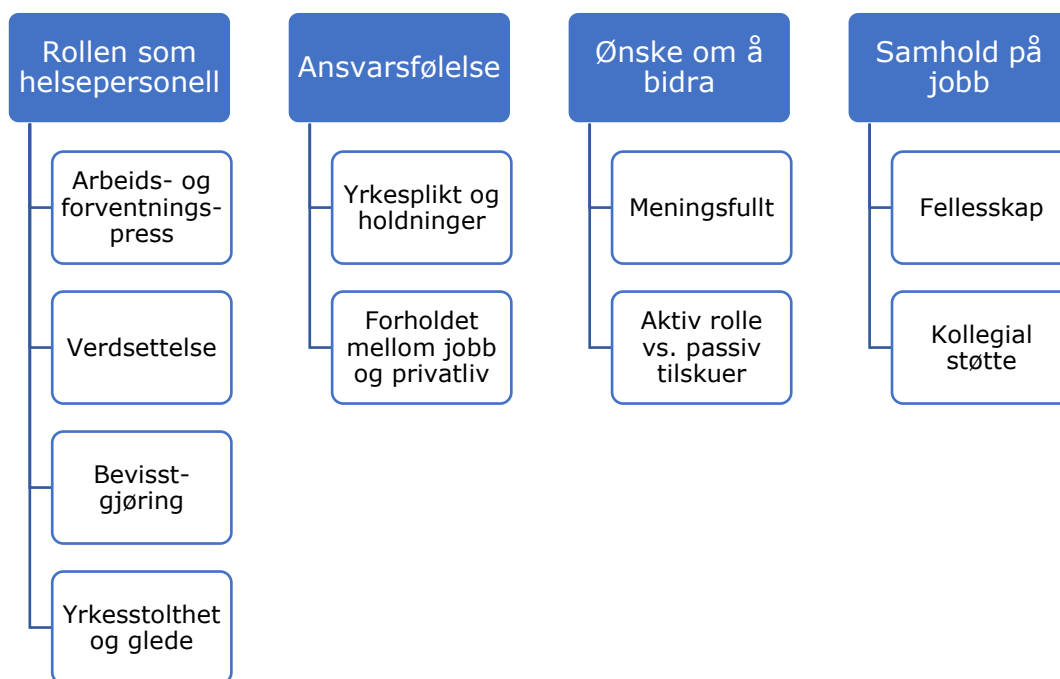
Tematisk analyse følger en systematisk prosess hvor man jobber seg gjennom seks ulike faser (Braun & Clarke, 2006). I den første fasen gjør man seg kjent med datamaterialet. Denne prosessen startet allerede ved gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene, hvor jeg leste gjennom datamaterialet flere ganger i løpet av tidsperioden for datainnsamlingen. Deretter leste jeg gjennom hele datamaterialet flere ganger for å bli godt kjent med det. Jeg noterte underveis ned tanker om hva som går igjen, hva materialet handler om og hvilke temaer som tas opp. I den andre fasen utarbeides koder for å kunne organisere datamaterialet i meningsfulle grupper. Her gikk jeg systematisk gjennom hele datamaterialet og samlet meningsinnhold i koder. I dette arbeidet så jeg ikke etter spesifikke temaer eller fokusområder. «Samhold og felles innsats» er eksempel på en kode som favnet om hvordan kolleger brøt sykemeldinger, ferier og permisjoner for å bidra på jobb, samt at tidligere helsepersonell som hadde gått av med pensjon, meldte seg til arbeid. En annen kode, «ønske om å bidra», knyttet an til informanter som frivillig oppsøkte covid-19-arbeid.

I analyseprosessens tredje fase ser man etter tema. Et tema representerer et mønster i dataene, noe som kan kobles sammen (Braun & Clarke, 2006). I denne fasen startet jeg med å gå gjennom kodene og se hvordan disse eventuelt kunne samles inn under ulike tema ut fra hva de omhandlet. Dette ble gjort i to separate prosesser for de to gruppene med høy og lav score knyttet til opplevd tvang eller press. Noen koder ble plassert under flere aktuelle tema. Der hvor det ble mange koder under hvert tema satte jeg opp undertemaer knyttet til hvert hovedtema. Jeg utarbeidet et dokument med oversikt over hovedtemaer og undertemaer, med tilhørende koder. Jeg laget deretter temakart over alle hoved- og undertemaer. Ved slutten av fase tre hadde jeg fire hovedtemaer fra hver av de to parallelle analyseprosessene. Disse gikk noe over i hverandre og begge gruppene hadde blant annet temaet «yrkesrolle» og «arbeidsmiljø/-forhold». Andre temaer var knyttet til blant annet «dedikasjon» og «belastning/behov».

Videre i den fjerde fasen av analysen går man gjennom temaene på nytt og ser om de fungerer opp mot kodene og det totale datamaterialet. Jeg gikk inn i hvert tema med tilhørende koder og vurderte om den mest sentrale tematikken i datamaterialet ble fanget opp, samt om kodene formet et sammenhengende mønster (Braun & Clarke, 2006). Her kikket jeg etter mønster blant deltakerne i samme gruppe og eventuelle sprik i opplevelsene både innad i, men også mellom gruppene med høy og lav grad av tvangsopplevelse. Gjennom dette arbeidet, ble det synliggjort at det i datamaterialet fremkom liten grad av variasjon mellom de to gruppene, til tross for at de hadde ulik score knyttet til opplevelse av tvang eller press i den tidligere kvantitative undersøkelsen. Analysearbeidet viste at deltakerne i begge grupper i all hovedsak var opptatt av de samme temaene. De små forskjellene gjorde det verken hensiktsmessig eller metodisk «forsvarlig» å holde og behandle datamaterialet fra de to gruppene atskilt. På bakgrunn av dette valgte jeg å slå sammen gruppene, slik at jeg i det videre arbeidet analyserte datamaterialet samlet. Det totale datamaterialet ble etter sammenslåing gjennomgått på nytt. Hovedtema og undertema ble vurdert ut fra denne oppdaterte gjennomgangen og nytt oppsett med tematikk og tilhørende koder, ble laget. Jeg laget også nytt temakart. I etterkant av dette gikk jeg gjennom oppsettene mine sammen med de to jeg delte moderatorrollen med. Forskeren på det internasjonale hovedprosjektet

hadde gjennomført en egen analyseprosess av datamaterialet frem til samme punkt. Møtet ble benyttet for å se om tematikken vi vektla sammenfalt, samt for å drøfte om den reflekterte datamaterialet. Hovedtemaene mine på dette tidspunktet var «ønske om å bidra», «rollen som helsepersonell», «samhold på jobb» og «forholdet mellom jobb og privatliv».

Jeg gikk deretter gjennom dataekstraktene og analyserte dem med utgangspunkt i de valgte temaene. Jeg så på hva som var interessant med dem og prøvde å se hvilken historie analysen fortalte totalt sett. Med utgangspunkt i dette definerte og avgjorde jeg tittelen til hvert tema, slik Braun og Clarke (2006) beskriver det. Endelig navnsetting av temaene ble samkjørt med arbeidet til forskeren på det internasjonale hovedprosjektet, med mål om å best mulig fange opp historien datamaterialet forteller. Hovedtemaene jeg endte med var «rollen som helsepersonell», «ansvarsfølelse», «ønske om å bidra» og «samhold på jobb». En oversikt over hovedtemaene og undertemaene illustreres under, i figur 2.



Figur 2: Hovedtemaer og undertemaer fra analysen

Temaene fremstilles gjennom arbeidet med den sjette og siste fasen, som består i å rapportere funnene fra analysen. Her skal utvalg av dataekstrakt og endelig analyse av disse, presenteres og relateres til problemstilling og kunnskapsgrunnlag (Braun & Clarke, 2006). Dette presenteres i kapittel 4.

3.4 Litteratursøk

Det ble tidlig i prosjektet gjennomført et systematisk litteratursøk knyttet til problemstillingen. Dette for å få en oversikt over eksisterende forskningslitteratur på feltet. Søket ble gjennomført med veiledning fra bibliotekar ved Bibliotek for medisin og

helse ved NTNU. Emneordene som ble brukt i søket ble utarbeidet ved hjelp av rammeverket PICO, med mål om et tydelig og presist søk (Folkehelseinstituttet, 2016). Søketermene som ble benyttet var «helsepersonell», «covid-19» og «psykologisk velvære». Søket ble gjennomført med både norske og engelske varianter av søketermene. MeSH og SweMed+ ble brukt for å finne alternative termer for bruk i søket. Litteratursøket ble utført i databasene MEDLINE, PsycINFO og CINAHL. Covid-19-pandemien, som temaet for dette forskningsprosjektet er knyttet opp mot, er under stadig utvikling. Litteratursøket ble derfor gjennomført på nytt i mars 2022, for å tilstrebe best mulig oversikt over oppdatert forskningslitteratur på området. Jeg gjennomførte da i tillegg litteratursøk med tilsvarende termer som tidligere, men hvor «covid-19» ble byttet ut med «epidemi» i ett søk og med «sars», «ebola» og «h1n2» i et annet søk. Dette for også å få oversikt over kunnskap fra tidligere store virusutbrudd.

Forskningslitteraturen fra det første litteratursøket innbefattet i all hovedsak kvantitative studier med data fra Asia og USA. Det andre søket ga noe større variasjon i hvor datamaterialet til litteraturen var innhentet med blant annet flere studier fra Europa. Jeg fant også noen flere kvalitative studier i dette søket. Jeg er kjent med at det pågår flere norske studier knyttet til covid-19, men fant kun én studie fra Norge gjennom mine søk. Denne hadde ikke relevans for min oppgave. Alle benyttede artikler er fagfellevurdert.

3.5 Etiske betraktninger

Denne studien er, som tidligere beskrevet, tilknyttet det internasjonale forskningsprosjektet «The COVID-19 Wellbeing Study» (Ranieri et al., 2021). Søknad om godkjenning av prosjektet ble sendt til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Prosjektet ble godkjent 1. desember 2020 (vedlegg 6). Deltakerne ble rekruttert gjennom en kvantitativ undersøkelse, hvor de la igjen en e-postadresse dersom de ønsket å bli kontaktet for deltakelse i fokusgruppeintervju. E-postadressen ble lagret separat fra dataene fra den kvantitative undersøkelsen, sammen med noen demografiske faktorer. All identifiserbar informasjon ble lagret på UCLs Data Safe Haven, et GDPR-kompatibelt, kryptert system, så lenge studien pågikk. Ikke-identifiserbare data ble lagret på en passordbeskyttet, kryptert stasjon på en UCL-desktop. Disse vil bli lagret i fem år. Det skriftlige datamaterialet fra fokusgruppene inneholdt kun ikke-identifiserbare data og ble lagret som en passordbeskyttet Word-fil.

Etiske problemstillinger kan oppstå gjennom alle deler av forskningsarbeidet og det er derfor viktig å ha en etisk bevissthet helt fra utforming av problemstillingen og rekruttering, til endt rapportering. Arbeidet med dette prosjektet har tatt utgangspunkt i viktige forskningsetiske prinsipper som informert samtykke, konfidensialitet, respekt for alle mennesker, etterstrebe av gode konsekvenser av arbeidet, transparens rundt egen rolle og prosess, samt integritet i arbeidet. Forskningsetiske retningslinjer og gjeldende lover er fulgt (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014, u.å.; Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2012; Tracy, 2010; World Medical Association, 2018). Informantene i denne studien mottok skriftlig informasjon om studiens formål, frivillighet, samtykke og mulighet til å trekke seg underveis, i rekrutteringsprosessen. Informantene som ønsket å delta laget selv en profil på «UCL Extend» hvor de registrerte seg under et valgt alias for å bevare anonymitet. Grunnet intervjuenes skriftlige form

verken så eller hørte deltakerne hverandre underveis i datainnsamlingen. Etter innlogging på «UCL Extend» fikk deltakerne på nytt tilgang til informasjonsskrivet om studien, som beskrevet i kapittel 3.2.2. De fikk også informasjon om retningslinjer for deltakelse i gruppen, kontaktinformasjon til bruk ved spørsmål eller opplevd ubehag underveis, i tillegg til et samtykkeskjema de måtte signere før deltakelse (vedlegg 1-4). Malterud (2012) påpeker at moderator skal ha et blikk på hvordan informantene har det, slik at respekt og verdighet ivaretas for alle deltakerne. For å ivareta informantene i fokusgruppene, holdt moderator daglig et blikk på hva deltakerne uttrykte gjennom sine innlegg. Moderator vurderte om innlegg ga grunn for bekymring rundt informantens situasjon og tok ved behov direkte kontakt med informanten for å tilby støtte. Gjennom de tre intervjuene som ble gjennomført var det kun én gang at dette ble vurdert nødvendig og gjort.

3.6 Forforståelse

Forskeren er en del av forskningsprosjektet og vil dermed påvirke både prosess og resultater (Malterud, 2017). Gjennom hele prosjektet har jeg derfor forsøkt å ha et aktivt forhold til egen forforståelse.

Jeg er utdannet sosionom og har i all hovedsak jobbet innen psykiatri, barnevern og med koordinering av kommunale helse- og omsorgstjenester. Jeg har ingen egen erfaring fra arbeid innen somatikken. Inn i dette prosjektet hadde jeg derfor kun med meg antakelser om denne type arbeid, samt erfaringer fra møter med helsepersonell i situasjoner hvor jeg selv har hatt behov for helsehjelp. Med dette som utgangspunkt hadde jeg med meg en forståelse av helsepersonell som kompetente og trygge fagpersoner. Jeg hadde videre noen tanker om at arbeidssituasjonen til helsepersonell under covid-19-pandemien var svært krevende og hadde stor respekt for den viktige jobben de gjør. Deltakerne i dette prosjektet ble, som tidligere forklart, delt inn i to grupper avhengig av om de opplevde høy eller lav grad av press eller tvang i sin arbeidssituasjon. Ved innsamling og analyse av datamaterialet, hadde jeg ikke kjennskap til hvilken gruppe de ulike informantene tilhørte. Kunnskapen om at noen hadde en opplevelse av tvang og press i sin arbeidssituasjon, kan likevel tenkes å ha påvirket hvordan jeg har fortolket og forstått informantene sine utsagn. Parallelt med gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene i denne studien deltok jeg også som moderator i tilsvarende fokusgruppeintervju med britisk helsepersonell. Kjennskap til utsagn fra britisk helsepersonell kan også tenkes å ha påvirket meg både under datainnsamlingen og i analyseprosessen av datamaterialet. Gjennom de ulike fasene i analysen gikk jeg mange runder tilbake til råmaterialet for å undersøke om mine fortolkninger kunne være styrt av forforståelse.

3.7 Metodediskusjon

I kvalitativ forskning vurderes og vektet troverdighet, pålitelighet, overførbarhet og bekreftbarhet som mål på kvalitet (Korstjens & Moser, 2018). Ulike begreper kan benyttes avhengig av hvilken forskningstradisjon en tilhører. De ulike begrepene overlapper hverandre noe og Ellingsen og Drageset (2010) beskriver hvordan en

vurdering av en studies troverdighet, innebærer å se på om funnene er pålitelige, gyldige og overførbare. Troverdighet i kvalitativ forskning betraktes videre som ekvivalenten til intern validitet i kvantitativ forskning (Korstjens & Moser, 2018). Kvale og Brinkmann (2015) omtaler validitet som håndverksmessig kvalitet og beskriver hvordan dette må undersøkes gjennom alle deler av studien. Feilkildene må kontrolleres, gyldigheten ved funn må fastslås og en må stille teoretiske spørsmål knyttet til de ulike fenomenenes natur for å kunne gi et bilde av om kunnskapen fra studien er troverdig (Kvale & Brinkmann, 2015).

I forkant av denne studien var asynkrone virtuelle fokusgrupper (AVFG) som metode for innsamling av data, ukjent for meg. Når jeg nå er mer kjent med metoden, fremstår den med både fordeler og ulemper. Disse blir diskutert videre i dette delkapitlet. Metoden kan ikke sammenlignes med eller ses som et substitutt for andre metoder, men må forstås som et eget verktøy for datainnsamling (Hansen & Hansen, 2006; Williams et al., 2012).

3.7.1 Pålitelighet

Pålitelighet innebærer aspektet konsistens og viser til nøyaktighet i prosessen (Korstjens & Moser, 2018). En bevissthet knyttet til mulige feilkilder, samt et kritisk blikk på egen rolle og gjennomføringen av forskningsprosessen, er i så måte sentralt for om en studie fremstår med pålitelighet (Ellingsen & Drageset, 2010). I dette prosjektet har jeg forsøkt å gi en transparent fremstilling av hele forskningsprosessen. Jeg har beskrevet min egen forforståelse og erfaring. Dette for å tilgjengeliggjøre mine vurderinger og synliggjøre hvordan prosessen har forløpt. Analysen er detaljert beskrevet for å vise hvordan jeg har kommet frem til funnene og funnene presenteres videre ved hjelp av direkte utsagn fra informantene for å synliggjøre at de kommer fra datamaterialet, fremfor fra mine preferanser og synspunkter (Korstjens & Moser, 2018).

Fokusgruppeintervju gjennomføres ideelt sett med deltakere som ikke kjenner hverandre. Dette for at alle skal kunne komme med sine utsagn uten at det kan få noen konsekvenser for dem i etterkant (Malterud, 2012). Da vil de potensielt kunne uttale seg fritt og komme med sine faktiske meninger og erfaringer. Dette idealet kan imidlertid være vanskelig å oppnå, da det kan være tilfeldigheter som gjør at deltakerne har relasjoner til hverandre fra tidligere. I AVFG blir anonymiteten til informantene godt ivaretatt, da deltakerne verken ser eller hører hverandre. Dette kan også bidra til å gjøre det enklere for dem å gå i dybden rundt sensitive spørsmål (Malterud, 2012).

Med tanke på tidsperioden for datainnsamlingen i denne studien, med utbredt covid-19-smitte, var det en klar fordel ved bruk av AVFG at forskere og deltakere ikke måtte møtes fysisk. Det at man ikke trenger å møte fysisk et bestemt sted gir videre økt fleksibilitet for deltakerne i form av både tidsbesparelse og enklere tilgjengelighet. Samtidig gir det større mulighet for å rekruttere deltakere med ulik geografisk tilhørighet (Hansen & Hansen, 2006). En stor andel helsepersonell har turnusarbeid. Ved datainnsamlingstidspunktet sto de i tillegg trolig i mer krevende arbeidsdager enn normalt. Asynkroniteten er av den grunn vurdert å være en fordel, da informantene gjennom dette fikk større fleksibilitet og kunne tilpasse tidspunktet for deltakelse ut fra

hva som passet for dem. Det at man ikke møtes fysisk kan likevel medføre noen ulemper. Forskeren får ikke mulighet til å observere informantene underveis i intervjuet, man hører ikke hvordan ting blir sagt, kjenner ikke på stemningen gjennom intervjuet og ser heller ikke ansiktsuttrykkene eller kroppsspråket til informantene. Det kan derfor være vanskeligere å tolke informantenes bidrag rundt tematikken og Hansen og Hansen (2006) påpeker at det foreligger lite kunnskap om hvordan mangelen på nonverbal kommunikasjon påvirker kvalitative funn.

Bruk av AVFG som metode krever også at informantene har tilgang til internett, er komfortable med å benytte datamaskin, samt med å uttrykke seg skriftlig. Metoden kan i så måte ekskludere potensielle deltakere (Hansen & Hansen, 2006). I denne studien ble imidlertid ikke dette vurdert å representere en utfordring siden målgruppen er i en jobb hvor de benytter datamaskin og er vant til å uttrykke seg skriftlig, blant annet gjennom journalføring. For øvrig er tilgangen til datamaskiner og internett i Norge, utbredt. Skriftligheten i metoden kan videre vurderes som en fordel i den forstand at informantenes redegjørelser og utsagn ble benyttet i analysen, slik de selv skrev dem ned. Dette reduserer en mulig feilkilde i prosessen. Samtidig vil informantenes skriftlige ferdigheter kunne virke inn på hvor presist de får formidlet sine erfaringer, samt at det kan resultere i noe mer ufullstendige utsagn.

Gjennomføringen av AVFG viste at det var utfordrende å få til en aktiv diskusjon mellom informantene, noe som tidligere har blitt belyst av Zwaanswijk og Dulmen (2014) og Hansen og Hansen (2006). Denne utfordringen resulterte i flere kommentarer og oppfølgings spørsmål fra moderator enn det som var tenkt i forkant. Det er mulig å anta at flere forhold hadde betydning for hvorfor informantene ikke diskuterte så mye seg imellom og således fremsto som noe passive. Det kan tenkes å ha sammenheng med asynkroniteten, der deltakerne ofte logget på med flere dagers mellomrom. Videre kan det ha sammenheng med at informantene hadde tenkt gjennom det de ønsket å formidle knyttet til et tema og hadde tid til å redigere innlegget sitt, før de la det ut. I så måte går en trolig glipp av utsagn av mer spontan karakter ved bruk av denne metoden.

3.7.2 Gyldighet

Forskningen må være relevant og ha betydning, for å kunne anses som gyldig (Ellingsen & Drageset, 2010). Dette innebærer blant annet at en må vurdere i hvilken grad en studie faktisk undersøker det den er ment å undersøke. Jeg har reflektert rundt i hvilken grad utvalget, metoden og kunnskapsgrunnlaget er egnet for å gi gyldige svar på problemstillingen (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg mener kvalitativ metode er godt egnet for å utforske problemstillingen og AVFG har gitt gode beskrivelser av informantenes erfaringer. På den annen side kan AVFG, som tidligere nevnt, by på noen utfordringer når det gjelder å få til en aktiv diskusjon mellom informantene. Jeg mener likevel at metoden har gitt et godt grunnlag for å utforske prosjektets tematikk, samtidig som den også var godt egnet med tanke på restriksjoner knyttet til antall nærkontakter på tidspunktet for datainnsamling. Siden temaet for denne studien er relativt nytt, valgte jeg å gjennomføre systematiske litteratursøk i to runder. Med dette søkte jeg å oppnå best mulig oversikt over oppdatert og relevant forskningslitteratur på området. Søkene resulterte i få kvalitative studier tilknyttet temaet og ingen relevante norske studier.

Kunnskapsgrunnlaget er derfor bygd opp rundt både kvalitative og kvantitative data, fra internasjonal forskningslitteratur. Det at jeg undersøker et område hvor det foreligger lite tidligere relevant forskningslitteratur, representerer i så måte en utfordring. Litteraturen som presenteres i oppgaven vurderes likevel å kunne belyse mulige sammenhenger mellom helsepersonells opplevde situasjon under covid-19-pandemien, deres arbeidsforhold og deres psykologiske velvære.

I analyseprosessen diskuterte jeg også funnene mine med to forskningskolleger fra det internasjonale hovedprosjektet som min studie er en del av, som beskrevet i kapittel 3.3.1. Dette for å undersøke nærmere om tematikken jeg vektla reflekterte datamaterialet. Det kan synes å være noe ulike oppfatninger knyttet til samarbeid mellom forskere i analyseprosessen i kvalitativ forskning. Enkelte hevder at dette strider mot målene for kvalitativ analyse, da man ikke er på utkikk etter en objektiv sannhet og forskeren selv er en del av prosessen (Braun & Clarke, 2013). O'Connor og Joffe (2020) understreker imidlertid at denne type samarbeid kan styrke studiers kvalitet og troverdighet dersom det bidrar til økt systematikk, tydelighet og transparens i analyseprosessen. Utgangspunktet for å samarbeide i en forskningsprosess må ikke være å finne én mer gyldig sannhet, men å åpne opp for en mer kompleks, dyptgående, men fortsatt ufullstendig forståelse av temaet (Tracy, 2010).

Covid-19-pandemien har truffet Norge i flere runder og de to første fokusgruppeintervjuene ble startet opp første uken i april 2021, samtidig som toppen av den tredje bølgen her til lands ble nådd. Dette var trolig en hektisk periode for informantene og det kan tenkes at det begynte å tære på både energi og motivasjon. Samtidig hadde de vært gjennom flere covid-19-bølger allerede, noe som også kan ha bidratt til at de ikke lenger opplevde situasjonen like krevende. Gjennom de tre ukene de to første intervjuene pågikk, var antallet innlagte covid-19-pasienter gradvis synkende (Helsedirektoratet, u.å.). Ved gjennomføringen av det tredje fokusgruppeintervjuet var antallet pasienter innlagt på sykehus på grunn av covid-19 fortsatt høyt, men vesentlig lavere enn ved de to andre intervjuene. Det var i tillegg en klar nedadgående trend i disse tallene. Situasjonen så derfor trolig mer overkommelig ut for informantene på dette tidspunktet og de kunne muligens senke skuldrene noe. Datamaterialet fra dette intervjuet skiller seg likevel i liten grad fra de to første intervjuene. En kan tenke seg at visse temaer var mer aktuelle i enkelte perioder av pandemien og det er derfor en mulighet for at informantenes uttrykte erfaringer var påvirket av på hvilket tidspunkt i pandemien dataene ble samlet inn. Man kan av den grunn ikke se bort ifra at datainnsamling i andre faser av pandemien, kunne gi andre funn.

3.7.3 Overførbarhet

I kvalitativ forskning ønsker man ikke å fremstille kunnskap som er allmenngyldig, men kunnskap som gir et reelt bilde av virkeligheten i sin kontekst (Kvale & Brinkmann, 2015). Overførbarhet handler om studiens anvendelighet, samt om funnene gir innsikt av betydning (Ellingsen & Drageset, 2010). Som forsker skal man tilstrebe en «tykk beskrivelse» av informantene og forskningsprosessen for å gi leseren mulighet til å vurdere om funnene har gyldighet og relevans i andre situasjoner (Korstjens & Moser, 2018). Dette innebærer å gi leseren tilgang til nok detaljer fra forskningsprosessen og

situasjonen rundt informantene, slik at leseren selv kan foreta denne vurderingen. Atferden og erfaringene som fremstilles må være meningsfulle for leseren (Tracy, 2010). For å gi rom for denne vurderingen er informasjonen jeg besitter knyttet til konteksten hvor studien er gjennomført, utvalget, utvalgsstørrelsen, kriteriene for inklusjon, i tillegg til intervjuguiden, tilgjengeliggjort for leseren slik Korstjens og Moser (2018) beskriver det.

Når jeg skal forstå funnene fra min studie må jeg blant annet se disse i lys av hvem informantene er og hvor de jobber. Informantene i min studie har det til felles at de er helsepersonell som arbeider direkte med covid-19-pasienter. De representerer likevel et bredt spekter med tanke på både arbeidssted, utdanning og ansvarsområde. De er videre rekruttert fra hele Norge, noe som også innebærer at de kan ha ulike erfaringer med tanke på omfang av arbeid med covid-19-pasienter. Dette da ulike kommuner og områder i Norge har opplevd ulikt smittetrykk. Informantenes noe ulike utgangspunkt, kan gjøre forståelsen av datamaterialet mer utfordrende og dette kan være en svakhet ved studien. Variasjonen i informantenes bakgrunn medfører også at det ikke er mulig å se noe mønster i erfaringene deres, som eventuelt kan knyttes til bakgrunn og/eller arbeidssted. Det er mulig at andre funn hadde fremkommet om utvalget hadde vært mer ensartet. Samtidig påpeker Billings et al. (2021) hvordan erfaringene til helsepersonell under store virusutbrudd fremstår konsistente og at de således ikke synes å være knyttet til tid eller sted, men heller synes å være situasjonsbetinget.

Den tredje og siste uken av fokusgruppeintervjuene ble, som tidligere beskrevet, benyttet til å samle inn tilbakemeldinger og refleksjoner fra informantene. Det kom blant annet tilbakemeldinger knyttet til AVFG som metode, og en informant formidlet en opplevelse av at samtalen ble litt kunstig og stiv med lange pauser mellom spørsmål og oppfølgings spørsmål. Informanten formidlet videre at denne hadde foretrukket å delta i en fysisk gruppesamtale i sanntid, samtidig som det ble understreket at informanten var fornøyd med å ha deltatt. Det ble videre fremhevet av en annen informant, hvordan spørsmålene i studien skapte refleksjon og at det derfor var positivt at fokusgruppen foregikk over en noe lengre tidsperiode. Plattformen som ble benyttet for datainnsamling ble også kommentert og en informant beskrev hvordan denne ble opplevd som lite egnet for diskusjon blant annet på grunn av en lite interaksjonsvennlig visning. En slik opplevelse kan tenkes å ha medført mindre engasjement og rom for samhandling mellom informantene. Med bakgrunn i at denne studien er del av den større studien «The COVID-19 Wellbeing Study» (Ranieri et al., 2021), ble informantene forespurt om de ønsket å delta i en ny undersøkelse ved en senere anledning, om de ble gitt muligheten til det. Alle informantene ga tilbakemelding om at de kunne tenke seg det, noe som blant annet ble begrunnet med et ønske om å bidra til å belyse relevante temaer gjennom forskning.

4 Funn

Målet med denne studien har vært å belyse hvordan helsepersonell i frontlinjen opplever deres psykologiske velvære i lys av arbeidssituasjonen under covid-19-pandemien i Norge, samt hva som oppleves å være av betydning for dette. Funnene fra studien blir her presentert under de fire hovedtemaene jeg kom frem til gjennom analyseprosessen. «Roller som helsepersonell» redegjør nærmere for informantenes uttrykte følelser og opplevelser knyttet til egen yrkesrolle, samt til det de oppfatter som andres forventninger og syn på deres yrkesrolle. «Ansvarsfølelse» omhandler holdninger, yrkesetisk og moralsk ansvar som forplikter i tilknytning til jobben og som informantene beskriver at de også «tar med seg» inn i privatlivet. Under temaet «ønske om å bidra» synliggjøres informantenes opplevelse av å gjøre noe meningsfullt og videre hvordan arbeidssituasjonen og deres verdier, påvirker dem. Det siste temaet, «samhold på jobb», viser hvordan informantene opplever fellesskapet og forholdet mellom kolleger på jobb.

Flere aspekter ved informantenes beskrivelser av egne erfaringer er på ulike vis koblet sammen; de er ikke strengt atskilte. Hovedtemaene som presenteres i det følgende griper derfor delvis inn i hverandre og må ses i sammenheng. For å strukturere temaene presenteres de med undertemaer.

4.1 Rollen som helsepersonell

4.1.1 Arbeids- og forventningspress

Starten av pandemien bød på mye usikkerhet og frykt og i denne fasen beskriver informantene en følelse av kaos, mangel på kontroll og maktesløshet. En informant formidler en opplevelse av å bli kastet ut i den nye arbeidssituasjonen uten opplæring og uten leder til stede. Flere forteller om store endringer i arbeidssituasjonen, manglende forberedelser og lite informasjon:

Det var så stille på jobb for det elektive operasjonsprogrammet var omtrent avlyst og folk holdt seg hjemme, så det var ingen ulykker. Det var lite pasienter og vi ble satt opp som mottaksteam. To og to sykepleiere og vi ventet på at det skulle smelle. Det var psykisk terror.

Enkelte understreker videre hvordan raske endringer i råd og rutiner medførte utfordringer med å holde oversikt over hvilke råd og rutiner som til enhver tid var gjeldende. Noen informanter forteller også om store forventninger og mye ansvar knyttet til utarbeidelse av opplæringsplaner, sikring av trygghet for kolleger og forventninger om at de skulle ha svarene, til tross for mangelfull tilgang på informasjon. Ansvar og forventningene medførte et press og flere gir uttrykk for frustrasjon over å i stor grad ha blitt overlatt til seg selv i dette arbeidet, samt over at hjelpeapparatet i starten av pandemien fremsto så dårlig forberedt på situasjonen:

Jeg følte meg alene med ansvaret om å sørge for god nok opplæring for mine ansatte, for å sikre at ikke arbeidet skulle gå ut over deres helse. Jeg måtte være ekspert på noe vi ikke visste alt om. Jeg var redd for at ansatte skulle bli syke og få langvarig tap av helse.

Starten av covid-19-pandemien beskrives ganske samstemt av informantene, med kaos og usikkerhet. Informantene gir uttrykk for betydelige forventninger om at de skal yte god og trygg helsehjelp, til tross for omfattende endringer i arbeidshverdagen deres. Presset de kjenner på formidles å komme fra kolleger og ledelse på jobb, fra myndigheter, samfunnet for øvrig, fra media, men også fra dem selv. Usikkerheten og mangelen på kunnskap som informantene opplevde i starten av covid-19-pandemien medførte situasjoner hvor de ikke kunne utføre arbeidet i tråd med sine yrkesetiske prinsipper. En informant beskriver hvordan mangelen på kunnskap utfordret rollen som trygt og ivaretagende helsepersonell. Flere informanter forteller om å stå overfor valg mellom å gi rask og nødvendig hjelp eller ivareta egen sikkerhet i form av å bruke tid på å ikle seg smittevernutstyr:

Følte på akkurat det samme når vi hadde en dement vandrør med tvilsom gangfunksjon på isolat. Valget mellom å kle seg korrekt eller være rask nok til å forhindre et fall.

En annen informant rapporterte om uetiske prosedyrer i starten av pandemien, hvor hendene til pasienter ble bundet fast under oppvåkning fra narkose. Dette for å hindre potensiell spredning av mye smittestoff i rommet om pasientene selv dro ut røret som ble brukt for å sikre frie luftveier, fra munnen. I starten av pandemien beskriver mange at de i tillegg kjente på en frykt for å komme i en situasjon hvor de ikke kunne hjelpe alle og hvor de måtte prioritere blant pasienter. En av informantene fremhever også hvordan det rent tekniske i den nye arbeidssituasjonen krevde så mye at det ikke samtidig var mulig å ha fokus på pasientene de møtte og deres emosjonelle behov:

I etterkant føler jeg at jeg var ikke nok forberedt på å håndtere arbeid med mulige smittede, og noen ganger ble fokuset mitt flyttet fra mennesket til de rene tekniske oppgavene som vi var pålagt på arbeid. Dvs. at jeg var ekstremt opptatt av prosedyrer og smittevernutstyr fremfor brukeren i den første perioden.

Informantene i studien beskriver hvordan arbeidet under covid-19-pandemien har vært preget av en økt arbeidsbelastning. Stadige endringer krever mye energi og informantene formidler at de ofte møter forventninger om at de skal gjøre en ekstra innsats. Varigheten av pandemien medfører at situasjonen skiller seg fra informantenes tidligere erfaringer og situasjonen omtales av flere som en utholdenhetstest:

Jeg har vært i flere situasjoner der det kanskje står på mye, og at en må legge ned en ekstra innsats, osv over en kortere periode. Det som er annerledes med covid 19 er at det er så langvarig.

Flere av informantene formidler også hvordan medias dekning av covid-19-pandemien har bidratt til et økt press på dem som helsepersonell. En bred dekning av antall innlagte og omkomne pasienter, understrekes av en informant å gi en følelse av at alle følger med på hvor godt man gjør jobben sin. Dekningen av episoder med smittespredning via helsepersonell beskrives også som belastende. Flere uttrykker at de kjenner på frykt for å bli hengt ut som smittespredere, til tross for alt de gjør for å unngå dette:

Jeg synes det er ubehagelig å kunne bli omtalt i media som «den som brakte smitte til avdelingen», selv om man ikke blir nevnt med navn. Dette er en unødvendig påkjenning på toppen av utfordringene vi allerede har.

Arbeidspresset under spesielt første fase av covid-19-pandemien, beskrives av informantene å være stort. En informant forteller om å være i konstant beredskap. En annen informant formidler å være utmattet av situasjonen og usikkerheten. Arbeidspresset blir også beskrevet og satt i sammenheng med det å sette egen helse og egne behov til side for å prioritere jobb. Samtidig fremkommer ulike opplevelser og en informant understreker at jobben var krevende i utgangspunktet og at det derfor ikke oppleves å være så stor forskjell når det gjelder arbeidspres:

Nå sover jeg bedre, er mest sliten, men yrket mitt er fra før preget av masse ubetalt overtid, så forskjellen er ikke så stor.

Covid-19-pandemien har medført hektiske og krevende perioder hvor informantene beskriver å ha stått i tøffe og vanskelige situasjoner på jobb. Flertallet av informantene knytter dette spesielt til starten av pandemien, mens opplevelsen for enkelte beskrives å ha vart under hele covid-19-perioden. Én informant gir uttrykk for at det vedvarende arbeidspresset har ført til at motivasjonen for jobben har forsvunnet og enkelte informanter uttrykker bekymring knyttet til fremtiden i yrket:

Jeg har kort lunte, jeg er gråtlabil og jeg trives ikke som sykepleier lengre. Slik er jeg ikke til vanlig.

Økt kunnskap og erfaring under pandemien formidles samtidig å ha endret arbeidssituasjon slik at mange av informantene etter hvert har opplevd større grad av mestring og kontroll. Presset de har kjent på beskrives av flere å ha avtatt noe i sammenheng med dette:

Ja, alt dette har endret følelser ved å jobbe med dem som har hatt symptomer fra å være litt redd selv til å trygge andre rundt meg på en positiv måte. Men dette kommer trolig av erfaring man har fått i perioden og testene jeg har tatt underveis.

Å ikke se en ende på pandemien beskrives derimot som utfordrende og en informant formidler at tilsvarende arbeidsbelastning ikke tåles i mange flere runder. En annen informant påpeker at arbeidsmengden trolig kommer til å øke etter pandemien på grunn av alt som skal tas igjen.

4.1.2 Verdsettelse

Under covid-19-pandemien har fokuset på helsepersonell og deres arbeid, økt. Informantene formidler at de har opplevd verdsettelse fra samfunnet, nettverk og familie knyttet til at betydningen av jobben de gjør har blitt belyst. De beskriver samtidig kontrastfylte opplevelser og en av informantene forteller hvordan medias fremstillinger også påvirker pasientenes oppfattelse av helsepersonell:

For oss ble det også utfordrende når media omtalte det slik at ansatt hadde brakt smitte inn i avdelingen før smittekilden var funnet [...] Små, uviktige saker for utfallet men viktig for hvordan vi som helsepersonell blir fremstilt. Og ikke minst at pasienter blir redde for å dø hos oss. Jeg snakket med en pasient i forrige uke som

mente at det måtte være mangel på hygiene fra personalet som gjorde at en pasient døde her. Det blir da vanskelig å diskutere dette uten å bryte taushetsplikten og jeg måtte bare svelge sannheten og svare noe generelt.

Når det gjelder verdsettelse på jobb, fremgår det variasjoner i opplevelsene som informantene beskriver. En informant forteller om en følelse av å ikke være verdt noe for lederen sin og en annen formidler en opplevelse av å kunne ofres. Dette beskrives å være knyttet til en fraværende leder som uttrykte at hen ikke selv ønsket å gå inn i smitteavdeling og til en opplevelse av å bli avfeid av ledelsen ved innmelding av behov for smitteverntiltak i arbeidssituasjonen. Dette formidles videre å føre med seg en opplevelse av å bli dyttet ut i noe farlig på egen hånd. Flere informanter forteller om en opplevelse av å ikke bli verdsatt og tatt på alvor, spesielt knyttet til rammene for jobben deres som helsepersonell. Denne informanten beskriver eksempelvis krav om å jobbe mer uten å få noe tilbake, inndragelse av ferie og en følelse av å bli utnyttet:

Føler dette er litt sammensatt fordi jeg er takknemlig for applausen, det gjorde godt i starten når vi ikke visste hva vi sto i. Jeg var glad for at politikerne og myndigheter innså viktigheten av jobben min og satte fokus på intensivsykepleiere. Nå, ett år senere er jeg forbanna og trist. Ingenting kommer til å endre seg for oss helsepersonell, vi kommer til å få skryt, men ikke mer lønn, ikke risikotillegg, ikke bedre turnus.

Flere informanter gir uttrykk for å oppleve mangelfull verdsettelse fra myndighetene og at de ønsker større politisk støtte for å løfte jobben til helsepersonell. De formidler en opplevelse av at jobben de gjør, risikoen de utsetter seg for og nedprioritering av egne behov på grunn av jobb, ikke gjenspeiles i rammene jobben tilbyr. Bedre lønnsvilkår og vern av fritid, fremheves som sentralt i dette. En informant formidler også et behov for tydeligere støtte og uttalelser fra ledelse og fagforeninger for å forsvare helsepersonell, hevde deres rettigheter, samt for å belyse utfordringene de står i tydeligere.

4.1.3 Bevisstgjøring

Flere av informantene forteller at de i sitt arbeid under covid-19-pandemien har blitt bevisstgjort rollen som helsepersonell. Fokuset på helsepersonell har vært stort i denne perioden og både ansvar og kunnskap som ligger til rollen har kommet tydeligere frem. Informantene beskriver hvordan de selv har erfart dette gjennom jobben de har gjort, men også hvordan det har blitt mer synlig for dem på grunn av omtale og fokus på dette fra myndigheter og andre:

Synet mitt på fremtidig rolle som sykepleier har i grunn ikke endret seg, men heller bekreftet den forventningen jeg hadde til oss som sykepleiere. Det at vi har stort ansvar, og at man kan mye mer enn man tror.

Informanten beskriver en synliggjøring av egen kompetanse og ansvaret som ligger til rollen. En annen informant understreker at covid-19-pandemien har tydeliggjort viktigheten av den kompetansen helsepersonell besitter. Fokuset på helsepersonell har økt både hos privatpersoner og myndigheter og jobben de gjør har i omfattende grad blitt omtalt i media. Rollen har blitt mer definert både for deres egen del, men også for samfunnet rundt:

Det har også vært godt å kjenne på at mange også offentlige personer og etater har sett den viktige og nødvendige jobben vi gjør.

Et større fokus på helsepersonell og jobben de gjør, formidles å ha resultert i en opplevelse av økt støtte fra andre. Det beskrives å være godt å vite at andre tenker på hvordan man har det og at andre vet at de gjør en viktig jobb:

Opplevet meningsfullt arbeid, og at andre, også fremmede, vet at jobben vi gjør på sykehuset er viktig, har bidratt til mening og motivasjon.

Både synliggjøring og bevisstgjøring av kompetansen de har og nytten av jobben de gjør, kan som her vist bidra til en opplevelse av positiv verdi og betydning. Informantene gir uttrykk for en økt stolthet knyttet til jobben sin og de gir uttrykk for å oppleve styrket anerkjennelse fra omgivelsene. Når viktigheten av jobben fremheves kan dette gjøre noe både med motivasjonen og ansvarsfølelsen. Samtidig er det mulig å tenke seg at dette også kan bidra til opplevd press, både fra dem selv og fra omgivelsene.

4.1.4 Yrkesstolthet og glede

Den opplevde styrkede bevisstgjøringen rundt jobben, rollen som helsepersonell og ansvaret knyttet til covid-19-pandemien, synes å bli satt i sammenheng med yrkesstolthet av flere informanter. De formidler blant annet hvordan de med bakgrunn i sin utdanning og kompetanse er i stand til å håndtere situasjonen de nå står i. Det store ansvaret og kunnskapen helsepersonell innehar, gir dem en ekstra viktig rolle under en pandemi. Informantene formidler en stolthet knyttet til dette:

Har vel heller følt på økt stolthet over yrke og ansvaret vi bærer, ikke minst betydningen det har for ivaretagelsen og behandlingen av pasientene, smittet eller ei.

En informant formidler at det har gitt glede å kjenne at praktiske ferdigheter og evnen til å stå i stress fortsatt mestres, etter flere år uten direkte pasientarbeid. Flere andre beskriver hvordan mestringen ved å innfri egne og andres forventninger i arbeidet utløser stolthet, som i dette eksemplet:

For min del appellerte utfordringene til en kombinasjon av yrkesplikt og -stolthet ved å bidra med kunnskap og tidligere erfaringer fra arbeid med smittevern.

Helsepersonell fremheves å strekke seg langt, være tilpasningsdyktige, samt ha et grunnleggende verdisett som favner om tillit og respekt i møte med pasienter. En av informantene understreker hvordan en synliggjøring av dette har bidratt til stolthet og glede på vegne av helsepersonell generelt. En annen informant beskriver hvordan det å være fokusert på å opprettholde en god etisk standard i arbeidet, gjør det mulig å dra fra jobb med god samvittighet. Jobben tilfører både mening og glede for informantene og flere formidler at de er takknemlige for å kunne bidra, samt for de positive tilbakemeldingene de får:

Jeg har ofte kjent på en takknemlighet over å kunne hjelpe, og stå i frontlinjen.

Informantene formidler stolthet og glede over jobben, yrket og ansvaret de bærer. Stoltheten fremstår å være nært knyttet til deres egen opplevelse av å være nyttig og av

å mestre. Stoltheten knyttes i tillegg til helsepersonell generelt og et fellesskap og en tilhørighet innad i yrkesgruppen blir synlig.

4.2 Ansvarsfølelse

4.2.1 Yrkesplikt og holdninger

Informantene gir uttrykk for å kjenne på en sterk ansvarsfølelse knyttet til å gjøre jobben sin og bidra med sin kompetanse, under covid-19-pandemien. Jobbsituasjonen stiller større krav til informantene enn vanlig og flere informanter formidler at de tar et ekstra ansvar utover det som normalt ligger til jobben deres. Enkelte forteller at de meldte seg til direkte arbeid med covid-19, selv om dette ikke ville falt inn under deres ordinære arbeidsoppgaver. Andre beskriver hvordan de i perioder har vært tilgjengelig og på jobb, døgnet rundt:

Jeg hadde egentlig bestemt meg for å benytte en avventende sykemelding for å komme meg litt ovenpå. Men da skjedde det, vi fikk Covid-19. Pasienter og ansatte i avdelingen. I løpet av to uker hadde jeg 70 overtidstimer og var tilgjengelig døgnet rundt. Timen til legen ble utsatt mange ganger.

I tilknytning til ansvarsfølelse fremheves også viktigheten av at man i rollen som leder går foran som et godt eksempel og at det er et moralsk ansvar å ikke sende andre foran seg:

På det heftigste jobbet jeg 18 timer i døgnet og barna passet hverandre hjemme (har heldigvis barna i to puljer så tenåringene stilte opp). I dag er jeg glad for det, da jeg tror at vi ikke ville ha kommet like godt ut av det hvis jeg hadde sittet på hjemmekontor og latt resten ta seg av pasientene. Jeg er overbevist om at effekten av at lederen går først hadde noe for seg.

Informantene gir uttrykk for å kjenne en moralsk forpliktelse til å gjøre jobben sin og mange beskriver dette som en selvfølge. De har selv valgt yrket og en informant forklarer dette som et rettferdig bytteforhold. Samfunnet har gitt dem en utdanning, nå må de gi tilbake. I ansvarsfølelsen som beskrives av informantene blir også yrkesetikk fremholdt som sentralt for mange. Alle skal få god behandling, uansett diagnose. I sammenheng med yrkesetikken uttrykkes her en forpliktelse til å gjøre jobben sin uavhengig av kontekst:

Noe risiko er det alltid når vi jobber med ulike mennesker. Om det er smitte, rus eller utagering. Vi er utdannet og kompetent til å håndtere dette. Ikke minst har vi valgt å gå inn i et yrke for å hjelpe andre som trenger oss.

Denne informanten synliggjør en holdning om at en må stå i jobben til tross for krevende omstendigheter. Samtidig synliggjøres det av en annen informant at dette har vært spesielt utfordrende under covid-19-pandemien:

Akkurat som man forventer at brannmenn skal gå inn i en brennende bygning og politi kan havne i en skuddveksling, så kan og må jeg selvfølgelig stå i rollen min under en pandemi. Det er bare så langt utenfor det jeg forestilte meg var mulig da jeg gikk inn i yrket.

Den «nye» arbeidssituasjonen som covid-19-pandemien medfører, synes å ha utfordret grunnleggende holdninger hos noen av informantene. De beskriver et ønske om å hjelpe andre. Samtidig som noen av informantene har meldt seg frivillig til dette arbeidet, har andre havnet litt maktesløse inn i en arbeidssituasjon med nye krav og rammer. De kjenner et ansvar og en plikt til å gjøre jobben sin, samtidig som dette krever svært mye av dem.

4.2.2 Forholdet mellom jobb og privatliv

Jobben som helsepersonell i direkte arbeid og kontakt med covid-19-pasienter, øker risikoen for å ta med smitte hjem til egen familie. Dette blir tematisert i fokusgruppene og informantene forteller hvordan dette tar plass og får betydning i livene deres. De kjenner et stort ansvar for å ikke spre smitte mellom jobb og hjem, samt en frykt for å bringe smitte inn i sårbare og viktige avdelinger. De forteller også at de har kjent på et press om å begrense smitterisikoen for å skåne andre, samtidig som flere påpeker at de ikke vil belaste arbeidsstedet med fravær:

Den usikkerheten jeg kjente på var om jeg kunne smitte noen av pasientene, og ikke minst smitte mine pårørende som var i risikogruppene. Dette har hos meg blitt løst med at man har unngått å besøke de man er redd for å smitte. Ett annet usikkerhetsmoment jeg har kjent på er om man skulle være den som kunne smitte sine kollegaer med de utfordringer det kunne utløst med karantener osv. Det å få smitte inn i jobben har store konsekvenser for driften.

Å spre smitte innebærer å utsette andre for fare og det beskrives som krevende å være en potensiell smittekilde. Mange av informantene forteller hvordan de har unngått fysisk kontakt med egen familie, unngått sosial kontakt og levd svært isolert. Enkelte beskriver mye grubling knyttet til potensielle situasjoner med smitte og én forteller om en følelse av overreaksjon hos seg selv rundt frykten for smitte og kjenner at dette har gått utover resten av familien:

Jeg syns heller det har vært utfordrende å balansere det med familie/sosialt liv. Det har nok resultert i at jeg har holdt meg veldig mye unna andre i denne perioden, og det har nok også gått ut over min samboer når jeg har blitt ukomfortabel med hvem han omgås.

Flere informanter formidler at det har vært tungt å unngå samvær med familie og nettverk i så utbredt grad, men at pasienters helse går foran ens egne behov for sosialisering:

Man tilpasser seg til alt, men jeg ble overraskende frustrert av de endrede sosiale relasjonene mine.

Informantene beskriver til dels store tilpasninger og begrensninger i eget liv for å redusere smitterisikoen, langt utover det gjeldende regler og retningslinjer krever. Flere forteller blant annet om omfattende smittevernregimer hjemme:

Hjemme la vi planer for delt bosted, med meg på "eget rom med do", for å unngå kontakt med de andre. Etter eksponering på jobb spritet jeg dusjen hjemme etter bruk. Det så sikkert hysterisk ut. Og datteren min som kom hjem fra brått avsluttet folkehøyskole synes jeg var rå som ikke ville klemme henne de første 14 dagene.

En annen informant fremhever hvordan helse, trivsel og livskvalitet i større grad påvirkes av generelle koronarestriksjoner i samfunnet, fremfor av endrede krav og belastninger i arbeidssituasjonen:

Generelt sett så er det nok situasjonen i samfunnet som har hatt størst innvirkning på egen helse og trivsel, det å ikke kunne møtes så ofte og så mange som ellers, at barna mine i stor grad har blitt påvirket av smittevernstiltak (vi bor i en kommune med høyt smittetrykk over tid, og perioder med utbrudd i skoler). Det gjør at livskvaliteten min ikke er som jeg ønsker.

Det kan synes som at samvittighet, frykt og ansvarsfølelse har gjort forholdet mellom jobb og privatliv til dels krevende å balansere for informantene. Skillet mellom jobb og hjem beskrives i tillegg noe utvisket, da informantene også utenfor jobb møter både nasjonale og selvpålagte, inngripende smitteverntiltak. Informanter gir uttrykk for å ha inntatt en altruistisk holdning hvor de begrenser sine egne liv og setter egne behov til side, med mål om å øke tryggheten for familie, pasienter og arbeidssted.

4.3 Ønske om å bidra

4.3.1 Meningsfullt

Flere av informantene forteller hvordan valget om å bli helsepersonell henger sammen med et ønske om å hjelpe andre og bidra til at andre har det bra. Enkelte informanter gir uttrykk for at covid-19-pandemien utløste et sterkt ønske hos dem om å bidra aktivt i arbeid knyttet til pandemien. Flere som ikke hadde dette som en del av sine vanlige arbeidsoppgaver, meldte seg frivillig til direkte arbeid med covid-19-pasienter:

Utløsende årsak var at jeg som helsepersonell i akademia, ikke kunne la være å hjelpe til. Kanskje det nærmeste jeg noen gang har vært et kall som sykepleier. En helt klar oppfatning av at det var rett å bidra der jeg kunne.

Informantene gir uttrykk for at det er godt å føle at man er til nytte og arbeidet med covid-19-pasienter beskrives som meningsfullt:

Det føles godt for egen nytteillusjon å bety en forskjell i andres liv.

En av informantene understreker hvordan jobben som helsepersonell medfører en glede over å hjelpe andre. Samtidig beskriver en annen informant hvordan de store belastningene under pandemien har medført at gleden og idealismen som tidligere preget yrkesutøvelsen har falmet:

For jeg var full av idealistiske tanker da jeg utdannet meg som helsepersonell. Også elsker jeg jo å hjelpe mennesker! Men nå er jeg veldig usikker på om jeg noensinne klarer å returnere.

Informantene gir stort sett uttrykk for at det er svært meningsfullt å jobbe som helsepersonell. Likevel berører enkelte av dem spørsmål knyttet til fremtiden i yrket. Én av informantene gir uttrykk for at yrkesvalget hadde blitt et annet om vedkommende tidligere hadde hatt kunnskap om at jobben kunne være så krevende som den nå har vist seg. En annen beskriver hvordan rammene for arbeidssituasjonen under covid-19-

pandemien, vekker et ønske om å gjøre jobben rundt pasientbehandling og smittevern så bra som mulig:

Når epidemien var i startfasen, og usikkerheten var stor, så vil jeg egentlig beskrive en økt motivasjon for å gjøre jobben rundt både pasientbehandling og smittevern så bra som mulig. Dette har jeg også opplevd tidligere i hendelser som er ekstraordinære (22. Juli f. eks). Jeg tror mye av motivasjonen til å bistå i ekstraordinære situasjoner er mye av grunnen vi velger de yrkene vi har.

Verdier som har bidratt til at informantene har valgt yrket som helsepersonell synliggjøres her. Det å kunne bety noe for andre og hjelpe noen som trenger det, oppleves meningsfullt og givende. Samtidig medfører den store belastningen informantene opplever i nåværende arbeidssituasjon at enkelte likevel stiller spørsmål ved om det er mulig for dem å bli i yrket videre fremover.

4.3.2 Aktiv rolle versus passiv tilskuer

Det å bidra aktivt, å kunne gjøre noe konstruktivt, fremheves av flere informanter som positivt i en krisesituasjon. Det gis også uttrykk for at det kan oppleves som mer slitsomt og krevende å være tilskuer enn å ta en aktiv rolle i situasjonen:

Katastrofefølelsen hadde likhetstrekk med 22. juli, og som jeg nevnte tidligere, så tror jeg vi er heldige som kan gjøre noe meningsfylt i skumle situasjoner, sammenliknet med dem som bare må kjenne "passivt" på det skumle. Jeg var mer engstelig mens jeg ventet hjemme på å jobbe, enn på jobb med kjente oppgaver. Verre å grue seg, enn å svette på jobb, selv når jobben kjentes litt skummel.

På jobb beskrives kjente rammer. Arbeidet krever i tillegg fullt fokus og det blir mindre rom for andre tanker og bekymringer når man er der. En informant fremholder at tilskuerrollen kan oppleves mer traumatisk enn det å stå i situasjonen. Fra sidelinjen er det mer rom for å ta inn inntrykk, kjenne på usikkerhet, frykt og en dommedagsfølelse. Dette understrekes også av en annen informant som gir uttrykk for at det gir en økt trygghetsfølelse å være på jobb:

De som uttrykte mest redsel og usikkerhet på min arbeidsplass, var faktisk de som ble satt i karantene. Vanskeligere for de å komme tilbake i jobb etter karantenetiden, mye om og men og behov for innføring i rutiner og betryggelse om at ting var på plass. De som var der hele tiden var jo med på å lage rutinene, mens de som satt hjemme fikk tid til å lese i media og spekulere på pandemien og sin rolle.

Å stå på sidelinjen i en slik situasjon kan gi en følelse av maktesløshet og situasjonen kan oppleves uhandterlig. Når man har en aktiv rolle kan man slik det her beskrives, kjenne en større grad av kontroll i situasjonen. Jobben kan dermed bidra til opplevd trygghet. Videre blir også ønsket om å bidra realisert når en kan gå på jobb og gjøre noe meningsfullt. Informantene i studien beskriver i tillegg en følelse av takknemlighet over å kunne hjelpe.

4.4 Samhold på jobb

4.4.1 Fellesskap

Med noen få unntak gir informantene i studien også uttrykk for en opplevelse av økt samhold på jobb, under covid-19-pandemien. De synes å oppfatte at pandemien har bidratt til et styrket fellesskap mellom kolleger og enkelte formidler at de også opplever et styrket samhold mellom dem selv og deres ledere. En informant fremhever hvordan en «felles fiende» gjør at man føler seg kallet til innsats, blir mer motivert for jobben, samt at det bidrar til en fellesskapsfølelse. En annen informant forteller også om felles innsats på jobb og om en sterk dugnadsånd:

Det som skjedde underveis var fabelaktig, en etter en brøt ansatte sykemeldinger, ferier og foreldrepermisjoner og meldte seg til tjeneste. Ansatte fra andre avdelinger meldte seg til overføring. Tidligere helsepersonell og pensjonert helsepersonell meldte seg. En kom på jobb på krykker, skolen lånte ut elever som har tilkallingskontrakter i helg på heltid.

Flere informanter gir uttrykk for at den krevende arbeidssituasjonen har styrket fellesskapet. Enkelte forteller om en ny giv og positivitet på jobb som trolig ikke ville ha vært til om ikke pandemien hadde virket samlende. Det beskrives hvordan man har brukt sosiale medier for å oppmuntre hverandre og hvordan kolleger har stilt opp for hverandre og eksempelvis handlet for de som har vært i karantene og ikke hatt nettverk rundt seg. I tillegg formidler flere at det har vært godt å ha jobb som en sosial arena når alt annet har vært stengt:

Det har vært godt å ha et sted man har «fått lov» til å være med andre. I tillegg får man et ganske spesielt samhold når man går gjennom en krevende og uforutsigbar tid.

Gode kolleger representerer en trygghet i hverdagen. Flere forteller også om betydningen av å ha noen å glede seg sammen med, det å ha et fellesskap rundt positive opplevelser på jobb. Til tross for fysisk avstand formidler en informant en opplevelse av økt nærhet mellom seg selv som leder og sine ansatte, på grunn av pandemien. Enkelte informanter gir imidlertid ikke uttrykk for en styrket fellesskapsfølelse under covid-19-pandemien. En av informantene forteller blant annet at arbeidsplassen ble delt i to, mellom de som jobbet på en covid-19-enhet og de som ikke gjorde det. Denne splittelsen innebar en fysisk oppdeling av personalgruppen, men også en splittelse med tanke på arbeidsmiljø og fellesskap på jobb:

Pauserommet vårt var markert opp med teip med to meters avstand, så vi satt ikke nærme hverandre en gang. Likevel ble jeg og vi andre på covid-enheten skydd som pesten.

Det fleste informantene gir likevel uttrykk for et opplevd fellesskap på jobb under covid-19-pandemien. En «felles fiende» og delte erfaringer beskrives å skape en følelse av tilhørighet og fremholdes som grunnlag for et styrket samhold. Det at man står i samme situasjon gir grunnlag for en større forståelse av hverandres utfordringer. Jobben representerer i tillegg en sosial arena og informantene formidler hvordan de inngår i positive relasjoner med andre når de er på jobb.

4.4.2 Kollegial støtte

Opplevd støtte fra kolleger tillegges også stor vekt. Informanten som fortalte om en splittet kollegagruppe under kapittel 4.4.1, forteller samtidig om god støtte blant kollegene som jobbet sammen på covid-19-enheten. Denne støtten fremholdes som viktig og informanten forteller hvordan fokuset på å ivareta hverandre bidro til en mestringsfølelse og dreide fortvilelse over til noe positivt. Flere informanter formidler at de har kjent på et godt, ivaretakende arbeidsmiljø. De beskriver kolleger som støtter og oppmuntrer hverandre, hvor det er rom for å ha det utfordrende:

Støtte på jobb har vi som jobber ved avdelingen gitt hverandre. Vi har veldig godt arbeidsmiljø. Vi har hatt god rolleavklaring og hadde et godt samarbeid når ting stod på som verst. Når jeg som leder var sliten etter mange timers jobb så var det ikke noe problem å delegere ansvar videre.

Enkelte informanter forteller også om hvordan kollegagruppen fungerte som et rom for å drøfte utfordringer, finne løsninger og videreutvikle seg sammen. I denne forbindelse beskrives debriefing med kolleger etter hver vakt som god støtte. Flere informanter understreker videre viktigheten av å ha en støttende og tilstedeværende ledelse. Dette utsagnet representerer ett eksempel på dette:

Under smitteutbruddet og i alt kaoset, fikk vi etter hvert inn en fantastisk dame på selve avdelingen. Hun tok rollen som leder uten å være den tildelt. Hun stod støtt, skulder til skulder med oss fotsoldater i front. Hun stilte opp. Hun var tilgjengelig for spørsmål, også etter arbeidstid. Hun var i det hele et stort forbilde.

I utsagnet ovenfor beskriver informanten hvilken betydning en ansatt, som ikke innehar en formell lederrolle, likevel får for sine kolleger i avdelingen fordi hun leder an, påtar seg ansvar og stiller opp. Enkelte informanter gir uttrykk for opplevd mangelfull støtte fra ledelsen under covid-19-pandemien og viser i denne forbindelse til manglende tilrettelegging og en opplevelse av å ikke bli hørt. Informantene formidler samtidig hvordan kolleger har fungert som et viktig støtteapparat gjennom emosjonell, praktisk og faglig støtte. Både det å få støtte og det å kunne gi støtte, fremheves å være av betydning. I denne forbindelse beskrives det å oppleve at man fungerer som støtte for kolleger å representere et rom for mestring, spesielt i en situasjon hvor man tidvis kan hende kjenner noe mindre mestring knyttet til selve yrkesutøvelsen.

5 Diskusjon

I dette kapitlet diskuteres funnene fra analysen som anses som sentrale for å belyse problemstillingen, med utgangspunkt i vitenskapelig litteratur og forskning presentert i oppgavens kapittel 2. Diskusjonen består av to hovedbolker. I den første bolken ses psykologisk velvære i lys av endringer informantene opplever med bakgrunn i covid-19-pandemien. Jeg ser nærmere på og drøfter hvordan forhold knyttet til både arbeids- og hjemmesituasjonen til helsepersonell kan ha betydning for deres opplevde psykologiske velvære. I den andre bolken belyses og drøftes forhold som kan være av betydning for ivaretagelse av psykologisk velvære hos helsepersonell. Her ser jeg på hvordan bevisstgjøringen og opplevelsen av å ha en viktig rolle med tilhørende ansvar, samt hvordan opplevd støtte rundt rollen og situasjonen også synes å stå sentralt, i en søken etter en dypere forståelse av helsepersonells erfaringer knyttet til eget psykologisk velvære under covid-19-pandemien.

5.1 Psykologisk velvære og endringer i hverdagen

5.1.1 Endringer i arbeidssituasjonen

Arbeidsforholdene for helsepersonell under store virusutbrudd er krevende og påvirker helsepersonellens psykologiske velvære (Brooks et al., 2018; Busch et al., 2021; Chong et al., 2004). Forhold knyttet til konteksten og prosessene den enkelte tar del i understrekes å kunne representere sentrale dimensjoner for en mer kompleks forståelse av psykologisk velvære (Helsedirektoratet, 2015). Kontekst og omstendigheter presenteres også som en sentral dimensjon knyttet til opplevelser av stress og mestring, hvor stress gjerne fremstilles som en konsekvens av et misforhold mellom de opplevde kravene i en situasjon og den opplevde muligheten til å håndtere disse (Lazarus & Folkman, 1984). Når man skal se på hvordan helsepersonell opplever at arbeidssituasjon under covid-19-pandemien virker inn på deres psykologiske velvære, vil dermed konteksten være av interesse. Om kravene i en situasjon oppleves uhåndterlige vil dette kunne medføre høy grad av stress, noe som videre kan svekke opplevd psykologisk velvære. Det vil dermed kunne innbefatte en negativ utvikling for den enkeltes helse, da psykologisk velvære er vist å være en beskyttende faktor for å hindre utvikling av psykisk helseproblematikk (Brooks et al., 2018; Busch et al., 2021; Helsedirektoratet, 2015; Hidalgo et al., 2010).

Ved starten av covid-19-pandemien opplevde informantene i studien som denne oppgaven bygger på, store endringer i sin arbeidssituasjon. Det ble stilt nye krav til dem og de måtte blant annet utarbeide nye rutiner og gjøre endringer i måten de utførte jobben sin på. Informantene rapporterer om et opplevd kaos i denne perioden og om manglende forberedelser. De forteller om frykt, usikkerhet og lite informasjon. Dette er sammenfallende med erfaringer som fremkommer i annen forskningslitteratur knyttet til både covid-19-pandemien og tidligere store virusutbrudd. Den første perioden av et stort virusutbrudd fremholdes å være preget av bekymringer for egen og andres sikkerhet, negative følelser og usikkerhet knyttet til smittevern. Stadige endringer i informasjon og

frykt for egen sikkerhet, kan være med å forsterke disse opplevelsene (Billings et al., 2021; Iheduru-Anderson, 2021; Rücker et al., 2021).

I situasjonen som beskrives av informantene i min studie, med manglende kunnskap og informasjon, kan det oppstå et misforhold mellom kravene som stilles og den enkeltes opplevde mulighet til å håndtere disse. Et slikt misforhold kan resultere i negativt stress. Hvordan helsepersonellet blir påvirket av situasjonen er avhengig av flere ulike faktorer som blant annet i hvilken grad de har mulighet til å gjøre tilpasninger i situasjonen for å eksempelvis øke kompetansen, frigjøre kapasitet fra andre områder eller forflytte ressurser for å bedre kunne mestre situasjonen (Lazarus & Folkman, 1984). Flere av informantene forteller nettopp om at de aktivt oppsøkte kunnskap for å bedre være i stand til å håndtere situasjonen de sto i. Helt i starten av pandemien vektlegges likevel mangel på informasjon og kunnskap i informantenes uttalelser, og det kan synes som at de i liten grad opplevde å ha mulighet til å påvirke arbeidssituasjonen de sto i. Enkelte beskriver i tillegg en opplevelse av pandemien som potensielt farlig, ikke bare for andres, men også med tanke på deres egen, helsesituasjon. Lazarus og Folkman (1984) har vist at dette kan bidra til å stimulere opplevelsen av stress og belastning ytterligere. En opplevelse av sykdomsrelatert risiko er videre vist å gi en økt bekymring knyttet til både ens egen og ens families helse (Brooks et al., 2018; Busch et al., 2021).

Et viktig element knyttet til belastningen og bekymringene helsepersonell har opplevd, er mangel på kontroll over eget liv (Busch et al., 2021). Informantene i studien jeg har gjennomført forteller også om en opplevelse av manglende kontroll, spesielt i første del av pandemien. Manglende kontroll over egen arbeidshverdag fremheves sammen med manglende mulighet for nødvendig hvile og søvn, samt manglende opplæring, å kunne ha en negativ innvirkning på psykisk helse (Chan et al., 2021; Muller et al., 2020; Sagherian et al., 2020).

Helsepersonell generelt, har ikke valgt den «nye» arbeidssituasjonen selv og har i så måte ufrivillig havnet i en situasjon som medfører økt belastning og stress. Informantene i studien min beskriver et ønske om å gi god helsehjelp og følge yrkesetiske prinsipper, også under covid-19-pandemien. De forteller om en følelse av ansvar og om forventninger til seg selv. I tillegg til sine egne forventninger, beskriver de også hvordan de møter andre sine forventninger om at de skal utøve god og trygg helsehjelp uavhengig av konteksten de står i. Dette kan være med å påvirke hvordan informantene håndterer kravene i arbeidssituasjonen. På en side kan det tenkes å bidra til fokus og motivasjon. På en annen side kan kravene tenkes å skape engstelse og videre svekke helsepersonellens mulighet til å oppfylle dem. Til tross for en krevende arbeidshverdag forteller informantene om hvordan de også møter forventninger om at de skal gjøre enda mer; yte en ekstra innsats. Rammene og kravene i arbeidssituasjonen kan synes å ha bidratt til at informantene ikke alltid klarer å leve opp til alle forventningene og de gir i denne forbindelsen uttrykk for en følelse av å ikke mestre jobben sin. Dette kan tenkes å utfordre deres selvaksept og herunder en positiv selvpoppfattelse (Ryff, 1989). Samtidig presenterer informantene i studien uttalelser om at de har valgt yrket selv og at de ser på det som en selvfølge at de skal gjøre jobben sin. Dette igjen, kan tolkes som en strategi for å ta eierskap over situasjonen. De gjør en omskriving som tilfører dem kontroll. En slik tilnærming fremholdes å kunne bidra positivt og minke den opplevde belastningen for helsepersonellet (Lazarus & Folkman, 1984).

Forholdet mellom helsepersonell og deres omgivelser under store virusutbrudd, kan være komplisert i den forstand at det er en mulig kilde til økt stress (Billings et al., 2021). Informanter i min studie forteller hvordan media sin dekning av pandemien har bidratt til en opplevelse av press. Det beskrives en følelse av at alle følger med på hvor godt de gjør jobben sin og det fortelles om en frykt for å bli hengt ut som smittespreder. Arbeidspresset har videre ført til at informantene har satt jobb foran egne behov og egen helse. De rapporterer også om at varigheten av covid-19-pandemien tærer på kreftene. Det å ikke se en ende på pandemien beskrives som utfordrende og uforutsigbarheten i situasjonen representerer mindre rom for opplevd kontroll for informantene. Varigheten av belastningen, settes av Brooks et al. (2018) i sammenheng med hvordan den psykiske helsen til helsepersonell blir påvirket. Helsedirektoratet (2017) viser også til at belastende stress som varer over tid, kan gi negative helsekonsekvenser både for fysisk og psykisk helse.

Underveis i covid-19-pandemien kom flere rutiner og økt kunnskap på plass. De fleste informantene forteller om en opplevd bedring i arbeidssituasjonen i forbindelse med dette, hvor rammene for arbeidet forandret seg. Endringene formidles blant annet å bidra til en opplevelse av å håndtere situasjonen og av å mestre omgivelsene. Rucker et al. (2021) finner en tilsvarende endring i arbeidssituasjonen til svensk helsepersonell under covid-19-pandemien, med en endring fra en opplevelse av kaos i starten til en opplevelse av økt kontroll underveis. Informantene i min studie beskriver videre hvordan endringen medførte mening, mål og retning i arbeidssituasjonen og enkelte beskriver hvordan arbeidet etter hvert ble opplevd som interessant. Nye erfaringer og personlig utvikling kan bidra til en opplevelse av å realisere sitt potensial, samt til at man utvikler seg i en positiv retning (Ryff, 1989).

5.1.2 Spennet mellom jobb og privatliv

Covid-19-pandemien medførte nedstengninger av samfunnet, retningslinjer og begrensninger knyttet til sosial omgang med andre og endringer i hvordan man kan leve livet sitt. Informantene i studien har også kjent på disse endringene og enkelte gir uttrykk for en opplevelse av at livskvaliteten har blitt påvirket av de generelle koronarestriksjonene i samfunnet, fremfor av endrede krav og belastninger i arbeidssituasjonen deres. Dette kommer også frem i en tysk studie, hvor nedstegning av samfunnet fremholdes å være av større betydning for psykologisk velvære, enn arbeid med covid-19-pasienter (Schmid et al., 2021). Det påpekes videre hvordan store virusutbrudd medfører en psykososial belastning for helsepersonell og at påvirkningen på ens familie og livsførsel for øvrig, samt mangelen på kontroll over ens private liv, er av stor betydning for dette (Busch et al., 2021; Nickell et al., 2004).

Spennet mellom jobb og privatliv beskrives også å representere en belastning for informantene og de forteller at de kjenner et ansvar for å ikke spre smitte mellom jobb og hjem. Denne ansvarsfølelsen kommer til uttrykk når informantene forteller om selvpålagte begrensninger som går ut over det som er pålagt dem fra myndighetenes side. Informanter beskriver blant annet omfattende smittevernregimer i hjemmet og hvordan de har valgt å leve i sosial isolasjon under store deler av covid-19-pandemien. Sosial isolasjon ses gjerne i sammenheng med dårlig psykisk helse og Brooks et al.

(2018) understreker videre at den innvirkningen et stort virusutbrudd kan ha på livene til helsepersonell, både privat og profesjonelt, er av betydning for deres psykologiske velvære. Frykten for å spre smitte formidles å prege alle deler av livet til mange av informantene i min studie og rollen som helsepersonell fremstår dermed som svært fremherskende i tilværelsen. Det kan synes som om de opplever å få lite rom hvor de kjenner pause fra det stresset dette representerer. Dette kan bety at mulighetene til å frigjøre kapasitet til å håndtere denne belastningen fra andre områder av hverdagen, oppleves som små (Lazarus & Folkman, 1984). De sosiale begrensningene innebærer at informantene inngår i færre positive relasjoner med andre enn det de gjorde før pandemien, noe som trolig kan påvirke deres psykologiske velvære negativt.

Covid-19-pandemien har medført en endring i privatsfæren for alle. I en normalsituasjon vil helsepersonell trolig oppleve et tydelig skille mellom arbeidssfære og privatsfære, da arbeidets art gjør at de fysisk må være på jobb for å kunne jobbe. Når rollen som helsepersonell, som beskrevet ovenfor, også nå preger privatlivet deres, vil dette skillet ikke lenger oppleves like klart. Endringen i privatsfæren vil trolig oppleves mer markant for helsepersonell enn for mange andre. Dette kan svekke opplevelsen av å kunne gjøre valg ut fra egne ønsker og behov (Ryff, 1989). Om tilpasningene informantene beskriver at de gjør i livene sine oppleves meningsfulle og de gjennom dette kjenner at de mestrer kravene de møter i situasjonen, kan det derimot gjøre den opplevde belastningen mindre (Folkman, 1997).

5.2 Psykologisk velvære i en endret hverdag

5.2.1 Mestring og mening

Helsepersonell har fått en ekstra viktig rolle under covid-19-pandemien på grunn av sin kunnskap og sitt ansvar, noe som også har blitt synliggjort. Med bakgrunn i dette forteller informantene i studien at de har blitt mer bevisst egen kompetanse. I en vanskelig tid synes denne bevisstgjøringen likevel å være med på å skape en opplevelse av mening og sammenheng i situasjonen. Når situasjonen oppleves mer forståelig, håndterbar og påvirkelig kan dette påvirke deres mestringsressurser i positiv retning (Antonovsky, 1987; Walseth & Malterud, 2004). Slik vi tidligere har sett, beskriver også informantene en opplevd endring underveis i covid-19-pandemien, hvor de etter hvert kjenner at de bedre er i stand til å håndtere den krevende arbeidssituasjonen de står i. Med bakgrunn i sin kompetanse og erfaring kjenner de en opplevelse av mestring. Dette vil kunne bidra til at situasjonen oppleves mindre belastende, samtidig som det innebærer mindre sannsynlighet for negativt stress (Lazarus & Folkman, 1984; Verdens helseorganisasjon, 2020). Fokuset på ansvaret og rollen helsepersonell har, sammen med den uttrykte mestringsfølelsen, fremheves av informantene å bidra til en yrkesstolthet og en glede knyttet til jobben de gjør.

De fleste informantene gir uttrykk for at de oppfatter at jobben de utfører er meningsfull. De formidler at det er godt å føle seg nyttig. Rücker et al. (2021) viser hvordan positive erfaringer som trygghet og en opplevelse av å gjøre noe meningsfullt, kan balansere opplevelsen av stress, usikkerhet og kaos. Følelsen av mening fremholdes av helsepersonell som en sentral faktor for å håndtere stresset i arbeidssituasjonen under covid-19-pandemien (Brown et al., 2021). Om arbeidet kjennes meningsfullt kan det

bidra med mål og retning i en ellers uforutsigbar situasjon. Det kan samtidig bidra til en positiv selvoppfattelse. Når man erfarer mål og retning i arbeidet vil dette kunne fremme opplevd sammenheng og mestring, samt ha betydning for hvordan en håndterer situasjonen (Antonovsky, 1987).

Samtidig som mange av informantene beskriver jobben sin som meningsfull, er det også noen som viser til delte erfaringer. Enkelte informanter synes å oppleve at kravene som stilles ikke står i samsvar med mulighetene de har til å innfri dem. De omtaler dette misforholdet som belastende og stressende. Noen av informantene i min studie formidler også hvordan denne arbeidssituasjonen har bidratt til at de nå stiller spørsmål knyttet til fremtiden i yrket. Andre igjen forteller hvordan arbeidssituasjonen under covid-19-pandemien har gitt motivasjon til å utføre jobben på en god måte. Det kan synes som at situasjonen utløser ulike reaksjoner hos forskjellige informanter og Lazarus og Folkman (1984) viser også til hvordan den enkeltes egenskaper er av betydning for hvordan en situasjon oppleves, samt for hvilke responser ulike stressorer utløser.

Flere studier viser hvordan arbeidssituasjonen under covid-19-pandemien og andre store virusutbrudd, påvirker helsepersonell sin psykiske helse negativt (Busch et al., 2021; Muller et al., 2020; Sagherian et al., 2020). Det fremkommer samtidig ulike funn knyttet til dette og Lancee et al. (2008) viser at forekomsten av nye episoder av psykiske lidelser ikke var høyere blant helsepersonell enn i samfunnet for øvrig, ett til to år etter SARS-epidemien i Canada. Pink et al. (2021) finner videre at helsepersonell rapporterte lavere nivå av stress enn gjennomsnittet i befolkningen under covid-19-pandemiens første nedstegning i Storbritannia. Dette kan muligens indikere at et aktivt bidrag i en krisesituasjon kan bidra til å beskytte mot en utvikling hvor psykologisk velvære svekkes. Informantene i min studie gir også uttrykk for at en aktiv rolle kan gi en opplevelse av kontroll i situasjonen. På jobb beskrives, til en viss grad, kjente rammer. I tillegg krever arbeidet fullt fokus og andre bekymringer og tanker blir da ikke viet tid og plass. Det formidles videre at det å være på jobb gir en trygghetsfølelse og Brooks et al. (2018) understreker at en opplevelse av trygghet på jobb henger sammen med psykologisk velvære. Gjennom å ta aktivt del i arbeidet under covid-19-pandemien realiseres videre informantenes ønske om å bidra og det beskrives som godt å kunne gjøre noe nyttig.

Muligheten til å bidra aktivt og til å gjøre noe konstruktivt i en krisesituasjon som covid-19-pandemien representerer, fremheves som viktig av flere informanter. Det påpekes samtidig hvordan det oppleves krevende å stå på sidelinjen i en krisesituasjon. En passiv rolle kan gi en følelse av maktesløshet og det beskrives hvordan helsepersonell som var i karantene, uttrykte mer bekymring og frykt enn de som var på jobb. Dette samsvarer med erfaringer fra tidligere store virusutbrudd. Helsepersonell i karantene under SARS-epidemien rapporterte at dette hadde en negativ innvirkning på deres psykologiske velvære og lengre karantener økte den uheldige innvirkningen (Brooks et al., 2018). En passiv rolle kan bidra til mindre opplevd kontroll i situasjonen. En pålagt karantene vil i tillegg utfordre både autonomi og muligheten til å mestre ens omgivelser, noe som videre vil kunne gi en følelse av meningsløshet og svekket selvaksept (Ryff, 1989).

Flere av informantene forteller at de har meldt seg frivillig til direkte arbeid med covid-19-pasienter. Ut fra stressmestringsteorien til Lazarus og Folkman (1984) er det mulig å tolke dette som en aktiv handling hvor de selv har valgt å gjøre endringer i sin situasjon, for å bedre være i stand til å håndtere stresset og øke muligheten for mestring. Gjennom dette kan de skape mening og en opplevelse av sammenheng i situasjonen. De vil i så måte kunne påvirke sine mestringsressurser positivt og være bedre rustet til å håndtere situasjonen (Antonovsky, 1987). Dette bidrar videre til kontroll i situasjonen. De benytter sine omgivelser ut fra sine behov, utøver autonomi og kan gjennom dette oppleve personlig utvikling og større selvaksept (Ryff, 1989). At flere har meldt seg frivillig til dette arbeidet kan samtidig forstås som en altruistisk handling og tolkes som et resultat av både holdninger, verdier og yrkesetikk. Bakgrunnen for valget vil i så måte ikke nødvendigvis være et forsøk på å mestre situasjonen. Uavhengig av bakgrunnen for dette valget vil det, som diskutert ovenfor, kunne bidra til mestring i situasjonen.

5.2.2 Sosial, kollegial og organisatorisk støtte

Som tidligere vist, gir informantene i min studie uttrykk for å ha opplevd mer oppmerksomhet, et styrket fokus og en bevissthet knyttet til jobben de utfører, under covid-19-pandemien. De formidler at de i forbindelse med dette har kjent på verdsettelse og støtte fra både familie, nettverk og samfunnet for øvrig. Samtidig beskrives til dels kontrastfylte opplevelser og de forteller også om møter med både skepsis og mistro. Dette synes å være i tråd med funnene til Rücker et al. (2021) hvor helsepersonell rapporterer at samfunnet rundt møter dem med både engstelse og takknemlighet. Billings et al. (2021) fremhever også hvordan helsepersonell opplever å bli stigmatisert på grunn av rollen de har i en situasjon med smitte i samfunnet. Deres relasjoner til nettverk, media og resten av samfunnet rapporteres å være kompliserte i den forstand at de kan være kilder til både støtte og stress.

Sosiale faktorer er av betydning for helsepersonells psykologiske velvære under store virusutbrudd og støtte fra familie og nettverk rapporteres å virke beskyttende, mens sosial avvisning knyttes til dårlig psykisk helse (Brooks et al., 2018; Brown et al., 2021). Betydningen av sosial støtte understrekes videre av Muller et al. (2020), som rapporterer at helsepersonell fremholder sosial støtte og kontakt som viktigere enn profesjonell helsehjelp for å håndtere arbeidsbelastningen de opplever under covid-19-pandemien. Sosial støtte korrelerer også med lavere forekomst av psykiske helseproblemer (Muller et al., 2020). En opplevelse av støtte fra omgivelsene kan fremme helsepersonell sin selvaksept, mens negative responser trolig vil kunne hemme denne. Støtte fra omgivelsene kan videre bidra til en opplevelse av at jobben de gjør er meningsfull. Negative tilbakemeldinger kan bidra til at helsepersonell opplever stress, mens manglende støtte og mistro kan gi en opplevelse av maktesløshet og av at situasjonen har negative konsekvenser for dem selv. Dette vil følgelig kunne stimulere den opplevde belastningen (Lazarus & Folkman, 1984).

På jobb beskriver informantene i min studie, med noen få unntak, en opplevelse av styrket samhold under covid-19-pandemien. De forteller om en fellesskapsfølelse innad i kollegagruppen. Kolleger som står i samme situasjon beskrives å ha bedre forutsetninger for å forstå hverandres utfordringer og flere informanter formidler hvordan en «felles

fiende» og delte erfaringer, bidrar til en følelse av fellesskap og tilhørighet. Informantene gir uttrykk for at den kollegiale støtten de opplever er viktig for dem. Fellesskapet og samholdet beskrives å representere trygghet og stabilitet i hverdagen og noen informanter viser også til betydningen av å ha noen å glede seg sammen med og å dele positive opplevelser på jobb med. Videre formidles det at kolleger har stilt opp for hverandre også utenfor jobb og flere informanter understreker betydningen av jobb som en sosial arena i perioder hvor samfunnet har vært stengt ned. Informantene beskriver stor sett et godt, ivaretagende arbeidsmiljø preget av positive relasjoner, hvor kolleger støtter og oppmuntrer hverandre. Det fortelles også om jobbmogigheter hvor det er rom for å ha det utfordrende. Relasjonene som beskrives bærer gjennom dette preg av både omsorg og tillit.

Én informant forteller hvordan fokuset på å ivareta og støtte kolleger har bidratt til mestringsfølelse i en situasjon hvor selve yrkesutøvelsen har blitt opplevd som krevende. Det formidles at situasjonen gjennom dette ble endret fra å være preget av fortvilelse, til håp om noe positivt. Informanten synes å omskrive situasjonen, noe som tidligere forskning viser kan bidra til mestring av stresset og belastningen arbeidssituasjonen medfører (Folkman, 1997). Flere informanter forteller videre hvordan kollegagruppen har fungert som et rom for å drøfte utfordringer, finne løsninger og videreutvikle seg sammen. De har gjennomført debrifinger sammen og det fremheves hvordan kolleger representerer både emosjonell, praktisk og faglig støtte for hverandre. Dette er sammenfallende med funn fra Brown et al. (2021) sin studie, hvor helsepersonell fremhever lagarbeid som en sentral faktor for å opprettholde evnen til å håndtere stresset som oppleves på jobb under covid-19-pandemien. Støtten de både gir og får, kan bidra til at informantene opplever en større grad av mestring i den situasjonen de står i, en opplevelse av utvikling i positiv retning, samt bidra til en selvoppfattelse med aksept både av ens gode og mindre gode kvaliteter (Ryff, 1989). Gjennom støtten informantene beskriver at de tilbyr hverandre, tilfører de hverandre også kompetanse. Lazarus og Folkman (1984) fremhever at en slik forflytning av ressurser, videre kan sette dem bedre i stand til å håndtere kravene de møter. Situasjonen vil i så tilfelle ikke lenger oppleves like belastende.

Studier gjort tilknyttet SARS-epidemien, finner at organisatorisk støtte på arbeidssstedet virker beskyttende for helsepersonell sitt psykologiske velvære og det anbefales derfor at arbeidsgivere legger til rette for et støttende arbeidsmiljø under store virusutbrudd (Brooks et al., 2018). Tilgjengelige psykologiske støttestrukturer fremheves videre som viktig for at helsepersonell bedre skal være i stand til å håndtere krisesituasjoner og vedvarende perioder med stress (Busch et al., 2021). Informantene i studien min fremhever også hvordan støtte fra ledelsen oppleves som viktig for dem. En støttende og tilstedeværende ledelse beskrives å gi trygghet og en følelse av at noen bryr seg om dem og er der for dem. Selv om noen ga uttrykk for dette, formidlet samtidig flere informanter hvordan støtten de fikk fra sin ledelse under covid-19-pandemien opplevdes mangelfull. Det beskrives blant annet manglende tilrettelegging og en opplevelse av å ikke bli hørt. Enkelte informanter forteller også om opplevelser av å ikke bli tatt på alvor og en følelse av å ikke være verdt noe for sin leder. Et støttende arbeidslag og en tilstedeværende og støttende ledelse fremholdes å være av betydning for overgangen fra opplevelse av kaos til økt kontroll i jobbsituasjonen til helsepersonell, under covid-19-pandemien i Rücker et al. (2021) sin studie. Lederskap og god kommunikasjonsflyt fremstår også som viktig når helsepersonell rapporterer om hva som opprettholder deres

evne til å håndtere stresset de opplever på jobb (Brown et al., 2021). Mangelfull støtte fra ledelsen vil kunne medføre et opplevd misforhold mellom kravene i situasjonen og den opplevde muligheten til å håndtere disse. Situasjonen kan fremstå mindre påvirkelig og kravene mindre overkommelige, noe som vil kunne svekke mestringsressursene og opplevelsen av sammenheng (Antonovsky, 1987).

Arbeidsvilkårene under covid-19-pandemien synes også å fremstå som viktig for flere av informantene. Noen beskriver hvordan det stilles krav om at de skal jobbe mer, uten at de opplever å få noe tilbake for dette. De forteller også om ferie som har blitt inndratt og beskriver hvordan de blir bedt om å holde ut, samtidig som det stadig stilles nye krav og forventninger til dem. Flere av informantene beskriver en følelse av at de gir mer enn de får tilbake. Dette settes i sammenheng med en opplevelse av manglende støtte og verdsettelse fra både ledelse og myndigheter knyttet til blant annet arbeidstider og økonomiske rammer for yrket deres. Tilsvarende erfaringer rapporteres også i Billings et al. (2021) sin systematiske oversikt, hvor det blant annet trekkes frem hvordan helsepersonell med bakgrunn i arbeid under SARS-epidemien beskriver at yrkesgruppen ikke verdsettes og at de underkompenseres for risikoen de tar til daglig. Informantene i min studie formidler et ønske om større politisk støtte for å styrke statusen jobben deres har og flere gir uttrykk for at det er behov for endringer på dette området.

6 Avslutning

6.1 Oppsummering og konklusjon

Formålet med denne studien har vært å utforske helsepersonell i frontlinjen sine erfaringer og opplevelser knyttet til arbeidssituasjonen under covid-19-pandemien i Norge, samt å finne ut mer om hvordan de opplever deres psykologiske velvære i lys av denne situasjonen. Med dette som utgangspunkt søkte jeg også dypere innsikt i hva som kan oppleves å bidra til psykologisk velvære hos helsepersonell. Dimensjonene som utgjør «psykologisk velvære» ut fra Ryff (1989) sin operasjonalisering av begrepet, tar utgangspunkt i den enkeltes subjektive opplevelser. Den subjektive beskrivelsen er også sentral i min studie, da erfaringene til helsepersonell varierer fra person til person. Slik vi tidligere har sett, er den enkeltes egenskaper av betydning for hvordan en situasjon oppleves og samme stressorer kan utløse ulike reaksjoner hos forskjellige personer (Lazarus & Folkman, 1984). Når denne studien tar utgangspunkt i informantenes unike erfaringer kan dette slik jeg skrev innledningsvis i oppgaven, bidra til innsikt i hvordan arbeidssituasjonen og psykologisk velvære *kan* oppleves for helsepersonell under covid-19-pandemien.

Basert på denne studiens funn beskrives konteksten og prosessene informantene er en del av, å ha betydning for deres psykologiske velvære. De opplevde endringene covid-19-pandemien medførte i arbeidssituasjonen, gjorde den første perioden av pandemien spesielt krevende. Med mer kunnskap og dertil hørende trygghet, gir mange uttrykk for at de etter hvert opplevde å håndtere belastningen og stresset knyttet til jobbsituasjonen sin noe bedre. Ut ifra det informantene beskriver synes dette å ha sammenheng med opplevelsen av kontroll, av å kunne påvirke situasjonen og ta egne valg, opplevelsen av å ha en meningsfull hverdag, samt hvordan dette også virker inn på deres forventninger til seg selv. Informantene uttrykker i tillegg at de har kjent på et press i sin privatsfære, med bakgrunn i deres yrkesrolle som helsepersonell. De har kjent et ansvar for å ikke spre smitte og har derfor pålagt seg selv smittevernregimer i hjemmet og tilleggsrestriksjoner knyttet til sin deltakelse i sosiale relasjoner. Dette fremstår som et forsøk på å håndtere presset som de beskriver. Yrkesrollen synes i så måte å prege hele tilværelsen deres og informantene beskriver få rom hvor de kan få en pause fra stresset dette representerer. Videre forteller mange av informantene om opplevd støtte fra familie og nettverk. De fleste formidler også erfaringer med samhold og støtte innad i kollegagruppen på jobb og at dette har vært betydningsfullt gjennom en krevende arbeidshverdag. Opplevd mestring, mening og støtte synes dermed å fremme deres psykologiske velvære. Samtidig som informantene forteller om støtten de har erfart, formidler også flere en opplevelse av mangelfull støtte fra sin ledelse. De gir i tillegg uttrykk for en opplevelse av at rammene for jobben ikke reflekterer innsatsen som legges ned, noe som kan gi en følelse av å ikke være verdsatt. Behovet for endring på dette området understrekes av flere informanter.

Helsepersonells psykologiske velvære påvirkes av situasjonen de befinner seg i (Brooks et al., 2018; Busch et al., 2021; Chong et al., 2004). Min studie indikerer at ikke bare

jobbsituasjonen, men også totalsituasjonen er av betydning for dette, samt for hvordan helsepersonell opplever og håndterer krav og belastninger. Funnene mine peker i retning av at arbeidssituasjonen under covid-19-pandemien har virket inn på den totale livssituasjonen til helsepersonell og at dette videre kan ha gitt mindre rom for psykologisk velvære. Som Lazarus og Folkman (1984) beskriver, er forholdene som virker inn på stress, dynamiske. Det er dermed mulig å endre den opplevde belastningen av en situasjon, noe informantene i min studie synes å formidle gjennom beskrivelsen av at tilgang på mer informasjon og kunnskap om covid-19 henger sammen med en opplevelse av redusert belastning i arbeidssituasjonen. Flere informanter i studien forteller også hvordan yrkesetikk, forventninger og bevisstgjøring er med og bidrar til en opplevd ansvarsfølelse. Sammen med et ønske om å bidra kan dette stimulere både viljen, men også presset, til å håndtere belastningene de møter. Opplevelsen av mestring og støtte synes videre å være faktorer som har betydning for hvordan informantene klarer å håndtere situasjonen og dermed også for deres psykologiske velvære.

6.2 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Informantene i denne studien forteller om ulike erfaringer i og rundt arbeidssituasjonen under covid-19-pandemien og videre hvordan dette har bidratt til både å fremme og svekke opplevd psykologisk velvære. Det er informantenes unike erfaringer og deres individuelle opplevelser av hva som bidrar til psykologisk velvære, som er beskrevet. Faktorer som fremstår som sentrale for informantene i denne studien kan likevel tenkes å ha relevans for andre. Vi vet at psykologisk velvære kan være en beskyttende faktor for å hindre utvikling av psykisk helseproblematikk (Brooks et al., 2018; Busch et al., 2021; Helsedirektoratet, 2015; Hidalgo et al., 2010). Kunnskap om hvordan situasjonen under covid-19-pandemien påvirker helsepersonells psykologiske velvære og hva som oppleves å kunne fremme psykologisk velvære, kan derfor være betydningsfullt med tanke på å forebygge sykdom blant helsepersonell i tilsvarende arbeidssituasjoner.

Gjennom studien min fremholdes samhold på arbeidsplassen og en opplevelse av støtte å være av betydning, samtidig som opplevelser av mening og mestring i arbeidet synes å bidra til å balansere opplevelsen av stress, usikkerhet og kaos. Dette sammenfaller med funn fra studiene til Brown et al. (2021) og Rücker et al. (2021). Dette understreker viktigheten av å fokusere på et godt, støttende arbeidsmiljø og arbeidsoppgaver som oppleves meningsfulle og gir rom for mestringsopplevelser. Man påvirkes av konteksten og prosessene en er en del av, slik Lazarus og Folkman (1984) beskriver, noe informantene i min studie også formidler. I en krevende arbeidssituasjon vil det derfor være hensiktsmessig å se etter rom for å gjøre tilpasninger i alle deler av hverdagen slik at den totale opplevelsen av krav den enkelte møter, oppleves overkommelig. Spennet mellom jobb og privatliv ser ut til å være en faktor som kan bidra til mer eller mindre opplevd press for helsepersonell og under særlige krevende arbeidssituasjoner tilsvarende den under covid-19-pandemien, synes skillet mellom jobb og hjem/privatliv å bli opplevd som noe mer utvirket enn i ordinære arbeidssituasjoner. En bevissthet rundt dette som medfører at en tilstreber å skape rom hvor helsepersonell opplever pauser fra stresset de står i, kan tenkes å være av betydning i arbeidet med å ivareta og fremme deres psykologiske velvære.

På bakgrunn av helsepersonells uttrykte erfaringer og opplevelser knyttet til arbeidssituasjonen under covid-19-pandemien, kan kunnskapen fra denne studien bidra til å belyse hvordan ansatte i helsevesenet kan ivaretas i krevende arbeidssituasjoner. Studien kan i tillegg ha relevans i arbeid for å forhindre frafall blant helsepersonell. I denne typen arbeid vil kan hende også opplevelsene som beskrives knyttet til arbeidsrammene helsepersonell møter, være nyttige. Disse kan samtidig ha aktualitet knyttet til rekruttering av helsepersonell. Både aspekter som rekruttering, samt å forhindre frafall er sentrale med tanke på den tidligere beskrevne mangelen på helsepersonell i Norge (Helsedirektoratet, 2021). Det fremstår videre formålstjenlig å se nærmere på om samme forventninger og krav kan opprettholdes til helsepersonell i en krisesituasjon, som i en normalsituasjon.

Det er tidligere understreket hvordan erfaringene helsepersonell rapporterer knyttet til store virusutbrudd oppfattes som konsistente og hvordan dette videre gir en mulighet for å benytte kunnskap fra tidligere krisesituasjoner for å støtte langsiktig velvære for helsepersonell (Billings et al., 2021). Samtidig belyses det en mangel på studier som gir informasjon om hvilke intervensjoner som kan være nyttige i dette arbeidet (Pollock et al., 2020). Helsepersonells opplevelser og erfaringer knyttet til tiltak for å fremme psykologisk velvære i krisesituasjoner vil derfor kunne være et viktig innsatsområde å utforske i videre forskning. Andre områder som kan være relevante å belyse ytterligere er hvilke faktorer helsepersonell opplever har betydning for å fremme motivasjon under krevende arbeidssituasjoner, samt hvilken betydning ledelsens rolle oppleves å ha knyttet til helsepersonells psykologiske velvære.

Referanser

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health : how people manage stress and stay well*. Jossey-Bass.
- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* (LOV-2005-06-17-62). <https://lovdata.no/lov/2005-06-17-62>
- Biggs, A., Brough, P. & Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman's Psychological Stress and Coping Theory. I *The Handbook of Stress and Health* (s. 349-364). <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch21>
- Billings, J., Ching, B. C. F., Gkofa, V., Greene, T. & Bloomfield, M. (2021). Experiences of frontline healthcare workers and their views about support during COVID-19 and previous pandemics: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *BMC health services research*, 21, 923. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06917-z>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research : a practical guide for beginners*. Sage.
- Brooks, S. K., Dunn, R., Amlôt, R., Rubin, G. J. & Greenberg, N. (2018). A Systematic, Thematic Review of Social and Occupational Factors Associated With Psychological Outcomes in Healthcare Employees During an Infectious Disease Outbreak. *Journal of occupational and environmental medicine*, 60(3), 248-257. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001235>
- Brown, L., Haines, S., Amonoo, H. L., Jones, C., Woods, J., Huffman, J. C. & Morris, M. E. (2021). Sources of resilience in frontline health professionals during covid-19. *Healthcare*, 9(12), 1699. <https://doi.org/10.3390/healthcare9121699>
- Busch, I. M., Moretti, F., Mazzi, M., Wu, A. W. & Rimondini, M. (2021). What We Have Learned from Two Decades of Epidemics and Pandemics: A Systematic Review and Meta-Analysis of the Psychological Burden of Frontline Healthcare Workers. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 90(3), 178-190. <https://doi.org/10.1159/000513733>
- Buttigieg, S. C., Cachia, D. & Gauci, D. (2015). Stress, Burnout and Coping Strategies in the Emergency and Intensive Care Hospital Departments. I C. R. Hopkins (Red.), *Job Stress: Risk Factors, Health Effects and Coping Strategies* (s. 49-82). Nova Science Publishers, Inc.
- Chan, L. G., Tan, P. L. L., Sim, K., Tan, M. Y., Goh, K. H., Su, P. Q., Tan, A. K. H., Lee, E. S., Tan, S. Y., Lim, W. P., Aw, C. H., Goh, Y. Z., Sadarangani, S. & Chow, A. (2021). Psychological impact of repeated epidemic exposure on healthcare workers: findings from an online survey of a healthcare workforce exposed to both SARS (severe acute respiratory syndrome) and COVID-19. *BMJ Open*, 11(11), e051895. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051895>
- Chong, M.-Y., Wang, W.-C., Hsieh, W.-C., Lee, C.-Y., Chiu, N.-M., Yeh, W.-C., Huang, T.-L., Wen, J.-K. & Chen, C.-L. (2004). Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. *British journal of psychiatry*, 185(2), 127-133. <https://doi.org/10.1192/bjp.185.2.127>
- Dagens Medisin. (2021). *Søker legesvar til internasjonalt forskningsprosjekt*. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/02/12/soker-legesvar-til-internasjonalt-forskningsprosjekt/>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (u.å.). *Relevant lovverk*. <https://www.forskningsetikk.no/lovverk/>

- Ellingsen, S. & Drageset, S. (2010). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien Forskning*, 5(4), 332-335.
<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0027>
- Folkehelseinstituttet. (2016). *PICO*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science & Medicine*, 45(8), 1207-1221. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)00040-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00040-3) (Social Science & Medicine)
- Hansen, K. & Hansen, R. S. (2006). *Using An Asynchronous Discussion Board For Online Focus Groups: A Protocol And Lessons Learned*. College Teaching & Learning Conference, Orlando, Florida.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Folkehelsemeldingen* (Meld. St. 19 (2014-2015)). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>
- Helseberedskapsloven. (2000). *Lov om helsemessig og sosial beredskap* (LOV-2000-06-23-56). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2000-06-23-56>
- Helsedirektoratet. (2015). *Well-being på norsk (IS-2344)*. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/well-being-pa-norsk/Well-being%20p%C3%A5%20norsk.pdf/_/attachment/inline/46a66c5f-e872-4e52-96b5-4ae1c95c5d23:488beb667da23e74e06e64a4e800417c2f205c90/Well-being%20p%C3%A5%20norsk.pdf
- Helsedirektoratet. (2017). *Stress og mestring (IS-2655)*. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/_/attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-43178fa9b389:faf7b30a63b6004ff91eb7d4bbf2c6a89c4d4718/Stress%20og%20mestring.pdf
- Helsedirektoratet. (2021). *Estimert mangel på helsepersonell - en grafisk framstilling av resultatene fra NAVs bedriftsundersøkelser*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/estimert-mangel-pa-helsepersonell>
- Helsedirektoratet. (u.å.). *Covid-19 - antall innlagte pasienter på sykehus*. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/antall-innlagte-pasienter-pa-sykehus-med-pavist-covid-19>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Hidalgo, J. L. T., Bravo, B. N., Martínez, I. P., Pretel, F. A., Postigo, J. M. L. & Rabadán, F. E. (2010). Psychological well-being, assessment tools and related factors. I I. E. Wells (Red.), *Psychological well-being* (s. 77-113) (Psychology of emotions, motivations, and actions series). Nova Science Publishers, Inc.
- Iheduru-Anderson, K. (2021). Reflections on the lived experience of working with limited personal protective equipment during the COVID-19 crisis. *Nursing Inquiry*, 28(1), e12382. <https://doi.org/10.1111/nin.12382>
- Kock, J. H. D., Latham, H. A., Leslie, S. J., Grindle, M., Munoz, S.-A., Ellis, L., Polson, R. & O'Malley, C. M. (2021). A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: implications for supporting psychological well-being. *BMC Public Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10070-3>
- Korstjens, I. & Moser, A. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *European Journal of General Practice*, 24(1), 120-124. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lancee, W. J., Maunder, R. G. & Goldbloom, D. S. (2008). Prevalence of psychiatric disorders among Toronto hospital workers one to two years after the SARS outbreak. *Psychiatric Services*, 59(1), 91-95.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.59.1.91>
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.

- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforl.
- Miller, A. (2008). A Critique of Positive Psychology-or 'The New Science of Happiness'. *Journal of philosophy of education*, 42(3-4), 591-608. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9752.2008.00646.x>
- Muller, A. E., Hafstad, E. V., Himmels, J. P. W., Smedslund, G., Flottorp, S., Stensland, S. Ø., Stroobants, S., Van de Velde, S. & Vist, G. E. (2020). The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. *Psychiatry Research*, 293, 113441. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113441>
- Nickell, L. A., Crighton, E. J., Tracy, C. S., Al-Enazy, H., Bolaji, Y., Hanjrah, S., Hussain, A., Makhlof, S. & Upshur, R. E. G. (2004). Psychosocial effects of SARS on hospital staff: Survey of a large tertiary care institution. *Canadian Medical Association Journal*, 170(5), 793-798. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1031077>
- Norsk Sykepleierforbund. (2021). *Skal studere hvordan helsepersonell i frontlinjen har det psykisk*. <https://sykepleien.no/2021/02/skal-studere-hvordan-helsepersonell-i-frontlinjen-har-det-psykisk>
- NOU 2021: 6. (2021). *Myndighetenes håndtering av koronapandemien: Rapport fra Koronakommisjonen*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2021-6/id2844388/>
- O'Connor, C. & Joffe, H. (2020). Intercoder Reliability in Qualitative Research: Debates and Practical Guidelines. *International journal of qualitative methods*, 19, 160940691989922. <https://doi.org/10.1177/1609406919899220>
- Pink, J., Gray, N. S., O'Connor, C., Knowles, J. R., Simkiss, N. J. & Snowden, R. J. (2021). Psychological distress and resilience in first responders and health care workers during the COVID-19 pandemic. *Journal of occupational and organizational psychology*, 94(4), 789-807. <https://doi.org/10.1111/joop.12364>
- Pollock, A., Campbell, P., Cheyne, J., Cowie, J., Davis, B., McCallum, J., McGill, K., Elders, A., Hagen, S., McClurg, D., Torrens, C. & Maxwell, M. (2020). Interventions to support the resilience and mental health of frontline health and social care professionals during and after a disease outbreak, epidemic or pandemic: a mixed methods systematic review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013779>
- Ranieri, V., Sem Stoltenberg, A., Pizzo, E., Montaldo, C., Bizzi, E., Edwards, S. & Kamboj, S. (2021). COVID-19 wellbeing study: a protocol examining perceived coercion and psychological well-being during the COVID-19 pandemic by means of an online survey, asynchronous virtual focus groups and individual interviews. *BMJ Open*, 11(1), e043418-e043418. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043418>
- Regjeringen. (2022, 27. april). *Verdens helseorganisasjon*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt-helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/>
- Rücker, F., Hårdstedt, M., Rücker, S. C. M., Aspelin, E., Smirnoff, A., Lindblom, A. & Gustavsson, C. (2021). From chaos to control – experiences of healthcare workers during the early phase of the COVID-19 pandemic: a focus group study. *BMC health services research*, 21, 1219. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07248-9>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. D. (1995). Psychological Well-Being in Adult Life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10772395>
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719-727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>

- Sagherian, K., Steege, L. M., Cobb, S. J. & Cho, H. (2020). Insomnia, fatigue and psychosocial well-being during COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey of hospital nursing staff in the United States. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.15566>
- Schmid, B., Schulz, S. M., Schuler, M., Göpfert, D., Hein, G., Heuschmann, P., Wurmb, T., Pauli, P., Meybohm, P. & Rittner, H. L. (2021). Impaired psychological well-being of healthcare workers in a German department of anesthesiology is independent of immediate SARS-CoV-2 exposure – a longitudinal observational study. *German medical science*, 19, Doc11. <https://doi.org/10.3205/000298>
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *The American psychologist*, 55(1), 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Store norske leksikon. (2020, 6. oktober). *Epidemi*. <https://sml.snl.no/epidemi>
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative Quality: Eight "Big-Tent" Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative inquiry*, 16(10), 837-851. <https://doi.org/10.1177/1077800410383121>
- Verdens helseorganisasjon. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
- Verdens helseorganisasjon. (2020, 19. oktober). *Occupational health: Stress at the workplace*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/occupational-health-stress-at-the-workplace>
- Verdens helseorganisasjon. (2022a). *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic*. Hentet 12. mars 2022 fra <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- Verdens helseorganisasjon. (2022b, 17. juni). *Mental health: strengthening our response*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Verdens helseorganisasjon. (2022c, 28. mars). *Timeline: WHO's COVID-19 response*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline>
- Walseth, L. T. & Malterud, K. (2004). Salutogenese og empowerment i allmennt medisinsk perspektiv. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 124(1), 65-66. <https://tidsskriftet.no/2004/01/kronikk/salutogenese-og-empowerment-i-allmennt-medisinsk-perspektiv>
- Williams, S., Clausen, M. G., Robertson, A., Peacock, S. & McPherson, K. (2012). Methodological Reflections on the Use of Asynchronous Online Focus Groups in Health Research. *International journal of qualitative methods*, 11(4), 368-383. <https://doi.org/10.1177/160940691201100405>
- World Medical Association. (2018). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Zwaanswijk, M. & Dulmen, S. v. (2014). Advantages of asynchronous online focus groups and face-to-face focus groups as perceived by child, adolescent and adult participants: a survey study. *BMC Res Notes*, 7(1), 756-756. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-756>

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv til informanter i AVFG

Vedlegg 2: Retningslinjer for deltakelse i AVFG

Vedlegg 3: Kontaktinformasjon for deltakere i AVFG

Vedlegg 4: Samtykkeskjema for deltakelse i AVFG

Vedlegg 5: Intervjuguide

Vedlegg 6: Godkjenning fra REK



THE COVID-19 WELLBEING STUDY
PERCEIVED COERCION AND PSYCHOLOGICAL WELLBEING

Informasjon til informanter i online fokusgrupper (AVFG)

Studiens tittel:

The COVID-19 Wellbeing Study:
Opplevd tvang og psykisk velvære under COVID-19 pandemien

Navn og kontaktinformasjon til forskerteamet:

Dr. Roger Almvik: +4745468880; roger.almvik@ntnu.no
Andrea Stoltenberg: +447858923670; andrea.stoltenberg.19@ucl.ac.uk
Rannfrid Lylum: rannfril@stud.ntnu.no
Dr. Veronica Ranieri: v.ranieri@ucl.ac.uk
Professor Sunjeev Kamboj: sunjeev.kamboj@ucl.ac.uk
Josephine Harris: Josephine.harris.19@ucl.ac.uk
Professor Sarah Edwards: sarah.edwards@ucl.ac.uk

Divisjon for Psykologi og Språkvitenskap / Institutt for Vitenskap og Teknologi ved
University College London (UCL) & Institutt for Psykisk Helse ved Norges Tekniske og
Naturvitenskapelig Universitet (NTNU)

**Studien er godkjent av UCL Research Ethics Committee (7335/004) og Regionale
Komiteer for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk (170928)**

Dette er en invitasjon til deg om å delta i et forskningsprosjekt. Før du bestemmer deg, er det viktig at du forstår hvorfor forskningen gjøres og hva deltagelsen innebærer. Ta deg god tid til å lese gjennom følgende informasjon nøye, og diskuter den gjerne med andre hvis du ønsker det. Ta kontakt med oss om noe er uklart, eller ved behov for mer informasjon. Datainnsamlingen vil også inngå i en doktorgradsavhandling innenfor klinisk psykologi for Andrea Stoltenberg og i en masteroppgave innen psykisk helse for Rannfrid Lylum.

1. Studiens formål

Målet med studien er å få en bedre forståelse av helsepersonells erfaringer fra å jobbe i frontlinjen under COVID-19 pandemien. Vi ønsker først og fremst å forstå hvordan ditt arbeid med bekreftede eller mulige COVID-19 pasienter har medført til opplevelser av press og tvang, påvirket din forståelse av det å være helsepersonell, og påvirket din psykiske helse.

2. Hvorfor er jeg blitt valgt til å delta?

Du er invitert til å delta i studien fordi du har jobbet i frontlinjen under COVID-19-pandemien. Vi inviterer alle personer over 18 år, som har jobbet med bekreftede eller mulige COVID-19 pasienter, og som vanligvis er bosatt i Storbritannia eller Norge til å delta.

3. Må jeg delta?

Det er frivillig å delta i prosjektet. Du kan når som helst, og uten grunn, trekke deg fra fokusgruppen.

4. Hva innebærer deltagelse i studien?

Skulle du ønske å delta i studien ber vi deg om å delta i en fokusgruppe med 6-9 andre informanter. Fokusgruppen foregår online over en periode på to uker. Du vil ikke kunne se de andre informantene, men du vil kunne kommunisere med dem skriftlig. Deltagelsen er anonym, og du vil be bedt om å lage et 'alias'. En gang i uken vil forskerteamet publisere noen spørsmål i et forum som kun er tilgjengelig for informantene og forskerteamet. Du vil bli spurt om dine erfaringer og perspektiver på din yrkesrolle under pandemien, og hvordan dette har påvirket din psykiske helse og velvære. Vi ønsker at du skal skrive om dine erfaringer i dette forumet, og gjerne svare på det de andre informantene deler. Det er ikke noe krav til lengde på besvarelse av spørsmålene. Forumet er tilgjengelig for bruk når som helst i løpet av døgnet.

5. Hva er de mulige ulempene og risikoen ved å delta?

Vi forventer ikke at deltagelse i fokusgruppen vil innebære noe risiko, ulemper, eller ubehag. Imidlertid kan du oppleve noe stress eller ubehag på grunn av undersøkelsens følsomme tema. Ikke nøl med å kontakte oss om du skulle oppleve betydelig ubehag eller stress som resultat av deltagelse i studien. Ved behov vil vi oppfordre deg til å kontakte helsepersonell (f.eks. fastlegen) som kan henvise deg til tilgjengelige tjenester i ditt område. Du kan også finne kontaktinformasjon om ulike hjelpetilbud og støtteordninger slik som Helse Norges informasjonstelefon (815 55 015), Mental Helses gratis døgnåpen telefontjeneste (116 123) eller hjelpetelefonens nettsted www.sidetmedord.no.

6. Hva er de mulige fordelene ved å delta?

Selv om det ikke er noen umiddelbare fordeler med å delta, har tidligere forskning vist at informanter i slike fokusgrupper synes det er nyttig å dele sine erfaringer med andre som kan relatere seg til temaet. Vi håper at forskningen vil bidra til å forme bedre fremtidig klinisk praksis, politikk og forskning for å støtte helsepersonell ved fremtidige krisesituasjoner.

7. Hva om noe går galt?

Skulle du oppleve noen vanskeligheter underveis i fokusgruppen, vennligst ta kontakt med Andrea Stoltenberg andrea.stoltenberg.19@ucl.ac.uk.

Skulle du ha spørsmål angående gjennomføringen av studien, vennligst ta kontakt med senior forsker Dr Roger Almivk, roger.almvik@ntnu.no, ved NTNU.

Skulle du oppleve at dine behov ikke blir tilstrekkelig ivaretatt av forskerteamet eller ønske å sende en klage, vennligst ta kontakt med REK på rek-midt@mh.ntnu.no og/eller UCLs forskningsetiske komité på ethics@ucl.ac.uk.

8. Hvordan blir konfidensialitet ivaretatt?

All informasjonen vi samler inn om deg i løpet av forskningen forblir konfidensiell. Du vil ikke kunne identifiseres i noen av de påfølgende rapporter eller publikasjoner. All identifiserbar informasjon (dvs. e-postadressen din) vil bli lagret på UCLs Data Safe

Haven (et GDPR-kompatibelt, kryptert system) så lenge studien pågår. Dataen vil kun bli analysert av forskerteamet.

Forskereteamet vil ivareta din konfidensialitet med mindre det er særskilte grunner til å bryte den, som f.eks. ved uttrykk for at du er til skade for deg selv. Du vil bli kontaktet om eventuelle avgjørelser som begrenser din konfidensialitet.

Vi ber også om at du og dine øvrige fokusgruppemedlemmer respekterer hverandres konfidensialitet og dermed avstår fra å dele informasjon om gruppens medlemmer eller besvarelser som deles i forumet.

9. Hva skjer med resultatene fra forskningsprosjektet?

Resultatene fra dette forskningsprosjektet vil publiseres i fagfelleverderte tidsskrifter, nasjonale eller internasjonale konferanser og/eller medier. Du kan ikke identifiseres i noen påfølgende rapporter eller publikasjoner. Vi vil legge ut resultatene fra studien på nettsiden vår, slik at du får tilgang til resultatene når de er blitt analysert.

10. Hva om jeg ombestemmer meg og ønsker å trekke tilbake informasjon?

Du vil ha mulighet til å trekke din informasjon såfremt den ikke er blitt analysert og anonymisert. Etter dette vil vi ikke kunne identifisere deg og din informasjon fra analysen. Skulle du ønske å trekke din informasjon, ta kontakt med Andrea Stoltenberg andrea.stoltenberg.19@ucl.ac.uk.

11. Personvernerklæring om lokal databeskyttelse

UCLs databeskyttelsesansvarlig (i.e. Data Protection Officer) overvåker alle UCL-aktiviteter som involverer behandling av personopplysninger. De kan kontaktes på data-protection@ucl.ac.uk.

Mer informasjon om hvordan UCL bruker deltagerinformasjon finner du her: <https://www.ucl.ac.uk/legal-services/privacy/ucl-general-privacy-notice-participants-and-researchers-health-and-care-research-studies>.

Personopplysningene dine blir oppbevart så lenge det er nødvendig for forskningsprosjektet. Vi anonymiserer alle personopplysningene du oppgir, og vil forsøke å minimere behandlingen av personopplysninger der det er mulig.

Hvis du er bekymret for hvordan personopplysningene dine blir behandlet, eller hvis du vil kontakte oss om dine rettigheter, kan du i første omgang kontakte UCLs databeskyttelsesansvarlig på data-protection@ucl.ac.uk.

12. Hvem organiserer og finansierer forskningen?

Forskningen ledes av forskere ved University College London (UCL). Studien gjennomføres i samarbeid med forskere ved Norges Tekniske og Naturvitenskapelige Universitet (NTNU). UCL finansierer forskningen.

Takk for at du leser dette informasjonsskrivet og vurderer å delta i denne studien!

Vedlegg 2: Retningslinjer for deltakelse i AVFG

La oss snakke litt om nettvett!

Siden vi ikke er fysisk til stede for å moderere fokusgruppen, ber vi om at alle gjør seg kjent med følgende kjøreregler ved bruk av forumet:

- **Respekter andres privatliv:** informasjon som deles i forumet skal ikke deles med andre utenfor forumet. Dette gjelder også deling av identifiserbar informasjon om andre personer utenfor gruppen og deres erfaringer.
- **Unngå bruk av sarkasme:** dette kan være en kilde til misforståelser.
- **Forumet skal ikke brukes til distribusjon av annonser for eller om andre tjenester/personer og rykter.**
- **Vær raus med hverandre:** online kommunikasjon er i stor grad anonym, hvilket kan resultere i mer uhøflig og uheldig kommunikasjon med andre. Det er lov å være uenig i andres utsagn, men husk å uttrykke dette på en hensynsfull måte.

Fokusgruppen/forumet vil bli **moderert daglig** for å kunne ivareta informantene på best mulig måte. Besvarelser som ikke samsvarer med reglene beskrevet ovenfor vil bli fjernet fra forumet.

Skulle du oppleve ubehag ved deltagelse i fokusgruppen, vennligst ta kontakt med Andrea Stoltenberg: andrea.stoltenberg.19@ucl.ac.uk

Vedlegg 3: Kontaktinformasjon for deltakere i AVFG

Nyttig kontaktinformasjon

Skulle du oppleve sterkt ubehag eller stress ved deltakelse i fokusgruppen, ta kontakt med Andrea på: andrea.stoltenberg.19@ucl.ac.uk

Vi vil oppfordre deg til å kontakte helsepersonell (f.eks. fastlegen) som kan henvise deg til tilgjengelige tjenester i ditt område, og til å ta kontakt med følgende støtteorganisasjoner:

- Mental Helse
 - Gratis døgnåpen Hjelpetelefon: 116 123
 - Hjelpetelefonens netjtjeneste: www.sidetmedord.no
- Helse Norge
 - Informasjonstelefon: 815 55 015
 - Oversikt over tilbud for psykisk helsehjelp finner du her: <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/psykisk-helsehjelp-for-voksne/>

Skulle du oppleve noen vanskeligheter underveis i fokusgruppen, vennligst ta kontakt med Andrea Stoltenberg: andrea.stoltenberg.19@ucl.ac.uk

Skulle du ha spørsmål angående gjennomføringen av studien, vennligst ta kontakt med senior forsker Dr Roger Almvik, roger.almvik@ntnu.no, ved NTNU og/eller professor Sunjeev Kamboj sunjeev.kamboj@ucl.ac.uk ved UCL.

Vedlegg 4: Samtykkeskjema for deltakelse i AVFG

Samtykkeskjema

UCL Research Ethics Committee: 7335/004

Regionale Komiteer for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk: 170928

Studiens tittel:

The COVID-19 Wellbeing Study: Opplevd tvang og psykisk velvære under COVID-19 pandemien

Navn og kontaktinformasjon til forskerteamet:

Dr. Roger Almvik: +4745468880; roger.almvik@ntnu.no

Andrea Stoltenberg: +447858923670; andrea.stoltenberg.19@ucl.ac.uk

Dr. Veronica Ranieri: +447474187218; v.ranieri@ucl.ac.uk

Josephine Harris: +447904326014; Josephine.harris.19@ucl.ac.uk

Professor Sarah Edwards: sarah.edwards@ucl.ac.uk

Professor Sunjeev Kamboj: sunjeev.kamboj@ucl.ac.uk

Navn og kontaktinformasjon til UCL 'Data Protection Officer:

Alexandra Potts: data-protection@ucl.ac.uk

Vennligst fyll ut dette skjemaet etter du har lest informasjonsskrivet!

Takk for at du ønsker å delta i forskningsprosjektet vårt! Skulle du ha spørsmål om informasjonen oppgitt i informasjonsskrivet eller om studien for øvrig, vennligst ta kontakt med en av forskerne før du bestemmer deg for å delta.

Jeg bekrefter at:

- Jeg har lest og forstått informasjonen oppgitt om studien. Jeg har hatt mulighet til å vurdere denne informasjonen og forstår hva som er forventet av meg som deltager. Jeg har også hatt muligheten til å stille spørsmål. Eventuelle spørsmål er blitt tilstrekkelig besvart. Jeg ønsker herved å delta i en online fokusgruppe (AVFG).
- Jeg oppgir frivillig samtykke til deltagelse i studien.
- Jeg forstår at jeg kan trekke min informasjon før den har blitt analysert og anonymisert. Ønsker jeg å gjøre dette vil all informasjonen jeg har oppgitt bli slettet.
- Jeg forstår at personlig informasjon vil bli brukt kun til studiens formål. Jeg forstår det rettslige grunnlaget oppgitt i personvernerklæringen om lokal databeskyttelse.
- Jeg forstår at all min informasjon vil bli anonymisert og trygt oppbevart. Jeg forstår at informasjonen jeg har oppgitt vil bli brukt til fagfellevurderte publikasjoner. Disse kan jeg få tilgang til via www.thecovid19wellbeingstudy.org og/eller motta en online kopi av. Jeg kan ikke identifiseres i noen av publikasjonene.
- Jeg forstår at min informasjon kan bli gjennomgått av ansvarlige ved University College London ved behov for kontroll eller tilsyn.
- Jeg forstår mulige risikoer ved deltagelse og har mottatt informasjon om hjelp ved behov for støtte hvis jeg skulle oppleve omfattende ubehag eller stress ved deltagelse.
- Jeg forstår at det ikke er noen garanti for å oppleve noen fordeler ved deltagelse i studien.
- Jeg forstår at jeg ikke vil motta noen form for finansiell kompensasjon ved deltagelse i studien.

Intervjuguide

Uke 1: Arbeid i frontlinjen

Velkommen til Uke 1!

I likhet med mange andre helsearbeidere har du jobbet under vanskelige omstendigheter det siste året under COVID-19 pandemien. I lys av dette, kan du fortelle oss om hvordan du opplevde å bli bedt om å jobbe med / på en avdeling med mulige eller bekreftede COVID-19 pasienter? Har dine tanker/følelser om å jobbe med denne pasientgruppen endret seg siden den gang? I så fall, hvordan?

I spørreundersøkelsen rapporterte noen at de opplevde press og/eller følte seg tvunget til å jobbe med mulige eller bekreftede COVID-19 pasienter. Hvis du reflekterer rundt dine personlige erfaringer, hvilke faktorer (dvs. arbeidsplass, yrkesrolle, familieliv, medieoppslag o.l.) har hatt betydning for hvorvidt du har opplevd tvang i arbeidet med COVID-19 pasienter?

Hvordan har arbeidet på frontlinjen av pandemien påvirket din oppfattelse av rollen som helsepersonell?

Uke 2: Psykisk helse og velvære

Velkommen til gruppens andre og siste uke. Førrige uke snakket vi om hvordan du opplevde arbeidet med mistenkte/bekreftede COVID-19 pasienter. Denne uken ønsker vi å få en bedre forståelse av hvordan ditt arbeid på frontlinjen har påvirket din psykiske helse og velvære.

Med utgangspunkt i førrige ukes svar, hvordan har erfaringene med å jobbe med COVID-19 pasienter og i frontlinjen av pandemien påvirket din psykiske helse og velvære?

Hva har du gjort for å mestre denne situasjonen? Hvordan har disse mestringsstrategiene vært like/forskjellige fra det du gjorde før pandemien?

Hva har du opplevd som støttende når det har vært krevende på jobb?

Uke 3: Er det noe vi har glemt?

Takk for din tid og engasjement!

1) Er det noe viktig du føler at vi bør vite eller som vi ikke har spurt om? Er det noe du ønsker å dele eller diskutere med gruppen før vi runder av? I så fall, del gjerne i forumet her.

2) Vi vil også gjerne høre hvordan du har opplevd å delta i fokusgruppen:
<https://forms.gle/X685miVjpwKFUm6B7>

Ikke nøl med å ta kontakt med forskerteamet ved spørsmål eller ønske om å prate med forskerne.



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK midt	Hilde Eikemo	73597508	08.10.2020	170928
Deres referanse:				

Roger Almvik

170928 1) Opplevelser av hjemme-karantene og velvære under COVID-19 pandemien.

2) Opplevelser av COVID-19 pandemien og velvære hos helsepersonell på frontlinjen.

Forskningsansvarlig: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Søker: Roger Almvik

Søkers beskrivelse av formål:

Denne internasjonale studien ønsker å undersøke erfaringer som den voksne befolkningen og helsearbeidere på frontlinjen har hatt i forbindelse med COVID-19 pandemien, i Norge, Storbritannia, og Italia. Hensikten med undersøkelsen er å kartlegge erfaringer av mestring, velvære og 'opplevd tvang' rundt utbruddet av korona viruset, og spesifikt hvordan restriksjoner og hjemme-karantene har blitt erfart av allmennheten, og hvordan det å måtte jobbe på pandemiens frontlinje i kontekst av COVID-19 relaterte arbeids-stressorer og risiko har blitt erfart av helsearbeidere.

Befolkningens erfaring av karantene og helsepersonell sine opplevelse av å jobbe på pandemiens frontlinje, og hvordan disse erfaringene er knyttet til 'opplevd tvang' og psykologisk velvære, er ennå ikke undersøkt. Denne informasjonen er avgjørende for at regjeringer skal sikre samarbeidet med innbyggerne i å gjennomføre sikkerhetstiltak som karantene, og samarbeid og velvære hos helsearbeidere i frontlinjen, i fremtidige scenarier.

Studien vil bruke en forklarende forsknings-metodikk og blandede metoder bestående av en elektronisk spørreundersøkelse og asynkrone virtuelle fokusgrupper (AVFG). Deltakere innebærer den voksne befolkningen og helsearbeidere i frontlinjen som vil bli rekruttert fra Storbritannia, Italia og Norge ved hjelp av sosiale medieplattformer som Twitter, Facebook og Instagram. Anonyme data vil bli samlet inn ved hjelp av et elektronisk spørreskjema, og deltakerne vil bli spurt om å oppgi en e-post adresse dersom de ønsker å delta i en oppfølgingsstudie (i.e. oppfølgings spørreskjema og/eller kvalitativ studie)

Deltakelse er frivillig og basert på informert samtykke. Prosjektet innebærer ingen risiko eller konsekvenser for deltakerne. Hvis deltakerne oppgir en e-post adresse, blir denne bli lagret separat fra dataen fra spørreskjemaet. Data lagres på kryptert og sikker server i henhold til nasjonale og NTNU sine rutiner for sikker datalagring.

Prosjektet er etablert i London der Dr Veronica Raneri og Andrea Stoltenberg er hovedansvarlig for prosjektet, og Universitet College London (UCL) er den behandlingsansvarlig institusjon. I Norge er prosjektet forankret ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) og Dr Roger Almvik er ansvarlig for prosjektet.

REKs vurdering

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) midt i møtet 22.09.2020. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Komiteens prosjektsammendrag

Dette er en internasjonal studie hvor formålet er å undersøke erfaringer med COVID-19-pandemien i ulike land. Den voksne befolkningen skal spørres om opplevelser av hjemmekarantene, og helsepersonell skal spørres om opplevelsen av å jobbe i pandemiens frontlinje. I begge gruppene skal man også undersøke hvordan erfaringene er knyttet til «opplevd tvang» og psykologisk velvære. Data skal innhentes via elektroniske spørreskjema og asynkrone virtuelle fokusgrupper. Deltakerne skal rekrutteres via sosiale medier (n=2000 i Norge, n=6000 totalt). Prosjektet utgår fra University College London (UCL). I Norge er NTNU forskningsansvarlig institusjon. Studien er del av en ph.d. i klinisk psykologi.

Forsvarlighetsvurdering

Komiteen har vurdert søknad, forskningsprotokoll, målsetting og plan for gjennomføring. Komiteen har ingen forskningsetiske innvendinger til prosjektet. Spørreskjemadata besvares anonymt, og komiteen mener det ikke er fare for bakveisidentifisering av enkelt deltakere. Deltakernes e-post, som de oppgir dersom de også ønsker å delta på fokusgrupper, lagres pseudonymisert sammen med noen få demografiske variabler ved UCL. Dere har dermed sikret et godt personvern for deltakerne. Under forutsetning av at vilkårene nedenfor tas til følge vurderer REK at prosjektet er forsvarlig, og at hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivaretatt.

Vilkår for godkjenning

1. I søknadsskjemaet og i REK-portalen er det oppgitt en e-postadresse som tilhører en annen enn prosjektleder. Dette må rettes opp snarest.
2. Prosjektet kan ikke igangsettes før vi har bekreftet at spørreskjema og informasjonsskriv på norsk er mottatt og godkjent.
3. Komiteen forutsetter at ingen personidentifiserbare opplysninger kan framkomme ved publisering eller annen offentliggjøring.
4. Komiteen forutsetter at du og alle prosjektmedarbeiderne følger egen institusjons bestemmelser for å ivareta informasjonssikkerhet og personvern ved innsamling, bruk, oppbevaring, deling og utlevering av personopplysninger. Bestemmelsene må være i samsvar med REKs vilkår for godkjenning.
5. Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene oppbevares i fem år etter prosjektslutt. Enhver tilgang til prosjektdataene skal da være knyttet til behovet for etterkontroll. Prosjektdata vil således ikke være tilgjengelig for prosjektet. Etter denne femårsperioden skal opplysningene slettes eller anonymiseres.

Vedtak

Godkjent med vilkår

Vennlig hilsen

Vibeke Videm
Professor, dr.med.
Leder, REK midt

Hilde Eikemo
Sekretariatsleder, ph.d.
REK midt

Sluttmelding

Søker skal sende sluttmelding til REK midt på eget skjema senest seks måneder etter godkjenningsperioden er utløpt, jf. hfl. § 12. Dersom prosjektet ikke igangsettes eller gjennomføres skal prosjektleder også sende melding om dette via sluttmeldingsskjemaet.

Søknad om å foreta vesentlige endringer

Dersom man ønsker å foreta vesentlige endringer i forhold til formål, metode, tidsløp eller organisering, skal søknad sendes til den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk som har gitt forhåndsgodkjenning. Søknaden skal beskrive hvilke endringer som ønskes foretatt og begrunnelsen for disse, jf. hfl. § 11.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering.

From: <noreply@rekportalen.no> on behalf of "hilde.eikemo@ntnu.no" <hilde.eikemo@ntnu.no>
Reply to: Hilde Eikemo <hilde.eikemo@ntnu.no>
Date: Tuesday, 1 December 2020 at 19:33
To: Roger Almvik <roger.almvik@ntnu.no>
Subject: Bekreftelse på at vilkår er oppfylt

Hei

REK bekrefter herved å ha mottatt din tilbakemelding innsendt 19.11.2020, og at vedtak 1 og 2 i vedtak datert 08.10.2020 er oppfylt.

Vi ønsker lykke til med prosjektgjennomføringen.

Vennlig hilsen

Hilde Eikemo, REK midt

