

Fra kaos til mestring

En kvalitativ studie om intensivsykepleieres og legers erfaringer med covid-19 pandemien

Bente Meyer-Kristiansen

Intensivsykepleier, fagsykepleier, MSC, Sykehuset Telemark, Norge

E-post: bentan@sthf.no

Astrid Danielsen

Intensivsykepleier, Universitetslektor, Universitetet i Sørøst-Norge, Norge

Pål André Hegland

Intensivsykepleier, PhD., Høgskulen på Vestlandet, Norge

Sammendrag

Bakgrunn: Covid-19-pandemien forandret arbeidshverdagen til helsepersonell over hele verden. Det var mangel på smittevernutstyr og intensivpersonell, lite kunnskap om viruset og store omveltninger på flere sykehus for å behandle pasientene med covid-19. I lys av dette var det interessant å undersøke hvordan intensivsykepleiere og leger som stod i front i behandlingen av kritisk syke pasienter med covid-19 opplevde denne fasen.

Hensikt: Hensikten med studien var å utforske intensivsykepleiere og legers opplevelser med å jobbe med de kritisk syke pasientene med covid-19 under pandemien, og å utforske hvordan samarbeidet mellom helsepersonellet opplevdes under covid-19.

Metode: Et eksplorerende design med et semistrukturert intervju ble valgt, og 11 informanter fordelt på to fokusgrupper ble inkludert fra en intensivavdeling på et sentralsykehus i Helse Sørøst. Intervjuene ble gjennomført oktober 2020. Analysen ble gjennomført med kvalitativ innholdsanalyse inspirert av Graneheim og Lundman.

Resultater: Funnene i studien synliggjør hovedtema: fra kaos til mestring. Videre gav analysen to kategorier og seks subkategorier. Kategorien «fra usikkerhet til trygghet» omhandler subkategoriene «opplever å bli gamblet med», «fysiske påkjenninger i møte med den nye og ukjente jobbhverdagen» og «opplevelsen av å bli ivaretatt». Kategorien «opplevelse av unikt samarbeid» omhandler subkategoriene «faglig og sosial tilhørighet», «faglige forventninger» og «faglig forbedrhet». Resultatene drøftes opp mot aktuell forskning og Antonovskys begrep «salutogenese» og *sense of coherence*.

Konklusjon: Intensivsykepleiere og leger har opplevd usikkerhet og redsel under covid-19-pandemien. Det har vært en krevende tid for helsepersonell blant annet på grunn av mangel

på smittevernsutstyr og lite kunnskap om viruset. Men pandemien kan ha bidratt positivt for arbeidsmiljøet, det oppstod et unikt samarbeid på tvers av profesjoner, og en opplevelse av å stå sammen.

Nøkkelord: Covid-19; intensivavdeling; kvalitativ metode; mestring; stress

Abstract

From chaos to coping

A qualitative study of intensive care nurses' and doctors' experiences with the Covid-19 pandemic

Background: The Covid-19 pandemic changed the working lives of healthcare professionals around the world. There was a shortage of infection control equipment and intensive care personnel, little knowledge of the virus and major upheavals in several hospitals to treat patients with Covid-19. In light of this, it was interesting to investigate how the intensive care nurses and doctors who were at the forefront of the treatment of critically ill patients with Covid-19 experienced this phase.

Purpose: The purpose of the study was to explore the intensive care nurses' and doctors' experiences working with critical ill patients with Covid-19 during the pandemic, and to explore how the collaboration between the health personnel was experienced during the pandemic.

Method: An exploratory design with a semi-structured interview was chosen, and 11 informants divided into two focus groups were included from an intensive care unit at a central hospital within the South-East Regional Health Authority in Norway. The interviews were conducted in October 2020. The analysis was conducted with qualitative content analysis inspired by Graneheim and Lundman.

Results: The findings of the study highlight main topics: from chaos to coping. Further gave the analysis two categories and six subcategories. The category "from uncertainty to security" deals with the subcategories "experience to become gambled with", "physical stresses in the face of the new and unknown workday", and "the experience of being taken care of". And the category "experience of unique collaboration" deals with the subcategories "academic and social affiliation", "professional expectations" and "professional preparedness". The results were discussed up against Antonovsky's terms "salutogenesis" and "sense of coherence".

Conclusion: Intensive care nurses and doctors have experienced a sense of uncertainty and fear during the Covid-19 pandemic. It has been a challenging time for healthcare personnel partly because of a lack of infection control equipment and little knowledge of the virus. However, the pandemic may have contributed positively to the working environment, there was a unique collaboration across professions, and a sense of unity.

Keywords: coping; Covid-19; Intensive Care Unit; qualitative methodology; stress

Introduksjon

I desember 2019 ble et nytt coronavirus identifisert etter lungebetennelsestilfeller i Wuhan i Kina. Viruset er blitt betegnet som *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* (SARS-CoV-2) (1), og fikk navnet covid-19. WHO erklærte sykdommen som en pandemi 11. mars 2020 (2) og den norske regjeringen fulgte opp med nedstengning 12. mars for å forebygge smittespredning og unngå overbelastning av det norske helsevesenet (3). Det var lite kunnskap om viruset i starten (4), og innleggelser av pasienter med covid-19 førte til betydelig mangel på personlig beskyttelsesutstyr, ventilatorer, intensivplasser og intensivpersonell. Intensivavdelinger på flere sykehus gjennomgikk ombygginger ved at

pasientrom ble bygget om til isolat (kohorter) for å få bedre kapasitet på intensivavdelingene (5–8).

Mange av covid-19-pasientene har behov for respirasjonsstøtte, og en del pasienter utvikler også septisk sjokk og multiorgansvikt (9,10). Kohortene er preget av høyteknologisk utstyr som skal håndteres, medisinske ustabile pasienter som kan kreve to intensivsykepleiere hele døgnet, og mye medikamenter som skal administreres.

I starten av pandemien opplevde helsepersonell mye frykt, angst, håpløshet og bekymring. Deretter fulgte en fase med stor frustrasjon og utmattelse blant helsepersonellet, men også takknemlighet for kollegaer og god teamstøtte (7,10–12). Siste fase var preget av en tilpasning til situasjonen, men med fortsatt negative følelser som frykt, usikkerhet og bekymring for fremtiden (10,11). Flere studier pekte også på at helsepersonellet opplevde at samhandlingen med kollegene ble styrket, og de viste en helt spesiell omsorg for hverandre (7,12–14).

Internasjonale studier viste at ansatte som jobbet med covid-19-pasientene opplevde et overveldende stress, og mange opplevde depresjon og angst (15–19). En norsk kohortstudie viste at helsepersonellet opplevde å være godt forberedt, samtidig som de rapporterte om både fysisk og psykisk stress knyttet til arbeidet med denne pasientgruppen (12). Funnene ble bekreftet i en rapport publisert av Sintef (5). En annen norsk studie viste, i tillegg til økt angst og depresjon, høyere symptomer på posttraumatisk stress blant helsepersonell som jobbet direkte med covid-19-pasientene (20). Risikofaktorer for psykiske belastninger hos ansatte er vist å være mangeartet. Som eksempler nevnes arbeid i et isolert miljø, bekymringer for mangel på verneutstyr og for selv å bli smittet, skiftende protokoller, fysisk ubehag og skader på kroppen etter bruk av smittevernutstyr, at en ikke fikk drikke eller gå på toalettet på mange timer, stor arbeidsmengde, samt mangel på kunnskap om SARS-CoV-2 viruset (7,12,16,17,21,22).

Under en pandemi vil det være ulike stressorer som påvirker helsen til intensivsykepleierne og legene, for eksempel frykt, sorg og bekymring. Aaron Antonovsky var opptatt av disse stressorene, og spesielt hvilke faktorer som bidro til fremming av helse. Antonovsky definerte dette som *salutogenese*. Mennesker er utsatt for ulike stressfaktorer i livet. Hos noen mennesker bidrar disse stressfaktorene til uhelse og sykdom, mens andre klarer å beholde god helse. Dette selv om de i utgangspunktet kunne være utsatt for ganske like stressfaktorer (23). Kunnskap om hvilke faktorer som er viktige for at helsepersonell skal kunne mestre hverdagen under en pandemi, vil kunne bidra til fremming av helse.

Det velkjente begrepet *sence of coherence* (opplevelse av sammenheng) er sentralt i salutogenesen. Mennesket har det som kalles *generelle motstandsressurser* som bidrar til å sette ulike stressfaktorer inn i en meningsfull sammenheng. Generelle motstandsressurser kan være sosial støtte, kunnskap og mestringsstrategier (24). Ifølge Antonovsky vil noen stressfaktorer alltid være negative, uavhengig av personens opplevelse av sammenheng. Andre stressfaktorer hevder han kan være helsefremmende. Frykt, sorg og bekymring kan for eksempel motivere til mestring dersom personen ser dette i en sammenheng (24). Salutogenese er et begrep implementert i diskusjonen rundt hvordan stressorer påvirker helse hos sykepleiere og annet helsepersonell (25).

Det er gjort få studier fra Norge som omhandler helsepersonellens opplevelser under pandemien (12). Det har derfor vært viktig å frembringe kunnskap fra en norsk kontekst, der en får frem hvilke opplevelser helsepersonell har hatt på en norsk intensivavdeling under pandemien.

Hensikt

Hensikten med studien var å utforske intensivsykepleiere og legers opplevelser med å jobbe med de kritisk syke pasientene med covid-19 under pandemien. Studien kan bidra til kunnskap om hvilke faktorer som er viktige for at helsepersonell skal kunne mestre hverdagen under en pandemi.

Forskningsspørsmålene er:

Hvilke opplevelser har intensivsykepleiere og leger med å jobbe med de kritisk syke pasienter med covid-19?

Hvordan opplevdes samarbeidet mellom helsepersonellet under covid-19?

Metode

Studien ble gjennomført som ledd i masterstudiet til førsteforfatter. Under intervjuene deltok intensivsykepleier ved intensivavdelingen som co-moderator, mens andreforfatter bistod i analysene av datamaterialet.

Studien ble utført på et sentralsykehus med en generell intensivavdeling. Som forberedelse til pandemien ble det i mars 2020 opprettet en kohort, der totalt syv pasienter kunne behandles samtidig. Pasienter som hadde annen smitte i tillegg, ble behandlet i egne isolat. Kohorten ble avviklet i slutten av mai 2020, da antallet innlagte pasienter var relativt lavt. Det ble behandlet opptil seks intensivpasienter samtidig inne på kohorten. Neste kohort ble opprettet i etterkant av intervjuene.

Forskningsdesign

Studien har et kvalitativt eksplorerende design med fokusgruppeintervju (26). Artikkelen følger retningslinjen til O'Brien, Standard for rapportering av kvalitativ forskning, SRQS (27).

Uvalg

Intensivsykepleiere og anestesileger med minimum ett års erfaring fra gjeldende intensivavdeling var egnet for inklusjon i studien. For å få rike data, var det ønskelig at informantene hadde variert erfaringsgrunnlag med vakter inne på kohorten. Informanter med få vakter kan tenkes å ha andre opplevelser enn informanter med mange vakter. Informantene hadde fra 4 til 22 vakter på kohorten (se tabell 1 for utfyllende informasjon om informantene). Til intervjuene ble det valgt ut flere intensivsykepleiere enn leger, da det gjenspeiler sammensetningen i avdelingen. For å få god bredde i helsepersonellens opplevelser, ble det valgt to

fokusgruppeintervjuer. Åtte intensivsykepleiere og fire anestesileger sa ja til studien, men på bakgrunn av jobbsituasjon ble en anestesilege forhindret i å delta.

Sykepleiere uten master-/videreutdanning i intensivsykepleie ble ikke inkludert i studien.

Seksjonslederen på intensivavdelingen valgte ut respondentene, og sendte ut e-post med forespørsel om deltakelse, med samtykkeskjema inkludert.

Tabell 1 Karakteristika av informantene

	Yrkestittel	Kjønn	År på intensiv	År som utdannet intensivsykepleier/anestesilege	Vakter på kohorten m/covid-19-pasienter
Fokusgruppeintervju 1					
Informant 1	Intensivsykepleier	F	30	25	20
Informant 2	Intensivsykepleier	F	12	13	4
Informant 3	Intensivsykepleier	M	9	6	15
Informant 4	Anestesilege	M	10	10	20
Informant 5	Intensivsykepleier	M	25	23	13
Informant 6	Anestesilege	M	2	2	8
Fokusgruppeintervju 2					
Informant 7	Intensivsykepleier	F	37	24	18
Informant 8	Intensivsykepleier	F	35	24	20
Informant 9	Intensivsykepleier	M	24	20	22
Informant 10	Anestesilege	F	32	32	20
Informant 11	Intensivsykepleier	F	6	4	12

Intervjuguide

Det ble utarbeidet en intervjuguide som ble validert av tre fagutviklingssykepleiere og to intensivsykepleiere. Spørsmålene ble vurdert for relevans og om de kunne belyse problemstillingen. Intervjuguiden ble strukturert i tre hovedområder: *opplevelser*, *kommunikasjon* og *samarbeid*, med flere hjelpespørsmål under hvert område. De tre hovedområdene ble valgt på bakgrunn av problemstillingen. Funn rundt temaet *kommunikasjon* er ikke spesifikt beskrevet i denne artikkelen grunnet plasshensyn.

Datainnsamling

Førsteforfatter fungerte som moderator. Førsteforfatteren sørget for at alle kom til ordet og observerte gruppedynamikken, mens co-moderatoren sørget for at alle punktene i intervjuguiden ble belyst. Det første intervjuet ble transkribert før neste intervju. På den måten kunne noen områder utdypes mer gjennom neste intervju.

Intervjuene ble gjennomført i oktober 2020, like etter første fase av pandemien i Norge. Intervjuet ble holdt på det aktuelle sykehuset på et rom utenfor avdelingen etter gitte smittevernregler, uten callinger og andre forstyrrelser utenfra. Samtalen under intervjuene fløt godt. Det var utsagn fra alle deltakerne, og alle fikk sjansen til å bidra med sine erfaringer.

Intervjuene varte en times tid, og informantene godkjente at intervjuet ble tatt opp på lydopptak via et nettskjema på mobiltelefonen. Informantene ble videre oppfordret til å svare utfyllende på spørsmålene. Det ble stilt oppfølgingsspørsmål fra førsteforfatter der det var nødvendig. Det var ikke noen som tok større plass enn andre i intervjuene, hverken leger eller sykepleiere, menn eller kvinner, og det var generelt en god fordeling mellom de med mange års erfaring og de med kortere erfaring.

Dataanalyse

Analyseprosessen er inspirert av Graneheim og Lundmans (28) kvalitative innholdsanalyse. Analysen passer til denne studien fordi den gir muligheten til å tydeliggjøre både det manifeste og det latente innholdet i studien (29).

Førsteforfatter de-kontekstualiserte den transkriberte teksten, og teksten ble deretter sortert i meningsenheter som hørte sammen gjennom innhold og sammenheng (se tabell 2 for eksempler på meningsenheter). Andreforfatter gikk gjennom råmaterialet og meningsenhetene, og kom med forslag til endringer av noen formuleringer i meningsenhetene, som deretter begge ble enige om. De kondenserte meningsenhetene ble kodet separat av både førsteforfatter og andreforfatter, og deretter sammenlignet. I re-kontekstualiseringen har kodene blitt flyttet frem og tilbake. Førsteforfatter klippte og limte sitatene i tabeller, deretter ble tabellene skrevet ut på papir og lagt utover gulvet for å bedre kunne se sammenhenger. Etter hvert kom det frem kategorier og subkategorier, og de er nøye diskutert sammen med andreforfatter, og i tillegg lagt frem på et masterseminar.

Tabell 2 Eksempel på analyseprosess fra meningsenheter til tema

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsenhet	Subkategori	Kategori	Tema
I begynnelsen tenkte jeg at dette er ikke bra nok, det var det jeg tenkte. Og jeg følte vi ble gamblet med i begynnelsen.	I begynnelsen tenkte jeg at dette er ikke bra nok, jeg følte vi ble gamblet med.	Opplever å bli gamblet med	Fra usikkerhet til trygghet	Fra kaos til mestring
Prismaen i det ene hjørnet ulte, så ulte prismaen i det andre hjørnet. Så var det noen som var usikker på, kan jeg gjøre sånn eller sånn av de som var vikarer. Så måtte du nødt til å kjappe deg veldig. Og svetten renner nedover ryggen og jeg er rå varm. Det var mange hodepinedager i den perioden der på grunn av at det ikke var mulig å få pause til tiden.	Prismaen i det ene hjørnet ulte, så ulte den i det andre hjørnet. Så var noen av vikarene usikre på om de kunne gjøre sånn eller sånn. Så må du kjappe deg veldig. Svetten renner og jeg er rå varm. Det var mange hodepinedager på grunn av at en ikke fikk pause til tiden.	Fysiske påkjenninger i møte med den nye jobbhverdagen		
Jeg følte meg trygg når vi kunne bruke ansiktsskjoldet og P2-maske, og jeg brukte konsekvent ortopedisk hette. Da var det helt greit. Når vi fikk den pakken, da var det helt greit. Da var det ikke noe problem.	Jeg følte meg trygg når vi kunne bruke ansiktsskjold, P2-maske og ortopedisk hette. Da var det helt greit. Når vi fikk den pakken, da var det ikke noe problem.	Opplevelsen av å bli ivaretatt		

Forskningsetiske vurderinger

Det ble innhentet aktuelle tillatelser fra klinikkssjef for akutt- og beredskapsklinikken på sykehuset og fra seksjonsleder for intensiv for å starte studien. Veileder står som prosjektansvarlig, og NSD godkjente prosjektet (referansenummer 178474). Informantene signerte samtykkeskjemaet som inneholdt informasjon i tråd med Helsinkideklarasjonen (30). Informantene ble registrert med nummer for å ivareta anonymiteten. Lydopptaket, transkripsjonene og notatene ble lagret på en kryptert minnepenn som ble låst inn i en safe, og lydopptaket vil bli slettet når prosjektet er ferdig (31).

Funn

Gjennom analysen fremkom følgende funn: 1) Kategorien *fra usikkerhet til trygghet*, med subkategoriene «opplever å bli gamblet med», «fysiske påkjenninger i møte med den nye og ukjente jobbhverdagen» og «opplevelsen av å bli ivaretatt». 2) Kategorien *opplevelse av unikt samarbeid*, med subkategoriene «faglig og sosial tilhørighet», «faglige forventninger» og «faglig forberedthet». Hovedtema som oppsummerte analysen var *fra kaos til mestrings*.

Fra usikkerhet til trygghet

Informantene fortalte om mye frustrasjon og usikkerhet i starten av pandemien, men etter hvert når kunnskapen om covid-19 økte og det var mer kontroll på smittevernsutstyret, kjente de fleste seg mer ivaretatt og trygge.

Opplever å bli gamblet med

Informantene beskrev at de i startsfasen av pandemien opplevde at praksisen på sykehuset var utrygg. Utstyr var ikke på plass, og informantene syntes at smittevernsutstyret de brukte ikke var bra nok.

I begynnelsen tenkte jeg at dette er ikke bra nok, det var det jeg tenkte. Og jeg følte vi ble gamblet med.

(Informant 5)

Dette ble bekreftet av flere av informantene. Informantene kjente på usikkerhet når engangsutstyr måtte gjenbrukes.

En informant stilte seg uforstående til at sykehuset ikke var mer kategorisk og påbød bruk av P2-masker i all kontakt med covid-19-pasientene. Informanten var opprørt og fortalte videre at intensivsykepleierne var nær pasientene når de hostet, men likevel skulle de bare bruke kirurgisk munnbind når det ikke var utført aerosoldannende prosedyrer. En annen informant ga imidlertid uttrykk for å være trygg med kirurgisk munnbind der det ikke var aerosoldannende prosedyrer, men presiserte samtidig at det var forskjell på legene og sykepleierne, da intensivsykepleierne utfører mange prosedyrer pasientnært.

Dersom for eksempel en respiratorslange ble koplet fra uten forvarsel, ville det da ikke være godt nok med kirurgisk munnbind.

Informantene beskrev opplevelsen av pandemien som skummel. De var redde, irriterte og overveldet over omfanget av den. De fortalte om en spent stemming på avdelingen, en personlig usikkerhet, en usikkerhet for selv å bli smittet og å smitte de hjemme. Samtidig beskrev en av informantene at flere av kollegene ble dedikerte og syntes det var en spennende utfordring.

En informant beskrev de vanskelige følelsene på denne måten:

Det var skikkelig unntakstilstand. Kan vi virkelig bli vippt så av pinnen og få en så forandret arbeidshverdag. Jeg tenkte på det når jeg så hvor fort de ble dårlige, er det noen av mine kjente som kommer inn. Er det noen av oss som blir syke. Nå var det her det var og herjet, det ukjente. Skikkelig krig uten ordentlige våpen.

(Informant 8)

Fysiske påkjenninger i møte med den nye og ukjente jobbhverdagen

Informantene fortalte at det var varmt å jobbe i mange timer i strekk inne på kohorten på grunn av smittevernutstyret. Sykepleierne løste dette ved å ha fokus på å gå og jobbe sakte, slik at de ikke ble så varme. Men ofte måtte de allikevel være raske når mange hendelser skjedde samtidig, og de beskrev svetten som rant nedover ryggen.

Den første vekten jeg var på kohorten, hadde jeg de slalåm-brillene. Så kikket jeg ned, da var brillene fulle av vann, da hadde jeg svettet inni der. Det rant ned. Herregud hva er det, jeg hadde svettet så at det var vann helt opp hit.

(Informant 1)

Åndedrettsvernet satt stramt på huden, og det ble store merker i ansiktet etterpå. Flere informanter fortalte om utslett og eksem, og mange dager der de hadde hodepine og kløe.

Informantene oppga at de planla vekten sin på en annen måte enn før, blant annet ved at de gikk ned på inntaket av mat og drikke for å unngå toalettbesøk mens de var inne på kohorten.

Opplevelsen av å bli ivaretatt

Informantene beskrev at de opplevde å bli ivaretatt. Det ble en bedre stemming etter hvert, og de merket at ledelsen jobbet for dem med å få alt på plass. Med tilstrekkelig og riktig type smittevernsutstyr opplevde de at det ble bedre å jobbe på kohorten, selv om det var lange og slitsomme vakter.

Men etter hvert som det utstyret kom, og vi hadde en rytme på dagen, da var det en stor forskjell på den første pasienten og etter hvert. Det begynte å gli.

(Informant 7)

Opplevelse av unikt samarbeid

Faglig og sosial tilhørighet

Informantene mente denne situasjonen bidro til at helsepersonellet fikk ekstra omtanke for hverandre, og et bedret samhold på avdelingen. Informantene fortalte om en tilfredsstillende i at dette skulle de klare sammen, og de var enige om at i denne krevende prosessen klarte de å skape noe positivt.

Vi stilte på lik linje alle sammen, både legene og sykepleierne. Dette var noe nytt. Ingen visste, eller forutså, hvordan dette kom til å bli. Vi hjalp hverandre. Noen var veldig redde, og andre var veldig dedikerte, men alle visste at vi skulle kjempe mot det samme. Jeg synes det har gitt noe positivt til avdelingen.

(Informant 11)

En annen informant opplevde det faglige samholdet sterkere ved at ulike faggrupper møtte det ukjente sammen.

Faglige forventninger

Informantene fortalte at det var vanskelig å se forskjell på kollegene inne på kohorten. Bemanningen bestod av både kjent personell og mange nye sykepleiere som hadde fått opplæring på grunn av pandemien.

Informantene beskrev at teamet var bygd opp av sykepleiere med ulike utdanninger, både anestesisykepleiere, operasjonssykepleiere og sykepleiere uten videreutdanning. Det var en utfordring å jobbe så intenst sammen med noen en ikke kjente, uten å vite hva en kunne forvente av faglig kunnskap og erfaring. De opplevde alle som dyktige sykepleiere, men alle hadde ikke erfaring fra intensivavdeling. Informantene presiserte at intensivsykepleie er et fag som krever erfaring og mye klinisk kompetanse. Når en skulle jobbe i team med så syke pasienter, var det en stor utfordring at de skulle jobbe med personer de ikke kjente, og med personer som ikke kjente avdelingen.

En informant mente at det fungerte aller best på kohorten når det var kjente intensivsykepleiere der inne. De var vant til rollen og visste hva som skulle skje og hva som skulle gjøres. En informant fremhevet fordelene med kjente kolleger slik:

Da vet vi hva de kan, hvem de er og hva de ikke kan. Vi vet hva vi kan forvente at de kan og ikke kan.

(Informant 3)

Faglig forberedthet

Informantene erfarte at samarbeidet rundt covid-19-pasientene var preget av god og effektiv teamjobbing. Flere av informantene fortalte de hadde en trygghet på at pasientene ble ivaretatt på best mulig måte både av legene og sykepleierne, og at samarbeidet fungerte veldig bra.

De pasientene som var der inne, de var prioritert. Pasientgruppen utfordret oss. Alle var veldig kjappe og gjorde en best mulig jobb. Alle gjorde sitt beste for å få det til, og samarbeidet.

(Informant 4)

Legevisitten var grundig, og legene kom inn på kohorten til fast tid tidlig på morgenen. Intensivsykepleierne syntes det var forutsigbart. Noen av informantene syntes legevisittene fungerte bedre inne på kohorten enn til andre intensivpasienter. Anestesilegene kom seg ingen vei når de først var kommet inn. De hadde lagt fra seg callinger og telefoner utenfor, slik at det ble en uforstyrret visitt. Det var en tilstedeværelse som intensivsykepleierne av og til har savnet på visittene tidligere. De reflekterte rundt om det kunne være en erfaring som kunne overføres til andre visitter også. En av informantene trakk frem at også intensivsykepleierne stilte mer faglig forberedt til legevisittene på kohorten enn tidligere. De var nøye med å gjøre alle forberedelser, hadde tatt alle målinger og lest seg godt opp på pasienten. Det bidro til en bedre flyt på legevisitten.

Diskusjon

Denne studien har søkt å utforske forskningsspørsmålene:

«Hvilke opplevelser har intensivsykepleiere og leger med å jobbe med de kritisk syke pasienter med covid-19?» og «Hvordan opplevdes samarbeidet mellom helsepersonellet under covid-19?».

Det overordnede temaet i studien viste seg å være *fra kaos til mestring*. Diskusjonsdelen er bygd opp rundt funn og resultater, og vil bli diskutert opp mot Antonovskys begreper «salutogenese» og *sense of coherence*, samt tidligere forskning.

Fra usikkerhet til trygghet

Informantens opplevelser med covid-19-pandemien var preget av stadig nye beskjeder, nye rutiner og lite kunnskap om viruset. De opplevde også at deres sikkerhet ble gamblet med på grunn av rasjonering av smittevernutstyr. I tillegg opplevde informantene at arbeidsbelastningen var stor og at pasientene var veldig komplekse. Informantene hadde også mange fysiske plager knyttet til det å være på kohorten med alt smittevernustyret på.

Funnene i studien samsvarer med andre studier, som fant at helsepersonell som jobbet med covid-19-pasientene opplevde overveldende stress og angst (7,10–20,32–37). Ulike risikofaktorer som isolering, utmattelse, ubehag, rasjonering av smittevernustyr, mangel på kunnskap om viruset, stor arbeidsmengde, frykt for selv å bli smittet og å smitte sine familiemedlemmer bidro til opplevelsen av overveldende stress (7,10–19, 32–37). Helsepersonell på intensivavdelinger står til vanlig i stressede situasjoner med høyt arbeidspress, men dette var langt mer enn det som var vanlig på grunn av mengden komplekse pasienter, og usikkerhet rundt sykdommen (7,13,19).

Norske sykehus har ikke hatt den samme pågangen av covid-19-pasienter som mange sykehus i andre land har hatt. En ser likevel mange likhetstrekk i funnene, som stress,

usikkerhet rundt rasjonering av smittevernutstyr, frykt for smitte og en stor arbeidsbelastning også på norske sykehus (5,12,20). Samtidig viste studien til Lie et al. (12) at flere opplevde arbeidsmengden som håndterbar etter hvert, og at de hadde fått tid til å forberede seg. Studien til Lorente et al. (21) viste at tilstrekkelig forberedelse gjorde sykepleierne mer motstandsdyktige for stress. Ifølge Antonovsky (24) er håndterbarhet en av komponentene i begrepet *sense of coherence*. At en situasjon oppleves håndterbar, kan derved bidra til økt mestring av situasjonen. Informantene opplevde at rutiner, riktig smittevernutstyr, kunnskap og samarbeidskultur hadde stor betydning for deres mestring av hverdagen under pandemien.

Helsepersonell på intensivavdelinger er vant til å jobbe systematisk, men under pandemien ble arbeidshverdagen helt endret. Noen informanter opplevde usikkerhet, mens andre ble mer fokusert og dedikerte. Det er i tråd med funn i andre studier som har vist at helsepersonell reagerte ulikt på stress under pandemien. For noe helsepersonell bidro utfordringene til økt jobbtilfredshet og arbeidsengasjement (7,10,12,21,34). Ulikheter i hvordan pandemien har påvirket sykepleiernes stress og mestring kan forklares med en salutogen tilnærming, der ulike mennesker har ulike forutsetninger for å håndtere stressorer, samt evne til å sette pandemiens stressorer i en meningsfull sammenheng (24,25). En kan tenke seg at intensivsykepleierne som opplevde å bli fokuserte og dedikerte hadde utviklet andre strategier for en opplevelse av sammenheng. De klarte å se mening i sin rolle som intensivsykepleier i pandemien der de var til nytte for samfunnet. Noen opplevde også situasjonen som faglig utviklende. I studien til Salopek-Ziha et al. (33) hadde legene en mer analytisk tilnærming til SARS-CoV-2 som en av mange sykdommer som skal overvinnes, mens sykepleiernes fokus var mer å mestre vanskelige følelser i møte med sårbare mennesker. Andre forskere har påpekt at sykepleierne jobbet mer pasientnært gjennom dagen enn legene, og at det utløste mer stress for å bli smittet (15,18,35). Informantene i denne studien påpekte også at sykepleierne var kontinuerlig til stede rundt pasienten, utførte ulike pasientnære prosedyrer som personlig hygiene og trakealsuging, og av den grunn hadde høyere risiko for å bli smittet.

Informantene beskrev at de ble tryggere i arbeidet på kohorten etter hvert som de fikk mer informasjon om situasjonen, rutiner ble innarbeidet og tilstrekkelig smittevernutstyr kom på plass. Funn fra studien samsvarer med andre studier som viste at det å styrke tverrfaglig samarbeid, god informasjonsflyt og tilstrekkelig levering av smittevernutstyr var med på å trygge helsepersonellet (6,36–39). Tilgang på sunn mat har også vist seg å være viktig for å oppleve trygghet (6,38,39). Informantene i denne studien gikk ned på inntaket av mat og drikke for å unngå toalettbesøk, på grunn av rasjonering av smittevernutstyr. Dette medførte en opplevelse av å være dehydrerte og sultne. Dette kan ha bidratt til økt frustrasjon og slitenhet i den hektiske hverdagen. Ytre faktorer er med på å påvirke en persons generelle motstandsressurser, og derigjennom påvirke hvordan intensivsykepleierne håndterer stress (23).

Etter hvert erfarte informantene at de ble tryggere, selv om det var slitsomt og ubehagelig å jobbe på kohorten. Eftekhari et al. (11) beskrev i sin studie at i den siste fasen av

pandemien opplevde helsepersonellet å bli tryggere, men de opplevde fortsatt usikkerhet og ubehag. Dette ble kalt tilpasningsfasen.

Etter snart to år der helsevesenet har håndtert pandemien, er vår erfaring at intensivavdelingen er mer forberedt enn i starten av pandemien. Vi har betydelig mer kunnskap om sykdommen og hvordan denne smitter. Intensivsykepleierne og legene har innarbeidet gode rutiner i smittevern, det er tilfredsstillende smittevernsutstyr, pasientgruppen er kjent og personellet er trygge på arbeidet de skal utføre. Allikevel bidrar begrenset tilgang på intensivpersonell og stor pågang av intensivpasienter, både med og uten covid-19, til at arbeidsdagene fortsatt er krevende og at intensivpersonell nå er slitne.

Opplevelse av unikt samarbeid på kohorten

Under pandemien ble rutiner og protokoller stadig endret, jobbhverdagen ble annerledes og arbeidspresset økte. Dette utfordret både samarbeid og informasjonsflyt.

Informantene fortalte om et godt samhold både sosialt og faglig inne på kohorten, mens de opplevde det å være alene med pasientene på et isolat som klaustrofobisk og ensomt. Informantene mente at pasientsikkerheten var bedre ivaretatt inne på kohorten, hvor det var flere sykepleiere og hjelpen kom raskere. Ifølge Antonovsky er en persons evne til å håndtere stressorer påvirket av det sosiale miljøet personen befinner seg i (23). En kan derfor argumentere for at det gode samarbeidet, både innen og mellom profesjonene inne på kohorten, bidro til å redusere stressorene både på gruppe- og individnivå. Det ga mening at helsepersonellet stod i utfordringene sammen, og det bidro derfor til å øke de generelle motstandsressursene til hver enkelt, og derved økt mestring.

Informantene påpekte at det var vanskelig å vite hva de kunne forvente seg faglig av de sykepleierne som de ikke kjente inne på kohorten. Informantene opplevde ved noen anledninger at det var intensivsykepleiere med liten erfaring som hadde ansvar hos de sykeste intensivpasientene. Det fremkom i intervjuene at de mest erfarne intensivsykepleierne burde håndtert de sykeste pasientene med covid-19. Samtidig ville dette ha økt belastningen på det erfarne personellet, da denne pasientgruppen er ressurskrevende på grunn av sin kompleksitet. Dette samsvarer med studier som viste at intensivsykepleierne var usikre på kompetansen til kollegaene som kom fra andre avdelinger for å bidra. Teamarbeidet bar preg av usikkerhet på grunn av begrenset antall intensivpersonell og at uerfarne sykepleiere håndterte kritisk syke pasienter (7,12,13,16,17,19).

Flere studier har vist at pasientsikkerheten ikke ble ivaretatt godt nok på grunn av en overveldende arbeidsmengde (7,13,14,16,17,19). Helsepersonellet skulle arbeide faglig forsvarlig, samtidig som de jobbet selvstendig på grunn av restriksjoner under pandemien kombinert med stor arbeidsbelastning. Viktigheten av å redusere totalbelastningen på intensivsykepleierne ved for eksempel å gi nødvendig opplæring og å leie inn flere sykepleiere har vært fremhevet i flere studier, som tiltak for å redusere stress, frykt og ubehag, og bidra til økt tilfredshet og arbeidsglede (7,21,34,35).

Informantene ønsket at de erfarne intensivsykepleiere ivaretok de mest kritisk syke pasientene. Samtidig var situasjonen uoversiktlig, og flere sykepleiere måtte læres

opp i intensivfaget for å bistå. Et viktig funn i studien var allikevel at informantene opplevde et teamarbeid der alle gjorde sitt beste for pasientene. Det sterke teamarbeidet har trolig påvirket pasientsikkerheten positivt, da det alltid var erfarent personell tilgjengelig.

Informantene opplevde at pandemien kan ha bidratt til et bedret arbeidsmiljø. Informantene fortalte at leger og sykepleiere stilte på lik linje, noe som bidro positivt til avdelingen og skapte en opplevelse av samhold og mestring. Teamet opplevde at de fikk gjort en god jobb, de hadde en grundig legevisitt til samme tid hver morgen, de var effektive, pasientene var prioritert og anestesilegene ble på kohorten til de var ferdig med dagens gjøremål. Det ble etter hvert laget et godt system der alle visste hvilke oppgaver og hvilket ansvar de hadde gjennom arbeidsdagen. Dette samsvarer med studier som beskriver hvordan helsepersonellets pandemierfaring har endret hvordan vi forholder oss til hverandre på med tanke på rolle og status. En har gjennom denne pandemien fått et helt unikt samarbeid (7,10,13,14,19).

Informantene i studien opplevde en faglig forberedthet fra alle faggruppene inne på kohorten. De brakte frem at intensivsykepleierne også var mer forberedt til legevisittene enn de vanligvis er. Intensivsykepleierne hadde satt seg grundig inn i pasientenes utfordringer, de hadde lagt en plan og hadde spørsmålene klare. Dette bidro til økt effektivitet, og trolig at beslutninger om behandlingen av pasientene ble fattet på et enda sikrere grunnlag. Denne kunnskapen er viktig å ta med seg til andre intensivpasienter. Å ha visitten til faste tider, uten avbrytelser, kan også bidra positivt i avdelingen.

Studiens styrker og begrensninger

I kvalitative studier er forforståelse med på å prege studien (40), og å forske i egen avdeling gjorde at førsteforfatteren og informantene kjente hverandre. Graneheim og Lundman (28) beskriver hvordan en kan oppnå troverdighet i en studie. De peker på forskerens fokus, at informantene i studien har riktig og nok erfaring, metodevalg for innsamling av data og at mengden av data er stor nok for å kunne oppnå troverdighet.

At førsteforfatter og informantene kjente hverandre kan ha påvirket dataene dersom førsteforfatteren var veldig entusiastisk til eget prosjekt. Det kan ha vært utfordrende å skape tilstrekkelig distanse til materialet under analysene. På den andre siden kan forforståelse ha bidratt til at førsteforfatteren forstod bedre hva informantene mente, og lettere fortolket materialet innenfor den konteksten alle hadde vært en del av. Som intensivsykepleier med lang erfaring kan en også diskutere kompleksiteten i resultatene, og se flere sider enn en forsker uten denne erfaringen.

Påliteligheten i en studie økes gjennom å tydelig vise prosessen av innhenting av data og bearbeidingen gjennom innholdsanalysen (41). For å styrke påliteligheten og troverdigheten i studien har både første- og andreforfatter lest råmaterialet og gjort selvstendige analyser av intervjuene. I tillegg ble metodiske valg og funn presentert på masterseminarer på universitetet, og problemstillingen og analyseprosessen ble diskutert der.

En usikkerhet med fokusgruppeintervju kan være at informantene ikke får formidlet erfaringer de ikke vil dele med flere, og at det derfor kan være mer hensiktsmessig å gjøre et individuelt intervju. Samtidig kan fokusgruppeintervju bidra til rike data dersom informantene bygger på hverandres erfaringer (26), noe som på den måten kan øke troverdigheten.

Førsteforfatter har lite erfaring med fokusgruppeintervju fra tidligere. En svakhet i studien er at det var få oppfølgingsspørsmål om eksempler fra praksis, men det kom allikevel frem rike beskrivelser av opplevelser med god substans. En styrke i studien er at det ble utført to fokusgrupper, noe som resulterte i at det kom frem ulike momenter i intervjuene, og det kunne igjen øke studiens informasjonsstyrke (42). På den andre siden kunne enda et fokusgruppeintervju muligens ha frembrakt mer informasjon og mettet temaet bedre.

Det kan ha påvirket studiens funn at seksjonsleder valgte ut informantene. Det kan ha blitt valgt ut informanter som er mer positive til avdelingen enn gjennomsnittet. Samtidig fremkom det i funnene utsagn som var både positive og kritiske til sykehusets håndtering av pandemien.

Det er viktig å beskrive kontekst og utvalg av deltakerne for å synliggjøre overførbarheten (28). Studien kan være overførbar til andre intensivavdelinger i Norge, da de fleste intensivavdelinger har bygget kohorter til sine covid-19-pasienter. Det har også vært kohorter på intensivavdelinger i andre land, og erfaringene med usikkerhet og mangel på smittevernuttstyr gjaldt også internasjonalt. Funn fra internasjonale studier er derfor vurdert å ha overføringsverdi til norske forhold. Det at funn i denne studien på flere områder samsvarer med funn fra internasjonal forskning, styrker også overførbarhet både internt i Norge og internasjonalt.

Intervjuene foregikk etter første fase av pandemien, da usikkerheten, redselen og mangel på smittevernuttstyr var størst. Det kan være at nye intervjuer i en senere fase ville ha medført andre eller komplementære funn.

Konklusjon

Covid-19-pandemien forårsaket mye usikkerhet og fysiske påkjenninger hos helsepersonellet på grunn av redsel for å bli smittet eller å smitte andre, mangel på smittevernuttstyr og krevende arbeidsdager med stort antall kritisk syke covid-19-pasienter.

Opplevelsene under pandemien kan på denne intensivavdelingen ha bidratt til å skape et bedre arbeidsmiljø. Uavhengig av yrkestitler har ansatte samarbeidet med hverandre og kjempet sammen mot covid-19. Midt i kaoset vokste det frem effektive systemer og faktorer som bidro til fremming av helse, det Antonovsky definerer som salutogenese. Gode forberedelser for dagen og fordeling av arbeidsoppgaver gav ansatte en mer forutsigbar arbeidshverdag. Det ble tryggere da mer utstyr kom på plass og kunnskapen om viruset økte. Men arbeidshverdagen var fortsatt krevende med fysisk og psykisk stress på grunn av kritisk syke pasienter med covid-19, og det var lange og ubehagelige vakter inne på kohorten.

Implikasjoner for praksis og videre forskning

Resultatene fra studien er viktige både i nåtidens situasjon og i fremtiden, fordi vi må forvente hyppigere pandemier. I en ny pandemi er det viktig med god informasjon om situasjonen, gode rutiner og tilstrekkelig smittevernuttstyr.

Intensivsykepleierne opplevde det mer utfordrende å ha like effektive legevisitter utenfor kohorten, da anestesilegene ofte har flere oppgaver samtidig. Intensivsykepleierne var mer forberedt til legevisittene enn i en vanlig hverdag. En implikasjon for praksis vil derfor være å innarbeide gode rutiner for en forberedt legevisitt uten forstyrrelser.

Ved en fremtidig pandemi kan det også vurderes å opprette kohorter, da informan-
tene i denne studien opplevde det positivt.

Studiens funn er også relevante med tanke på å ha en bemanning som kan håndtere økt beredskap. Sykepleierne som fikk opplæring for å bidra under pandemien var en nødvendig ressurs, samtidig som det bidro til økt stress blant intensivsykepleierne.

Det er vanskelig å være forberedt på det uforberedte. Beredskap og pandemilagre er kostbart, men det å ikke være forberedt får store konsekvenser for ansatte, pasienter, sykehusene og for hele samfunnet.

Det er behov for mer forskning på helsepersonell sine opplevelser med covid-19-pasientene på intensivavdelinger i norsk kontekst. Det vil også være interessant å undersøke intensivavdelingens forberedthet i pandemiens fase 2. Det er også behov for forskning på pasientenes opplevelser med å behandles i en kohort.

Referanser

1. Jansson M, Liao X, Rello J. Strengthening ICU health security for a coronavirus epidemic. *Intens Crit Care Nurs.* 2020;57:102812. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102812>
2. WHO. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 [Internett]. Geneve: World Health Organization; 11. mars 2020 [hentet 25. oktober 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
3. Folkehelseinstituttet. Covid-19-epidemien: kunnskap, prognose, risiko og respons i Norge etter uke 14. 2020. [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 5. april 2020 [hentet 1. mai 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/>
4. Holshue ML, DeBolt C, Lindquist S, Lofy KH, Wiesman J, et al. First case of 2019 novel Coronavirus in the United States. *N Engl J Med.* 2020;382(10):929–36. <https://doi.org/10.1056/NEJMoA2001191>
5. Melby L, Thaulow K, Lassemo E, Ose SO. Sykepleieres erfaringer med første fase av koronapandemien [Internett]. Trondheim: Norsk Sykepleierforbund; 2020 [hentet 2. februar 2021]. Tilgjengelig fra: https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/sintef_endeligrapport_1des20.pdf
6. Hou Y, Zhou Q, Li D, Guo Y, Fan J, Wang J. Preparedness of our emergency department during the Coronavirus disease outbreak from the nurses perspectives: a qualitative research study. *J Emerg Nurs.* 2020;46(6):848–61. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.07.008>
7. Bergman L, Falk AC, Wolf A, Larsson IM. Registered nurses' experiences of working in the intensive care unit during the COVID-19 pandemic. *Nurs Crit Care.* 2021;1–9. <https://doi.org/10.1111/nicc.12649>
8. Remuzzi G, Fagiuoli S, Lorini FL. Adaptations and lessons in the province of Bergamo. *N Engl J Med.* 2020;382(21). <https://doi.org/10.1056/NEJMc2011599>

9. George L Anesi M, MSCE, MBE. COVID-19: Critical care and airway management issues. UpToDate. 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-critical-care-and-airway-management-issues#>
10. Sun N, Wei L, Shi S, Jiao D, Song R, et al. A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *Am J Infect Control*. 2020;48(6):592–8. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.03.018>
11. Eftekhari Ardebili M, Naserbakht M, Bernstein C, Alazmani-Noodeh F, Hakimi H, Ranjbar H. Healthcare providers experience of working during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. *Am J Infect Control*. 2021;49(5):547–54. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.10.001>
12. Lie I, Stafseth S, Skogstad L, Hovland IS, Hovde H, et al. Healthcare professionals in COVID-19 intensive care units in Norway: preparedness and working conditions: a cohort study. *BMJ Open*. 2021;11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049135>
13. Thusini S. Critical care nursing during the COVID-19 pandemic: a story of resilience. *Br J Nurs*. 2020;29(21):1232–6. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.21.1232>
14. LoGiudice JA, Bartos S. Experiences of nurses during the COVID-19 pandemic: a mixed-methods study. *AACN Adv Crit Care*. 2021;32(1):14–26. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2021816>
15. Hassamal S, Dong F, Hassamal S, Lee C, Ogunyemi D, Neeki M. The psychological impact of COVID-19 on hospital staff. *West J Emerg Med*. 2021;22(2):346–52. <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.11.49015>
16. Leng M, Wei L, Shi X, Cao G, Wei Y, et al. Mental distress and influencing factors in nurses caring for patients with COVID-19. *Nurs Crit Care*. 2021;26(2):94–101. <https://doi.org/10.1111/nicc.12528>
17. González-Gil MT, González-Blázquez C, Parro-Moreno AI, Pedraz-Marcos A, Palmar-Santos A, et al. Nurses perceptions and demands regarding COVID-19 care delivery in critical care units and hospital emergency services. *Intens Crit Care Nur*. 2021;62:102966. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102966>
18. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020;3(3):e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
19. Fernández Castillo RJs, González Caro MaD, Fernández García E, Porcel-Gálvez AM, Garnacho Montero J. Intensive care nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. *Nurs Crit Care*. 2021;26(5):397–406. <https://doi.org/10.1111/nicc.12589>
20. Johnson SU, Ebrahimi OV, Hoffart A. PTSD symptoms among health workers and public service providers during the COVID-19 outbreak. *PLoS One*. 2020;15(10):e0241032. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241032>
21. Lorente L, Vera Ma, Peir T. Nurses stressors and psychological distress during the COVID-19 pandemic: The mediating role of coping and resilience. *J Adv Nurs*. 2021;77(3):1335–44. <https://doi.org/10.1111/jan.14695>
22. Fang J, Liu YT, Lee EY, Yadav K. Telehealth solutions for in-hospital communication with patients under isolation during COVID-19. *West J Emerg Med*. 2020;21(4):801–6. <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.5.48165>
23. Antonovsky A. Health, stress, and coping. San Francisco: Jossey-Bass; 1979.
24. Antonovsky A, Sjøbu A. Helsen mysterium: den salutogene modellen. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012.
25. Langeland E, Ausland LH, Gunnarsdottir H, Arveklef SH, Vinje HF. Promoting salutogenic capacity in health professionals I: Mittelmark MB, Bauer GF, Vaandrager L, Pelikan JM, Sagy S, Eriksson M, et al., red. The handbook of salutogenesis. 2 utg. Cham: Springer; 2022. s. 611–24.
26. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
27. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014;89(9):1245–51. <https://doi.org/10.1097/acm.000000000000388>

28. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurs Educ Today*. 2004;24(2):105–12. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
29. Lindgren BM, Lundman B, Graneheim UH. Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *Int J Nurs Stud*. 2020;108:103632. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>
30. World Medical Association. WMA declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. Helsinki: World Medical Association 1964–2013; 9. juli 2018 [hentet 2. januar 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
31. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
32. Lord H, Loveday C, Moxham L, Fernandez R. Effective communication is key to intensive care nurses – willingness to provide nursing care amidst the COVID-19 pandemic. *Intens Crit Care Nurs*. 2021;62:102946. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102946>
33. Salopek-Žiha D, Hlavati R, Gvozdanovic Z, Gašić M, Placento H, et al. Differences in distress and coping with the Covid-19 stressor in nurses and physicians. *Psychiatr Danub*. 2020;32(2):287–93. <https://doi.org/10.24869/psyd.2020.287>
34. Gimnez-Espert MaDC, Prado-Gasc V, Soto-Rubio A. Psychosocial risks, work engagement, and job satisfaction of nurses during COVID-19 pandemic. *Front Public Health*. 2020;8:566896. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.566896>
35. Galehdar N, Kamran A, Toulabi T, Heydari H. Exploring nurses' experiences of psychological distress during care of patients with COVID-19: a qualitative study. *BMC Psychiatr*. 2020;20(1):489. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02898-1>
36. Gordon JM, Magbee T, Yoder LH. The experiences of critical care nurses caring for patients with COVID-19 during the 2020 pandemic: a qualitative study. *Appl Nurs Res*. 2021;59:151418. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151418>
37. Labrague LJ, Santos JAA. Fear of COVID 19, psychological distress, work satisfaction and turnover intention among frontline nurses. *J Nurs Manag*. 2021;29(3):395–403. <https://doi.org/10.1111/jonm.13168>
38. Ripp J, Peccoralo L, Charney D. Attend to the emotional well-being of the health workforce in a New York City health system during the Covid-19 Pandemic. *Acad Med*. 2020;95(8):1136–9. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000003414>
39. Ulrich CM, Rushton CH, Grady C. Nurses confronting the Coronavirus: Challenges met and lessons learned to date. *Nurs Outlook*. 2020;68(6):838–44. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2020.08.018>
40. Ruyter KW, Førde R, Solbakk JH. Medisinsk og helsefaglig etikk. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
41. Graneheim UH, Lindgren B-M, Lundman B. Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Educ Today*. 2017;56:29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
42. Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. *Qual Health Res*. 2016;26(13):1753–60. <https://doi.org/10.1177%2F1049732315617444>