



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BVP331

Predefinert informasjon

Startdato:	15-05-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Slutt dato:	22-05-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BVP331 1 H 2020 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 360

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Hvordan redusere yrkesrelatert stress hos helsepersonell under en pandemi?

Antall ord *: 11510

Egenerklæring *: Ja

Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?: Nei

Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



BACHELOROPPGAVE

Hvordan redusere yrkesrelatert stress hos helsepersonell under en pandemi?

How To Reduce Occupational Stress in Healthcare Workers During a Pandemic?

Kandidatnummer 324 & 360

BVP 331

Høgskulen på Vestlandet /Institutt for velferd og deltaking/Vernepleie

22.05.2020

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

INNHALDSFORTEGNELSE

Summary	4
1.0 Innledning.....	6
2.0 Formål	6
3.0 Bakgrunn	7
3.1 Stress og sykefravær i yrkeslivet.....	7
3.2 Hvordan påvirkes helsepersonell av et pandemiutbrudd?.....	8
3.3 Vernepleierelevans	9
4.0 Avgrensning.....	9
5.0 Sentralt lovverk og særegne avtaler	10
6.0 Teori om stress og anbefalinger for å håndtere stress	10
6.1 Relasjonell forståelse av stress	11
6.2 Faktorer som påvirker opplevelsen av stress.....	11
6.3 Reaksjoner og konsekvenser av stress	11
6.4 Bronfenbrenners sosialøkologiske modell	12
6.5 Yrkesrelatert stress	13
6.6 Stress under en pandemi.....	14
6.7 Problem- og følelsesmessig fokusert stressmestring.....	14
6.8 Stressmestring for helsepersonell i normal situasjon	15
6.9 Anbefalinger for å redusere stress under et pandemiutbrudd.....	16
6.9.1 Anbefalinger for helsepersonell og befolkningen for øvrig under Covid-19	16
6.9.2 Anbefalinger på organisasjonsnivå.....	17
7.0 Metode	18
7.1 Spørreskjemaundersøkelse	19
7.2 Gjennomføring av spørreskjemaundersøkelse	20
7.3 Analysing av spørreundersøkelsen.....	20
7.4 Styrker og svakheter ved spørreundersøkelsen	21
7.5 Søk i databaser	22
7.6 Styrker og svakheter ved søkestrategi.....	24
8.0 Resultater.....	25
8.1 Spørreundersøkelse	25
8.1.1 Opplevelse av økt stress	26
8.1.2 Mestringsstrategier på individnivå.....	27
8.1.3 Tiltak på organisasjonsnivå.....	28
8.1.4 Sosial støtte.....	28
8.1.5 Effekten av tiltak	28
8.2 Resultat av søk i databaser	29
8.2.1 Kognitive tilnærminger.....	33
8.2.2 Ledelse, kommunikasjon og smittevern	33
8.2.3 Psykososial støtte på arbeidsplassen	34
9.0 Drøfting	34

9.1	Forskning om yrkesrelatert stress på individnivå.....	35
9.2	Yrkesrelatert stress som følge av Covid-19	35
9.3	Mestring på individnivå	36
9.4	Mestringsstrategier hos helsepersonell i Norge	37
9.4.1	Fysisk aktivitet.....	37
9.4.2	Frisk luft.....	38
9.4.3	Avspenning.....	39
9.4.4	Søvn og kosthold.....	39
9.5	Tiltak på organisasjonsnivå.....	40
9.5.1	Politiske retningslinjer og prosedyrer.....	42
9.5.2	Psykososial støtte på arbeidsplassen	43
9.5.3	Støttetiltak utenfor arbeidsplassen	44
9.6	Sosial støtte	44
10.0	Oppsummering/konklusjon.....	45
11.0	Referanse.....	47
Tabell 7.1:	<i>Oversikt over søkeord for søk i databaser.....</i>	<i>24</i>
Tabell 8.1:	<i>Oversikt over inkluderte forskningsartikler.....</i>	<i>30</i>
Figur 8.1:	<i>Sektordiagram økt stress.....</i>	<i>26</i>
Figur 8.2:	<i>Stolpediagram mestringsstrategier for stress.....</i>	<i>27</i>
Figur 8.3:	<i>Sektordiagram effekt av tiltak.....</i>	<i>29</i>
Vedlegg I:	Spørreundersøkelsen	
Vedlegg II:	KBP-læringsverktøy: Brooks, Dunn, Amlôt, Rubin & Greenberg (2018)	
Vedlegg III:	KBP-læringsverktøy: Koh et al (2005)	
Vedlegg IV:	KBP-læringsverktøy: Maunder et al (2003)	
Vedlegg V:	KBP-læringsverktøy: Maunder et al (2008)	
Vedlegg VI:	Dokumentasjon av søk	

Summary

Aim: The aim of this study is to investigate how to reduce occupational stress in healthcare workers during a pandemic.

Introduction: All over the world, healthcare workers have experienced increased pressure because of Covid-19. As a consequence, healthcare workers can experience increased workload and stress over a period of time. In Norway healthcare workers are the professional with the highest rate of sickness absenteeism in normal situation. Increased workload and stress can lead to even higher rate of sickness absenteeism. Healthcare workers play a central role to provide healthcare in the society. Because of this it is important to prevent and reduce occupational stress among healthcare workers.

Method: A digital questionnaire survey was conducted to measure if healthcare workers experience increased occupational stress during the Covid-19 in Norway. To find research investigating occupation stress in healthcare workers during previous epidemics and pandemics searched were conducted in Cochrane Library, Epistemonikos, Campbell Library, PsychINFO and CINAHL.

Results: 396 participated in our study. Our result showed that the majority (80 %) of healthcare workers experienced increased stress after the Covid-19 outbreak. 80 % of the respondents reported that their individual measures were effective to reduce stress. Both results from the questionnaire survey and from search in database shows that stress reducing measures are individual. The questionnaire survey shows that social support, physical activity, and fresh air are the most common ways to handle occupation stress during Covid-19. Search in database showed that protective measures and social support can have positive effect on mental health of healthcare workers during a pandemic.

Discussion: It seems to be consensus between results from the questionnaire survey and research in several areas. Social support seems to be an important factor for stress management. Additionally, political protocols and measures can be positive if information is

trustworthy and provided in time. Unlike research on previous infectious diseases physical activity and fresh air seems to be important for stress management among respondents in the questionnaire survey.

Conclusion: Whether measure are effective to reduce stress will depend on individual factors. Further research is required to ascertain that social support, physical activity and protective measures reduces occupation stress in healthcare workers during a pandemic.

Key Words: Healthcare workers, Covid-19, pandemic, infectious diseases, stress, occupational stress, stress management

1.0 Innledning

I desember 2019 ble det fra Kina rapportert om en ukjent form for lungebetennelse som er et smittsomt virus som ble navngitt Covid-19 også kalt Korona. Bare noen måneder etter første tilfelle ble rapportert hadde viruset spredt seg til store deler av verden, og i mars 2020 erklærte Verdens helseorganisasjon (WHO) viruset for en pandemi (Aschim & Sporstøl, 2020; Iversen, 2020). Per dags dato er ca. 4,9 millioner mennesker smittet rundt om i verden, samt over 320 000 døde som følge av Covid-19 (Worldometer, sist hentet 19.05.2020). Mange smittede har behov for intensivbehandling på sykehus. Dette har ført til et økt press på helsevesenet verden over (Helsedirektoratet, 2020a).

Denne oppgaven handler om hvordan man kan redusere yrkesrelatert stress hos helsepersonell under en pandemi. Som følge av Covid-19 har det vært begrensninger i hvilke metoder vi har hatt mulighet til å benytte. Vi har derfor valgt å gjennomføre en digital spørreundersøkelse for å innhente data om yrkesrelatert stress, og eventuelle forverringer som følge av pandemien.

Ved hjelp av relevant litteratur, spørreskjemaundersøkelse og forskning skal vi besvare følgende problemstilling:

“Hvordan redusere yrkesrelatert stress hos helsepersonell under en pandemi?”.

2.0 Formål

Vi ønsker å undersøke hvordan helsepersonell opplever yrkesrelatert stress under en pandemi. Begrunnelsen for dette er at denne formen for stress er en viktig faktor for sykefravær i Norge og i andre land. Omkring halvparten av europeiske arbeidstakere oppgir at stress er medvirkende til ca. 50 % av alle tapte arbeidsdager (det europeiske arbeidsmiljøorganet, u.å).

En undersøkelse utført av SSB viser at ansatte i helse- og omsorgssektoren har høyest sykefravær av alle yrkesgrupper på landsbasis (Statistisk sentralbyrå, 2020). Disse tallene tyder på at det er en sammenheng mellom yrkesgrupper og sykefravær. Ved å undersøke helsepersonells erfaringer med yrkesrelatert stress kan man finne tiltak på individnivå. Dette er sentralt for å kunne forebygge fravær som følge av yrkesrelatert stress under og i etterkant

av en pandemi, samt for å kunne ivareta de ansattes psykiske- og fysiske helse.

3.0 Bakgrunn

Som følge av Covid-19 pandemien vil helsepersonell kunne oppleve økt yrkesrelatert stress over en lengre periode. Arbeidstilsynet (2020) hevder at det vil være stort frafall av arbeidstakere grunnet sykdom/karantene i forbindelse med Covid-19. Frafall kan føre til økt arbeidspress på gjenværende arbeidstakere (Arbeidstilsynet, 2020). En viktig forutsetning for å kunne redusere stress er å forstå hvordan yrkesrelatert stress oppstår (utdypes i punkt 6.5). Uheldige ringvirkninger av yrkesrelatert stress er psykiske- og fysiske helseplager, nedsatt livskvalitet hos helsepersonell og svekket ytelse av tjenestetilbudet til pasientene (Weinberg referert i Ruotsalainen, Verbeek, Mariné, & Serra, 2014, s. 7). En annen konsekvens kan være sykefravær (Samdal, Wold, Harris & Torsheim, 2017, s. 3). Det er derfor tenkelig at sykefravær som følge av stress blant ansatte i helse- og omsorgssektoren vil kunne øke etter pandemiutbruddet.

3.1 Stress og sykefravær i yrkeslivet

Uavhengig av dagens situasjon har stress sammenheng med økt sykefravær (kommunesektoren organisasjonen, 2017; det europeiske arbeidsmiljøorganet, u.å; arbeidstilsynet, u.å). Ifølge det europeiske arbeidsmiljøorganet (u.å) mener omtrent halvparten av alle arbeidstakere i Europa at stress er utbredt på arbeidsplassen. Videre fører yrkesrelatert stress til økt sykefravær, arbeidsulykker og personskader (det europeiske arbeidsmiljøorganet, u.å). For å få en bredere forståelse av yrkesrelatert stress vil vi først se på det generelle sykefraværet i Norge, og videre se på sykefraværet i helse- og omsorgssektoren.

Arbeidstakere i helse- og sosialtjenester er den yrkesgruppen med høyest sykefravær. I siste kvartal 2019 var sykefraværet (egenmeldt og legemeldt fravær) blant alle arbeidstakere på 6,3 %, mens i helse- og sosialtjenester var det på 9 % (Statistisk sentralbyrå, 2020). Helse- og omsorgssektoren har hele 11 % sykefravær på fylkeskommunalt og kommunalnivå (Kommunesektorens organisasjon, 2018). Dette er tall vi mener er urovekkende.

I 2019 står muskel- og skjelettlidelser for flest sykefraværstilfeller med 170 332 tilfeller. Psykiske lidelser er den eneste diagnosen som årlig har økt i sykefraværstilfeller siden 2015, for både kvinner og menn. Fra 2015 til 2019 har sykefravær som følge av psykiske lidelser økt fra 77 728 til 92 022 tilfeller (Nav, 2020, s. 11-13). Stress i arbeidshverdagen kan være en faktor til fysiske og psykiske helseplager (Helsenorge, 2018; arbeidstilsynet, u.å; Dalsbø et al, 2013, s.4). Dette utdypes i punkt 6.3.

Videre har yrkesrelatert stress betydelig innvirkning på økonomien til organisasjoner og nasjoner (det europeiske arbeidsmiljøorganet, u.å). Årlig koster sykefraværet i Norge rundt 22 milliarder kroner (Kommunesektorens organisasjon, 2017). Disse ressursene kunne blitt brukt på andre velferdstjenester dersom en hadde fått ned sykefraværet. Både kommunalt og fylkeskommunalt jobbes det systematisk med å få ned sykefraværet (Kommunesektorens organisasjon, 2017). Til tross for dette har sykefraværet i løpet av de siste 15 årene vært stabilt høyt. Det kan tenkes at sykefraværet under og etter virusutbruddet vil økes betraktelig. Økt sykefravær vil igjen kunne ha store økonomiske konsekvenser for samfunnet.

3.2 Hvordan påvirkes helsepersonell av et pandemiutbrudd?

Vi skal nå se nærmere på hvordan helsepersonell påvirkes av et pandemiutbrudd. Da vi kommer til å bruke begrepet pandemi og samtidig vise til undersøkelser fra tidligere epidemier vil vi forklare forskjellen på disse begrepene. *Pandemi* er et begrep som brukes når en sykdom rammer mange mennesker og sprer seg rundt i verden. Gjennom historien har det vært flere pandemiutbrudd med ulik alvorlighetsgrad, omfang og varighet. I moderne tid har det vært utbrudd av *epidemier* som Ebola og SARS, men som heldigvis ikke utviklet seg til å bli pandemier. Man kan skille disse begrepene ved at *epidemi* er selve sykdommen, mens *pandemi* beskriver omfanget av spredningen (FHI, 2018; Langård & Braut, 2020).

Tidligere studier viser at helsepersonell opplever høyt stressnivå, samt andre emosjonelle følger både under og etter et pandemiutbrudd (Levin, 2019, s. 132). Ifølge Huremović (2019, s. 119) kan årsaker til at helsepersonell opplever økt stress være bekymring for familiens helse, samt frykt for at de selv eller kollegaer blir smittet. I tillegg kan helsepersonell oppleve ensomhet, høye forventninger og stress relatert til usikkerhet rundt situasjonen.

I en undersøke i forbindelse med SARS-utbruddet i Kina hadde 10 % av sykehusansatte opplevd symptomer på posttraumatisk stress. Risikofaktorer for dette var å ha vært i karantene, jobbet under høy risiko for å bli smittet eller å ha venner/familie som hadde vært utsatt for SARS (Wu et al, 2009, s. 302).

Undersøkelser indikerer at 20 % av helsepersonell som har jobbet med kritisk syke i isolasjonsenheter har symptomer på posttraumatisk stress. Det er flere begrensning på studier som omhandler hvordan pandemier påvirker helsepersonell. Grunnen til dette er at psykologiske virkninger er komplekst og studier belyser bare enkelte faktorer (Huremović, 2019, s. 122).

3.3 Vernepleierelevans

I forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning (2019) står det at vernepleierutdanningen skal gi kompetanse om helsefremming og helsehjelp. §10, a) og b) viser til at ferdig utdannede vernepleiere skal ha bred kunnskap om sammenheng mellom helse og sykdom. Videre skal vernepleiere ha kunnskap om sykdomsforebygging og helsefremming på individ- og samfunnsnivå. Som vernepleier kan man jobbe i lederstillinger og ha personalansvar innen helse- og omsorgssektoren. Det vil da være nyttig å ha kunnskap om yrkesrelatert stress. Helsetjenesten er den sektoren som har høyest sykefravær. Derfor mener vi at vernepleiere og helsepersonell for øvrig bør ha kunnskap om hva som fører til og reduserer yrkesrelatert stress. Kunnskap om stress vil gjøre helsepersonell bedre rustet til å ivareta egen psykisk- og fysisk helse, samt bidra til å forebygge og redusere stress på arbeidsplassen. På bakgrunn av dette mener vi også at yrkesrelatert stress hos helsepersonell er et relevant tema for vernepleierprofesjonen.

4.0 Avgrensning

I denne oppgaven ønsker vi å belyse tema ut ifra et individperspektiv. Vi har valgt helsepersonell som målgruppe, og vil etterstrebe å besvare problemstillingen ut ifra helsepersonells perspektiv. I denne oppgaven bruker vi begrepet helsepersonell om alle som jobber innenfor helse- og omsorgssektoren. Ifølge Helsepersonelloven §3 regnes man som

helsepersonell dersom man har autorisasjon etter §48 a eller §49 (Helsepersonelloven, 1999, §3), men begrepet kan også brukes som en fellesbetegnelse for alle som yter tjenester i helse- og omsorgssektoren (Braut, 2020). Vi har valgt å begrense tema til tiltak som kan gjøres under et pågående pandemiutbrudd. Dette innebærer at vi ikke ser på forebyggende tiltak eller ettervern. Begrunnelsen for dette er omfanget av oppgaven.

5.0 Sentralt lovverk og særegne avtaler

I dette kapitlet skal vi beskrive sentralt lovverk som er relevant for vår problemstilling. Da det er laget særegne avtaler i forhold til arbeidsmiljøloven som følge av Covid-19 vil vi kort beskrive hva de innebærer.

Arbeidsmiljøloven pålegger arbeidsgiver å sikre ansatte et arbeidsmiljø som er helsefremmende og gir trygghet mot psykiske skadevirkninger, samt er tilrettelagt for den ansattes forutsetninger (2005, §2-1, §1-1). Dette innebærer at arbeidsgiver har plikt til å sørge for at ansatte ikke utsettes for unødvendig stress og at kravene som stilles er forholdsmessige ut ifra arbeidstakers forutsetninger. I forbindelse med utbruddet av Covid-19 er det inngått avtaler om unntak for arbeidsmiljøloven for ansatte i kritiske samfunnsfunksjoner på statlig og kommunalt nivå (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2020; Kommunesektorens organisasjon, 2020). Ettersom helsepersonell jobber i kritiske samfunnsfunksjoner, er avtalene nevnt ovenfor gjeldende for denne yrkesgruppen. Avtalene gir unntak fra bestemmelsene om arbeidstid jf. Kapittel 10 i Arbeidsmiljøloven (2005). Dette innbefatter blant annet særegne avtaler om hviletid, overtid og endring av arbeidsplan/arbeidstidsordning.

6.0 Teori om stress og anbefalinger for å håndtere stress

I dette kapitlet skal vi redegjøre for hva stress er og hvordan det påvirker oss. I punkt 6.1 vil vi forklare en relasjonell definisjon av stress. Videre vil vi beskrive faktorer som påvirker opplevelsen av stress. I punkt 6.3 skal vi forklare hvordan stress påvirker kroppen og konsekvensene av dette. Gjennom Bronfenbrenners sosialøkologiske modell (punkt 6.4) vil vi vise hvilke systemnivåer som påvirker et enkeltindivid når det kommer til stress. Under punkt 6.5 skal vi redegjøre for yrkesrelatert stress, samt hva som er spesielt med stress under en

pandemi (punkt 6.6). Videre i punkt 6.7 vil vi beskrive metoder for stressmestring, og i punkt 6.8 stressmestring for helsepersonell. Til slutt skal vi se på anbefalinger for å håndtere stress under en pandemi (punkt 6.9).

6.1 Relasjonell forståelse av stress

Begrepet stress kan defineres og tolkes på ulike måter. Vi har valgt å ta utgangspunkt i en relasjonell forståelse av stress. En relasjonell definisjon av stress handler om forholdet mellom individets ressurser og kravene i omgivelsene, og at stress først oppstår når kravene i omgivelsene er større enn ressursene til individet (Lazarus, 2006, s. 58). Lazarus (2006, s. 53) hevder at en må forstå stress ut fra denne relasjonelle tilnærmingen fordi ytre påvirkninger og reaksjonene på dem er individbaserte. Et annet argument for å ha en relasjonell tilnærming er at stress kan forebygges ved å gjøre endringer i miljøet og ved å styrke individuelle forutsetninger (Samdal et al, 2017, s. 5).

6.2 Faktorer som påvirker opplevelsen av stress

Stressopplevelse er en subjektiv opplevelse som påvirkes av individuelle- og miljømessige faktorer. Forutsigbarhet, kontroll over varighet, sosial støtte og mening regnes som betydningsfulle faktorer for individets opplevelse av stress. Forutsigbarhet handler om å vite på forhånd at en stressende situasjon vil oppstå, og hva situasjonen innebærer. Dermed kan man forberede seg, og opplevelsen av stress kan bli redusert. Kontroll over varighet påvirker hvor belastende vi opplever situasjonen. Når en kan kontrollere hvor lenge en stressende situasjon pågår er man bedre rustet til å håndtere større belastninger. Sosial støtte og hjelp fra personer i omgivelsene gjør også at vi håndterer stress bedre. Samtidig vil det å oppleve situasjonen som meningsfullt gjøre at en tåler påkjenningen bedre (Håkonsen, 2017, s. 238-239).

6.3 Reaksjoner og konsekvenser av stress

Når en opplever stressende situasjoner, får en fysiologiske- og psykologiske reaksjoner. Om dette påvirker helsen vår positivt eller negativt vil avhenge av om en opplever mestring eller ikke (Samdal et al, 2017, s. 9). Stress over lengre tid kan føre til muskelspenninger, som bl.a kan medføre nakke-, skulder- og ryggmerter (Helsenorge, 2018; arbeidstilsynet, u.å). Videre

kan det føre til nedsatt immunforsvar, hjerte-/karlidelser og overvekt (Samdal et al, 2017, s. 8). Langvarig stress kan også føre til kvalme, uro, angst, søvnendringer og nedsatt energi (Helsenorge, 2018; Håkonsen, 2017, s.236). Flere psykiske lidelser har sammenheng med stress. Dette støttes også av en rapport om arbeidslivsbaserte tiltak for psykisk helse hos ansatte. I rapporten kommer det frem at arbeidsrelatert stress kan føre til angst, depresjon, utbrenthet og nedsatt livskvalitet hos helsepersonell (Dalsbø et al. 2013, s. 4).

I stressende situasjoner aktiveres nervesystemet og ulike deler av hjernen som fører til fysiologiske stressreaksjoner. Man kan da oppleve økt hjerterefrekvens, blodtrykk, ventilasjon, svetteproduksjon, muskelaktivering- og blodtilførsel. I tillegg øker hormonproduksjonen, blant annet av adrenalin og kortisol. Endringene mobiliserer kroppens ressurser og gjør oss klar til kamp eller flukt, slik at man kan reagere hensiktsmessig i situasjonen (Håkonsen, 2017, s. 233-234).

Psykologiske reaksjoner på stress kan vise seg som angst, sinne og aggresjon. Man vil også kunne oppleve endringer i konsentrasjon, redusert evnen til å planlegge samt redusert hukommelse. På kort sikt kan psykologiske reaksjoner være hensiktsmessig, og kan motivere oss til å handle (Håkonsen, 2017, s. 236; Evang referert i Håkonsen, 2017, s.236).

6.4 Bronfenbrenners sosialøkologiske modell

Stress må forstås fra et flernivåperspektiv, fordi samspillet mellom miljøfaktorer og individet vil innvirke på opplevde krav og tilgjengelige ressurser. Bronfenbrenners sosialøkologiske modell består av fem ulike nivåer med individet i sentrum: mikrosystem, mesosystem, eksosystem, makrosystem og kronosystem. Kronosystemet handler om endringer over tid (Samdal et al, 2017, s. 21-22). Det vil derfor ikke være relevant for vår problemstilling å gå nærmere inn på dette nivået.

Mikrosystemet defineres av Bronfenbrenner som “et mønster av personens aktiviteter, roller og relasjoner til andre, som erfares på en gitt arena, og som har sine særegne fysiske og materielle karakteristika” (Bronfenbrenner referert i Samdal et al, 2017, s. 22). Dette vil som oftest være personens daglige samhandlingsarenaer og samhandlingsrelasjoner ansikt til

ansikt. For eksempel jobb og familie. På mikronivå kan for mange arbeidsoppgaver og dårlig kollegialt arbeidsmiljø være eksempler på faktorer som kan bidra til yrkesrelatert stress.

Mesosystemet viser til samspill mellom mikrosystemene. Her er individets roller på de ulike arenaene i mikrosystemet, relasjoner med andre og mellom arenaer, samt belastninger og ressurser i de ulike arenaene sentralt (Bronfenbrenner referert i Samdal et al, 2017, s. 23). Eksempelvis kan stress oppstå dersom forventningene fra familie og arbeidsgiver kommer i konflikt med hverandre.

Eksosystemet viser til settinger som personen selv ikke er en del av, men som vil påvirke personens erfaringer (Samdal et al, 2017, s. 25). For helsepersonell kan det være personlige forhold hos kollegaer, massemedia og velferdstjenester. Eksempelvis kan mediefokuset på hardt rammede land under Covid-19 føre til bagatellisering og frykt. Ettersom helsepersonell kan sammenligne situasjonen og dermed tenke at de ikke har grunn til å stresse. Samtidig er det tenkelig at helsepersonell er bekymret for at situasjonen i Norge på sikt skal bli like ille.

Makrosystemet er de overordnede samfunnsstrukturer og rådende normer i samfunnet (Samdal et al, 2017, s. 25). Arbeidsmiljøloven (2005) regulerer arbeidstid og overtidarbeid, og er dermed et eksempel på en overordnet samfunnsstruktur som påvirker arbeidstakeres opplevelse av stress.

6.5 Yrkesrelatert stress

Yrkesrelatert stress oppstår når det stilles større krav i arbeidet enn det arbeidstaker har ressurser til å beherske, mestre eller kontrollere (arbeidstilsynet, u.å). Når arbeidstaker opplever at kravene i arbeidsoppgavene overstiger egen kompetanse kan arbeidsoppgaven føles som en trussel og utløse en stressrespons (Samdal et al, 2017, s. 12). Dersom ansatte opplever å ha en stressende arbeidshverdag kan det over tid føre til kronisk stress (Samdal et al, 2017, s. 5).

Organisatoriske forhold, manglende sosial støtte og ubalanse mellom krav kan være årsaker til yrkesrelatert stress hos helsepersonell. Å arbeide under slike forhold kan på sikt gi psykiske helseplager (Weinberg referert i Ruotsalainen et al, 2014, s. 7). I tillegg presenterer arbeidstilsynet (u.å) for lange arbeidsdager over tid og ineffektiv kommunikasjon som risikofaktorer for yrkesrelatert stress generelt.

6.6 Stress under en pandemi

I forbindelse med et pandemiutbrudd kan helsepersonell og befolkningen for øvrig oppleve økt stress og bekymring. De regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) (RVTS Øst, u.å) skriver at ved en pandemi er trusselsituasjonen og tidsforløpet uklart. Dette er faktorer som gjør situasjonen spesielt stressende. Det humanitære koordinasjonsforumet for FN-systemet, Inter-Agency Standing Committee (IASC), har som oppgave å bidra til raske og hensiktsmessige reaksjoner på humanitære kriser (IASC, u.å). IASC har i mars 2020 utgitt et midlertidig orienteringsnotat om mental helse og psykososiale aspekter ved Covid-19 utbruddet. I orienteringsnotatet presenteres årsaker til stress og bekymring som kan oppstå hos befolkningen, blant annet frykt for å bli smittet og smitte andre (IASC, 2020, s. 3).

Hyppige endringer i politiske retningslinjer, uklare kriterier for håndtering av saker, samt andre uvissheter under et virusutbrudd kan bidra til bekymring blant helsepersonell (Wong, Wong, Lee, Cheung & Griffiths, 2011, s. 1470). Økt arbeidsbelastning og pasient tilstrømming, samt hyppig oppdatering om situasjonen kan fremkalle stress og bekymring. Parallelt kan opplevelsen av å bli stigmatisert fordi en jobber med Covid-19 pasienter og strenge smittevernregler være belastende faktorer for helsepersonell. Sosial støtte utenfor jobb kan være problematisk for helsepersonell på grunn av lange arbeidsskift og stigmatisering. Frykt for å overføre smitte til venner og familie som følge av jobben kan oppleves som stressende (IASC, 2020, s. 3).

6.7 Problem- og følelsesmessig fokusert stressmestring

Lazarus og Folkman viser til problem- og følelsesmessig fokusert mestring. Problemfokuset mestring innebærer å finne en løsning på det som oppleves som vanskelig. Følelsesmessig

fokusert mestring handler om å redusere det følelsesmessige ubehaget som situasjonen fører med seg, uten å endre på selve situasjonen (Lazarus & Folkman referert i Håkonsen, 2017, s. 259).

Hvilken form for mestring som er hensiktsmessig avhenger av situasjonen som skaper stress. Noen ganger er det hensiktsmessig å endre situasjonen, og dermed bruke problemfokuset mestring. Andre ganger er det ikke mulig å endre situasjonen. Da kan følelsesmessig fokusert mestring hjelpe oss til å redusere opplevelsen av ubehag og håndtere situasjonen bedre (Håkonsen, 2017, s. 259).

Ved problemfokuset mestring kan man forsøke å skape en ytre forandring, gjennom å endre, løse eller eliminere problemet. Et annet alternativ er å endre tanker, oppfatninger eller ambisjoner i forhold til problemet, altså en indre forandring (Håkonsen, 2017, s. 260).

Følelsesmessig fokusert mestring innebærer å finne ut hvordan man kan akseptere og leve med situasjonen, eller hvordan man kan komme seg gjennom den. Håkonsen skiller mellom følelsesmessige mestringsstrategier som er hensiktsmessig og mulig uhensiktsmessig. Håkonsen skriver at hensiktsmessige strategier hjelper oss å akseptere situasjonen. Slike strategier er: sosial støtte, aksept, se situasjonen i nytt lys, humor og finne en dypere mening med situasjon. Videre presenterer Håkonsen eksempler på det han kaller mulig uhensiktsmessig følelsesmessig mestringsstrategier, som kan hjelpe oss å "overleve" situasjonen. Å benekte situasjonen, gi opp problemløsning og slippe løs følelser uten å ta ansvar for hvordan de uttrykkes kan være eksempler på slike mestringsstrategier (Håkonsen, 2017, s. 261).

6.8 Stressmestring for helsepersonell i normal situasjon

Ruotsalainen et al (2014) har publisert en systematisk oversikt over forskning på arbeid- og personrelaterte tiltak for å redusere stress hos helsepersonell. De hevder at kognitiv atferds trening, avspenningsteknikker og endring i arbeidsplaner kan redusere stress hos helsepersonell. Kognitiv atferds trening kan redusere stress med 13% og psykiske/fysiske avspenningsteknikker kan redusere stress med 23% sammenlignet med ingen tiltak. Å endre

arbeidsturnus til å bli mer variert og kortere kan også redusere stress hos helsepersonell. Forfatterne påpeker at forskning på effekt av tiltakene var av lav til moderat kvalitet (Ruotsalainen et al, 2014, s. 2-3).

6.9 Anbefalinger for å redusere stress under et pandemiutbrudd

I forbindelse med Covid-19 utbruddet har IASC, RVTS Øst og Helsedirektoratet utarbeidet anbefalinger for å ivareta den psykiske helsen til befolkningen (IASC, 2020; RVTS Øst, u.å; Helsenorge, 2020). Parallelt har Helsedirektoratet utarbeidet anbefalinger for psykososial støtte for ansatte under pandemien (Helsedirektoratet, 2020b). Studier og litteratur om tidligere epidemier viser til sammenhenger som er relevant for å forstå hvordan stress kan reduseres under et pågående pandemiutbrudd. Videre presenteres anbefalinger rettet mot den generelle befolkning og helsepersonell på individnivå (punkt 6.9.1). I tillegg vil opplevelsen av stress påvirkes av miljøfaktorer rundt individet. Derfor vil vi til slutt presentere anbefalinger på organisasjonsnivå (punkt 6.9.3).

6.9.1 Anbefalinger for helsepersonell og befolkningen for øvrig under Covid-19

Anbefalinger for den generelle befolkningen skiller seg ikke nevneverdig fra anbefalinger for helsepersonell. Vi har derfor valgt å presentere anbefalingene i samme kapittel.

Normalisering av følelser som frykt og angst er viktige for hele befolkningen. IASC hevder at helsepersonell i den forbindelse bør etablere nyttige mestringsstrategier. Mestringsstrategier en tidligere har brukt for å håndtere stressende situasjoner kan være nyttig, fordi håndtering av stressopplevelse kan være lik selv om situasjonene er ulik (IASC, 2020, s. 6 & 12).

IASC anbefaler strategier for egenomsorg som pusteøvelser, avspenningsøvelser, m.m. for å redusere stress for den generelle befolkningen. I likhet antyder Levin & Helsedirektoratet at mindfulness og avspenningsteknikker kan være nyttig for stressmestring ved et virusutbrudd for helsepersonell (IASC, 2020, s. 6; Levin, 2019, s. 133; Helsedirektoratet, 2020b).

Helsedirektoratet (Helsenorge, 2020) peker på utfordringer i hverdagen knyttet til Covid-19 utbruddet. Som følge av dette har de kommet med flere råd for å bedre hverdagen under pandemiutbruddet. Foruten å vaske hendene, holde avstand og følge råd fra helsemyndighetene innebærer rådene bl.a. å opprettholde sosial kontakt via telefon/skjerm og gjøre lystbetonte aktiviteter. Generelle råd for god helse som søvnrutiner, sunn kost og dagslys vil være gunstig i en slik periode. Videre oppfordres det til å være fysisk aktiv utendørs.

Ifølge Helsedirektoratet (Helsenorge, 2020) kan man være utendørs med venner/familie dersom anbefalt avstand blir overholdt. Norsk Friluftsliv (2020) hevder at en tur i naturen kan redusere stress, og at dette har positiv effekt både fysisk og psykisk. IASC (2020, s. 12) viser til at ovennevnte anbefalinger kan være nyttig for helsepersonell under Covid-19. Lignende hevder RVTS Øst at disse faktorene er viktig når en opplever stress over en lengre periode. Videre viser RVTS Øst til kunnskap om stress og stressmestring, kollegial støtte, samt visualisering av mulige scenarier og handlingsalternativer som nyttig for stressmestring under et pandemiutbrudd (RVTS Øst, u.å).

6.9.2 Anbefalinger på organisasjonsnivå

Vi har som tidligere nevnt fokus på hvordan en kan redusere stress hos helsepersonell på individnivå. I punkt 6.4 så vi gjennom Bronfenbrenners sosialøkologiske modell at opplevelsen av stress påvirkes av ulike systemnivåer rundt individet. I dette kapittelet vil vi derfor ta for oss anbefalinger på organisasjonsnivå, da disse anbefalingene kan bidra til å redusere stress hos helsepersonell under en pandemi.

Beredskap på arbeidsplassen ser ut til å være den faktoren med størst innvirkning på helsepersonells psykiske helse. Ifølge Huremović kan dette indikere at klare planer, retningslinjer og prosedyrer som er etablert før virusutbrudd vil være viktig. Ledere bør også beskytte ansatte mot smitte gjennom rutiner og prosedyrer som reduserer smittefare (Huremović, 2019, s. 122; Helsedirektoratet, 2020b).

God kommunikasjon mellom ledelsen og ansatte kan forebygge usikkerhet og bør derfor etterstrebes (IASC, 2020, s. 12). I den forbindelse er oppdatert og aktuell informasjon viktig. Dette kan bidra til å ivareta ansattes psykiske helse, og forhindre stress. Videre er tydelige beskjeder, rolleklarhet og forutsigbarhet faktorer ledere bør ta hensyn til under et virusutbrudd. Det å vite hva som skjer, altså ha en følelse av kontroll, kan forhindre angst og usikkerhet. Ledere bør dermed sørge for at ansatte er klar over egen rolle og hvilke forventninger som stilles til dem (Helsedirektoratet, 2020b; Nickell et al, 2004, s. 797; Huremović, 2019, s. 122).

Det anbefales at ledere sikrer at ansatte får tilstrekkelig med hvile, tilrettelegger for tid til egenomsorg og er oppmerksomme på ansattes behov. Dette kan forebygge utbrenthet hos helsepersonell (IASC, 2020, s. 12; Levin, 2019, s. 133). I den forbindelse kan tiltak som å ansette utenforstående som helsepersonell kan snakke med, samt tilby andre mentale- og psykososiale hjelpetilbud være hensiktsmessig (IASC, 2020, s. 12; Huremović, 2019, s. 123). Lignende viser Helsedirektoratet (2020b) til ulike hjelpetelefoner helsepersonell kan benytte dersom de trenger noen å snakke med. I tillegg har flere arbeidststeder opprettet egne hjelpetelefoner for sine ansatte.

Videre antydes det at sosial støtte på arbeidsplassen vil være betydningsfullt for helsepersonells psykiske helse under et virusutbrudd. Det anbefales at ledelsen oppfordrer og tilrettelegger for kollegastøtte. En måte å gjøre dette på kan være å ha møter hvor ansatte kan dele sine bekymringer og stille spørsmål. Samtidig bør ledere være oppmerksomme på ansattes stressreaksjoner og være tilgjengelig dersom helsepersonell opplever overveldende stress (IASC, 2020, s. 12; Huremović, 2019, s. 123; Helsedirektoratet, 2020b).

7.0 Metode

I dette kapittelet skal vi starte med å presentere spørreskjemaundersøkelse som metode. Deretter skal vi i punkt 7.2 beskrive gjennomføringen av spørreundersøkelsen. I punkt 7.3 skal vi beskrive styrker og svakheter ved spørreskjemaundersøkelse som metode. Videre vil vi redegjøre for fremgangsmåter av søk i databaser og beskrive valg av forskning. Til sist skal vi beskrive styrker og svakheter ved søk i databaser.

7.1 Spørreskjemaundersøkelse

For å finne ut hvordan en kan redusere stress er det essensielt å finne ut hvilke faktorer som påvirker opplevelsen av stress. Vi har brukt elektronisk spørreskjemaundersøkelse som metode. Begrunnelsen for dette er at vi ønsket å få overblikk over faktorer som påvirker helsepersonells opplevelse av stress i arbeidshverdagen under Covid-19. Ved å bruke spørreskjemaundersøkelse som metode får man mulighet til å innhente informasjon fra en større gruppe mennesker. Metoden er gunstig for å få et overblikk over sosiale forhold. En viktig egenskap med spørreundersøkelse er at spørsmålene er standardisert. Dette gjør det enklere å tallfeste og analysere innhentet data korrekt (Dalland, 2017, s. 123-124).

Vi utarbeidet en relativt kort digital spørreundersøkelse med 11 spørsmål. Survio (se lenke: <https://www.survio.com/no/>) ble brukt for utarbeiding og gjennomføring av spørreskjema. Begrunnelsen for å lage en kort spørreundersøkelse var at vi ønsket helsepersonell som målgruppe, samtidig som vi måtte ta hensyn til etiske forhold som følge av Covid-19. For å unngå at helsepersonell følte seg presset til å delta valgte vi å dele undersøkelsen gjennom Facebook.

Når det kommer til personvern er det slik at Survio (se lenke: <https://www.survio.com/no/>) lagrer IP-adressen til respondentene. Da dette regnes som personvernopplysninger meldte veileder prosjektet til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Dette var nødvendig for å sikre at prosjektet innfrir kravene for behandling av personopplysninger i forskning. Prosjektet ble deretter godkjent av NSD.

Anonymitet ble ivaretatt ved å ikke stille spørsmål om personopplysninger. Videre hadde respondentene mulighet til å svare “annet” på spørsmål om kjønn og utdanningsbakgrunn.

Undersøkelsen består hovedsakelig av lukkede spørsmål med standardiserte svaralternativer. Spørsmålsformuleringen øker respondentenes anonymitet, da det ikke er mulig å gjenkjenne svarene (NSD, 2018).

7.2 Gjennomføring av spørreskjemaundersøkelse

Spørsmål til undersøkelsen ble utarbeidet på bakgrunn av etablert kunnskap om temaet. Av 11 spørsmål var 10 spørsmål lukket, mens 1 var åpent. De lukkede spørsmål var utformet som flervalgsspørsmål med 3-5 ulike svaralternativ. Flere av spørsmålene hadde graderende svar (i stor grad, i noen grad, i liten grad, ikke i det hele tatt). På 9 av spørsmålene fikk respondentene mulighet til å velge et svaralternativ per spørsmål, mens på 1 spørsmål var det mulighet for å velge flere svar (se vedlegg I).

Spørreundersøkelsen ble delt via Facebook og på lukkede Facebook-grupper for relevant fagmiljø. Det ble informerte om hva undersøkelsen skulle brukes til og hvem som regnes som helsepersonell ved deling på Facebook. Dette for å øke sannsynligheten for at respondentene er helsepersonell, samt at deltakerne fikk informasjon om omfanget av undersøkelsen. To av Facebook-gruppene undersøkelsen ble delt i rettet seg mot vernepleiere/vernepleierstudenter. Vi forventet derfor å få flest svar av denne gruppen. Spørreundersøkelsen var tilgjengelig i 6 dager. I utgangspunktet skulle undersøkelsen være tilgjengelig i 1 uke, men da det ikke var nye svar de siste dagene valgte vi å avslutte.

7.3 Analysering av spørreundersøkelsen

For å visualisere data fra spørreundersøkelsen formaterte vi svarene til diagrammer som viser svarene i prosentandel, med unntak av det åpne spørsmålet.

Det åpne spørsmålet ga respondentene mulighet til å svare fritt på hva de gjorde for å håndtere økt stress i arbeidshverdagen som følge av Covid-19. Data ble analyserte sammen for å kunne tallfeste svarene. For å analysere resultatene lagde vi 17 ulike kategorier som vi plasserte svarene i. Kategoriene ble laget på bakgrunn av svar som var gjentakende. En av kategoriene var “diverse”, i denne plasserte vi tiltak som kun 1 respondent hadde svart og som ikke passet i noen av de andre kategoriene. Etersom respondentene hadde mulighet for å oppgi flere måter å håndtere stress, kunne hvert svar falle inn under flere ulike kategorier. Eksempelvis kunne et svar være å “gå tur og prate med kollegaer”, da ble svaret plassert i kategoriene: “fysisk aktivitet”, “frisk luft” og “sosial støtte på jobb”. Alle 396 svarene ble kategorisert av forfatter (kandidat 360), hvor det ble dobbeltsjekket at alle svarene var riktig

plassert. Videre gjennomgikk forfatter (kandidat 324) kategorisering og forfatterne kom sammen frem til enighet om kategorisering.

Svarene fra undersøkelsen ga oss en indikasjon på hvordan helsepersonell opplever stress under pandemiutbruddet, og hvordan de håndterer det. Vi vil beskrive dette nærmere i resultatkapittelet (punkt 8.0).

7.4 Styrker og svakheter ved spørreundersøkelsen

En styrke ved å benytte digital spørreundersøkelse var at vi nådde ut til helsepersonell over et større geografisk område. Ved å dele undersøkelsen i fagmiljø på Facebook fikk vi relativt mange respondenter. Det at det var mange respondenter er med på å styrke validiteten, da det er økt sannsynlighet for at resultatene er til å stole på (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2016, s. 66-67). Medlemskap i gruppene hvor undersøkelsen ble delt krever godkjenning av administrerende leder av gruppen. Dette øker sannsynligheten for at gruppemedlemmene er helsepersonell, og dermed styrkes sannsynligheten for at det er helsepersonell som svarer på undersøkelsen.

Ved at undersøkelsen er anonym kan respondentene svare ærlig uten å tenke over andres meninger omkring tema. Anonymitet kan bidra til å øke validiteten da det er større sannsynlighet for at deltakerne svarer oppriktig (Johannessen et al, 2016, s. 66-67). I tillegg er tema dagsaktuelt, noe som kan gjøre at tema er av interesse for målgruppen, og dermed øke motivasjonen for å delta.

Videre var det en styrke at undersøkelsen hadde lukkede spørsmål, slik at undersøkelsen var rask å gjennomføre for deltakerne, samt at det gjorde det lettere å analysere data i etterkant (Dalland, 2017, s. 129). For å øke reliabiliteten i undersøkelsen valgte vi å ha svaralternativet “vet ikke” på hvert spørsmål. Det gir respondenten mulighet til å vurdere svaralternativene, og respondere med “vet ikke” dersom de ikke kjenner seg igjen i påstandene. På denne måten øker sannsynligheten for at de som har valgt et av svaralternativene *faktisk* mener det de svarer (Dalland, 2017, s. 131).

En svakhet ved metoden er at det ikke er noen måte å bekrefte at respondentene *faktisk* har en helsefaglig bakgrunn. I tillegg ble undersøkelsen gjort tilgjengelig i to Facebook-grupper som hovedsakelig rettet seg mot vernepleiere/vernepleierstudenter. Det kan ha ført til en skjevfordeling av yrkesbakgrunn blant respondentene. Skjevfordelingen kan gjøre at vi ikke får representert tilstrekkelig med helsefaglige profesjoner og ulike arbeidsplasser innen helsesektoren. At vernepleiere er overrepresentert kan være en svakhet da det ikke vil være mulig å generalisere resultatene (Dalland, 2017, s. 146-147). Videre kan det åpne spørsmålet regnes som en svakhet ved at vi selv systematiserte og kategoriserte svarene. Dette kan ha ført til feil i opptellingen av svarene. I tillegg er det mulig at vi feiltolket meningen i svarene når de ble kategorisert (Dalland, 2017, s. 127-128).

7.5 Søk i databaser

For å finne relevant forskning knyttet til problemstillingen gikk vi gjennom trinn 1-5 i KBP-læringsverktøy (vedlegg II, III, IV, V). Vi startet med å reflektere over informasjonsbehovet (trinn 1 KBP). Vi ønsket å utforske likheter og ulikheter mellom resultater fra spørreundersøkelsen og erfaringer fra helsepersonell under tidligere virusutbrudd. Dette for å styrke validiteten på resultatene i denne oppgaven. I tillegg ble spørreundersøkelsen delt i to grupper for vernepleiere/vernepleierstudenter. Det er derfor trolig at majoriteten av respondentene tilhører denne profesjonen. Ettersom problemstillingen omhandler alle ansatte i helse- og omsorgssektoren, vil forskning fra andre yrkesgrupper være relevant. Ved å innhente erfaringer fra andre yrkesgrupper og fra tidligere virusutbrudd kan vi identifisere faktorer som kan bidra til å redusere stress. Dette på tvers av yrkesgrupper, arbeidsteder og landegrenser.

For å finne frem til relevant forskning formulerte vi PIO-spørsmålet "Hvordan opplever helsepersonell stress under et pandemiutbrudd?" (trinn 2 i KBP) (Helsebiblioteket, u.åb). PIO-spørsmålet er et kjernespørsmål om erfaringer og holdninger, og foretrukket studiedesign er kvalitative metoder (Helsebiblioteket, 2016b). Vi valgte kjernespørsmål om erfaringer og holdninger da vi mente dette ville gi flest resultater. Begrunnelse for dette er at vi fant lite forskning om effekt av tiltak. En mulig forklaring er at det vil være krevende å gjennomføre en randomisert kontrollert studie på grunn av etiske hensyn under en pågående pandemi.

For å finne forskningsbasert kunnskap knyttet til problemstillingen har vi gjort søk i flere databaser (trinn 3 i KBP). Søkene ble dokumentert i “dokumentasjon av søk” (vedlegg VI). Når en skal finne forskning bør en lete etter oppsummert forskning før en leter etter enkeltstudier (Helsebiblioteket, 2016e). Derfor søkte vi først etter oppsummert forskning. Det ble søkt i Cochrane Library og Epistemonikos fordi databasene inneholder systematiske oversikter. Databasene er også førstevalget for kilder til kjernes spørsmål om erfaringer og holdninger. Videre ble det søkt i Campbell Library fordi databasen inneholder systematiske oversikter og studier av høy kvalitet. Vi søkte i PsychINFO og CINAHL for å finne enkeltstudier. Dette er databaser med kvalitativ forskning og studier innen helse- og psykologifaget, samt andre valget for kilder om erfaringer og holdninger (Helsebiblioteket, 2016e; Helsebiblioteket, u.åa).

For å finne forskningsartikler som kunne være aktuell for vår problemstilling kombinerte vi flere søkeord (se fullstendig søkestrategi i vedlegg VI). Vi hadde flere søkeord for samme emne for å utvide søket da vi ønsket å finne alle artikler som var relevant for tema. Det ble gjort søk på både tekstord og emneord. Trunkering ble brukt for å få med både entalls-/flertallsendelser og ulike former av ordet (Helsebiblioteket, 2016c; Helsebiblioteket, 2016d). For å finne frem til relevante søkeord på engelsk gjennomførte vi et pilotsøk. Vi søkte da på “health care worker”, “stress” og “pandemi”. Gjennom pilotsøket kom vi frem til søkeord vist i tabell 7.1. Søkeord for samme begrep ble kombinert med OR, mens søkeordene for de ulike begrepene ble kombinert med AND.

Inklusjonskriterier i søket var artikler publisert på norsk eller engelsk. Et annet inklusjonskriterie var at artikkelen omhandlet helsepersonell. Artikler som omhandlet stress som ikke var yrkesrelatert og som ikke så på sammenheng med virusutbrudd ble ekskludert. Ut ifra inklusjons- og eksklusjonskriterier vurderte vi først relevans av kildene basert på overskrifter. Dersom artikkelen ble vurdert som relevant leste vi gjennom “abstract” og “conclusion”. Videre leste vi gjennom artikler som fortsatt ble vurdert som relevant. Relevante forskningsartikler ble deretter kritisk vurdert i trinn 4 og trinn 5 i KBP-læringsverktøy (vedlegg II, III, IV, V).

Tabell 7.1: Oversikt over søkeord for søk i databaser

Helsepersonell	Kombinasjon	Stress	Kombinasjon	Pandemi
Health professional	AND	Occupational factor	AND	SARS
Health worker		Mental health		Covid-19
Healthcare employee		Fatigue		Ebola
Healthcare worker		Psychological impact		Infectious disease
				Pandemi
= OR		= OR		= OR

7.6 Styrker og svakheter ved søkestrategi

En styrke ved søkestrategien er at vi definerte kjernes spørsmål og valgte databaser som er anbefalt for kjernes spørsmål om holdninger og erfaringer.

Det er en styrke at vi først søkte etter oppsummert forskning før vi søkte etter enkeltstudier. Ved gjennomførelse av søk ble trunkering tatt i bruk, samt at vi kombinerte flere søkeord med bruk av OR. Dette økte sannsynligheten for at vi fant relevant forskning for å besvare PIO-spørsmålet.

Derimot kan vår kunnskap og erfaring med å gjennomføre et systematisk søk være en begrensning. Det kunne vært en styrke å oppsøke bibliotekar for å få hjelp til søkestrategier. På grunn av dagens situasjon med Covid-19 har dette derimot vært vanskelig.

En svakhet ved valgte søkestrategier er at vi kunne kombinert flere søkeord for populasjon for å få flere treff. Eksempelvis ble det ikke søkt på spesifikke yrkesgrupper innen helse- og omsorgssektoren. En mulig konsekvens av dette er at vi kan ha oversett forskningsartikler som omhandlet spesifikke yrkesgrupper, som sykepleiere. Dersom vi hadde inkludert flere forskningsartikler er det tenkelig at dette ville styrket validiteten på resultater i oppgaven.

En styrke ved søket er at artikler som ikke omhandlet helsepersonell og pandemi ble ekskludert. Dermed er forskningsartiklene spisset inn mot populasjonen vi ønsker å undersøke og i riktig kontekst i forhold til problemstillingen. Det er dermed sannsynlig at resultatene fra søk i databaser kan overføres til vår målgruppe. Derimot er det en svakhet at forskningsartikler som ikke var publisert på norsk eller engelsk ble ekskludert. En mulig konsekvens av dette er at vi ikke fant frem til alle relevante forskningsartikler om temaet.

8.0 Resultater

I dette kapittelet skal vi presentere resultater fra spørreundersøkelsen (punkt. 8.1) og forskning (punkt 8.2). Oversikt over inkluderte forskningsartiklene er lagt frem i tabell 8.1 (se punkt 8.2). Til slutt vil vi oppsummere relevante funn fra forskningen i punkt 8.3.

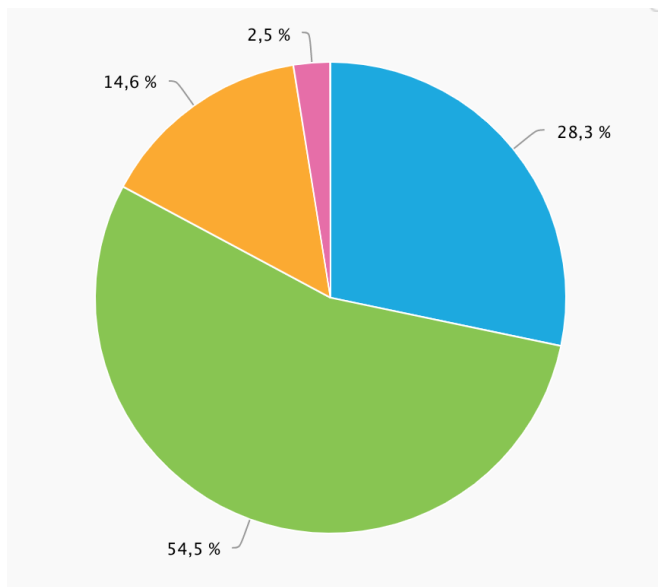
8.1 Spørreundersøkelse

Da undersøkelsen ble avsluttet hadde den 396 respondenter, hvor over 80 % var vernepleiere eller vernepleierstudenter. Utover dette var 6,1 % av respondentene sykepleiere, 6,1 % helsefagarbeidere og 7,6 % assistenter eller annet.

Etter å ha analysert data fra spørreundersøkelsen gjorde vi flere relevante funn for å besvare vår problemstilling. Resultatene viste at et flertall av respondentene opplever økt stress i arbeidshverdagen. Samtidig oppga et flertall at de har mestringsstrategier på individnivå og tiltak på organisasjonsnivå. De innsamlede dataene viste også betydningen av sosial støtte under et pandemiutbrudd.

8.1.1 Opplevelse av økt stress

Sektordiagram økt stress (figur 8.1) viser respondentenes svar på spørsmål om økt stress i arbeidshverdagen som følge av Covid-19. Grønn med 54,5 % representerer deltakere som opplever økt stress i stor grad, mens 28,3% (blå) oppga at de opplever økt stress i noen grad. Oransje med 14,6 % viser respondentene som opplever liten grad av økt stress. Resterende 2,5 % oppga at de ikke opplever økt stress som følge av Covid-19. Totalt var det altså over 80 % av respondentene som oppga at de opplever ulik grad av økt stress i arbeidshverdagen.



Figur 8.1: Sektordiagram økt stress

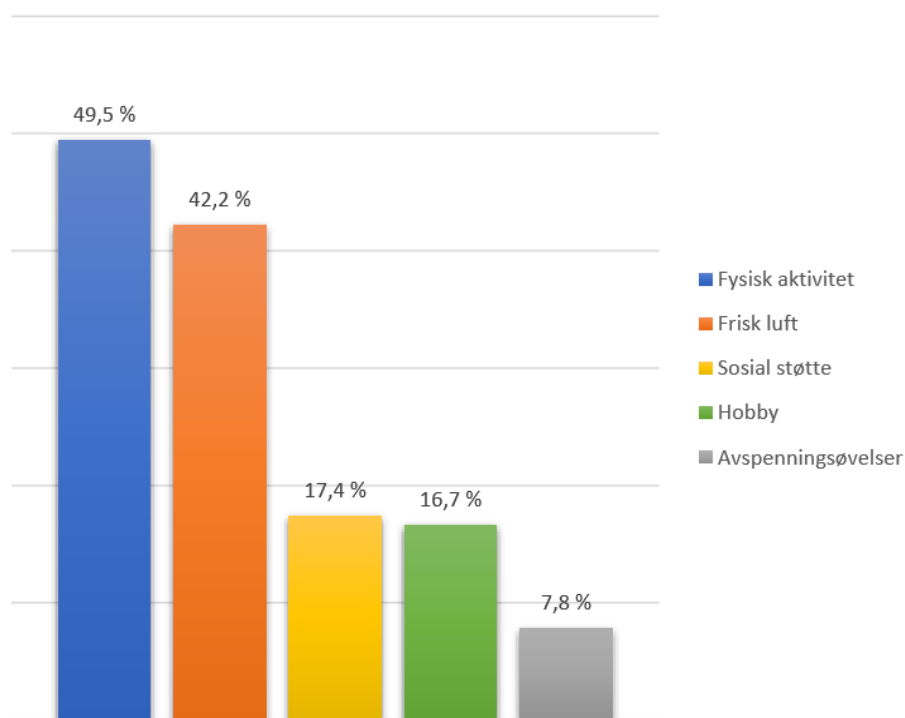
Videre viser resultater fra undersøkelsen at 81,8 % er bekymret for å bli smittet eller smitte andre. 15,4 % oppga at de i liten grad er redd for smitte, mens 2,5 % ikke er bekymret.

Felles for alle respondentene er at de gjør et eller flere tiltak for å forhindre å bli smittet eller smitte andre. For å hindre smitte oppga 98,5 % av respondentene at de følger helsemyndighetenes råd, 66,4 % svarte at de unngår å besøke venner og familie utenfor husstanden, 60,9 % oppga at de unngår offentlig transport og 8,8 % oppga at de holder avstand til personer i samme husstand.

8.1.2 Mestringsstrategier på individnivå

På spørsmål om hva respondentene gjør for å håndtere økt stress i arbeidshverdagen som følge av Covid-19 er fysisk aktivitet, frisk luft, hobbyer og sosial støtte gjennomgående i svarene. I stolpediagram mestringsstrategier for stress (*figur 8.2*) ser vi at 49,5 % (blå) oppga at de er i fysisk aktivitet for å håndtere stress. *Figur 8.2* viser at 42,2 % (oransje) av respondentene benytter frisk luft (gå på fjellet, gå tur, være ute, o.l.) for å håndtere stress. Vi vil videre bruke “frisk luft” som et samlebegrep for ovennevnte aktiviteter. 17,4 % (gul) av respondentene opplever at sosial støtte er nyttig for å håndtere stress. Kategorien “sosial støtte” inkluderer både sosial støtte på jobb og fritid. Videre bruker 16,7 % (grønn) hobby (strikking, tegning, maling, tv/netflix m.m.) som mestringsstrategi. 7,8 % (grå) av respondentene oppga at de bruker avspenningsøvelser (mindfulness, yoga, pusteøvelser) for å håndtere stress.

Av respondentene oppga kun 9,6 % at de ikke aktivt gjør tiltak for å håndtere stress og/eller bekymringer. En mulig forklaring på dette kan være at de ikke opplever økt stress eller at de eventuelt ikke har mestringsstrategier for å håndtere det. Videre mente 80 % at tiltakene de gjør for å håndtere stress og bekymringer fungerer.



Figur 8.2: Stolpediagram mestringsstrategier for stress

8.1.3 Tiltak på organisasjonsnivå

56 % av respondentene oppga at arbeidsplassen har gjort tiltak for å forhindre en stressende arbeidshverdag som følge av pandemien. Videre oppga 39,7 % at arbeidsplassen har gjort få eller ingen tiltak, mens 3,5 % ikke har kjennskap til om det var iverksatt tiltak.

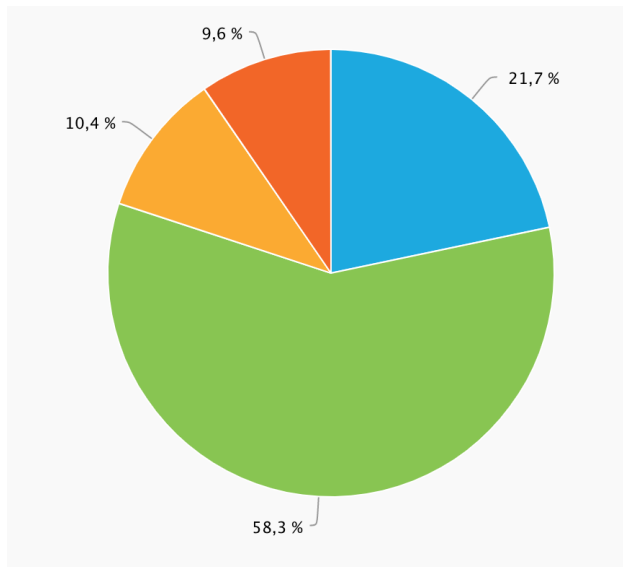
På oppfølgingsspørsmålet om tiltakene som er iverksatt har fungert svarte 62,6 % at de har fungert i ulik grad. 22,7 % mente tiltakene fungerte i liten grad eller ikke i det hele tatt, mens 14,6 % var usikker på effekten av tiltakene. Fordi 56 % oppga at arbeidsplassen har gjort tiltak, mens 62,6 % i oppfølgingsspørsmålet mente tiltakene har hatt effekt kan dette tyde på at prosentandelen som svarte at det var gjort få tiltak også mente at disse hadde effekt.

8.1.4 Sosial støtte

Respondentene fikk spørsmål om i hvilken grad de opplever økt støtte fra omgivelsene under pandemien. Hele 83,6 % oppga at de opplever økt støtte, mens 14,6 % svarte at de opplever lite eller ingen økt støtte. Samtidig mente 84,9 % at økt støtte er en viktig faktor for å håndtere stress.

8.1.5 Effekten av tiltak

Sektordiagram effekt av tiltak (*figur 8.3*) viser i hvilken grad respondentene opplever at tiltakene de gjør er effektivt for å redusere stress. 58,3 % (grønn) oppga at tiltakene de gjør fungerer i stor grad. Videre opplever 21,7 % (blå) at tiltakene fungerer i noen grad. 10,4 % oppga at tiltakene de gjør ikke har effekt på opplevelsen av stress, mens 9,6 % gjør ingen spesifikke tiltak for å forhindre stress.



Figur 8.3: Sektordiagram effekt av tiltak

8.2 Resultat av søk i databaser

Gjennom søk i databaser fant vi fire studier som var relevant for vår problemstilling. Selv om artiklene hovedsakelig undersøker stress på organisasjonsnivå, viser de også til resultater på individnivå.

Ifølge Maunder et al (2003, s. 1251) ser helsepersonell ut til å håndtere virusutbrudd relativt godt på sin egen individuelle måte. I en artikkel av Maunder et al (2008, s. 487) utdypes en individuell håndtering av stress. Her kommer det frem at erfaringer, verdier og forventninger har innvirkning på både opplevelsen og håndteringen av stress. Artikkelen av Maunder et al (2008) har derimot ikke dokumentert metode fremgang (se tabell 8.1) og vi vurderer derfor at artikkelen er av lav kvalitet. Vi har likevel valgt å inkludere artikkelen da den viser til relevante studier fra tidligere virusutbrudd.

I dette underkapitlet vil vi presentere resultater fra søk i databaser som er relevant for vår problemstilling. For å systematisere resultatene har vi laget en oversikt over inkludert forskning i tabell 8.1: *Oversikt over inkluderte forskningsartikler*. Tabellen presenterer sentrale elementer i artiklene: navn/årstall, populasjon, kontekst, metode, formål og hovedfunn som er relevant for vår problemstilling.

Videre presenteres resultatene fra søk i databaser i underkapittel. Kognitive tilnæringer (punkt 8.2.1) og organisatoriske tiltak (punkt 8.2.3) kan ha betydning for helsepersonells psykiske helse under et virusutbrudd. Andre faktorer som kan være av betydning er psykososiale støtte (punkt 8.2.3).

Tabell 8.1: Oversikt over inkluderte forskningsartikler

Artikkel/årstall	Utvalg/ populasjon	Land/ kontekst	Metode/antall studier	Formål	Hovedfunn (ifh til problemstilling)
A systematic, Thematic Review of Social and Occupation Factors Associated With Psychological Outcomes in Healthcare Employees During and Infectious Disease Outbreak (Brooks, Dunn, Amlôt, Rubin & Greenberg, 2018)	Ansatte på sykehus, inkludert leger, sykepleiere, assistenter, teknikere, og andre.	Flere land inkludert.	Litteratursøk i MEDLINE, Embase, PsycINFO og Web Science databaser. Inklusjonskriterier for studiene var: må være kvalitativ forskning, må være publisert i fagfelleurdert tidsskrift, må være publisert på engelsk og må rapportere om sosiale eller yrkesmessige faktorer som påvirker psykologisk velvære blant helsepersonell involvert i SARS krisen.	Å gjennomføre en systematisk litteraturgjennomgang for å identifisere sosiale og yrkesmessige faktorer som påvirker den psykiske helsen til helsepersonell som var involvert i SARS.	Den systematiske oversikten antyder flere forslag som kan beskytte helsepersonells psykiske helse i forhold til et virusutbrudd: - Kognitive atferdsterapeutiske tilnæringer med fokus på å endre negative tankemønstre. - At ledere legge til rette for sosial støtte, oppmuntre til kollegial støtte og selv være tilgjengelig og støttende overfor de ansatte. - At ledere utgir oppdatert og tilstrekkelig informasjon om virusutbruddet. - Støtte systemer som

					<p>fremmer psykologisk velvære bør opprettes.</p> <p>- Spesialisert trening, i eksempelvis smittevern.</p>
<p>Risk perception and impact of Severe acute respiratory syndrome (SARS) on work and personal Lives of healthcare Worker in Singapore. What Can We Learn? (Koh et al, 2005)</p>	<p>15 025 Helsepersonell som jobbet i 9 forskjellige sykehus under SARS epidemien. 3 av sykehusene hadde SARS pasienter.</p>	<p>Singapore.</p>	<p>Selvadministrerte spørreundersøkelse som inkludert Impact of Events Scale. Spørreundersøkelsen var frivillig og ble sendt ut til helsepersonell på e-post. Ulike måleenheter ble brukt for å analysere resultatene.</p> <p>Spørreskjemaet var en kombinasjon av flervalgs spørsmål og åpne spørsmål.</p>	<p>Studien ønsker å forstå de psykologiske påvirkning som kunne følge av å jobbe med pasientbehandling under SARS epidemien. Studien ønsker å bidra til bedre håndtering av fremtidige epidemier og virusutbrudd.</p>	<p>76 % var redd for å bli smittet. 82 % var redd for å smitte andre. Enkle beskyttelsestiltak som implementeres tidlig kan redusere panikk. For eksempel god håndhygiene og smittevernsutstyr. 96 % rapporterte at iverksatte beskyttelsestiltak var effektive, 90 % rapporterte at retningslinjer og prosedyrer var iverksatt raskt nok.</p> <p>69,5 % aksepterte at risikoen for å bli syk var en del av jobben. Aksept kan redusere panikk hos helsepersonell.</p>
<p>The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital (Maunder et al, 2003)</p>	<p>Pasienter både med og uten SARS, samt helsepersonell .</p>	<p>Sykehuset, Mount Sinai, i Toronto. Studien er gjennomført i løpet av de 4 første ukene etter SARS viruset brøt</p>	<p>Beskrivelse av erfaringen til helsepersonell og pasienter med/uten virus, samt institusjonens respons på SARS utbruddet. Beskrivelsen ble innhentet gjennom ustrukturert intervju med 4 kjerne team medlemmer og 5</p>	<p>Formålet med studien er å beskrive den psykologiske og yrkesmessige påvirkningen av SARS utbruddet på et stort sykehus i løpet av de 4 første ukene av utbruddet. Studien ønsker også å beskrive den påfølgende administrative responsen, samt responsen knytt til</p>	<p>Sykehusets etablerte ledertjenestetteam og en SARS-isolasjonsethet. De implementerte støttetiltak for pasienters og ansattes psykiske helse. Ansatte ble negativt påvirket av frykt for å bli smittet og smitte andre.</p> <p>Det hevdes at stressfaktorer</p>

		ut.	<p>ansatte i psykisk helsevern. Intervjuet ble gjennomført av hovedforfatterne av artikkelen.</p> <p>Observasjon ble også gjennomført fra 13. Mars til 10. April 2003. Det ble observert 19 pasienter med/uten SARS og ansatte.</p> <p>Observasjonene ble gjennomført av ledere og psykiatrisk helsepersonell på sykehuset.</p>	den mentale helsen.	<p>bør identifiserer, artikuleres og normaliseres så mye som mulig.</p> <p>Kunnskap om søvn og behandling av søvnproblemer kan være viktig for både ansatte og pasienter under et virusutbrudd.</p> <p>Under et virusutbrudd kan det være nyttig for helsepersonell å dele sine bekymringer med andre, få støtte og få god informasjon.</p> <p>Helsepersonell håndterer et virusutbrudd relativt god på sin egen individuelle måte.</p>
<p>Applying the Lessons of SARS to Pandemic Influenza An Evidence-Based Approach to Mitigating the Stress Experience by Healthcare Workers</p> <p>(Maunder et al, 2008)</p>	Helsepersonell som jobbet i helsetjenesten under SARS utbruddet.	Helsepersonell som jobbet under SARS epidemien.	<p>Gjennomgang av etablert forskning av SARS epidemien.</p> <p>Ikke definert fremgang for inkluderte artikler eller inklusjons/eksklusjon skriterier.</p>	Formålet er å gi en evidensbasert tilnærming for å redusere pandemi stress hos helsepersonell, ved å øke deres motstandskraft mot stress før en pandemi bryter ut.	<p>Å redusere pandemi relatert stress kan oppnås gjennom intervensjoner som øker motstandskraften hos psykisk sunne mennesker.</p> <p>Tiltak på organisatorisk nivå: effektiv opplæring, sosial støtte og effektivt lederskap.</p>

8.2.1 Kognitive tilnærminger

Resultater viser at tankesett under et virusutbrudd kan ha betydning for den psykiske helsen (Brooks, Dunn, Amlôt, Rubin & Greenberg, 2018, s. 254; Koh et al, 2005, s. 667 & 682). Det å lære seg strategier for å fokusere på det positive ved situasjonen vil kunne være hensiktsmessig (Brooks et al, 2018, s. 254). Videre hevder Koh et al (2005, s. 682) at å akseptere og erkjenne risikoen for å bli syk som en del av jobben kan føre til mindre panikk blant helsepersonell.

Maunder et al (2003, s. 1251) antyder at normalisering av stress og stressreaksjoner kan være positivt for helsepersonells psykiske helse under et virusutbrudd (tabell 8.1). I samme studie hevdes det at søvnproblemer kan være blant de første reaksjonene helsepersonell opplever når de jobber under virusutbrudd. På grunnlag av dette kan kunnskap om søvn og behandling av søvnproblemer være nyttig.

8.2.2 Ledelse, kommunikasjon og smittevern

Forskningsartiklene viser at lederskap, informasjon om virusutbruddet og at arbeidsplassen iverksetter beskyttelsestiltak kan ha innvirkning på ansattes psykiske helse (Brooks et al, 2018, s. 254 & 255; Koh et al, 2005, s. 681 & 682; Maunder et al, 2003, s. 1250; Maunder et al, 2008, s. 487).

En studie fra et sykehus i Toronto viser til viktighetene av ledelse i en krise. I den forbindelse antyder Maunder et al (2003, s. 1250) at klar kommunikasjon om retningslinjer og informasjon om sykdomsutvikling er påvirkende faktorer. I tillegg til effektivt lederskap trekker Maunder et al (2008, s. 487) frem god planlegging som spesielt viktig under et virusutbrudd. I studien av Koh et al (2005) viser de til at enkle beskyttelsestiltak som er iverksatt tidnok er viktig og kan redusere angst/panikk hos helsepersonell og den generelle befolkning. Beskyttelsestiltak de viser til er blant annet informasjon og retningslinjer/prosedyrer. 96 % av respondentene opplevde at tiltak iverksatt av sykehuset var effektive, og 90 % opplevde at tiltak ble iverksatt raskt nok (Koh et al, 2005, s. 678-682).

Andre beskyttende tiltak kan eksempelvis være bruk av smittevernsutstyr se Koh et al (2005, s. 682) tabell 8.1. I den forbindelse foreslår Brooks et al (2018, s. 254) at spesialisert trening, eksempelvis i smittevern kan bidra til at helsepersonell får nødvendig kunnskap og ferdigheter for å arbeide under et virusutbrudd.

8.2.3 Psykososial støtte på arbeidsplassen

Brooks et al (2018, s. 255), Maunder et al (2003, s. 1250) og Maunder et al (2008, s. 487) viser til at sosial støtte kan være viktig for helsepersonells psykiske helse under et virusutbrudd. Maunder et al (2003, s. 1251) hevder at under et virusutbrudd vil det for de fleste hjelpe å dele på bekymringer og få støtte. I den forbindelse mener Brooks et al (2018, s. 255) at ledere bør være tilgjengelige og støttende under et virusutbrudd. Ledere bør også oppmuntre og tilrettelegge for et støttende forhold mellom ansatte.

Støttesystemer som eksempelvis tilgang til psykolog og støttetelefoner som fremmer psykologisk velvære bør opprettes (Brooks et al, 2018, s. 255). Det å vite at støttetjenester er tilgjengelig kan virke beskyttende for ansattes psykiske helse (Maunder et al, 2003, s. 1250). Videre peker Koh et al (2005, s. 682) på at flere studier er nødvendig for å ivareta helsepersonell ved fremtidige virusutbrudd.

9.0 Drøfting

I dette kapittelet skal vi drøfte resultater fra spørreundersøkelsen, forskning og relevant teori opp mot problemstillingen. Målet er å undersøke hvilke tiltak som kan redusere yrkesrelatert stress hos helsepersonell på individnivå.

For å ha en klar struktur i kapittelet har vi valgt å dele drøftingen inn i underkapitler. Til tross for at vi har valgt å undersøke tiltak på individnivå vil vi likevel inkludere tiltak på organisasjonsnivå. Begrunnelse for dette er, som tidligere nevnt, at opplevelsen av stress avhenger av individuelle- og miljømessige faktorer (Håkonsen, 2017, s. 238). Dermed vil organisatoriske tiltak innvirke på individnivå.

Oppgavens problemstilling:

Hvordan redusere yrkesrelatert stress hos helsepersonell under en pandemi?

9.1 Forskning om yrkesrelatert stress på individnivå

Fellesnevner i inkluderte forskningsartikler er at yrkesrelatert stress hovedsakelig undersøkes og beskrives på et organisasjonsnivå. Det betyr at vi har lite informasjon om hva enkeltpersoner gjør for å håndtere yrkesrelatert stress. Som følge av dette vil vi bruke resultater fra spørreundersøkelsen og teori som utgangspunkt for å se på effekt av tiltak på individnivå.

Det at stress beskrives på et organisasjonsnivå kan handle om at faktorer her kan være lettere å måle/registrere enn faktorer på individnivå. Parallelt med dette er det tenkelig at det vil være mer lønnsomt å måle faktorer på organisasjonsnivå. Dette fordi tiltak på organisasjonsnivå vil omhandle flere ansatte og organisasjonen vil kunne få en større gevinst.

Gjennomgående i forskningsartiklene er at det vises til *flere* faktorer som fører til og reduserer yrkesrelatert stress under en pandemi. Sosial støtte, tydelige retningslinjer og beskyttelsestiltak blir trukket frem som særlig viktig under et virusutbrudd (Brooks et al, 2018; Koh et al, 2005; Maunder et al, 2003; Maunder et al, 2008). Forklaringen på dette kan være at det er vanskelig å identifisere eller isolere *en* enkelt faktor som utslagsgivende for stress. Dette er i tråd med Bronfenbrenners sosialøkologiske modell som illustrerer hvordan enkeltindividet påvirkes på ulike systemnivåer. Modellen beskriver samspillet mellom individ og omgivelser på ulike systemnivåer (Samdal et al, 2017, s. 21-22).

9.2 Yrkesrelatert stress som følge av Covid-19

Et viktig utgangspunkt for å utforske vår problemstilling var å undersøke om økt stress hos helsepersonell i Norge *faktisk* var et problem under Covid-19. Resultater fra spørreundersøkelsen viser at over 80 % opplever økt stress under pandemiutbruddet. Ved Covid-19 og andre pandemiutbrudd er tidsforløpet uavklart. Stress ved en pandemi kan derfor oppleves spesielt belastende (RVTS, u.å). Det er naturlig å tenke at dette kan være en årsak til at respondentene opplever økt stress. I tillegg kan helsepersonell være i mindre stand til å håndtere stress under en pandemi. Begrunnelse for dette er at når en ikke har kontroll over

tidsforløpet og situasjonens varighet kan en bli mindre motstandsdyktig til å håndtere stress (Håkonsen, 2017, s. 239). Andre årsaker kan være at vi ikke har erfaring med epidemier i Norge. En konsekvens kan dermed være at helsepersonell ikke har tilstrekkelig ferdigheter og kunnskap til å håndtere et virusutbrudd, som igjen kan føre til økt stress. Et argument for denne påstanden er at trening, i eksempelvis smittevern, kan beskytte helsepersonells psykiske helse under et virusutbrudd (Brooks et al, 2018, s. 254).

Parallelt kan det tenkes at økt stress var gjeldende for befolkningen for øvrig da pandemien brøt ut, og ikke bare hos helsepersonell. Utfra Bronfenbrenners sosialøkologiske modell vil opplevelsen av stress påvirkes av systemer rundt individet (Samdal et al, 2017, s. 21). Utbruddet av Covid-19 har ført til endringer i flere av systemene rundt individet som vil kunne føre til økt stress. Eksempelvis endringer i makrosystemet (overordnede samfunnsstrukturer) ved innføring av ulike restriksjoner. Samtidig er det naturlig å tenke at helsepersonell opplever økt stress da de er tett på pasienter/brukere.

9.3 Mestring på individnivå

Resultater fra spørreundersøkelsen viser at tiltak for å redusere økt stress som følge av Covid-19 varierte selv om noen svar var gjennomgående. En forklaring på dette kan være at mestringsstrategier delvis er individuelt, men at noen strategier kan være nyttige for flere. Lignende viser forskning og teori at håndtering av stress under et virusutbrudd kan være individuelt og mestringsstrategier en tidligere har brukt kan være nyttig (Maunder et al, 2008, s. 487; Maunder et al, 2003, s. 1251; IASC, 2020, s.12). Resultatene tyder på at helsepersonells mestringsstrategier samsvarer med etablert litteratur. Dermed kan vi antyde at hvordan en reduserer stress hos helsepersonell under et virusutbrudd vil avhenge av individuelle forskjeller.

Både teori og studier antyder at normalisering og kunnskap om stress/stressreaksjoner bør etterstrebes under et virusutbrudd (IASC, 2020 s.6; Maunder et al, 2003, s.1250). Stress kan håndteres ved å akseptere situasjonen og/eller endre tanker rundt situasjonen (Håkonsen, 2017, s. 261). Kunnskap kan trolig gjøre det enklere å akseptere en stressende situasjon. Derfor kan kunnskap bidra til å håndtere stress. Videre antyder flere studier (Brooks et al, 2018, s. 254; Koh et al, 2005, s. 682) at kognitive tilnærminger kan være nyttige under et

virusutbrudd. Å fokusere på å endre negative tankemønstre, samt akseptere og erkjenne risikoen ved et virusutbrudd kan redusere utrygghet og panikk blant helsepersonell. Et annet relevant punkt er at kognitive tilnærminger har vist seg å kunne redusere stress med 13% hos helsepersonell generelt (Ruotsalainen et al, 2014, s. 2).

Kognitive tilnærminger kan være nyttig for å redusere stress. Derimot vil det å endre negative tankemønstre kreve trening, og kan være krevende selv ved en normal situasjon. En konsekvens av at helsepersonell opplever økt stress kan være at de ikke har overskudd eller fokus til å endre negative tanker. Dette kan vi argumentere for ettersom stress kan føre til nedsatt energi og konsentrasjon (Helsenorge, 2018). Vi tenker derfor at kognitive tilnæringsmetoder bør trenes på i en normalsituasjon.

9.4 Mestringsstrategier hos helsepersonell i Norge

Resultatene i spørreundersøkelsen viser at fysisk aktivitet, frisk luft, hobbyer, sosial støtte og avspenningsøvelser er viktige faktorer for stressmestring. 80 % av respondentene opplever at tiltakene de gjør for å håndtere stress fungerer i stor grad eller i noen grad. Det kan antydes at slike tiltak kan være nyttig for en større andel helsepersonell. Begrunnelsen for dette er at tiltakene har positiv effekt for respondentene. Derimot er 80 % av respondentene vernepleiere/vernepleierstudenter, noe som begrenser muligheten for generalisering av resultatene.

9.4.1 Fysisk aktivitet

Nesten halvparten av respondentene (49,5 %) oppga fysisk aktivitet som en mestringsstrategi for å håndtere stress. Hele 42,2 % oppga frisk luft som faktor for mestring. Kategorien “frisk luft” innebærer å gå på fjellet, gå tur eller være ute. Resultatene samsvarer med anbefalinger fra flere kilder (IASC, 2020, s.12; RVTS Øst, u.å; Helsenorge, 2020; Norsk Friluftsliv, 2020) for å ivareta psykisk helse Covid-19. Det er dermed naturlig å tenke at slike tiltak også kan redusere stress.

Til forskjell fra inkluderte studier er fysisk aktivitet og frisk luft gjennomgående i resultater fra spørreundersøkelsen. Disse faktorene blir ikke belyst i noen av forskningsartiklene. En

årsak til dette kan være muligheten til å være utendørs. Inkluderte studier ble utført i områder med større befolkningstetthet enn Norge, eksempelvis Singapore og Toronto. I områder med høy befolkningstetthet vil det sannsynligvis være begrensede mulighet til å være fysisk aktiv utendørs og samtidig opprettholde sosial avstand. Under Covid-19 har flere land iverksatt restriksjoner, endringer i makrosystemet, som begrenser muligheten for å være utendørs. Eksempelvis har flere land opprettet portforbud for å overholde sosial distanse. I Norge er ikke dette tilfelle, her ligger forholdene til rette for at en kan gå tur samtidig som en holder avstand.

9.4.2 Frisk luft

Resultater fra spørreundersøkelsen og teori (Norsk Friluftsliv, 2020; Helsenorge, 2020) antyder at frisk luft er viktig. På den ene siden kan det tenkes at respondentene bruker frisk luft for å dempe opplevelsen av stress. Dette kan vi argumentere for ettersom Norsk Friluftsliv (2020) hevder at en tur i naturen kan redusere stress.

På den andre siden kan det tenkes at frisk luft er fremtredende i resultatene på grunn av restriksjoner i samfunnet. En konsekvens av Covid-19 er at organisert idrett og treningssentre har stengt ned. Som følge av nedstengingen er det sannsynlig at helsepersonell benytter seg av naturen for å være i fysisk aktivitet.

Videre er anbefalinger om sosial avstand en del av restriksjonene under Covid-19 utbruddet. Dette gjør det vanskelig å opprettholde fysisk sosial kontakt ettersom det i starten av utbruddet ble frarådet å besøke/ha besøk av venner og familie. Helsedirektoratet, miljødirektoratet og friluftslivsorganisasjoner påpeker derimot at en gjerne kan gå tur med familie eller en venn (Norsk Friluftsliv, 2020). Dermed er det naturlig å tenke at man heller møter familie og venner utendørs. På denne måten vil det være enklere å opprettholde sosial avstand og samtidig gi følelsen av trygghet fordi man har færre kontaktpunkter.

Vi kan derfor antyde at muligheten til å være ute i frisk luft er viktig under et virusutbrudd. Enten om dette er alene i naturen, når en er fysisk aktiv eller når en er sammen med andre. På bakgrunn av dette er det tenkelig at frisk luft er en faktor for å redusere stress hos

helsepersonell under et virusutbrudd.

9.4.3 Avspenning

Forskning viser at psykiske/fysiske avspenningsteknikker kan redusere stress med 23 % hos helsepersonell generelt sammenlignet med ingen intervensjon (Ruotsalainen et al, 2014, s. 2). Flere kilder (IASC, 2020, s. 6; Levin, 2019, s. 133) antyder eksempelvis at mindfulness og ulike avspenningsteknikker kan fremme helsepersonells psykiske velvære under virusutbrudd. Derimot oppga kun 7,8 % av respondentene i vår spørreundersøkelsen at de bruker mindfulness, yoga, og puste-/avspenningsøvelser for å håndtere økt stress i arbeidshverdagen i forbindelse med Covid-19.

En mulig forklaring av resultatene er at mindfulness og avspenningsøvelser ikke er kjent for alle. En annen forklaring kan være at disse tilnærmingene ikke passer for alle da vi vet at håndtering av stress er individuelt (Mauder et al, 2008, s. 487).

Videre vet vi at, i likhet med kognitive tilnæringsmetoder, krever mindfulness og avspenningsøvelser opplæring og øving. Derfor er det naturlig å tenke at avspenningsteknikker bør etableres som en mestringsstrategi i normal situasjon for å kunne redusere stress under et pandemiutbrudd.

9.4.4 Søvn og kosthold

Ivaretagelse av grunnleggende behov som søvn, hvile og kosthold kan virke stressreducerende for helsepersonell under en pandemi. Dette kan vi argumentere for ettersom flere kilder (RVTS Øst, u.å; IASC, 2020, s. 12) oppgir at ivaretagelse av grunnleggende behov er viktig under langvarig stress. Parallelt hevder Helsedirektoratet (Helsenorge, 2020) at nok søvn og et sunt kosthold kan bidra til god psykisk helse under Covid-19.

På den ene siden vil et virusutbrudd føre til restriksjoner i samfunnet. Slike endringer i makrosystemet kan gjøre det enklere for enkeltindividet å ivareta grunnleggende behov. For eksempel kan det frigjøre tid til fysisk aktivitet og tilberedning av sunn mat. Samtidig kan det

være enklere å legge seg tidlig og opprettholde døgnrytmen da det er begrenset hva en kan gjøre på fritiden.

På den andre siden har Covid-19 ført til store endringer i hverdagen og mange kan oppleve økt bekymring. Hvor enkelt er det da å opprettholde et sunt kosthold og søvnrutiner? Eksempelvis er det flere som nå har barn hjemme som følge av stengte barnehager og/eller skoler. I slike tilfeller kan det være vanskelig å kombinere fulltidsjobb og forelderrollen. Sett i lys av Bronfenbrenners sosialøkologiske modell (Bronfenbrenner referert i Samdal et al, 2017, s. 23) kan en konsekvens av dette være at helsepersonell opplever rollekonflikt på mesonivå. Samtidig vil det å skulle tilberede sunn mat og få tilstrekkelig med søvn naturligvis være vanskelig. Sannsynligvis opplever flere det som utfordrende å kombinere disse rollene i en vanlig hverdag, men vi tenker at dette kan bli forsterket som følge av tiltakene som samfunnet er pålagt å følge.

Parallelt med at helsepersonell opplever endringer i hverdagen og trolig økt bekymring, kan stress føre til redusert planleggingsevne (Evang referert i Håkonsen, 2017, s. 236). En mulig konsekvens av dette er at det blir vanskeligere å planlegge sunne måltider og tilrettelegge for nok søvn. At søvn kan være problematisk understøttes av Maunder et al (2003, s. 1251). I den forbindelse kan kunnskap om søvn og behandling av søvnproblemer være nyttig for helsepersonell under et virusutbrudd (Maunder et al, 2003, s. 1251).

Som vi ser er stressreduksjon komplekset. Ut ifra Bronfenbrenners sosialøkologiske modell ser vi at gjennomførelse av stressreducerende tiltak påvirkes av faktorer på flere systemnivå. Tilstrekkelig med søvn og sunt kosthold kan redusere yrkesrelatert stress, men det kan være vanskelig å ivareta slike behov under et pandemiutbrudd.

9.5 Tiltak på organisasjonsnivå

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at 81,8 % er bekymret for å bli smittet eller smitte andre. Til sammenligning viser en studie av helsepersonell som jobbet under SARS-utbruddet i Singapore at 76 % var redd for å bli smittet og 82 % var redd for å smitte andre. I samme studie opplevde 96 % av helsepersonell at tiltak sykehuset hadde iverksatt var effektive.

Tiltak for å beskytte helsepersonell var blant annet smittevernsutstyr (Koh et al, 2005, s. 677-682).

En viktig forskjell fra spørreundersøkelsen er at studien av Koh et al (2005) undersøkte sykehusansatte, mens majoriteten (80 %) av respondentene fra spørreundersøkelsen er vernepleiere/vernepleierstudenter. Det er sannsynlig at flertallet av disse ikke jobber på et sykehus. Under et virusutbrudd vil risikoen for smitte sannsynligvis være høyere på sykehus. Derfor vil den betryggende effekten av tilgjengelig smittevernsutstyr trolig avhenge av arbeidsplass. En mulig konsekvens kan være at resultatene fra studien av Koh et al (2005) ikke kan generaliseres til arbeidsplasser i helsesektoren for øvrig.

Derimot vil det være sannsynlighet for smitteutbrudd på andre arbeidsplasser innenfor helsesektoren. I slike tilfeller vil det trolig være betryggende å vite at man har tilgjengelig smittevernsutstyr dersom en tjenestemottaker blir smittet. Det er derfor naturlig å tenke at tilgang på smittevernsutstyr kan reduserer stress hos helsepersonell under et virusutbrudd. Dette kan vi argumentere for ettersom beredskap på arbeidsplassen anses som den faktoren med størst innvirkning på helsepersonells psykiske helse (Huremović, 2019, s. 122). Som følge av disse scenarioene kan vi antyde at smittevernsutstyr vil være en viktig del av beredskapen på en arbeidsplass.

I forbindelse med beredskap oppga ca. halvparten (56 %) av respondentene at arbeidsplassen har iverksatt tiltak for å forhindre stress som følge av Covid-19. Videre oppga 39,7 % at det er gjort få eller ingen tiltak. Hva som er årsaken til dette er vanskelig å si, men det er tenkelig at behovet for tiltak vil variere etter hvilke type arbeid helsepersonellet utfører og hvor de er ansatt. 62,6 % av respondentene mener at tiltakene fungerer i stor eller noen grad. Basert på resultater fra spørreundersøkelsen og forskning tenker vi derfor at beredskapstiltak vil kunne bidra til å redusere stress blant helsepersonell.

I lys av dette hevder Samdal et al (2017, s. 5) at en måte å redusere stress er å endre miljøet rundt individet. For å kunne utarbeide tiltak som reduserer en stressende arbeidsdag må ledere være oppmerksomme på ansattes behov. Dette kan vi argumentere for ettersom

yrkesrelatert stress oppstår når kravene i arbeidshverdagen overgår ansattes ressurser (arbeidstilsynet, u.å). Dermed vil hva som fører til stress bli påvirket av individuelle faktorer hos helsepersonell. Samtidig påpeker Huremović (2019, s. 123) at fokus på ansattes behov kan være nyttig under en krise. På bakgrunn av dette kan en anta at det å fokusere på ansattes behov og iverksette tiltak deretter vil kunne redusere stress hos helsepersonell under en pandemi.

9.5.1 Politiske retningslinjer og prosedyrer

Politiske retningslinjer og prosedyrer ser ut til å kunne redusere stress under en pandemi. Viktigheten av å iverksette tydelige og troverdige retningslinjer og prosedyrer er gjentakende i flere av de inkluderte studiene (Brooks et al, 2018, s. 255; Koh et al, 2005, s. 678-679; Maunder et al, 2003, s. 1250). I studien av Koh et al (2005, s. 682) viser de til at beskyttelsestiltak som er implementert tidnok kan redusere angst hos helsepersonell. Eksempelvis smittevernprosedyrer. Angst kan være en reaksjon på stress (Håkonsen, 2017, s. 236). Dermed kan vi anta at tiltak som reduserer angst vil kunne redusere stress. Det er likevel vanskelig å si om beskyttelsestiltakene isolert sett kan knyttes til redusert angst hos helsepersonell.

I sammenheng med beskyttelsestiltak viser resultater fra spørreundersøkelsen at 98,5 % av respondentene følger helsemyndighetenes råd for å forhindre smitte. Vi tenker at det å forhindre smitte også kan redusere stress hos helsepersonell. Dette kan vi argumenter for ettersom Huremović (2019, s. 119) og IASC (2020, s. 3) presenterer frykt for smitte som en årsak til stress hos helsepersonell. Et annet argument er at helsepersonell som jobbet under SARS-utbruddet ble negativt påvirket av frykt for å bli smittet og smitte andre (Maunder et al (2003, s. 1245). Ansatte i helse- og omsorgssektoren jobber ofte tett på sårbare grupper som er i risikozonen for å utvikle et alvorlig sykdomsforløp ved smitte. Det er derfor tenkelig at helsepersonell ville opplevd ytterligere stress dersom de ikke fulgte rådene fra helsemyndighetene.

Et annet relevant punkt er at majoriteten av respondentene oppga at de følger rådene. I lys av dette kan vi antyde at rådene blir sett på som troverdige og viktige. Lignende viser en

undersøkelse av opinion (2020) at 3 av 4 nordmenn har tillit til informasjon om Covid-19 som gis av regjeringen. Dette kan ha sammenheng med at den norske regjeringen har vært åpen om Covid-19 situasjonen. Råd og informasjon regjeringen har utgitt er basert på helsedirektoratet og Folkehelseinstituttets anbefalinger. Videre har regjeringen og Folkehelseinstituttet holdt daglige pressekonferanser om situasjonen. Disse tiltakene kan ha medført at befolkningen for øvrig stoler på råd og informasjon fra regjeringen. Dermed vil naturligvis flere være villig til å gjøre en dugnad for å forhindre smitte. Betydningen av ledelse underbygges i studien av Maunder et al (2003). I studien antyder Maunder et al (2003, s. 1250) at klar kommunikasjon og informasjon om virusutbruddet er viktig under en krise.

Videre vil arbeidsplass og andre individuelle faktorer trolig påvirke for hvordan man opplever at politiske retningslinjer og prosedyrer reduserer stress. Dette kan vi argumentere for ettersom Bronfenbrenners sosialøkologiske modell viser til at individets opplevelse av situasjonen er kompleks og påvirkes av flere faktorer (Samdal et al, 2017, s. 21-22). Det er derfor tenkelig at prosedyrer og råd for å forhindre smitte alene ikke er tilstrekkelig for å redusere stress under en pandemi.

9.5.2 Psykososial støtte på arbeidsplassen

Flere kilder (Brooks et al, 2018, s. 255; IASC, 2020, s.12; Huremović, 2019, s. 123; Helsedirektoratet, 2020b) viser at sosial støtte på arbeidsplassen kan være viktig for helsepersonells psykiske helse. På bakgrunn av dette anbefales det at ledere er støttende overfor ansatte. I tillegg bør ledere oppmuntre og tilrettelegge for kollegial støtte.

Det kan tenkes at det er mer utfordrende å tilrettelegge for kollegastøtte på noen arbeidsplasser. Forskning fra tidligere virusutbrudd er i hovedsak utført på sykehus. Der er det flere ansatte på hvert skift, og dermed kan helsepersonell dele sine bekymringer med flere. Maunder et al (2003, s. 1251) hevder at å dele på bekymringer og få støtte kan hjelpe under et virusutbrudd. Til forskjell fra denne studien er majoriteten av våre respondenter vernepleiere/vernepleierstudenter. Det kan derfor være vanskelig å få delt på bekymringer da en del vernepleiere jobber i tjenester med mindre personalgruppe. Eksempelvis kan vernepleiere/vernepleierstudenter jobbe i bofellesskap hvor det er få eller ingen andre ansatte

på hvert skift. På slike arbeidsplasser må en eksempelvis sette opp møter utenfor arbeidstid for at ansatte skal ha mulighet til å dele bekymringer og støtte hverandre. Under et virusutbrudd er dette ikke uproblematisk da det kan gi økt risiko for smitte.

9.5.3 Støttetiltak utenfor arbeidsplassen

Støttesystemer som ivaretar ansattes psykiske velvære bør opprettes under et virusutbrudd (Brooks et al, 2018, s. 255). Dette støttes av IASC (2020, s. 12) og Huremović (2019, s. 123) som mener at mentale- og psykososiale hjelpetilbud kan være nyttig. Helsedirektoratet (2020b) viser til flere hjelpetelefoner i sine anbefalinger for psykososial støtte under Covid-19 som helsepersonell kan benytte seg av. I tillegg har flere arbeidssteder opprettet egne hjelpetelefoner for sine ansatte.

På den ene siden kan det tenkes at det vil være høy terskel for å ta i bruk slike støttetiltak. Det kan tenkes at helsepersonell bagatellisere egne problemer når det ses i forhold til omgivelsene. Ettersom Covid-19 har rammet store deler av verden har situasjonen for helsepersonell i hardt rammede land som USA og Italia fått stor mediedekning. Som følge av dette er det tenkelig at massemedia har påvirket hvordan helsepersonell i Norge opplever egne problemer. Det kan tenkes at sammenligning kan øke terskelen for å be om hjelp. En slik situasjon viser hvordan faktorer i eksosystemet i Bronfenbrenners sosialøkologiske modell (punkt 6.4) kan skape en barriere for å håndtere yrkesrelatert stress under et pandemiutbrudd. På den andre siden påpeker Maunder et al (2003, s. 1250) at bare det å vite at slike støttetiltak er tilgjengelige kan virke beskyttende for helsepersonell sin psykiske helse. Det kan dermed tenkes at vissheten om at de kan benytte seg av hjelpetelefoner vil oppleves som betryggende dersom problemet oppleves som u håndterlig.

9.6 Sosial støtte

Når det gjelder betydning av sosial støtte for å redusere stress under en pandemi ser det ut til å være konsensus mellom teori, spørreundersøkelsen og forskning. Sosial støtte anses som en hensiktsmessig mestringsstrategi mot stress (Håkonsen, 2017, s. 260). Støtte på jobben, fra familie og venner ser ut til å være viktig for å ha det bra under et virusutbrudd (Maunder et al, 2003, s. 1251; Brooks et al, 2018, s. 254). Hele 84,9 % av respondentene fra

spørreundersøkelsen mener at sosial støtte er en viktig faktor for å håndtere stress. På det åpne spørsmålet oppga derimot kun 17,4 % at sosial støtte er en måte å håndtere økt stress i arbeidshverdagen etter Covid-19 utbruddet. En mulig forklaring kan være at en høy andel av respondentene (83,6 %) opplever økt sosial støtte under Covid-19 utbruddet. På bakgrunn av resultatene er det derfor sannsynlig at helsepersonell mottar sosial støtte uten at de selv aktivt må oppsøke/etterspørre det.

Under et virusutbrudd kan det derimot være begrensninger for sosial støtte grunnet smittevernregler og råd om å unngå fysisk sosial kontakt. Resultater fra spørreundersøkelsen viser at 66,4 % unngår å besøke venner og familie. Til tross for dette oppga 83,6 % av respondentene at de opplever økt sosial støtte etter Covid-19 utbruddet. En kan derfor antyde at helsepersonell finner andre måter å holde kontakt med sine nærmeste. På bakgrunn av resultatene er det sannsynlig at helsepersonell følger IASC (2020, s. 12) og Helsedirektoratets (Helsenorge, 2020) forslag om å ta i bruk digitale medier for å opprettholde sosial kontakt med venner og familie.

En annen årsak til at respondentene opplever økt sosial støtte under Covid-19 kan være fokus på helsepersonells innsats fra massemedia. Tidlig i pandemiutbruddet ble det opprettet Facebook-arrangementer og digitale klikk-funksjoner i flere nettaviser hvor man klappet for helsepersonell. Videoer av innbyggere som applauderte fra verandaer og lignende ble delt gjennom sosiale medier. Slik oppmerksomhet kan ha bidratt til motivasjon hos helsepersonell, samt styrket opplevelsen av samhold i situasjonen.

10.0 Oppsummering

I denne oppgaven har vi sett på yrkesrelatert stress hos helsepersonell under en pandemi. Gjennom teori, forskning og egen spørreundersøkelse har vi prøvd å finne svar på hvilke faktorer som kan redusere yrkesrelatert stress. Som vi har sett gjennom denne oppgaven finnes det trolig ikke et fasitsvar til denne problemstilling. Det kan derimot antydes at faktorer som sosial støtte, organisatoriske tiltak og individuelle mestringsstrategier vil være effektivt for å forebygge eller redusere stress hos helsepersonell. Basert på egne resultater fra spørreundersøkelsen kan vi anta at fysisk aktivitet og frisk luft reduserer stress blant

helsepersonell i Norge. På tross av dette vil det likevel være individuelt hva som både fører til og reduserer stress hos helsepersonell.

For å kunne fastslå at sosial støtte, fysisk aktivitet og organisatoriske tiltak reduserer stress hos helsepersonell under et virusutbrudd er det behov for videre forskning. Vi tenker at dersom man tar lærdom av denne pandemien og systematisk går over hvilke tiltak som har vært effektivt og hvilke tiltak som har forbedringspotensialet vil helsepersonell antakeligvis være bedre rustet dersom en ny pandemi inntreffer. Parallelt tenker vi at det vil være viktig å utføre mer forskning på området i etterkant av utbruddet slik at man kan lære av andres erfaringer.

11.0 Referanse

Arbeidsmiljøloven. (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern (LOV-2005-06-17 62). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>

Arbeidstilsynet. (2020, 8. mai). Koronavirus: Tiltak i arbeidslivet. Hentet 8. mai 2020 fra <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/biologiske-faktorer/coronavirus-tiltak-i-arbeidslivet-mot-smitte/>

Arbeidstilsynet. (u.å). Stress. Hentet 19. mars 2020 fra <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/stress/>

Aschim, G. & Sporstøl, E. (2020, 19. mars). FN og koronakrisen. Hentet fra <https://www.fn.no/Nyheter/fn-og-korona>

Braut, G.S. (2020). Helsepersonell. Hentet fra <https://sml.snl.no/helsepersonell>

Brooks, K.S. Dunn, R. Amlôt, R. Rubin, J.G. & 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, 248-257. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001235>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (5. Utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalsbø, T.K., Dahm, K.T., Austvoll-Dahlgren, A., Knapstad, M., Dundersen, M. & Reinart, L.M. (2013). Arbeidslivsbaserte tiltak for psykisk helse hos ansatte. (Rapport 11-2013). Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2013/rapport_2013_arbeidslivsbaserte-tiltak-for-ansatte.pdf

De regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) RVTS Øst. (u.å). Stressmestring. Hentet 12. mai fra <https://psykososialberedskap.no/tema/stressmestring?fbclid=IwAR1nH0IHwZwE5gY4P3Jw-k0KaXqvTUeOW1iFJsETyq99gw-IeJ1RUxN3AMI>

Det europeiske arbeidsmiljøorganet. (u.å). Psykososiale risikoer og stress på arbeidsplassen. Hentet fra <https://osha.europa.eu/no/themes/psychosocial-risks-and->

Kandidatnummer: 324 & 360

[stress?fbclid=IwAR0_I_gnQ7FkIBcZ_fO2Ci6RQckdrA38fFQH9R80cFAqQ_Xrihh6XsxKu
mA](https://www.fhi.no/sv/influensa/influensapandemier/hva-er-en-pandemi/)

FHI. (2011, oppdatert 2018). Hva er en pandemi. Hentet fra

<https://www.fhi.no/sv/influensa/influensapandemier/hva-er-en-pandemi/>

Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning. (2019). Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning (FOR-2019-03-15-411). Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-411>

Helsebiblioteket. (u.åa). Alle databaser. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser>

Helsebiblioteket. (u.åb). 2. Spørsmålsformulering. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering>

Helsebiblioteket. (2016a, 3. juni). PICO. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsebiblioteket. (2016b, 6. juni). Forskningsmetode. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/forskningsmetode>

Helsebiblioteket. (2016c, 6. juni). Søkeord. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/sokeord>

Helsebiblioteket. (2016d, 6. juni). Søketeknikker. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/soketeknikker>

Helsebiblioteket. (2016e, 7. juni). Kildevalg. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>

Helsedirektoratet. (2020a, 23. mars). Økt behov for helsepersonell under koronavirusutbruddet.

Hentet 26.03.2020 fra [https://www.helsedirektoratet.no/tema/beredskap-og-](https://www.helsedirektoratet.no/tema/beredskap-og-krisehandtering/koronavirus/okt-behov-for-helsepersonell-under-koronavirusutbruddet#press-)

[krisehandtering/koronavirus/okt-behov-for-helsepersonell-under-koronavirusutbruddet#press-paa-helsevesenet](https://www.helsedirektoratet.no/tema/beredskap-og-krisehandtering/koronavirus/okt-behov-for-helsepersonell-under-koronavirusutbruddet#press-paa-helsevesenet)

Helsedirektoratet. (2020b, 28. april). KAPITTEL 8 Psykososial støtte til medarbeidere. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/psykososial-stotte-til-medarbeidere-under-covid-19>

Helsenorge. (2018, 5. mars). Stress på jobb. Hentet fra <https://helsenorge.no/psykisk-helse/psykisk-helse-og-jobb/stress-pa-jobb>

Helsenorge. (2020, 24. april). Råd for koronahverdagen. Hentet fra <https://helsenorge.no/koronavirus/rad-for-koronahverdagen>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Huremović, D. (2019). *Psychiatry of Pandemics: A mental Health Response to Infection Outbreak*. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1007/978-3-030-15346-5>

Håkonsen, M. K. (2017). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2020). *Interim Briefing Note Addressing Mental Health and Psychosocial Aspects of COVID-19 Outbreak (developed by the IASC's Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support)*. Hentet fra <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/interim-briefing>

Inter-Agency Standing Committee (IASC). (u.å). The Inter-Agency Standing Committee. Hentet den 15. april 2020 fra <https://interagencystandingcommittee.org/the-inter-agency-standing-committee>

Iversen, J. (2020). Hva vil det si at WHO kaller koronaviruset en pandemi? Hentet fra <https://www.fn.no/Nyheter/Hva-vil-det-si-at-WHO-kaller-koronaviruset-en-pandemi>

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5.utg.). Oslo: Abstrakt.

Koh, D., Lim, K.M., Chia, E.S., Ko, M.S., Qian, F., Ng, V., Ban, H.T., Kok, S.W., Chew, M.W., Tang, K.H., Ng, W., Muttakin, Z., Emmanuel, S., Fong, P.N., Koh, G., Kwa, T, C., Tan, B.K. & Fones, C. (2005). Risk Perception and Impact of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) on Work and Personal Lives of Healthcare Workers in Singapore - What Can We

Kandidatnummer: 324 & 360

Learn? *Medical Care*, 2005 (43). 676-682.

<https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000167181.36730.cc>

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2020). *Mulighet for større fleksibilitet i arbeidstid* (Pressemelding 16.03.2020). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/mulighet-for-storre-fleksibilitet-i-arbeidstid/id2693794>

Kommunesektorens organisasjon. (2017, 17. juni). Sykefraværet - hvorfor er det så vanskelig å få ned? Hentet 17.03.2020 fra <https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/arbeidsmiljo-og-hms/sykefravaret---hvorfor-er-det-sa-vanskelig-a-fa-ned/>

Kommunesektorens organisasjon. (2018, 30. januar). Sykefraværstall for kommuner og fylkeskommuner. Hentet 17. mars 2020 fra <https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/fravar/sykefravarstall-for-kommuner-og-fylkeskommuner/>

Kommunesektorens organisasjon (2020). *Avtale om unntak for arbeidsmiljølovens kap 10 i forbindelse med koronapandemi* (Protokoll, saks.nr. 20/00972-1). Hentet fra: <https://www.nsf.no/Content/4915566/cache=20201803135107/Avtale%20om%20unntak%20for%20arbeidsmilj%C3%B8lovens%20kap%2010%20i%20forbindelse%20med%20koronavirus.pdf>

Langård, S. & Braut, G.S. (2020, 12. mars). Epidemi. Hentet fra <https://sml.snl.no/epidemi>

Lazarus, S.R. (2006). *Stress and emotion - A New Synthesis*. New York: Springer Publishing Company. Hentet fra <https://ebookcentral.proquest.com/lib/hogskbergen-ebooks/detail.action?docID=435140>

Levin, J. Mental Health Care for Survivors and Healthcare Workers in the Aftermath of an Outbreak. I Huremović, D. (2019). *Psychiatry of Pandemics: A mental Health Response to Infection Outbreak*. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1007/978-3-030-15346-5>

Maunder, R.G., Leszcz, M., Savage, D., Adam, M.A., Peladeau, N., Romano, D., Rose, M. & Schulman, B. (2008). Applying the Lessons of SARS to Pandemic Influenza. An Evidence-based Approach to Mitigating the Stress Experienced by Healthcare Workers. *Canadian Journal Of Public Health/Revue Canadienne De Sante Publique*, 99(6), 486-488. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1007/BF03403782>

- Maunder, R., Hunter, J., Vincent, L., Bennett, J., Peladeau, N., Leszcz, M., & Mazzulli, T. (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ*, *168* (10), 1245-1251.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12743065>
- Nav. (2020). Sykefraværstatistikk. (SYFRA560 Legemeldt sykefravær etter diagnose og bosted. Kvartal). Hentet fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravar>
- Nickell, L.A., Crighton, E.J., Tracys, C.S., Al-Enazy, H., Bolaji, Y., Hanjrah, S., Hussain, A., Maklouf, S. & Upshure, R.E. (2004). Psychosocial effects of SARS on hospital staff: survey of a large tertiary care institution. *Canadian Medical Association Journal*, *2004*; *170* (5), s. 793-798. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1031077>
- Norsk Friluftsliv. (2020, 7. april). Råd til turgåere i korona-tiden på –20 ulike språk. Hentet fra <https://norskfriluftsliv.no/rad-til-turgaere-i-korona-tiden-pa-20-ulike-sprak/>
- Norsk senter for forskningsdata (NSD). (2018). Nettbaserte spørreundersøkelser. Hentet fra https://nsd.no/personvernombud/hjelp/forskningsmetoder/nettbaserte_sporreundersokelser.html
- Opinion. (2020, 4. april). Tillit til regjeringen første tre uker. Hentet fra <https://opinion.no/2020/04/tillit-til-regjeringens-forste-tre-uker/>
- Samdal, O., Wold, B., Harris, A. & Torsheim, T. (2017). *Stress og mestring*. (IS-2655). Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/_attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-43178fa9b389:faf7b30a63b6004ff91eb7d4bbf2c6a89c4d4718/Stress%20og%20mestring.pdf
- Statistisk sentralbyrå. (2020, 11. mars). Sykefravær. Hentet 17. mars 2020 fra <https://www.ssb.no/sykefratot>
- Ruotsalainen, J.H., Verbeek, J.H., Mariné, A. & Serra, C. (2014). Preventing occupational stress in healthcare workers (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2014* (Issue 12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002892.pub4>

Wong, E.L., Wong, S, Y., Lee, N., Cheung, A., & Griffiths, S. (2011). Healthcare workers' duty concerns of working in the isolation ward during the novel H1N1 pandemic. *Journal of Clinical Nursing*, 21(9-10), 1466-1475. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03783.x>

Worldometer. (2020). Covid-19 coronavirus pandemic. (2020). Hentet 19. mai 2020 fra <https://www.worldometers.info/coronavirus/>

Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z. & Hoven, C. W. (2009). The Psychological Impact of the SARS Epidemic on Hospital Employees in China: Exposure, Risk Perception, and Altruistic Acceptance of Risk. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 302–311. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/070674370905400504>