



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MKS591

Predefinert informasjon

Startdato:	28-05-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR1
Sluttdato:	10-06-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
SIS-kode:	203 MKS591 1 H 2020 VÅR1		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 407

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Psykisk stress og utmatting hjå intensusjukepleiarar

Antall ord *: 14391

Egenerklæring *: Ja **Inneholder besvarelsen** Nei
konfidentielt
materiale?:

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

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

Masteroppgåve

Psykisk stress og utmatting hjå
intensivsjukepleiarar

Mental stress and fatigue amongst intensive
care nurses

Steffen Daniel Rørstadbotnen

Kandidatnummer: 407

Master i intensivsjukepleie

Høgskulen på vestlandet, campus Bergen

Rettleiar: Anne-Grethe Halding

Ord: 14 391

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle

kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.*

Føreord

Denne masteroppgåva set punktum for min mastergrad i klinisk sjukepleie og eg er med dette klar for min nye arbeidskvardag som intensivsjukepleiar. Å gjennomføre dette masterprosjektet har vore svært lærerikt og spennande, sjølv om det tidvis har vore utfordrande. Eg vil takke min rettleiar, Anne-Grethe Halding, for heilt suveren oppfølging igjennom heile prosjektperioden. Prosjektet hadde ikkje blitt gjennomført utan din evne til å motivere og lære vekk. Eg ønskjer også å takke for at du har tatt deg tid til å gje gode, konsekvente og konstruktive tilbakemeldingar både digital og i rettleiingstimane.

Eg ønskjer også å takke alle intensivsjukepleiarane som stilte til intervju og delte av sine erfaringar, slik at prosjektet faktisk kunne bli gjennomført. Vidare fortener kollegaene mine på kreftavdelinga på Haukeland også ein takk for støtte, å stille til pilotintervju og å la meg jobbe med prosjektet i rolege stunder i arbeidstida.

Til slutt vil eg takke vener, kjæraste og familie som har korrekturlest oppgåva og hjelpt med formuleringar og gode tilbakemeldingar. I tillegg til dykkar tolmodighet og støtte igjennom dei siste månadane.

Bergen, Juni 2020

Steffen Daniel Rørstadbotnen

Samandrag

Hensikt: Hensikta med denne studien er å utforske kva erfaringar intensivsjukepleiarar med psykisk stress og utmatting i sin jobbsituasjon.

Problemstilling: Kva erfaringar har intensivsjukepleiarar med psykisk stress og utmatting i jobbsituasjon?

Metode: Det er nytta kvalitativ metode for å svare på problemstillinga. Sju intensivsjukepleiarar har blitt intervjuar i individuelle semistrukturerte djupneintervju. Analysemetoden er systematisk tekst kondensering.

Resultat: Intensivsjukepleiarane har erfaring med psykisk stress i ulike situasjonar i sitt arbeid. Pasient- og pårørandesituasjonar der intensivsjukepleiarane opplever å ha for lite kompetanse vert erfart som psykisk stressande og utmattande. Dersom intensivsjukepleiarane opplever at sikkerheita deira er truga vert dette også erfart som psykisk stressande og utmattande. Vidare erfarer dei dårleg samarbeid både i pleiepersonalet og tverrfageleg som ein stressor. Dårleg arbeidsmiljø og lite støtte og informasjon frå leiarar er også psykisk stressande og potensielt utmattande for intensivsjukepleiarane. Samtaletiltak som debriefing, tverrfagelege møter og kollegastøtteordning vert erfart som effektivt mot psykisk stress. Vidare er også tillit til kollegaer leiinga viktig for å motverke psykisk stress og utmatting. Avkopling på heimebane er også førebyggjande mot dette.

Konklusjon: Intensivsjukepleiarane i utvalet har fleire erfaringar med psykisk stress. Desse erfaringane er knytt til pasient- og pårørande situasjonar, arbeidsmiljø, samarbeid og knytt til leiinga. Dei har også erfaring med fleire kjensle- og problemfokuserede mestringsstrategiar, både på arbeid og privat. Dei mest brukte mestringsstrategiane er samtaletiltak på arbeidsplassen, som til dømes debriefing og tverrfagelege møter. I tillegg til avkoplingstiltak på heimebane.

Nøkkelord: Intensivsjukepleiar, psykisk stress, psykisk utmatting, arbeidsmiljø, samarbeid

Abstract

Purpose: To explore intensive care nurses experience with psychological stress and exhaustion in their everyday work.

Thesis question: What experiences do intensive care nurses have with psychological stress and exhaustion in their work?

Method: To answer the thesis question a qualitative method has been used. Seven intensive care nurses have been interviewed in a semi-structured in-depth interview.

Results: Intensive care (ICU) nurses do have experience with psychological stress in their work place. If the ICU nurses are responsible for a patient or next of kin situation where they feel a lack of competence they experience psychological stress and exhaustion. Experiences with safety concerns also lead to psychological stress and exhaustion. The teamwork between the ICU nurses and the doctors will also have an influence in their experience with psychological stress. Lack of support and information from leaders and coworkers as well as a bad work place environment is also important factors witch can lead to psychological stress amongst the ICU nurses. Conversational measures such as debriefing, interdisciplinary meetings and organized support meetings are experienced as important for coping with the psychological stress and prevent exhaustion. Trusting coworkers and leaders is also important for coping. Time off work to unwind is also mentioned as a coping mechanism.

Conclusion: Intensive care nurses have several experiences with psychological stress. Patients and next of kin situations, work place environment, cooperation and relations with leaders are some of the causes. They also have experience with several measures for emotional-focused and problem-focused coping both at work and at home. The most common measures for coping is conversational measures such as informal conversation, debriefing and interdisciplinary meetings, in addition to unwinding measures at home.

Keywords: ICU nurse, psychological stress, psychological exhaustion, work place environment, cooperation

Innhold

1	Introduksjon	1
1.1	Innleiing	1
1.1.1	Bakgrunn for val av tema	1
1.1.2	Føremål med studien	2
1.1.3	Problemstilling.....	2
1.2	Prosjektets teoretiske forankring.....	3
1.2.1	Psykisk stress	3
1.2.2	Utmatting, utbrentheit, posttraumatisk stress syndrom og sekundær traumatisering .	4
1.2.3	Mestring	4
1.3	Tidlegare forskning	6
2	Metode	9
2.1	Design	9
2.2	Utval og rekruttering	9
2.2.1	Inklusjon- og eksklusjonskriterium	10
2.3	Val av datainnsamlingmetode	11
2.4	Datasamling.....	11
2.5	Analyse	12
2.6	Etiske vurderingar.....	14
3	Resultat.....	15
3.1	Utval	16
3.1.1	Generelle funn	17
3.2	Psykisk stress og utmatting i pasient- og pårørandesituasjonar	18
3.2.1	Fagleg og emosjonelt stressande pasientsituasjonar.....	18
3.2.2	Mangel på kontrollfølelse og forutsigbarheit fører til psykisk stress	19
3.2.3	Uro for eigen sikkerheit gjev psykisk stress.....	20
3.3	Psykisk stress grunna dårleg samarbeid og konflikhtar	21
3.3.1	Dårleg samarbeid og arbeidsmiljø medfører psykisk stress.....	21
3.3.2	Psykisk stress grunna samarbeid med leiarar	21
3.4	Mestring av psykisk stress og utmatting	22
3.4.1	Erfaring og mindre arbeidsbelastning som kjelde til mestring.....	22
3.4.2	Mestring av psykisk stress gjennom samtale	23
3.4.3	Mestring av psykisk stress gjennom eit godt arbeidsmiljøet	24
4	Drøfting.....	24

4.1	Resultatdrøfting.....	24
4.1.1	Psykisk stress og utmatting i pasient- og pårørandesituasjonar	24
4.1.2	Psykisk stress grunna dårleg samarbeid og konflikhtar.....	29
4.1.3	Mestring	32
4.2	Metodedrøfting.....	37
4.2.1	Refleksivitet	37
4.2.2	Relevans.....	39
4.2.3	Validitet	40
5	Konklusjon	41
6	Implikasjon for praksis og vidare forskning.....	42
7	Bibliografi	44
	Vedlegg 1 – Informasjonsskriv og samtykkeskjema	1
	Vedlegg 2 – Intervjuguide.....	1
	Vedlegg 3 – Godkjenning frå Norsk senter for forskingsdata	1
	Vedlegg 4 – Godkjenning Regionaletisk komité	1

Figuroversikt

Figur 1: Resultatillustasjon	16
Figur 2: Oversikt over deltakarane	17

1 Introduksjon

1.1 Innleiing

1.1.1 Bakgrunn for val av tema

Sjukepleiarar i spesialisering innanfor intensivsjukepleie lærer om den akutt og kritisk skadde pasienten og om korleis ein skal ivareta denne ressurskrevjande pasientgruppa. Ein gjennomfører fleire praksisperiodar på ulike arbeidsstadar og møter fleire intensivsjukepleiarar og den etter kvart svært omtalte intensivpasienten. I nemnde praksisperiodar er ein med pasientar og pårørande i noko av dei mest dramatiske situasjonar mange opplever. Vidare høyrer ein fleire historier frå intensivsjukepleiarane om tidlegare krevjande episodar dei har vore med på. Dette sådde eit frø av interesse hos meg for kva intensivsjukepleiarane eg møtte faktisk opplevde som psykisk stressande og utmattande i sine jobbar. I tillegg til at det førte til eit ønskje om å utforske dette nærmare som resulterte i dette masterprosjektet.

Dette prosjektet skal ved hjelp av ein kvalitativ forskingsmetode studere kva erfaringar intensivsjukepleiarar har med psykisk stress og utmatting i sitt kliniske arbeid. Iføljje statistisk sentralbyrå (2017) oppgjev 36% av sjukepleiarar og spesialsjukepleiarar at dei er psykisk utmatta når dei kjem heim ifrå jobb kvar veke, medan 19% av dei samla yrkesgruppene som var med i denne undersøkinga svarte det same. Dette syner at nesten dobbelt så mange som jobbar som sjukepleiarar eller spesialsjukepleiarar kjenner seg psykisk utmatta kvar veke samanlikna med andre yrker. Det kjem fram i same undersøking at 1% av sjukepleiarar og spesialsjukepleiarar kjenner på angst knytt mot arbeidet, og 2% på depresjon. Dette er nærmast det same som dei andre yrkesgruppene som er inkludert i denne statistikken (Statistisk sentralbyrå, 2017). Helsevesenet er lista av Walther (2016, s. 953) til å ha fleire utsette yrkesgrupper med auka risiko i sjølvordssamanheng.

Iføljje Norsk Sjukepleiarforbunds Landsforeining for Intensivsjukpleiarar (NSFLIS) sin funksjonsbeskriving av intensivsjukepleiarens rolle skal ein anerkjenne og ivareta pårørande

sitt behov for omsorg i akutte- og kritiske situasjonar, samt at ein skal avgrense belastinga pasienten opplever knytt til sjukdom, skade og behandling (NSFLIS, 2017). Intensivpasientar er pasientar med akutt og/eller kritisk sjukdom, noko som fører til at marginane mellom liv og død kan vere små (Stubberud, 2016, s.29). Når ein som intensivsjukepleiar er ansvarleg for pasientar og pårørande i akutte og kritiske situasjonar med potensielt fatalt følgje vil ein hyppig kunne bli utsett for traumatiske stressorar. Dette kan medføre at intensivsjukepleiarane utviklar psykisk stress og utmatting (Danella, Hamilton & Heinrich, 2017). Summert synast det som at intensivsjukepleiarar ofte står i dramatiske situasjonar. Dette vert også støtta i forskinga til blant anna Danella et al. (2017). Etter å ha gjort litteratursøk om intensivsjukepleiarars erfaring med psykisk stress og utmatting i arbeidssituasjon er det er funne lite forskning frå den vestlege verden, og ingen skandinavisk forskning. Det vart funne litteratur på utbrentheit blant intensivsjukepleiarar. Det manglar difor kunnskap om kva erfaringar norske og vestlege intensivsjukepleiarar erfarer som psykisk stressande og utmattande i sitt arbeid på intensivavdelingar.

1.1.2 Føremål med studien

Føremålet med denne studien er å studere kva erfaringar intensivsjukepleiarar har med psykisk stress og utmatting i jobbsituasjon. Slik kunnskap kan vere med på å bringe fram kva som hjelper mot psykisk stress og utmatting. Samt kva tiltak som kan førebyggje dette best mogeleg for intensivsjukepleiarar. Dersom ein får tilrettelagt betre vilkår for intensivsjukepleiarane, slik at færre kjenner seg psykisk stressa og utmatta, kan dette ha fleire positive ringverknadar for både pasienten og intensivsjukepleiaren sjølv.

1.1.3 Problemstilling

Problemstilling: Kva erfaringar har intensivsjukepleiarar med psykisk stress og utmatting i jobbsituasjon?

Det vart valt å ha ei opa problemstilling i dette prosjektet grunna ønskje om spontane beskrivingar frå kandidatane utan at problemstillinga verka innsnevrande. Ved opa

problemstilling vil ein lettare legge til rette for at fleire av funna i prosjektet vert inkluderte ved at deltakarane sine beskrivingar ikkje vert irrelevante på grunn av problemstillinga. Sjølv om forskinga seier mest om omgrepet utbrentheit er valt å nytte utmatting i problemstillinga sidan det er høg førekomst av dette hjå sjukepleiarar og spesialsjukepleiarar (Statistisk sentralbyrå 2017). Med omgrepet «psykisk stress» er det i dette prosjektet tatt utgangspunkt i negativt stress som påverke deltakarane psykisk. Omgrepet er nærmare forklart i neste seksjon.

1.2 Prosjektets teoretiske forankring

1.2.1 Psykisk stress

Det finnst to typar stress som skiljast med å vere negativt eller positivt. Negativt stress kallast «distress» og kan kjenneteiknast ved at ein kjenner ubehag og ulyst. Desse situasjonane kan opplevast som lastande for den som opplever stresset og at det ikkje er noko ein kan gjere for å komme seg ut av situasjonen. Ein stressor er eit stimuli som gjev stress. Kva for stimuli som er ein stressor vil variere ifrå person til person, i tillegg til at den emosjonelle tilstanden personen er i vil påverke korleis ein stressvurderer ein potensiell stressor. Positivt stress vert omtala som «eustress» og er ei påkjenning som ein opplever som positiv (Renolen, 2015, s. 154 & 155). I dette studiet vil fokuset vere på negativt stress som påverke intensivsjukepleiaren psykisk. Dette fangast opp ved at sjukepleiarane vert spurt om kva stressorar dei opplever i arbeidskvardagen sin.

Psykisk stress ein tileignar seg i jobben sin vert omtala som arbeidsstress. Det finnst fleire årsakar til negativt arbeidsstress. Ein årsak til negativt arbeidsstress er at arbeidskrava er så høge at arbeidstakar ikkje klarar å møte dei. Til dømes kan det vere for mange arbeidsoppgåver til at arbeidstakaren klarar å gjennomføre desse. På den andre sidan vil mestring av dei høge arbeidskrava føre til ei oppleving av høg kontroll og dermed ikkje vere ein risiko for utvikling av psykisk stress. For låge krav til arbeidstakaren vil også kunne medføre negativt stress på grunn av at ein treng ei viss mengd krav og utfordringar i jobbkvardagen (Renolen, 2015, s. 160).

1.2.2 Utmatting, utbrentheit, posttraumatisk stress syndrom og sekundær traumatisering

Utbrentheit er ein helseskadeleg tilstand som kjem etter ein lang periode med stress. Utbrentheit vert definert sjølv om problemstillinga omhandlar utmatting på grunn av at bakgrunns litteraturen seier mykje om dette. Utbrentheit førekjem ofte i omsorgsyrker, og kjenneteiknast med emosjonell utmatting, emosjonell distansering og redusert jobbyting. Emosjonell utmatting vil seie at ein kjenner seg tom og oppbrukt, medan emosjonell distansering er ei aukande kald og likegyldig haldning overfor andre sine kjensler. Arbeidsmiljøet spelar størst rolle i utvikling av utbrentheit. Lange periodar med stress, og kronisk stress, har også vist å påverke immunforsvaret og difor gitt auka førekomst av infeksjonar hjå dei som opplever dette stresset (Renolen, 2015, s. 159-161).

Fleire av studiane som er identifiserte som kunnskapsbakgrunn for denne studien omhandlar posttraumatisk stresslidning (PTSD) hjå intensivsjukepleiarar. PTSD er eit fenomen som kan råke menneske som har opplevd ei traume, der plagene og symptoma varer over tid (Renolen, 2015, s. 190 & 191). I tillegg til at intensivsjukepleiarar er utsett for PTSD er det fleire som har fått sekundær traumatisering på grunn av jobben. Sekundært stress eller traumatisering betyr at ein får stress eller eit traume overført ifrå traumeofferet. For intensivsjukepleiarar vil det seie at dei får overført traume ifrå pasientane dei behandlar (Missouridou, 2017).

1.2.3 Mestring

I dette studiet vert det også spurt om kva intensivsjukepleiarane erfarer som kan hjelpe mot psykisk stress og utmatting. Det vil difor vere aktuelt å definere kva mestring er. Mestring er iføljje Renolen (2015, s. 166) eit vidt omgrep som har mange innfallsvinklar, men det vert i psykologien knytt til menneskes evne til å handtere livshendingar og påkjenningar som overstiger kvardagslege utfordringar. Ein treng mestring i mange ulike situasjonar som til dømes tankar, kjensle, fysisk ubehag og tap. Det er fleire trekk ved ein person som spelar ei rolle for mestring, som robustheit, optimisme og humor. I forhold til mestring av stress på

jobb spelar opplevinga av kontroll og sosial støtte frå kollegaer og leiing ei rolle (Renolen, 2016, s.161 & 166). I dette prosjektet blei intensivsjukepleiarane spurt om kva erfaringar dei har med mestring av psykisk stress og utmatting i jobbsituasjon.

Mestring har to hovudfunksjonar. Desse er problemfokusert og kjenslefokusert mestring. Problemfokusert mestring handlar om at ein tileigne seg informasjon om problemet og handlar utifrå det. Kjenslefokusert mestring handlar om regulering av kjenslene som oppstår i møte med ein stressor (Lazarus, 2009, s. 145). For å forstå korleis ein mestrar ein situasjon må ein setje stress, kjensler og mestring i samanheng. Dette er viktig på grunn av at mestring er integrert i ein aktiveringsprosess i hjernen med kjensler. Korleis ein stressor påverkar oss emosjonelt har innverknad for korleis vi bedømmer situasjonen og vel å handle (Lazarus, 2009, s. 55). Vurderinga av ein stressor er også individuelt. Det vil seie at noko som opplevast traumatisk for nokon kan vere relativt uproblematisk for andre, utifrå kva personlegdomstrekk den som opplever stressoren har (Lazarus, 2009, s. 74 & 75).

Anotnovsky (2012) beskriver at stress kan vere helsebringande dersom personen som er utsett for stresset har ein oppleving av samanheng, og kallar dette fenomenet for salutogenese. Dette vert beskrive ved at stressoren vert løyst på ein tilfredsstillande måte som dermed verkar positivt inn på helsa til den som opplever stresset (Antonovsky, 2012, s. 36). For at stress skal vere helsebringande treng ein altså ei oppleving av samanheng. Det inneberer at ein skal ha ei kjensle av at stressorar ein opplever er strukturerte, føreseieleg og forståelege, samt at ein har tilstrekkelege ressursar til å mestre desse stressorane (Antonovsky, 2012, s. 41). Dersom ein har ei oppleving av samanheng har ein ei forventning om at stressfaktorar er meningsfylte og begripelege og førar til at ein vert motivert til å møte stressoren. Når ein har denne opplevinga er det mindre sannsynleg at ein forventar at stresset vert overbelastande og fører til at ein ikkje unngår situasjonar som kan føre til psykisk stress (Antonovsky, 2012, s. 148 & 150).

1.3 Tidlegare forskning

Intensivsjukepleiarar er i særleg risiko for å bli råka av PTSD grunna traumatiske stressorar i arbeidskvardagen (Danella et. al, 2017). Intensivsjukepleiarar har også rapportert høg førekomst av sekundær traumatisering (Missouridou, 2017). Mason et. al (2014) skriv også at intensivsjukepleiarar med meir enn fem års erfaring har høgare grad av sekundær traumatisering. Dersom intensivsjukepleiarar har jobba i færre enn ti år blir det rapportert høgare grad av angst enn dei som har jobba lengre, medan eldre deltakarar har rapportert lågare grad av angst (Burch et. al, 2018).

Det er vist at sjukepleiarar som opplever store psykiske påkjenningar har vanskar med å setje seg inn i nye pasientsituasjonar, og dei tek heller emosjonell avstand ifrå pasientsituasjonen og trekker seg tilbake. Nokre av sjukepleiarane gjer også det motsette når dei kjenner seg hjelpelause, ved at dei involverer seg i pasientane på ein overdriven måte som fører til at dei kryssar grensa til å bli uprofesjonell. Desse sjukepleiarane har større risiko for utvikling av sekundært psykisk stress (Missouridou, 2017). Intensivsjukepleiarar som opplever emosjonelt stress i arbeidssituasjon har også lett for å spreie dette til sine kollegaer (Ervin, Kahn, Cohen & Weingart, 2018). Mason et. al (2014) fann også at intensivsjukepleiarane som var inkludert i deira studie hadde auka førekomst av moralsk stress. Ein konsekvens av desse påkjenningane kan vere at intensivsjukepleiarane vert utbrende og skiftar yrke (Danella et. al, 2017).

Stressorar som intensivsjukepleiarar opplever i pasientsituasjonar kan vere møte med pasientanes smerter, funksjonstap, massive blødingar, traumar, kronisk sjukdom, og at intensivsjukepleiaren misslykkast i å symptomlindre pasienten. Det kjem også fram at intensivsjukepleiarar opplever sekundert traumatisk stress av å sjå pasientar døye, å vere i terminal pleie, av å gje sjukepleie til aggressive pasientar, pediatrike pasientar, verbalt utagerande pårørande og å ikkje klare å redde enkeltpasientar (Missouridou, 2017). Å faktisk bli utsett for vald frå pasientar og pårørande er også ein viktig stressor som kan vere med på å utvikle psykisk stress hjå intensivsjukepleiarar (Danella et. al, 2017).

Utanom direkte pasientrelaterte stressorar finnast det også fleire stressorar som er arbeidsmiljørelatert. Å ha fleire pasientar i krise etter kvarandre utan å få tilrettelagt tid og sjanse til å løyse det emosjonelle stresset medfører kan til dømes lede til at intensivsjukepleiarane kjenner seg utslitne (Danella et. al, 2017). Når intensivsjukepleiarane føler at dei ikkje får gjort ein tilfredsstillande jobb kan det også føre til at intensivsjukepleiarane kan utvikle psykisk stress. Underbemanning er også ein årsak til dette (Missouridou, 2017). Å jobbe turnus er også ein faktor i arbeidsmiljøet som verker negativt inn på intensivsjukepleiarars velvære og helse. Fatigue, emosjonelt stress og redusert kognitive evner som konsentrasjon og hukommelse er ein konsekvens som kan komme av å jobbe turnus (Imes & Chasens, 2019).

Forholda intensivsjukepleiaren har til sine kollegaer og støtta dei får ifrå sine overordna spelar også ei viktig rolle i utviklinga av psykisk stress. Dei som har eit godt forhold til sine kollegaer og opplever å få sosial støtte frå leiinga har lågare risiko for utvikling av til dømes PTSD, angst eller andre psykiatriske diagnoser (Danella et. al, 2017). I tillegg til desse er mangel på utstyr for å utføre sjukepleieprosedyrar ein stressor som kan føre til emosjonell utmatting. Til slutt er det verdt å nemne at sjukepleiarar med livspartnarar har lågare grad av emosjonell utmatting enn dei utan partnarar (Mason et. al, 2014).

Intensivsjukepleiarar jobbar i eit fysisk og emosjonelt utfordrande miljø. Difor er det viktig med eit godt tverrfageleg team rundt pasientane. Eit vellykka intensivteam beskrivast som gode til å utveksle informasjon og jobbe mot eit felles mål (Ervin et. al, 2018). Det tverrfagelege samarbeidet er essensielt for å kunne utøve høg kvalitet i pleia til intensivpasientane (Donovan et. al, 2018). Andre faktorar for gode tverrfagelege intensivteam er at kommunikasjonen er effektiv, at intensivsjukepleiarane har tillit til kompetansen til kollegaene sine og at leiarane snakkar opent om feil som skjer i avdelinga. Korleis legevisitten vert gjennomført er også viktig for korleis samarbeidet blir (Ervin et. al,

2018). Litteraturgjennomgangen til Ervin et. al (2018) syner at det er lite kunnskap om teamarbeid i intensivavdelingar og at dette trenger vidare forskning.

Danella et. al (2017) skriv at det beste for både intensivsjukepleiarar og pasientane er at ein behandlar PTSD og andre psykiske lidingar hjå intensivsjukepleiarar med førebygging og symptomlindring igjennom heile karrieren deira. Dei har også funne at støttegrupper og open diskusjon er fordelaktig, og at intensivsjukepleiarar som er med på debriefing etter kritiske pasientsituasjonar erfarer færre konflikhtar med kollegaene sine og kjenner seg betre støtta av sjukehusleiinga, noko som til slutt fører til mindre negative konsekvensar.

Missourdou (2017) si forskning støttar også at gruppedebriefing kan vere fordelaktig etter ein vanskeleg pasientsituasjon. Dette studiet syner også at mangel på forståing av dynamikken i traume kan hemme intensivsjukepleiarar i å møte pasienten og pårørende på ein meningsfylt og trygg måte, med at dei absorberer uhandterbare kjensler som deretter leier til sekundær traumatisering. Mason et. al (2014) problematiserer at debriefingsgrupper oftast vert halde på dagvakt, og difor ikkje inkluderer sjukepleiarar som jobbar mest natt og kveld.

Sidan studia presentert ovanfor syner at intensivsjukepleiarar er utsett for negativt psykisk stress og at 36% av norske sjukepleiarar oppgjer at dei kjenner seg psykisk utmatta kvar veke (Statistisk sentralbyrå, 2017) er det viktig å ha kunnskap om kva erfaringar intensivsjukepleiarane har med dette. Denne kunnskapen kan vere med på å skape ein praksis som er mest mogeleg førebyggjande mot psykisk stress og utmatting hjå intensivsjukepleiarar. Det er funne litteraturgjennomgangar og kvantitative studiar som kunnskapsgrunnlag i dette prosjektet. Det er ikkje funne nyare studiar ifrå Skandinavia som svarer på dette kunnskapsbehovet. Det er ingen kvalitative studiar, utanom dei som eventuelt er inkludert i litteraturgjennomgangane. Dette vil altså seie at vi har lite kunnskap om kva subjektive erfaringar intensivsjukepleiarar har i forhold psykisk stress og utmatting, og det er behov for meir kunnskap på dette feltet.

2 Metode

2.1 Design

For å svare på problemstillinga er det valt å gjere ein kvalitativt intervju studie. Valet av design tok utgangspunkt i hermeneutikk og fenomenologi. Dette er på grunn av at den hermeneutiske erkjeningstradisjonen omhandlar tolking av menneskelege meningar som utgangspunkt for forståing. Fenomenologi omfattar forståinga av menneskes subjektive oppfatning og bevisstheit. Fokuset er på eit individs erfaring og oppleving med utgangspunkt i deira bakgrunn og «verden». Personens persepsjon og kroppserfaring er sentralt i fenomenologien (Malterud, 2018, s. 28 & 29). Sidan problemstillinga i oppgåva omhandlar kva erfaringar intensivsjukepleiarar har i forhold til utvikling av psykisk stress og utmatting er fokuset kva erfaringar dei har, framfor eit konkret fenomen dei opplever. Designet er difor ikkje reint fenomenologisk men har ein fenomenologisk bakgrunn ved at fokuset er intensivsjukepleiaranes konkrete beskrivingar av subjektive erfaringar og bevisstheit (Malterud, 2018, s.28). Ein ønskjer å finne ut kva intensivsjukepleiaren som står i dei ulike pasientsituasjonane faktisk erfarer knytt til utvikling av psykisk stress og utmatting.

2.2 Utval og rekruttering

Når det skal gjennomførast ein kvalitativt studie med semistrukturerte intervju er det ofte naturleg å ha ti eller færre deltakarar i studiet. For å finne relevante deltakarar må dei ha erfaring med å jobbe som intensivsjukepleiarar, sidan det er dette som er hovudfokuset i prosjektet. Ved denne type studie er det også viktig å finne variasjon i utvalet av deltakarar (Polit & Beck, 2017, s. 499).

For å rekruttere deltakarar til datasamlinga er det naudsynt med formelle løyve av fleire ledd i forkant, sjå seksjon 2.6 etiske vurderingar. Etter dei naudsynte løyva vart innhenta blei avdelingsleiarane i aktuelle intensivavdelinga kontakta for å rekruttere deltakarar. Avdelingsleiarane som det vart oppnådd kontakt med kontakta deretter sine aktuelle tilsette med informasjon om prosjektet og gav kontaktinformasjon til dei som ønskja å bli intervjua.

Dei aktuelle kandidatane vart då kontakte på e-post med informasjon om prosjektet og samtykkeskjema, sjå Vedlegg 1.

2.2.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterium

Inklusjonskriterium:

- Intensivsjukepleiar som jobbar i ei generell intensivavdeling
- Har fem års praktisk erfaring i ei norsk intensivavdeling som intensivsjukepleiar

Det er ønskeleg å intervjuje intensivsjukepleiarar med minimums fem års erfaring, blant anna på grunnlag av at studiet til Mason et. al (2014) syner at intensivsjukepleiarar med meir enn fem års erfaring har meir sekundær traumatisering enn dei med mindre erfaring. Intensivsjukepleiarar som har jobba i meir enn fem år har gjerne erfaring med fleire psykisk lastande situasjonar som er av lik karakter. Dette fører til at dei kan ha erfaringar med kva situasjonar som opplevast psykisk stressande og – utmattande, og ein kan dermed utelate at situasjonane vert psykisk stressande og utmattande fordi dei er nye.

Eksklusjonskriterium:

- Sjukemeldt dei siste tre månadane.
- Jobbar på ei spesialintensivavdeling, som til dømes barneintensiv og nyføddintensiv.

Dersom intensivsjukepleiarane som vert intervjuja nyleg har vore igjennom noko som går så mykje utover helsa deira, enten på jobb eller privat, at dei har behov for sjukemelding kan dette farge korleis han eller ho uttrykkjer sine erfaringar med psykisk stress og utmatting. Difor er det ønskeleg at dei som har vore sjukemeldt dei siste tre månadane ikkje blir inkludert.

2.3 Val av datainnsamlingmetode

Som nemnd består dataet i denne studien av individuelle semistrukturerte djupneintervju med intensivsjukepleiarar. Sidan problemstillinga omhandlar intensivsjukepleiaranes erfaringar med psykisk stress og utmatting, og dermed deira psykiske helse, vert dette tolka som ein veileigna metode. I eit semistrukturert djupneintervju skal ein ha eit mål med intervjuet, intervjuaren skal på same tid vere open for å kunne drøfte tema, og å la samtalen gå djupt inn i intervjuobjektets erfaringar. For å halde ein raud tråd igjennom intervjuet er det konstruert ein intervjuguide med stikkord eller spørsmål som skal sikre at ein har svar på det ein ønskjer (Malterud, 2018, s. 133), sjå Vedlegg 2.

2.4 Datasamling

Intervjuguiden, sjå Vedlegg 2, vart nytta som rettleiar for intervjuar. Det vart gjennomført eit pilotintervju med ein kollega for å prøve ut intervjuguiden. Rettleiar fekk tilsendt transkripsjonen av pilotintervjuet for å vurdere kvaliteten på intervjuet og gje innspel til betring. Intervjuar tok i gjennomsnitt 50 minuttar, med ein variasjon mellom 39 og 64 minuttar. Kandidatane fekk velje kvar og når intervjuet vart gjennomført. Alle vart intervjuar på sine arbeidsplassar i si arbeidstid, utanom ein kandidat som vart intervjuar rett før vaktstart. Intervjuar tok plass mellom 13 Februar og 9 Mars 2020. Tema i intervjuguiden tar for seg kva intensivsjukepleiarane erfarer som psykisk stressane og utmattande i deira jobb, kva mestringsstrategiar dei har på jobb, og privat, etter slike situasjonar. Samt korleis dei erfarer å bli ivaretatt på arbeidsplassen etter slike situasjonar.

Igjennom individuelle intervju vil det kunne bli skapt ein nærleik og openheit med intervjuar, som vil kunne gje intervjuar innblikk i eit innanifrå perspektiv (Olsson & Sørensen, 2003, s. 17). Dette vart forsøkte oppnådd i starten av intervjuar ved å introdusere seg sjølv om intervjuar, kort om personleg bakgrunn, gjenta informasjonen i informasjonsskrivet, forsøke å speile dei kjenslene dei gav uttrykk for og å gje mulighet for å stille spørsmål.

2.5 Analyse

All kvalitativ analyse innebære ei teksttolking. Med hermeneutikk som utgangspunkt vil det seie at det i dette studiet skal tolkast meiningar i intensivsjukepleiaranes uttrykk for forståing (Malterud, 2018, s. 28). Det er viktig at eg ikkje er aleine i analysedelen av prosjektet, sidan eg har lite erfaring som forskar. Samt å ha ein tydeleg analysemetode på grunn av at det vil vere lettare å følgje ein fastlagt veg enn å synse seg fram (Malterud, 2018, s. 91 & 92). Det er i dette prosjektet valt å nytte Systematisk Tekst Kondensering (STC) som metode. STC er ein pragmatisk metode for tverrgåande analyse av kvalitative data. Metoden er utvikla for å gje ei innføring i korleis analysen kan gjennomførast på ein systematisk og overkommeleg måte. Analysemetoden er delt inn i fire trinn, som er beskriven grundig i Malteruds litteratur (2012). Metoden har mange fellestrekk med andre analysemetodar (Malterud, 2018, s. 97 & 98).

Første trinn av STC analysen er å høyre igjennom intervjuet eller lese transkripsjonane av intervjuet og danne seg eit fyrsteintrykk av kva tema som svarar på problemstillinga i prosjektet (Malterud, 2012). Alle intervjuet vart først gjennomført og transkribert. Fyrsteintrykket var allereie danna her. Transkripsjonen skal ivareta deltakarens formidla erfaringar og meiningar, på den måten dei vart formidla og oppfatta under datasamlinga (Malterud, 2018, s. 77). Transkripsjonen vart gjennomført av meg, men for å vite at kvaliteten på transkripsjonane vart god fekk eg rettleiing etter transkripsjon av pilotintervjuet. Når transkripsjonane var ferdigstilt, vart dei gjennomgått individuelt av meg og rettleiar. Deretter vart det drøfta kva tentative tema som kom fram. Sju tema vart funne.

I andre trinn skal ein gjennomgå stoffet i intervjuet grundigare, og dele data inn i kodar og kodegrupper, som består av meiningsbærande einingar. Dette skal vere ein dynamisk prosess der ein skal kunne tilpasse kodar og grupper etter kvart som ein analyserar. Det er også ein fordel å ikkje danne for mange kodegrupper, sidan det vert uoversiktleg (Malterud, 2018, s. 101-104). Dette vart gjennomførte ved å lese grundig igjennom transkripsjonane og fargekode alle sitata etter tema som var relevante for problemstillinga. Dei vart sorter inn i undergrupper til dei sju tema vi hadde funne i førre trinn. Tema som vart funne i førre trinn

vart tilpassa for å passe dei relevante sitata. For eit best mogeleg resultat er det ein fordel med fleire som tolkar. Rettleiar vart difor inkludert i denne prosessen ved ho fekk tilsendt at dei relevante sitata.

Det tredje trinnet, kondensering, er at ein systematisk skal hente ut meining ved å kondensere dei meiningsbærande einingane i dei ulike kodegruppene. Her gjennomgår ein alle kodegruppene og forsøker å finne sitat eller uttrykksmåtar som representerer og berer med seg flest mogeleg av dei relaterte funna og sitata som er relevante for problemstillinga og skriv dei saman til eit felles sitat (Malterud, 2012). Som nemnd vart alle sitata sortert i undergrupper, og nytta til å skrive eit felles sitat der det framleis vart skrive i personleg pronomen. Kvart enkelt kondensat var representert med eit direkte sitat frå ein av kandidatane for å illustrere meininga.

I det siste trinnet skal ein samanfatte funna med å setje innhaldet saman att. Dette er å rekontekstualisere. Ein skal sikre seg at svara ein har funne framleis har samanheng i rāmene dei kom frå og at resultata ikkje vert lausrivne og fragmenterte. Det vert altså danna ei syntese av funna i datasamlinga, som vart kontrollert mot råmaterialet (Malterud, 2018, s. 105-108). Dette vart gjennomført ved at kondensata i førre trinn vart skrive om til akademisk tekst. Deretter blei kondensata og dei omskrivne avsnitta samla og sendt til oppnering i masterseminar og rettleiar. Dette var for å få eit nytt, objektivt blick på kondensata og omsettinga. Teksten, funna og kondensata vart drøfta med oppner, rettleiar og resterande deltakarar på masterseminaret. Etter tilbakemeldingane frå rettleiar og oppner vart syntesen skriven ytleigare saman, på grunn av at det var mange av funna som var like. Transkripsjonane vart lest igjennom endå ein gang for å leite etter sitat som motseier funna som er presentert i syntesen. Ved gjennomlesing av transkripsjonane opplevde eg at syntesen representerer funna i transkripsjonane og at dei ulike synspunkta til deltakarane er inkludert i dei ulike resultata.

2.6 Ethiske vurderingar

For å gjennomføre dette studiet er det fleire etiske og juridiske omsyn som må overhaldast. Sidan studiet omhandlar og behandlar personlege opplysningar om intensivsjukepleiarane som vart intervjuar er det viktig å behandle desse opplysningane med stor respekt. Personvernkonsekvensar må setjast høgt, og opplysningane skal vere anonymisert. Høgskulen på Vestlandets retningslinjer om forskingsetikk er følgde. Det vart også tatt utgangspunkt i personopplysingslova (Personopplysningslova, 2018) og helseforsikringslova (Helseforskningslova, 2009) i gjennomføringa av prosjektet (Høgskulen på Vestlandet, 2019). Denne studien inngår under forskning på helse og menneskje sidan den omhandlar intensivsjukepleiarars erfaring med psykisk stress og utmatting.

Prosjektet er sendt til godkjenning hjå Regionaletisk Komité (REK). Det er også søkt om løyve til å gjennomføre prosjektet til Norsk Senter for Forskningsdata (NSD), sjå Vedlegg 3 og 4. Når desse løyva vart innhenta blei det søkt til personvernombodet i dei ulike helseføretaka om å få samle data i deira sjukehus. På det eine sjukehuset er det også naudsynt å få prosjektet vurdert av fagansvarleg på intensivavdelingane for å få løyve til å intervjuar på dei aktuelle klinikkane. Løyva frå dei ulike institusjonane er ikkje lagt ved av personvernsomsyn, men er henta inn. Når desse prosessane var gjennomført og godkjente vart kandidatane som avdelingsleiar hadde oppgitt kontakta for å avtale tidspunkt for intervju. Det var valt å la avdelingsleiarane sende ut spørsmål om intensivsjukepleiarane ville delta i prosjektet på grunn av at dei kjenne til kven i personalet sitt som er aktuelle, samt at deltakarane ikkje skulle kjenne seg pressa til å delta ved å bli kontakta direkte. Avdelingsleiarane sendte også ut informasjonsskriv. Deltakarane signerte skriftleg samtykke, og dei vart skriftleg informerte om at dei når som helst kan trekke samtykket (Helseforskningslova, 2009).

Intervjuet vart haldt på deltakarens arbeidsplass slik at vi kunne snakke uforstyrra og gjennomføre djupneintervjuet på ein best mogeleg måte, i trygge råmer for deltakaren. Under intervjuet vart det tatt lydopptak, for å vere heilt sikkert på at informasjonen som vert attgjeven er korrekt. Det er også oppretta ein forskingsserver gjennom høgskulen der samtykkeskjema og intervjuopptaka er lasta opp, for at det ikkje skal vere tilgjengeleg for

andre enn prosjektansvarleg og meg. Etter lydopptaka vart lasta opp på forskingsserveren vart dei sletta frå lydopptakar.

Før intervju starta vart deltakarane informert om kva for etiske omsyn som vart tekne, med vekt på at intervju ville bli anonymiserte og at deltakaren kunne trekke seg dersom dei ikkje ønskjer at det som kjem fram i intervjuet skulle nyttast. Dei fekk også vite at dei framleis kunne trekke seg etter intervjuet var gjennomført dersom dei ønskja det. Målet var at kandidatane skulle kjenne seg trygge på kva informasjonen vert nytta til, og føle at informasjonen dei gav er verdifull og nyttig. Gjennom intervju vart det forsøkt å legge til rette for at den som vart intervju fekk snakke fritt og å forsøke å spegle dei kjenslene som kom fram slik at intervjuet ikkje vart for kaldt og upersonleg, sidan tema i samtalen ville kunne bringe fram vanskelege kjensler hjå intensivsjukepleiaren.

Før prosjektstart var ein klar over at intervju kunne bringe fram sterke kjensler hjå deltakarane, ettersom ein snakkar om psyke, stress og utmatting. Dersom det viste seg at deltakarane hadde psykiske plagar som blei tolka i retning at dei trong hjelp, ville dette kunne bli etisk utfordrande. Dette med tanke på teieplikta og at det ville vore brot på denne om ein ber om hjelp på deltakaranes vegne (Helseforskningslova, 2009). På same tid var intensivsjukepleiarar som er i aktivt arbeid intervju. Det vil dermed vere naturleg å tenkje at det går an å ha ein ærleg samtale med dei, og at det derfor vil vere naturleg å informere dei om kva som vart oppfatta og be dei oppsøke hjelp sjølv eller eventuelt tilby dei hjelp til dette. Ingen av kandidatane vart oppfatta som så plaga psykisk under eller etter intervju eg tenkte at dei trengte profesjonell hjelp.

3 Resultat

I denne delen av oppgåva vil resultatet bli presentert og inndelt etter dei tema som vart funnet i analysen. For å samle inn data til å belyse problemstillinga vart det gjennomført sju individuelle semistrukturerte intervju. Resultata vert illustrert med sitat som er grovt

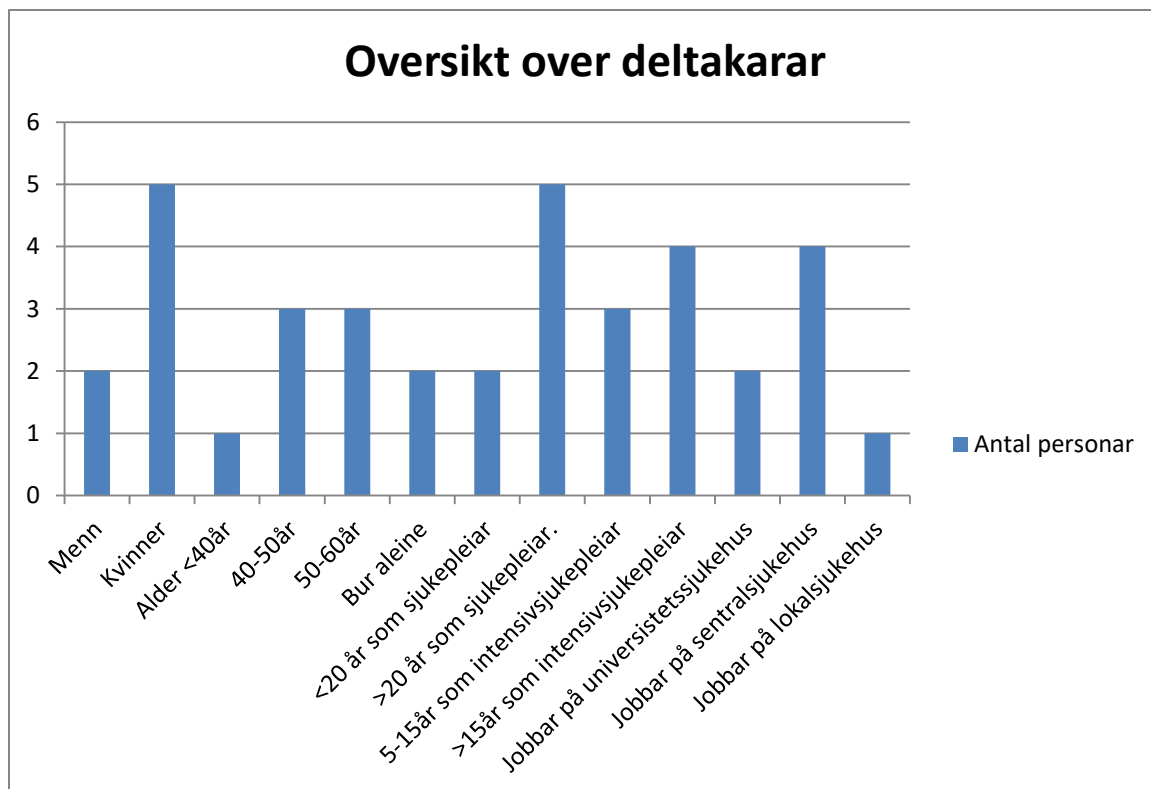
omskrivne til skriftspråk. Sjå Figur 1 for temaoversikt. Deltakarane er tilfeldig nummerert og tilvist etter sitata. Sidan det er ei klar overvekt av kvinner i prosjektet vert deltakarane ikkje omtalt med kjønn men som han. Dette er gjort ettersom ordet «deltakar» er eit hannkjønnsord.



Figur 1: Resultatillustrasjon Resultata i prosjektet er delt inn i tre tema med tilhøyrande undergrupper.

3.1 Utval

For å få variasjon i utvalet og å få belyst problemstillinga på best mogeleg måte har det i dette studiet blitt intervjuet intensivsjukepleiarar frå tre sjukehus med ulik funksjon, av begge kjønn, i ulike alder og med ulike erfaringsbakgrunn. Gjennomsnittsalder på intensivsjukepleiarane var 48 år, og dei hadde i gjennomsnitt jobba i 24 år som sjukepleiarar og 15 år som intensivsjukepleiarar. Sjå Figur 2 for meir nøyaktig framstilling av utvalet. Av dei som budde med partner var det tre som også hadde born i same hushald.



Figur 2: Oversikt over deltakarane. Deltakarane i studien er framstilt i ulike grupper for å illustrere variasjonen og på same tid ivareta anonymiteten til den enkelte intensivsjukepleiaren.

3.1.1 Generelle funn

Ingen av deltakarane har vore sjukemeldt grunna psykisk stress og utmatting. Alle deltakarane framstår som fagleg engasjerte og opptatt av å utøve sjukepleie av høg kvalitet. Ved spørsmål om psykisk stress og utmatting vert stress snakka mest om. Sidan deltakarane styrar samtalen er det mest funn på psykisk stress. Dette heng også saman med at deltakarane har mest erfaring med dette. Alle deltakarane opplever godt arbeidsmiljø på sin arbeidsplass. Kvar kandidat har avkoplingstiltak som dei nytta på heimbane som mestring av psykisk stressande og utmattande vakter eller periodar på jobb. Trening ute eller på treningscenter er ein viktig mestringsstrategi for mange, samt å snakke med vener og familie. Ein kandidat sa: «Det er berre å komme seg ut og på tur. Frisk luft og fysisk aktivitet hjelper jammen for mykje» (deltakar 3). Reisa til og frå jobb vert også brukt til å kople av frå jobb. Aleinetid og musikk vert også trekt fram som vanelege mestringsstrategiar.

3.2 Psykisk stress og utmatting i pasient- og pårørandesituasjonar

3.2.1 Fagleg og emosjonelt stressande pasientsituasjonar

Mange av intensivsjukepleiarane som vart intervjuja fortalte at dei synast det er psykisk stressande å vere i pasientsituasjonar som dei ikkje har erfaring med og derfor opplever manglande kompetanse til å ta ansvar for. Kandidatane fortel at dei spesielt opplevde born som pasientgruppe som stressande, spesielt kritisk sjuke born. Dette vert beskrive slik: «Kritisk sjuke ungar kanskje, det har vi alt for liten erfaring med. Det er eit stressnivå synast eg, for det har eg eigentleg ingen peiling på» (deltakar 4). Dersom det er mange pårørande med pasientane kan dette også vere eit stressmoment, sidan pårørande også skal ha oppfølging og treng ein trygg intensivsjukepleiar. Dersom pårørande i dei kaotiske pasientsituasjonane er urolege og i krise bidreg det til å auke det psykiske stresset.

Fleire av deltakarane fortel også at dei opplever det som ein stressor å identifisere seg med pårørande eller pasienten sjølv. Til dømes er det lett å identifisere seg når ein sjølv har born i same alder, eller når pasienten er i ein livssituasjon lik deira eigen. Dei kan også få nærare forhold til pårørande sin situasjon når pårørande var mykje tilstade rundt pasienten, spesielt dersom det er mange pårørande på pasientrommet.

Eg kan stå med ein kjempe dårleg ECMO¹ pasient og eigentleg ikkje stresse så veldig over det, men så får du ungar med familie som står rundt, og då skjønner du eigentleg... det er då du forstår kor stort tap det eigentleg er (deltakar 6).

Nokre deltakarar erfarer at psykisk stress og utmatting førekjem når det er vanskeleg å etablere ein god relasjon med ein pasient, og dersom pasienten slit på tolmodet til intensivsjukepleiarane. Desse situasjonane oppstår gjerne når pasientane ligg lenge i avdelinga og treng tung pleie, og i forhold til deliriske, psykotiske, urolege og aggressive pasientar. Når deltakarane opplever at tolmodet deira vert tynnslitt kjenner dei seg som

¹ ECMO står for ekstrakorporal membranoksygenering og er ei maskin som nyttast til respirasjon- og sirkulasjonsstøtte. Som fungerer med at blodet vert drenert og oksygenert utanfor kroppen (Sørensen & Holm, 2016, s. 610)

dårlegare intensivsjukepleiarar. Dette medfører at dei vert lite motiverte til å ha desse pasientane, og nokre opplever at det vert lite motiverande å gå på jobb etter slike periodar.

Psykisk stress kan også vere knytt til pasientar, og då ulike typar situasjonar. Det går kanskje på to ting. Ein ting er jo persondynamikken mellom deg og pasienten. Der du ikkje heilt kommuniserer godt og du følar at det nesten blir som ein liten konflikt ut av det (deltakar 5).

3.2.2 Mangel på kontrollfølelse og forutsigbarheit fører til psykisk stress

Fleire av deltakarane kan bli psykisk stressa av å ikkje ha oversikt eller kontroll på det som skjer i avdelinga eller i pasientsituasjonen dei er ansvarlege for. Det er ei kjelde til stress å ikkje vite kva som kan skje av akutte hendingar, spesielt når dei har ansvarsvakt. Stresset aukar dersom det er mange på jobb utan intensivspesialisering eller som har lite erfaring som intensivsjukepleiarar. I desse situasjonane følar deltakarane eit større ansvar for desse kollegaene sine pasientar. Oppleving av mangel på kontroll og oversikt kan også omhandle pasientsituasjonar der intensivsjukepleiarane har ansvar for ein ustabil pasient, at dei fysisk må gå ifrå pasienten dei har ansvar for, eller at det er mykje personale og støy rundt ein pasientsituasjon.

Du skal jo ha oversikt over avdelinga, at ting er greitt og vert gjort rett. Det er ikkje alltid like lett. Når ikkje alle har intensivbakgrunn... Ein veit jo ikkje alt om pasienten. Det gjer ein ikkje. Kanskje eg er litt kontrollfreak men det gjer at eg blir litt stressa (deltakar 3).

Mange av deltakarane trakk fram underbemanning som ein viktig årsak til stress og poengterte at dette er spesielt vanleg på natte- og helgevakter. Ein deltakar var veldig tydeleg på at underbemanning er det som skapar mest stress i arbeidskvardagen. Kandidaten sa at «Det er jo underbemanning som stort sett skapar stresset synast eg» (deltakar 4). Vidare fortalte mange at dei synast det er psykisk stressande og tidvis utmattande å ikkje få gitt pasientane sjukepleie av høg kvalitet. Dette vart typisk beskrive frå vakter der det er så mange arbeidsoppgåver at dei ikkje rekk å gjennomføre alt dei skal. Ein

kandidat forklarar det slik: «Psykisk stress er når eg ikkje får gjort dei tinga eg skal gjere og at eg ikkje følar eg gjer ein god jobb for pasienten min» (deltakar 1). Eit anna døme var at dei ikkje får lindra pasientanes plagar, som til dømes smerter, kvalme og uro. Dersom ein går frå jobb med ei oppleving av å ikkje ha gjort ein god jobb for pasienten eller ikkje kan stå inne for kvaliteten i arbeidet som vert gjort på for travle vakter kan dette også erfarast som psykisk stressande.

For fleire av deltakarane er frykta for å gjere feil ein stressor i arbeidskvardagen. Ein deltakar trudde at å gjere ein alvorleg feil ville vere noko som kunne prege vedkommande i stor grad i etterkant. Frykta for å gjere feil vert opplevd i situasjonar med mykje folk, og dersom kollegaer kommuniserer med å rope eller skrike. Det vart av ein intensivsjukepleiar forklart sånn: «Altså stress generelt er viss du får ein arbeidssituasjon der det er så mykje stress rundt situasjonen at det er fare for at du gjere feil» (deltakar 2). Fleire av deltakarane opplever frykta for å gjere feil når dei har sjeldne kasus som dei ikkje er vane med å ha ansvar for, eit typisk døme er dei allereie nemnde kritisk sjuke barna.

3.2.3 Uro for eigen sikkerheit gjev psykisk stress

Frykta for vald er ein betydeleg stressor for nokre av intensivsjukepleiarane. Ein av dei fortalte om å ha blitt angrepen av ein pasient og beskrev dette som ei psykisk traume. Dette kom fram slik: «Vi hadde ein fyr som slo meg ned. Det vart drama, for å seie det sånn. Det var traumatisk for meg. Veldig.» (deltakar 2). Uroa for at pasientar, til dømes rus- eller psykosepasientar, skulle bli valdelege er altså ei kjelde til stress.

Deltakarane beskriver også smittefare som psykisk stressande. Dei bekymra seg for sjølv å bli smitta eller å ta med smitta heim. Nokre beskrev dette som stressande i utgreiingsfasa til pasientane, medan ein fortalte at det var verst dersom smitta kunne gjere deltakarens eigne pårørande alvorleg sjuke. Eine kandidaten beskrev det slik: «Det var ein sånn irrasjonell tanke om at eg hadde bakteriar overalt, sjølv om eg hadde smitteutstyr» (deltakar 5).

3.3 Psykisk stress grunna dårleg samarbeid og konflikhtar

3.3.1 Dårlig samarbeid og arbeidsmiljø medfører psykisk stress

Det tverrfagelege samarbeidet, og samarbeidet i pleiepersonalet, kan medføre psykisk stress i arbeidskvardagen. Deltakarane opplever det vanskeleg at legane ikkje er tilgjengelege og ikkje følgjer opp pasientane, eller at dei ikkje lytta til innspel. Å ikkje få hjelp inne hjå pasientane, eller når det vert misstemning i pleiegruppa når ein spør om hjelp opplevast som psykisk stress. Dette vart forklart slik: «Når du føler at kollegaene dine ikkje skjønner at her er faktisk pasienten dårleg. Det er kjempe stress. Då blir eg utbrent. Då får du for mykje ansvar aleine» (deltakar 2). Ein deltakar trakk fram at krevjande pasientar som ligg i avdelinga over tid til tider kan skape splid i personalet, og at dette då fører til psykisk stress på arbeidsplassen.

Dårlig psykososialt arbeidsmiljø fører til psykisk stress for nokon av deltakarane. Dette er beskrive ved at intensivsjukepleiarane har kollegaer som kjem med negative kommentarar eller tar opp ting på ein ufin måte over lengre tid. Det kan også vere stressande å handsame desse kollegakonfliktane sidan ein må konfrontere kollegaen sin og eventuelt skape ein konflikt. Mistillit mellom kollegaer er også ein arbeidsmiljøfaktor som skapar psykisk stress og utmatting. Ein deltakar erfarer då at jobben som vert gjort for pasientane vert dårlegare.

Vi har jo mange som kjem med negative kommentarar, men du må å gå i personkonfrontasjon for å få ordna opp. Å lage ein konflikt før du kan ta det vidare i systemet, det kvir folk seg på. Fordi du er redd for at konfliktane skal eskalere. Det er ein stressor (deltakar 5).

3.3.2 Psykisk stress grunna samarbeid med leiarar

Deltakarane erfarer at å ikkje bli møtt på ein god måte av leiar fører til psykisk stress. Det kan vere at ein kvir seg på å ta avgjersle grunna frykt for sanksjon frå leiar. Nokre av dei fortel at dei manglar tillit til sine leiarar. Ein deltakar fortel at dette ofte er knytt til kva informasjon som vert formidla til personalet. Korleis leiar møter intensivsjukepleiaren når ein ønskjer å ta opp noko har stor betydning for deltakarane.

Visst vi er ueinige om noko leiar meiner, så går vedkommande rett i forsvarsposisjon. Det er ikkje lett å vere ueinig med vår leiar, sjølv om vi kan få sagt det vi ønskjer så høyrer vedkommande ikkje eigentleg kva vi meiner (deltakar 7).

Å ikkje få tilbakemelding på jobben som vert gjort vert også erfart som psykisk stressande. Deltakarane saknar tilbakemeldingar anten dei er gode eller dårlege. Dei erfarer at det er betre å få ei konstruktiv kritisk tilbakemelding enn å sjølv tenkje på kva som kunne bli gjort betre eller annleis. Ein deltakar beskriv det slik: «Dersom ingen seie noko til meg. Det er faktisk betre at nokon går og gjev meg ei kritisk tilbakemelding enn at eg går å lurar, fordi eg er min verste fiende» (deltakar 2). Fleire av deltakarane saknar også eit klapp på skuldra frå leiinga med spørsmål om korleis det går.

3.4 Mestring av psykisk stress og utmatting

3.4.1 Erfaring og mindre arbeidsbelastning som kjelde til mestring

Deltakarane fortel at etter kvart som dei tileignar seg erfaring som intensivsjukepleiarar vert det psykiske stresset mindre. Ein kandidat fortel at han både meistra betre - og identifiserte seg mindre med pasientsituasjonane han har i kvardagen enn før. «Du må stå i mange nok situasjonar og få litt rutine for å unngå stresset. Då begynne det å roe seg» (deltakar 5). Medan ein anna fortel at han tar mindre pasient- og pårørandesituasjonar innover seg etter å ha jobba i nokre år, så lenge det som kan bli gjort er gjort i situasjonen.

Nokre av deltakarane har også redusert stillingsprosenten då dei erfarer at det er ei for stor belastning å jobbe i full stilling. Deltakarane snakkar også om at dei mestrar stresset betre dersom dei ikkje må jobbe for mange nattevakter, spesielt om dei slepper å ha mange nattevakter på rad eller å snu døgnet mykje fram og tilbake. Ein deltakar fortel at det var lettare å jobbe i todelt turnus, uavhengig om det er kombinasjonen av dag- og nattevakter eller dag- og seinvakter.

3.4.2 Mestring av psykisk stress gjennom samtale

Debriefing er eit hyppig nemnt tiltak både i litteraturen (Missouridou, 2017; Danella et. al, 2017; Mason et. al, 2014) og i intervju om psykisk stress og utmatting, men deltakarane har ulike erfaringar med tiltaket. Dei er i hovudsak positive til debriefing. Intensivsjukepleiarane fortel at dette vanlegvis er eit tiltak som vert nytta etter uvanlege og/eller dramatiske pasientsituasjonar. «Debriefing har vi god erfaring med, men vi har det for lite. Problemet med debriefing er at når situasjonane er store og valdsame så er det veldig kjarpe med å ha debriefing» (deltakar 2). Med dette vart det ytra at dei ønskjer å ha hyppigare debriefingar, spesielt ved meir kvardagslege situasjonar som også kan vere psykisk stressande. Det er ikkje alle deltakarane som har vore med på debriefing. Eit alternativ til debriefing er kollegastøtteordning. Ein av tre institusjonar som er inkludert i dette prosjektet har dette organisert, og deltakarane frå denne institusjonen snakkar positivt til denne ordninga. Tverrfagelege møter vert også trekt fram som ei form for organisert samtale som bidreg til mestring av psykisk stress.

Alle intensivsjukepleiarane som er intervjuet snakkar om at dei nyttar kollegaene sine som samtalepartnarar for å mestre psykisk stress og utmatting. Effekten av dette vert opplevd som varierende. Samtale med kollegaer blir beskrive som ein svært viktig mestringsstrategi etter psykisk stressande periodar. Desse samtalanene vert beskrivne med at dei har ein containereffekt. Containereffekt vart forklart av deltakarane med at ein får snakka om vanskelege tankar og erfaring ein møter på jobb, og kan deretter kjenner seg betre. Viktigheita av å ha kollegaer som ein har tillit til vert understreka av fleire av intensivsjukepleiarane. Likevel ved slike uformelle samtalar meiner ein kandidat at ein situasjon kan bli meir stressande enn den eigentleg er, og nokon meiner at det kan vere vanskeleg å gje konstruktive tilbakemeldingar på denne arenaen.

Å prate med kollegaene har nok ein uformell effekt med at ein får lufta seg nokre gangar. Då ser du nye ting, også får du delt det med dei du sto i situasjonen med. Du får jo tømte deg, ein containereffekt (deltakar 5).

3.4.3 Mestring av psykisk stress gjennom eit godt arbeidsmiljøet

Mange av intensivsjukepleiarane fortel at dei opplever godt samarbeid med kollegaene sine som ei mestring av psykisk stress. Kollegaer og leiarar som ein stolar på og som vert opplevd som støttande vert beskrive som trygg og god mestring. «Visst du har kollegaer rundt deg som er trygge, og du kjenner dei godt. Det er god stressdemping i seg sjølv» (deltakar 2). Dei deltakarane som har tillit til leiinga beskriver ofte leiaren sin som tilgjengeleg, lydhøyr og flink til å informere. Fleire fortel at det er lett å be om hjelp av kollegaer når dei treng det, i tillegg til at fleire av deltakarane opplever ein god kultur i pleiegruppene i forbindelse med å dele på ansvaret for dei mest krevjande pasientane. Nokre av intensivsjukepleiarane beskriv eit trygt arbeidsmiljø når det består av eit fast personale med lite utskifting. På den andre sida fortel ein deltakar at det er gjevande for arbeidsmiljøet med å få nyttilsette. Deltakaren trekker fram at dei nyutdanna har oppdatert og ny kunnskap som bidreg fagleg til avdelinga, noko som også opplevast positivt.

Mange av deltakarane opplevde at dei vert ivaretatt av leiinga etter dramatiske pasientsituasjonar, spesielt dersom saka har vore dekkja av media og det var mange personar involverte i situasjonen. Dei fortel då at dei vert tilbydd debriefing, og at det vert arrangert undervisning for å kunne betre handtere liknande situasjonar i framtida. Ein deltakar beskriv det slik: «Altså dei brydde seg. Det hadde vore mykje verre å verte oversett. Fordi stressmestring det har litt med å bli tatt på alvor og at følelsane dine vert tatt på alvor. Visst ikkje vert du utbrent» (deltakar 2). Intensivsjukepleiarane opplever då at leiinga bryr seg, og opplever at dei i større grad mestrar det psykiske stresset.

4 Drøfting

4.1 Resultatdrøfting

4.1.1 Psykisk stress og utmatting i pasient- og pårørandesituasjonar

Deltakarane i prosjektet erfarer å ha barn som pasientar som psykisk stressande. Klinikarar generelt kjenner seg dårleg rusta til å ha born på generelle intensivavdelingar (Moloney-

Harmon, 2018, s.99). Ansvar for pediatriske pasientar har også vist å føre til sekundært traumatisk stress hjå intensivsjukepleiarar (Missouridou, 2017). For høge krav på arbeid til at ein greier å møte desse er vist å vere ei kjelde til negativt psykisk stress (Renolen, 2015, s. 160). Intensivsjukepleiarane i denne studien som fortel at dei erfarer dette som stressande grunnar det med at dei ikkje har nok kompetanse til å ha ansvar for desse pasientane. Dei opplever at kompetansen ikkje er god nok på grunn av at barn sjeldan er innlagt på avdelingane og at dei dermed ikkje får erfaring med pasientgruppa. Deltakarane fortel også at dei erfarer psykisk stress når dei har ansvar for pasientar med sjeldne diagnosar eller tilstandar. Det kan difor vere naturleg å tenkje at stresset skuldast at intensivsjukepleiarane opplever for låg kompetanse i situasjonane og at arbeidskravet difor vert for høgt, framfor at det er born som pasientgruppe som er årsaka.

Foreldra til borna vert også nemnt som ein årsak til psykisk stress. Intensivsjukepleiarane i denne studien gjev uttrykk for at det er krevjande nok å ha ansvar for pasienten, og at det då vert stressande å skulle ivareta pårørande på same tid. Pårørande som er urolege eller utagerande vert også trekt fram som ein grunn til psykisk stress av deltakarane. Verbalt utagerande pårørande kan føre til sekundært traumatisk stress hjå intensivsjukepleiarar (Missouridou, 2017). Sidan pårørande og andre pasientgrupper som intensivsjukepleiarane finn krevjande generelt vert trekt fram som psykisk stressande peikar det også på at det heller ikkje er barn som pasientgruppe som er stressoren. Krevjande pårørande gjer det altså vanskelegare for intensivsjukepleiarane å møte krava på jobb, som er ei årsak til psykisk stress (Renolen, 2015, s. 160). Barn har ofte med seg pårørande på sjukehus i tillegg til at dei sjeldan er innlagt på intensivavdelingar. Det kan difor vere naturleg å tenkje at det er to separate faktorar som gjev psykisk stress som ofte kjem med denne pasientgruppa.

Nokre av intensivsjukepleiarane i denne studien fortel også at dei erfarer psykisk stress når dei har ansvar for pasientar eller pårørande som dei identifiserer seg med. Fleire nemner det i forbindelse med små born og foreldre. Sjukepleiarar som har born i same alder som innlagte born nemner spesielt at dette er psykisk stressande. Stress vert opplevd utifrå kva emosjonell tilstand ein er i (Renolen, 2015, s. 155) og det er difor nærliggande å tenkje at ein

vurderer pasient- og pårørandesituasjonar som er lik sin eigen som meir stressande. Det er vist at intensivsjukepleiarar som vert emosjonelt involverte i pasientane sine har større risiko for å utvikle sekundært psykisk stress (Missouridou, 2017). Samt at desse intensivsjukepleiarane lett spreier stresset vidare til sine kollegaer (Ervin et. al, 2018). Tidlegare forskning om arbeidsstress hjå intensivsjukepleiarar seier lite om psykisk stress og utmatting knytt til å identifisere seg med pasient og pårørande. Nokre av intensivsjukepleiarane i denne studien seier også at psykisk stress skjer i større grad dersom pårørande er mykje til stades, eller ved mange pårørande. Dette kan syne at det er høva rundt den pediatrike pasienten som skapar psykisk stress, og ikkje det å ha eit born som pasient som er psykisk stressande.

Intensivsjukepleiarar som opplever at dei ikkje får gjort ein tilfredsstillande jobb har større sjanse for å utvikle psykisk stress. Etter store psykiske påkjenningar tek ofte intensivsjukepleiarane emosjonell avstand frå jobb, og trekk seg vekk frå pasientsituasjonen (Missouridou, 2017). Intensivsjukepleiarar i dette prosjektet erfarer også psykisk stress med pasientar som er innlagt over lengre tid og med stort pleiebehov, samt når det er vanskeleg å etablere ein god relasjon til pasientane. Intensivsjukepleiarane opplever ofte at desse pasientane stiller urimelege krav. Dei erfarer då at pasientane slit på tolmodet deira, og dei kjenner seg som dårlegare sjukepleiarar grunna dette. Eine deltakaren erfarer etter slike pasientsituasjonar at han ikkje ønskjer å gå på jobb. Når intensivsjukepleiarane kjenner seg som dårlege sjukepleiarar kan dette vere det som skapar det psykiske stresset, framfor den pasienten dei opplever som krevjande. Stresset deltakarane erfarer kjenneteiknast ved ubehag knytt til pasientsituasjonane, og at det vert vanskeleg å komme seg ut av situasjonen når pasientane er innlagt over lengre tid (Renolen, 2015, s. 154 & 155). Tidlegare forskning nemner ikkje slike pasientsituasjonar i forhold til psykisk stress og utmatting hjå intensivsjukepleiarar, men at opplevinga av å ikkje få gjort ein tilfredsstillande jobb kan utvikle psykisk stress (Missouridou, 2017).

Fleire av deltakarane gav tydeleg uttrykk for at underbemanning er ei kjelde til psykisk stress og utmatting. Dette fører automatisk til for mange arbeidsoppgåver, som igjen fører til at dei

kan miste oversikta eller kjensla av kontroll over pasient- eller arbeidssituasjonar. Tidlegare forskning understøtter at underbemanning er ein faktor som kan føre til utvikling av psykisk stress (Missouridou, 2017). Intensivsjukepleiarane i denne studien grunnar dette med at dei får for mykje ansvar og arbeidsoppgåver. Dette er også ei form for negativt arbeidsstress med at arbeidskrava er for høge til at deltakarane klarar å gjennomføre dei (Renolen, 2015, s. 160). Intensivsjukepleiarane opplever ofte dette psykiske stresset grunna stor arbeidsbelastning når dei har ansvarsvakt. Fleire nemner at dette typisk skjer på helge- og nattevakter, og dei kan difor oppleve desse vaktene som ekstra stressande. Å jobbe turnus har vist å verke negativt inn på intensivsjukepleiarars velvære og helse (Imes & Chasens, 2019). Nokre av intensivsjukepleiarane i denne studien nemner at nattevakter er belastande og kan vere psykisk stressande dersom ein har dei hyppig. Ein fortelje også at det kan vere psykisk stressande å jobbe i tredelt turnus.

Intensivsjukepleiarane trekk fram at låg kompetanse i pleiepersonalet i forhold til bemanning fører til psykisk stress. Dette ofte i form av for få intensivsjukepleiarar eller intensivsjukepleiarar med lite erfaring. Dei fortel at dei kjenner eit ansvar for å ha oversikt over pasientane til sjukepleiarane med lite erfaring eller utan vidareutdanning. Bakgrunns litteraturen seier lite om samanhengen mellom kompetansen i pleiepersonalet og psykisk stress hjå intensivsjukepleiarar. Likevel påpeikast det at tillit til kompetansen til kollegaene påverkar kor vellykka intensivteamet er. Det kjem også fram i litteraturen at det er for lite kunnskap om teamarbeid i intensivavdelingar (Ervin et. al 2018). Noko som kan botne i at studia i bakgrunns litteraturen ikkje er skandinaviske og at kompetansedifferansen i desse landa ikkje er til stades på same måte. Dette ser ein i form av at desse landa ikkje nødvendigvis krev intensivutdanning, men godtar sjukepleiarar med bachelorgrad. At intensivsjukepleiarane har erfaring med at låg kompetanse i pleiepersonalet fører til psykisk stress er difor eit nytt funn i dette prosjektet.

Å ha akutfunksjon kan vere ei kjelde til psykisk stress. Intensivsjukepleiarane i denne studien nemner dette spesielt knytt til vakter med mange arbeidsoppgåver. Arbeidsbelastninga med at det kjem pasientar for akutt hjelp, eller vissheita om at

pasientane kan komme, medfører at fleire kjenner på psykisk stress og ikkje klarer å møte arbeidskrava. Nokre av intensivsjukepleiarane trivast med akutte pasientar, og synast det er gjevande med ein travel arbeidsdag. Dette stemmer overeins med at arbeidstakarar ikkje er i risiko for utvikling av psykisk stress når ein meistrar høge arbeidskrav, men at det utviklast når ein ikkje meistrar stresset (Renolen, 2015, s. 160). Ved at intensivsjukepleiarane opplever det som tilfredsstillande å få akuttpasientar kan gje dei ein oppleving av samanheng, som fører til at den opplevde stressoren ved å få inn ein desse pasientane ikkje vert psykisk stressande (Antonovsky, 2012, s. 36).

Frykta for å gjere feil er ei kjelde til psykisk stress hjå intensivsjukepleiarane i denne studien, og dette vert trekt fram som noko som kan prege deltakarane over tid. Det finnast ikkje bakgrunns litteratur som bekreftar dette funnet. Deltakarane i denne studien forklarar frykta for å gjere feil som eit fenomen som gjerne oppstår når ein er i kaotiske situasjonar med mykje støy og folk. Intensivsjukepleiarane er som nemnt opptatt av å utøve god sjukepleie og å halde høg kvalitet i jobben dei gjer. Dette kjem blant anna fram gjennom at deltakarane oppgjeve at dei opplever psykisk stress knytt til å ikkje få lindra pasientanes symptom adekvat. Dette er i samsvar med tidlegare forskning som seier at det er psykisk stressande at ein ikkje får lindra pasientanes ubehag eller at ein opplever å ikkje få gjort ein tilfredsstillande jobb (Missouridou, 2017). Kjensla av å ikkje ha kontroll, og at noko potensielt kan komme ut av kontroll, verkar altså psykisk stressande for intensivsjukepleiarane. Dette skjer også når dei kjenner seg hjelpelause ved at dei ikkje klarar å gjere ein så god jobb som dei ønskjer. Studia til Missouridou (2017) syner at kjensla av å vere hjelpelause auke risikoen for sekundært stress.

Å frykte for eigen sikkerheit er ei kjelde til psykisk stress og utmatting hjå deltakarane. Frykt er ein naturleg reaksjon på ei klar trugande kjelde. Symptoma på frykt er ubehagelege og kan difor føre til psykisk stress (Renolen 2015, s. 154 & 193). Intensivsjukepleiarane trekk fram dette som ein stressor i forbinding med smittefare og fare for at pasientane skal bli valdelege. Å bli smitta av pasientanes sjukdommar eller å ta med denne smitta heim er grunnen for at dette gjev psykisk stress hjå deltakarane i studien. Å ha lite kunnskap om

sjukdommen eller at pasienten vert alvorleg sjuk og døyr forsterkar det psykiske stresset iføljje intensivsjukepleiarane. Å ikkje greie å redde desse pasientane er ei kjent kjelde til psykisk stress (Missouridou, 2017). Intensivsjukepleiarane som har erfart sjeldne, smittsame sjukdommar beskriver dette som psykisk stressande, blant anna grunna smittefare. Bakgrunns litteraturen har nærmast ingen funn på smittefare og psykisk stress og utmatting hjå intensivsjukepleiarar, og desse erfaringane vert difor vurdert som viktige funn.

Å bli utsett for vald frå pasientar og pårørande er ei kjelde til psykisk stress hjå sjukepleiarar (Danella et. al, 2017). Intensivsjukepleiarane i denne studien fortel at det er ikkje berre valden som kan vere stressande, men også uroa ein potensielt valdeleg pasient fører med seg. Dette førekjem ofte med pasientar som har vist trugande oppførsel eller vore verbalt utagerande ved innlegging. Typiske dømer er ruspasientar, psykotiske og deliriske pasientar. Frykta for at intensivsjukepleiarane skal bli utsett for vald er altså ein stressor. Ein deltakar fortel om å ha bli angrepet av ein pasient og erfarte dette som ei psykisk traume. Intensivsjukepleiarar som vert utsett for traumatiserande stressorar er i risiko for å verte utbrende og skifte yrke (Danella et. al, 2017). Ingen i dette studiet nemnde at dei har hatt lyst til å slutte som sjukepleiarar, men dei vart heller ikkje spurt. Deltakarane som har opplevd vald nemnde fleire mestringsfaktorar som hjelpte dei, til dømes god støtte frå kollegaer og leiarar. Mestring blir drøfta nærmare i seksjon 4.1.3. Deltakarane vart ikkje spurt spesifikt om vald, men dei som nemner dette trekk det fram som ein viktig stressor. Dersom alle hadde blitt spurt om erfaringar med psykisk stress og vald kunne det moglegvis kome fram fleire erfaringar. Intensivsjukepleiarars erfaringar med vald i arbeidssituasjon kan difor vere interessant å forske vidare på.

4.1.2 Psykisk stress grunna dårleg samarbeid og konflikter

Det er lite kunnskap om samarbeid i intensivavdelingar (Ervin et. al, 2018). Når samarbeidet i pleiepersonalet er dårleg erfarer intensivsjukepleiarane i denne studien dette som psykisk stressande. Bakgrunnen for det dårlege samarbeidet er forskjellig, men det er ingen deltakarar som fortel at samarbeidet ikkje påverke deira erfaringar med psykisk stress. Nokre av deltakarane erfarer dette spesielt i akuttsituasjonar med ressurskrevjande

pasientar, ved at dei ikkje får den hjelpa dei trenger og at dei difor ikkje kjenner seg tatt på alvor av kollegaene sine. Erfaringane til intensivsjukepleiarane i denne studien som omhandlar samarbeid som medfører psykisk stress og utmatting kan difor vere svært interessante. Å ha tillit til kollegaene sine er essensielt for å halde høg kvalitet på pleia til intensivpasienten (Ervin et. al, 2018), og dårleg samarbeid er også synt som ein medverkande faktor for dårleg pleie til pasientane (Donovan et. al, 2018). Å ha gode forhold til kollegaene sine og å oppleve sosial støtte på jobb er viktig for å ikkje utvikle psykiatriske diagnoser (Danella et. al, 2017). Dette harmonerer med intensivsjukepleiarane i denne studien sine erfaringar med at dei vert psykisk stressa og utmatta av dårleg samarbeid og misstillit blant kollegaene. Dersom dette medfører konflikter med kollegaene sine erfarer deltakarane det som psykisk stressande samt at arbeidsmiljøet vert dårlegare.

Deltakarane erfarer dårleg samarbeid med kollegaer når pasientar med stort pleiebehov er innlagt over tid. Deltakarane opplever at desse pasientane skapar splid i pleiepersonalet. Eit nytt funn med denne studien er at intensivsjukepleiarane erfarer psykisk stress grunna dårleg samarbeid. Spesielt gjeld dette i tilknytning til pasientar som er innlagt over lenger tid. Dette handlar også om samarbeid i intensivavdelingar, der det som nemnt er lite kunnskap (Ervin et. al 2019). Når deltakarane står i slike situasjonar og opplever at kollegaene kjem med negative kommentarar eller at det vert ei misstemning i samarbeidet opplevast dette som dårleg arbeidsmiljø, noko intensivsjukepleiarane også erfarer som psykisk stressande. Arbeidsmiljø spelar ei vesentleg rolle i utviklinga av utbrentheit (Renolen, 2015, s. 161). Deltakarane trekk fram fleire årsakar og stressorar som skapar dårleg samarbeid og arbeidsmiljø, men desse varierer blant deltakarane. Felles er at alle intensivsjukepleiarane erfarer psykisk stress knytt til dårleg samarbeid og arbeidsmiljø i pleiegruppa, sjølv om alle deltakarane gjev uttrykk for at dei har eit godt arbeidsmiljø på arbeidsplassane sine. Dette samsvarar med studien til Danella et. al (2017) som understrekar at intensivsjukepleiarar med godt forhold til kollegaene har mindre risiko for å utvikle angst, PTSD og andre psykiatriske diagnoser.

Dårleg tverrfagleg samarbeid vert trekt fram som ei kjelde til psykisk stress.

Intensivsjukepleiarane erfarer spesielt dårleg samarbeid med legane som psykisk stressande. Dei erfarer dette når dei opplever at legane ikkje følgjer opp dei innlagte pasientane, og dei då kjenner seg aleine med ansvaret for pasienten. Når legane ikkje er opne for innspel eller lyttar til intensivsjukepleiarane sine perspektiv og forslag om behandlinga vert det også erfart som ein stressor, til tross for at pasientbehandlinga er leganes ansvar. Eit godt tverrfageleg team rundt intensivpatienten skal kunne utveksle informasjon og jobbe mot eit felles mål (Ervin et. al, 2018). Dette er avgjerande for at intensivpatienten skal få god pleie (Donovan et. al, 2018). Deltakarane er opptatt av å utøve sjukepleie av høg kvalitet og opplever at dette vert forhindra når det tverrfaglege samarbeidet manglar. Ein kan stille spørsmål om denne motsetninga kan vere årsaka til det psykiske stresset. I dette prosjektet har vi berre intensivsjukepleiarane sitt perspektiv, så ein må difor ta omsyn til at ein ikkje har data på legane sitt perspektiv og at det kunne ha ført til andre resultat.

Forholdet og samarbeidet mellom leiarane og intensivsjukepleiarane kan vere ein årsak til psykisk stress. Den sosiale støtta intensivsjukepleiarar får av sine overordna har samanheng med utviklinga av psykisk stress i form av at lite sosial støtte aukar risikoen for utvikling av psykiatriske diagnosar (Danella et. al, 2017). Deltakarane har ulike erfaringar med kva faktorar som er viktig i måten dei vert møtt av sine leiarar. Måten leiarane møter intensivsjukepleiarane på og grad av tilgjengelegheit er av stor betydning. Fleire snakkar om at informasjon spelar ei viktig rolle for tilliten intensivsjukepleiarane har til leiarane sine. At leiarar snakkar opent om feil som skjer i avdelinga har ei betydning for at det tverrfagelege teamet skal vere godt (Ervin et. al, 2018). Dersom intensivsjukepleiarane får god informasjon av leiarane sine, til dømes om drifta av avdelinga og sjukehuset i tillegg til bakgrunn for korleis ting vert gjort, erfarer dei mindre uro knytt til den dagelege drifta. Når dei opplever at dei får lite informasjon vert dei usikre på leiarane og dette kan medføre uro og stress i arbeidet. Dette er i samsvar med at utveksling av informasjon er viktig for å oppnå eit vellykka intensivteam (Ervin et. al, 2018). At lite informasjon frå leiarar kan føre til psykisk stress er derimot ikkje tidlegare beskrive i bakgrunns litteraturen til dette prosjektet.

Intensivsjukepleiarar i denne studien som opplever å ikkje bli sett av leiar for jobben dei gjer kjenner på psykisk stress. Eit anna moment som medfører psykisk stress er når det ikkje er rom for å ta opp ting som plagar eller lagar problem. Til dømes når ein har ansvarsvakt og må ta avgjersle i drifta av avdelinga og deretter vert møtt på ein negativ måte av leiar i etterkant. Bakgrunnen for dette er at dei då vert usikre på vala dei har gjort i situasjonane dei har stått i. Denne usikkerheita vert psykisk stressande og deltakarane føretekker difor å få tilbakemeldingar på kva som er gjort. Intensivsjukepleiarane seier at dei heller vil ha konstruktiv kritikk for jobben dei har gjort framfor ingen tilbakemelding. Dette harmonerer med at sosial støtte frå leiinga medverke til å redusere utviklinga av angst og liknande hjå intensivsjukepleiarar (Danella et. al, 2017). Desse tilbakemeldingane verker tryggande ifølgje deltakarane, samt at deltakarane ikkje grublar over vala dei gjorde. Dette er også ein årsak til fråveret av psykisk stress.

4.1.3 Mestring

Intensivsjukepleiarane mestrer det psykiske stressert betre etter kvart som dei får meir erfaring i jobben. Det blir beskrive med at når ein har stått i dei ulike pasient- og pårørandesituasjonane nokre gangar vert ein tryggare i pasientansvaret. Dette passar med at intensivsjukepleiarane erfarer sjeldne pasientsituasjonar som psykisk stressande. Evna ein har til å handsame utfordringar eller påkjenningar spelar ei viktig rolle for mestring (Renolen, 2015, s. 166). Så det er dermed naturleg at intensivsjukepleiarane fortel at erfaring fører til auka mestring av psykisk stress i pasient- og pårørandesituasjonar. Det kjem også fram i litteraturen at intensivsjukepleiarar som har jobba mindre enn ti år har høgare grad av angst enn dei med meir enn ti års erfaring (Burch et. al, 2018). Derimot syner litteraturen at intensivsjukepleiarar som har jobba meir enn fem år erfarer meir sekundær traumatisering enn dei med mindre erfaring (Mason et. al, 2014). Ingen av deltakarane i denne studien beskriver at dei har fått sekundær traumatisering frå pasientane, men dei har opplevd traume av til dømes vald.

Deltakarane i studiet fortel at dei involverer seg mindre i pasientsituasjonane etter kvart som dei får erfaring. Når sjukepleiarar opplever store psykiske påkjenningar tar dei ofte

emosjonell avstand til pasientane og utviklar dermed auka risiko for å utvikle sekundært psykisk stress (Missouridou, 2017). Dette kan ha samanheng med at intensivsjukepleiarane opplever at dei involverer seg mindre, sidan dette kan vere det likt med å ta emosjonell avstand. Å ta emosjonell avstand vil seie å ha aukande kald og likegyldig avstand til pasientane (Renolen, 2015, s. 159). Deltakarane grunnar dette sjølv med at dei har blitt flinkare til å ha profesjonell avstand til pasientane etter kvart som dei har tileigna seg erfaring. Intensivsjukepleiarane i denne studien kan også ha utvikla ei god kjenslefokusert mestring som gjer at dei er flinke til å regulere kjenslene som oppstår i møte med det psykiske stresset dei møter i pasientsituasjonane. Kjenslefokusert mestring handlar om regulering av kjensler i møte med ein stressor (Lazarus, 2009, s. 145). På same tid kan sekundær traumatisering også føre til ein tek avstand frå pasientane (Burch et. al, 2018). Sidan deltakarane i denne studien ikkje beskriver sekundær traumatisering og er opptatt av å gjere ein god jobb for pasientane tolkar ein at god mestring spelar ei større rolle enn sekundær traumatisering for avstanden dei tek til pasientane.

Stillingsprosent og arbeidstider spelar ei rolle for korleis intensivsjukepleiarane mestrar det psykiske stresset i arbeidskvardagen. Nokre av intensivsjukepleiarane har gått ned i stilling for å ivareta seg sjølv fordi det er for lastande å ha full stilling. Å ha for høge arbeidskrav til at ein klarar å møte dei er som nemnt ei kjelde til psykisk stress (Renolen, 2015, 160). Å redusere stillingsprosenten vert då ein måte å redusere arbeidsmenga for å greie å møte den. Problemfokusert mestring handlar om å møte ein situasjon utifrå informasjonen ein har om problemet (Lazarus, 2009, 145). Sidan deltakarane reduserer stillingsprosenten utifrå at dei veit at arbeidsbelastninga vert for stor er dette ein problemfokusert mestringmetode. Deltakarane fortel også at dei mestrar det psykiske stresset betre når dei ikkje må jobbe mange nattevakter over korte periodar, i tillegg til at dei opplever stresset mindre når dei jobbar i todelt turnus. Litteraturen syner også at intensivsjukepleiarar kan få dårlegare helse og velvære av å jobbe turnus (Imes & Chasens, 2019). På grunn av dette kan intensivsjukepleiarane vere i ein anna emosjonell tilstand etter nattevaktene, og dette kan påverke korleis dei stressvurderer ein situasjon (Renolen, 2015, s. 155). Opplevinga av å mestre arbeidskvardagen kan i desse høva også handle om korleis dei stressvurderer i periodar med mange nattevakter.

Å snakke uformelt med kollegaer om vanskelege situasjonar deltakarane møter på jobb er ein vanleg mestringsstrategi. For fleire av intensivsjukepleiarane var dette ein av dei viktigaste mestringsstrategiane. Å ha kollegaer som ein har tillit til vert trekt fram som viktig i denne samanhengen. Desse samtalan bidreg også til at ein ikkje kjenner behov for andre samtaletiltak for å mestre psykisk stress og utmatting. Å nytte kollegaene sine til å snakke om kjenslene sine kan bidra til at deltakarane greier å regulere desse, som betyr at dette er ei form for kjenslefokusert mestring (Lazarus, 2009, s. 145). Å få sosial støtte frå kollegaer er viktig for at intensivsjukepleiarar ikkje skal utvikle angst, PTSD eller andre psykiatriske diagnosar (Danella et. al, 2017). Støtte frå kollegaer er også viktig for å kunne mestre arbeidsstress (Renolen, 2015, s. 161). Nokre av intensivsjukepleiarane synast derimot ikkje at uformelle samtalar er ein god mestringsstrategi på grunn av at dei ikkje kjenner seg komfortable med å gje konstruktive tilbakemeldingar til kollegaer som ønskjer å fortelle om ein vanskeleg situasjon. Deltakarane kan også adoptere kvarandre sitt psykiske stress knytt til ein situasjon, slik at opplevinga av stress vert høgare etter slike samtalar. Litteraturen syner også at intensivsjukepleiarar som opplever emosjonelt stress har også lett for å spreie dette til kollegaene sine (Ervin et. al, 2018).

Å snakke med sambuar, ektefelle eller vener om ein psykisk stressande eller utmattande dag er ein mestringsstrategi som vert trekt fram. Sjukepleiarar med partnarar har lågare grad av emosjonell utmatting enn dei utan (Mason et. al, 2014). Open diskusjon er fordelaktig i forhold til å førebyggje psykiske lidingar hjå intensivsjukepleiarar (Missouridou, 2017), uavhengig om det er på jobb eller heime. Samtalan på heimebane vert nytta for å mestre stresset ved å kunne lufte kjenslene sine, dette vert difor ein kjenslefokusert mestringsstrategi (Lazarus, 2009, s.145). Alle deltakarane som fortel at dei nyttar denne mestringsstrategien er opptatt av å understreke at dei overheld teieplikta. Helsepersonell skal hindre at andre får opplysingar om pasientar sine sjukdoms-, kroppslege – og personlege forhold (Helsepersonelloven, 1999). Eg som forskar oppfatta at intensivsjukepleiarane var urolege for at det skal bli oppfatta som at dei ikkje haldt teieplikta si. Noko som var grunna i, blant anna, at deltakarane var opptatt av å halde høg kvalitet i

jobben dei gjer og at det i verste fall kan få juridiske konsekvensar for dei. Denne mestringsstrategien kan difor ha vore viktigare enn det kom fram i intervjuet. Ein annan faktor som kan ha ført til dette inntrykket er at eg personleg opplever samtalar med mine pårørande som ein viktig mestringsstrategi, og at mi forforståing difor kan ha gitt meg dette inntrykket.

Organiserte samtalar som tverrfagelege møter og debriefing for å mestre psykisk stress og utmatting er ein viktig mestringsstrategi som alle deltakarane har erfaring med. Mange har erfaring med at dette er eit viktig og godt tiltak mot psykisk stress. I desse samtalane og møta går ein ofte igjennom ein situasjon systematisk, og deltakarane fortel at dette hjelper til å forstå kvifor situasjonane utspelte seg som dei gjorde. Intensivsjukepleiarane får då ein auka struktur og forståing for situasjonen. Dette kan altså bidra til ei oppleving av samanheng som kan vere helsebringande (Antonovsky, 2012, s. 41). Som eit resultat av samtalane vert dei utfordrande situasjonane meir begripelege og difor lettare å mestre. Intensivsjukepleiarane har også undervisning i etterkant av psykisk stressande pasientsituasjonar, noko som kan bidra til at desse situasjonane vert meir forståelege. Når situasjonane som gjev psykisk stress opplevast som meningsfylte og begripelege kan dette vere motiverande (Antonovsky, 2012, s. 150). Samtalane og internundervisninga bidreg altså til at intensivsjukepleiarane seinare kan mestre dei stressfylte pasientsituasjonane betre. Sidan intensivsjukepleiarane mestrar desse situasjonane med å tileigne seg informasjon om situasjonane dei har stått i vert dette ei problemfokusert mestring. På same tid får dei snakke om kjenslene sine i debriefingar som kan bidra til å setje stress, kjensler og mestring i samanheng. Dette bidrar til at mestringsa også vert kjenslefokusert (Lazarus, 2009, s. 145), samt at det kan auke opplevinga av samanheng som også bidreg til mestring (Antonovsky, 2012, s. 36).

Debriefing er fordelaktig etter vanskelege eller kritiske pasientsituasjonar (Missouridou, 2017). Litteraturen syner at intensivsjukepleiarar som har vore med på dette har færre konflikter med kollegaene sine og opplever større støtte av sjukehusleiinga. Ved å unngå konflikter med kollegaene sine kan det bidra til eit godt arbeidsmiljø. Å ha eit godt forhold til

kollegaer og få støtte av leiarar bidreg som nemnt til førebygging av psykiatriske diagnoser hjå intensivsjukepleiarar (Danella et. al, 2017). Å ha leiarar som snakkar om feil som har skjedd bidreg også til betre tverrfageleg samarbeid. Deltakarane sakna debriefing i kvardagslege pasientsituasjonar, då dei erfarte at dette stort sett førekjem i meir dramatiske situasjonar. Debriefing vert oftast organisert på dagtid og sidan nokon må jobbe på kvelds- og nattetid vil ikkje alle dra nytte av dette tiltaket (Mason et. al, 2014). Ein av intensivsjukepleiarane i denne studien har ikkje vore med på debriefing, men trur likevel at det er eit godt tiltak.

Eit alternativ til debriefing er kollegastøtteordning. Dette vert iføljje deltakarane organisert regelmessig for pleiepersonalet og er ein arena for sjukepleiarane å ta opp ting dei har erfart som vanskeleg. Det kan vere pasient- og pårørandesituasjonar, saker med leiinga eller i pleiepersonalet med meir. Å luften erfaringar som opplevast som vanskeleg vil vere å jobbe med emosjonsregulering og dette vil dermed vere ein kjenslefokusert mestringsstrategi (Lazarus, 2009, s. 145). Det er eitt sjukehus i denne studien som organiserer kollegastøtte, og intensivsjukepleiarane som jobbar på dette sjukehuset erfarer det som eit godt tiltak mot psykisk stress. Desse intensivsjukepleiarane gjev ikkje uttrykk for at dei trenger meir debriefing. Ein kan difor tenkje seg at eit slik tiltak kan redusere intensivsjukepleiarane sitt behov for debriefing også på dei andre institusjonane. Likevel kan ein ikkje sjå vekk frå at det er andre faktorar som fører til at intensivsjukepleiarane på dette sjukehuset ikkje gjev uttrykk for at dei får for lite debriefing. Korleis ein opplever noko traumatisk varierer frå person til person, utifrå kva personlegdomstrekk ein har (Lazarus, 2009, s. 75). Til dømes spelar robustheit, optimisme og humor ei rolle (Renolen, 2015, s. 166). Det kan altså vere personlegdomstrekk hjå intensivsjukepleiarane som vart intervjuja på dette sjukehuset som spelar ei rolle for kor mykje debriefing dei kjenner behov for. Majoriteten av kandidatane hørte også til dei andre sjukehusa som er inkludert i studiet.

Alle deltakarane i dette prosjektet opplever å ha godt arbeidsmiljø på sin arbeidsplass og beskriver dette som ein viktig faktor for å mestre psykisk stress og utmatting i jobben. Å mestre psykisk stress og utmatting på jobb på ein tilfredsstillande måte vil verke positivt inn

på helsa til den som opplever stresset (Antonovsky, 2012, s. 36). Intensivsjukepleiarane som er fornøgde med leiinga beskriver det som ein faktor som bidreg til godt arbeidsmiljø. Kva som erfarast som godt arbeidsmiljø varierer frå deltakar til deltakar, men det sosiale spelar ei stor rolle for mange. Godt arbeidsmiljø, gode relasjonar og støtte frå leiinga kan vere med på å førebyggje at intensivsjukepleiarane utviklar psykiatriske diagnosar (Danella et. al, 2017).

4.2 Metodedrøfting

Metodedrøftinga tek utgangspunkt i Malterud sine prinsipp om vitskapleg kunnskap som er refleksivitet, relevans og validitet i metoden. Desse prinsippa er følgt i dette studiet og kva faktorar som kan påverke resultatet vert drøfta. Målet i drøftinga er å identifisere styrker og svakheiter med metoden og trekke fram betydinga av desse (Malterud, 2018, s. 25).

4.2.1 Refleksivitet

Refleksivitet handlar om at ein skal vurdere sitt personlege utgangspunkt i forskinga som vert gjort. Å sjå på resultatet i eige studie på ein objektiv måte er vanskeleg. Til dømes når klinikarar forskar på eige felt vil det gje forskaren ein nærleik til stoffet. Når ein forskar er det viktig å vere bevisst på eigne fordommar, samt sin kulturelle- og teoretiske ståstad. Difor må ein stille seg sjølv kritiske spørsmål om sin eigen posisjon, kva fordommar ein har og om ein har sterke meiningar innan feltet. Når dette er tatt stilling til kan ein vurdere korleis det har påverka prosjektet (Malterud, 2017, s. 19-21).

Eg er nyutdanna intensivsjukepleiar og var før dette sjukepleiar, og forskar difor på eige fagfelt. Før eg byrja på vidareutdanning jobba eg på kreftavdeling og var med på fleire situasjonar som eg opplevde som psykisk stressande og eg kunne tidvis vere utmatta. Igjennom studieløpet har eg også vore i praksis på fleire intensivavdelingar, der eg ofte tenkte på korleis tilsette på avdelingane faktisk erfarte situasjonane dei var i. I desse periodane møtte eg på fleire krevjande pasientsituasjonar, som fekk meg til å reflektere om kor vidt det måtte vere psykisk stressande eller potensielt utmattande for

intensivsjukepleiaren som stod i det. Dette gjev meg ein nærleik til stoffet, ved at eg har egne erfaringar med psykisk stress og utmatting, og ved at eg har opparbeida meg tankar om kva som kan ha vore vanskeleg for intensivsjukepleiarane. Eg hadde også ein hypotese om at intensivsjukepleiarar har ein del erfaring med psykisk stress og utmatting før prosjektstart.

Desse faktorane er umogelege å eliminere, slik at eg får eit fullstendig objektivt blick på feltet eg forskar på. Eg har forsøkt å vere bevisst på eigen ståstad, og brukt tid på rettleiing til å få tilpassa til dømes intervjuguiden til å bli mest mogeleg open. I analysen er berre sitat frå transkripsjonane nytta, etter metoden som er beskriven tidlegare, slik at det ikkje vert rom for mine tolkingar i framstilling av funna. Nærleiken til stoffet kan også representere ein ressurs i forskingsprosessen dersom forskaren sin ståstad og kunnskap kan gje spesielle forutsettingar for innsikt og forståing (Malterud, 2017, s. 21). Forkunnskapen min som intensivsjukepleiar gjev meg innsikt i deltakaranes arbeid og fag kan også ha vore med på å styrke mi innsikt og forståing for deltakaranes erfaringar. Dette kan også ha ført til at deltakarane kunne dele meir i intervju, sidan dei visste at eg hadde eit fageleg utgangspunkt for å forstå dei.

Sidan datasamlinga i dette prosjektet føregjekk med intervju brukte eg meg sjølv som eit forskingsverktøy. Som forskar vil min person ha påverka forskingsprosessen og resultatet av denne. Forskaren som person påverkar resultatet uansett kva forskingsform som er nytta, men spelar ei stor rolle i kvalitative studiar. I intervju vil det mellommenneskelege spelet og den kulturelle konteksten ha ein innverknad på kunnskapsutviklinga. Faktorar som kan svekke resultatets gyldigheit og pålitelegheit kan til dømes vere at ein som forskar er for sterkt til stades under intervju, stiller ledande spørsmål eller let sine personlege meiningar komme tydeleg fram (Malterud, 2017, s. 41 & 42). Dette har eg forsøkt å unngå med å samarbeide med rettleiar om intervjuguide, gjennomføring av pilotintervju og tilbakemeldingar på intervjustil og -innhald. Dette intervjuet vart ikkje nytta i analysen. Eg har forsøkt å vere bevisst på å stille opne spørsmål og vere mest mogeleg nøytral i intervju, på same tid som eg har støtta under det deltakarane har fortalt. Dette vart gjort ved å spegle

kjenslene deltakarane gav uttrykk for i intervju, og å bekrefte historiene dei fortalde med å be om utdjuping eller ved gjentakning. I enkelte intervju hadde eg noko vanskar med å skjule at eg var einig med deltakarane dersom dei fortalte noko engasjerande.

4.2.2 Relevans

Relevans handlar om i kva grad forskingsresultatet kan nyttast i praksis, om det har kome fram ny kunnskap og om kunnskapen kan overførast. Som forskar ønskjer ein at andre kan lære av studia som er gjennomført. I medisin og helsefag er kravet om relevans svært aktuelt (Malterud, 2018, s. 21). Dette prosjektet er helsefageleg og sidan det er intensivsjukepleiarar som vert intervju om sine erfaringar med psykisk stress og utmatting i arbeid vil resultatet kunne vere aktuelt for praksis. Til dømes kan dei mestringsstrategiane som vert erfart som effektive overførast til andre intensivsjukepleiarar. Tiltaka på arbeidsstadane som bidreg til mestring kan også overførast til annan praksis. Det kan også vere nyttig å lære kva intensivsjukepleiarar erfarer som psykisk stressande og utmattande for å kunne ruste seg mot desse stressorane. Sidan alle intensivsjukepleiarane i prosjektet jobbar på generelle intensivavdelingar kan resultata vere interessante for andre intensivsjukepleiarar og andre faggrupper som jobbar med dei same intensivpasientane.

Medisinsk og helsefageleg forskning er sjeldan heilt original, på grunn av at spørsmåla og metodane som vert nytta ofte har vore nytta og belyst tidlegare. Sjølv om noko er forska på tidlegare kan ein tilføre ny kunnskap med å endre forskingsmetode eller formulere problemstillinga på ein ny, original måte. Å finne ny kunnskap om eit velkjent tema kan endre måten vi forstår ei gammal problemstilling (Malterud, 2018, s.22). Sidan det finnast ein del tidlegare forskning på intensivsjukepleiarar med psykisk stress og utmatting i jobbsituasjon kan det redusere nytteverdien til dette prosjektet. På same tid vart det funnet lite vestleg og kvalitativ forskning på problemstillinga og dermed auke graden av relevans til prosjektet. Resultata i dette prosjektet kan også utdjupe tidlegare funn og gje større innsikt i desse funna som bidreg til å auke nytteverdien av prosjektet.

4.2.3 Validitet

Å validere vil seie å vurdere kunnskapen si gyldigheit (Malterud, 2018, s. 192). Når ein skal vurdere eit prosjekt sin validitet ser ein på intern- og ekstern validitet. Intern validitet seier noko om kva svara på problemstillinga er sant om. Det handlar om at deltakar og forskar forstår kvarandre, at deltakaren svarar på det som vert spurt om, og at forskaren forstår kva som vert sagt. Intern validitet skal også seie noko om ein har nytta relevante omgrep og kartleggingsmetodar i forhold til det ein studerer (Malterud, 2018, s. 23). I dette prosjektet var seks av sju deltakarar av same nasjonalitet som intervjuar, og den siste deltakaren snakka godt norsk og var godt integrert. Det var difor liten fare for språkelege missforståingar som kan ha ført til at deltakarane svara på noko anna enn intervjuar spurte om. Intervjuar bruke dialogisk validering ved å gjenta det intensivsjukepleiarane fortalte, for å skrive at det vart forstått rett (Malterud, 2018, s.193). I starten av intervjuar vart deltakarane også spurt om korleis dei forsto omgrepa psykisk stress og utmatting, for å hindre at dei forklarte sine erfaringar med eit utgangspunkt som intervjuar ikkje følgde. Eg som intervjuar var yngre enn alle intensivsjukepleiarane som vart intervjuar og motsett kjønn av fem av deltakarane, i tillegg til at eg har vore i praksis på ei av avdelingane der nokre av deltakarane jobba. Dette kan ha vore med på å farga måten dei såg meg på, og dermed svara i intervjuar.

Ekstern validitet handlar om kunnskapens evne til overføring. Her er det viktig å sjå på konteksten til datasamlinga og utvalet i studien (Malterud, 2018, s. 24). Det er allereie nemnt under relevans at funna i dette prosjektet moglegvis kan overførast til andre intensivsjukepleiarar og helsepersonell i generelle intensivavdelingar. I tillegg til dette burde det nemnast at det er ei klar overvekt av kvinnelege deltakarar i studien som svekker den eksterne validiteten noko. På same tid er 84.5% av helsepersonell i Noreg kvinnelege (Statistisk sentralbyrå, 2020) som vil seie at dette samsvarar med fordelinga av kjønna i prosjektet. Alle deltakarane i dette prosjektet jobbar i same helseregion i Noreg. Det må difor takast høgde for at det kan vere noko variasjonar i resultatata i forhold til andre helseregionar i landet. På same tid skal helsevesenet vere bygd opp likt i Noreg, og det er difor truleg at funna kan overførast til også desse helseregionane. Deltakarane jobba på tre

ulike sjukehus med forskjellige funksjonar, som kan bidra til å auke i kva grad resultatet kan overførast til andre sjukehus utanom prosjektet.

Når ein forskar på ei gruppes meiningar, erfaringar eller handlingar må ein sørge for at det empiriske materialet og tolkingane har eit gyldig bindeledd mellom utgangspunktet og materialet. Difor er det viktig at rekontekstualisering følgjer dekontekstualiseringa i analysen (Malterud, 2018, s. 193 & 194). For å best mogeleg halde bindeleddet mellom utgangspunktet og materialet er det brukt mykje tid på dekontekstualiseringa og rekontekstualiseringa, i tillegg til at det er trekt inn andre for å kunne kritisk vurdere denne biten av analysen. Dette er beskrevet nærmare i seksjon 2.5 «Analyse». Ved at vi er fleire som er einige om at bindeleddet mellom dekontekstualiseringa og rekontekstualiseringa er på plass vil det kunne styrke validiteten her.

Pragmatisk validitet seier noko om at kunnskapen som vert brakt fram i forskinga skal kunne nyttast i praksis (Malterud, 2018, s. 198). Som beskrevet innleiingsvis og under relevans vil resultatene i dette prosjektet truleg kunne nyttast i ulike intensivavdelingar. Både ved at intensivpersonell kan lære om kva erfaringar erfarne intensivsjukepleiarar har med psykisk stress og utmatting og då ruste seg mot desse, og ved at mestringsstrategiane og –tiltaka som intensivsjukepleiarane har god erfaring med kan nyttast i praksis, enten av den enkelte intensivsjukepleiar eller at leiarane integrerer aktuelle tiltak i drifta av si intensivavdeling. Dette prosjektet vurderast difor til å ha god pragmatisk validitet.

5 Konklusjon

Intensivsjukepleiarar i denne studien har fleire erfaringar med psykisk stress i jobbsituasjon. Å ha ansvar for uvanlege pasient- og pårørandesituasjonar der intensivsjukepleiararen opplever å ha for lite kompetanse og dersom intensivsjukepleiarane opplever å ikkje ha kontroll eller oversikt i ein pasientsituasjon kan dette føre til psykisk stress. Vidare erfarer intensivsjukepleiarane også dette ved å ha opplevinga av å gjere ein dårleg jobb, i tillegg til

at pasientar eller pårørende som er eller potensielt kan bli valdelege. Utanom dette erfarer dei at dårleg samarbeid, underbemanning, lite støtte frå kollegaer og leiarar, konflikter på arbeidsstaden og dårleg samarbeid og relasjon til leiar kan medføre psykisk stress. Desse funna er i samsvar med tidlegare forskning. Nye resultat i studien er at intensivsjukepleiarar erfarer ressurskrevjande pasientar som er innlagt over lengre tid med stort pleiebehov, pasientsituasjonar som intensivsjukepleiaren identifiserer seg eller familien sin med, frykta for å gjere feil og for låg kompetanse i pleiepersonalet kan føre til psykisk stress og utmatting. Intensivsjukepleiarane beskriver lite om psykisk utmatting som har påverka dei nok til at har prega dei i jobbsituasjon.

Intensivsjukepleiarane i denne studien har erfaring med både problemfokuserte og kjenslefokuserte mestringsiltak mot psykisk stress. Viktige er samtaleiltak som uformelle samtalar med kollegaer og andre nære, debriefing, tverrfaglege møter og støtteordningar. Støtte og informasjon frå leiinga og kollegaer, godt arbeidsmiljø og gode relasjonar bidreg til god mestring av psykisk stress. Kompetanse og lang erfaring med ulike pasient- og pårørandesituasjonar erfarast også viktig for mestring. Til slutt er det å kople av på heimebane med fysisk aktivitet eller støtte viktig.

6 Implikasjon for praksis og vidare forskning

Fordi Intensivsjukepleiarane har god erfaring med samtaleiltak som debriefing, tverrfaglege møter og kollegastøtteordning vil organisering av dette i praksis kunne vere med på å førebyggje psykisk stress og utmatting hjå intensivsjukepleiarane. Dei sjukehusa som ikkje har organisert kollegastøtteordning kan vurdere å trekke det inn i, sidan intensivsjukepleiarane som har erfaring med det opplever det som eit godt tiltak. Å vedlikehalde og auke kompetansen på uvanlege pasientsituasjonar kan også vere med på å førebyggje psykisk stress og utmatting, ved til dømes kurs, praktisk øving eller internundervising. Tiltak for godt arbeidsmiljø og godt tverrfagleg samarbeid kan også vere fordelaktig sidan dette bidreg til mestring.

12 Mars 2020 erklærte Verdas helseorganisasjon (WHO) utbrotet av Covid-19 viruset som ei alvorleg hending med konsekvensar for internasjonal folkehelse (WHO, 2020). Ein slik pandemi har Noreg ikkje opplevd i nyare tider, og det er stor usikkerheit i korleis den vil utvikle seg i Noreg (Folkehelseinstituttet, 2020). I ei ny kvantitativ studie, som ikkje er fagfelleverdert, kjem det fram at 27.7% av helsepersonellet som jobbar med pasientar med Covid-19 har symptom på PTSD, og at dei som jobbar direkte med pasientane har høgast førekomst av symptoma (Johnson, Ebrahimi & Hoffart, 2020). Intervjua til studien i masteroppgåva vart gjennomført før pandemien kom for fullt til Noreg. Det er difor sannsynleg at intensivsjukepleiarane har tileigna seg nye erfaringar om psykisk stress og utmatting knytt til smittefare, etter dei vart intervjua til dette studiet. Den tidlegare forskinga seier lite om psykisk stress og utmatting knytt til smittefare for intensivsjukepleiarar. Det vil altså vere svært aktuelt å gjere fleire studium på intensivsjukepleiarar og psykisk stress knytt til smittefare i framtida.

Sidan intensivsjukepleiarane i denne studien snakka meir om psykisk stress enn utmatting vil resultata her vere mest representative for psykisk stress. Det vil difor vere aktuelt å forske vidare på psykisk utmatting åleine. Det var også ingen av intensivsjukepleiarane i dette prosjektet som har vore sjukemeldt grunna psykisk stress og utmatting. Difor vil det vere interessant å kunne forske på intensivsjukepleiarar som har vore sjukemeld, spesielt sidan det er mange som erfarer psykisk utmatting kvar veke (Statistisk sentralbyrå, 2017). Det kan også vere aktuelt å forske på nyutdanna intensivsjukepleiarar eller intensivsjukepleiarar med lite erfaring sine arbeidserfaringar med psykisk stress og utmatting sidan intensivsjukepleiarane i denne studien erfarer at arbeidserfaring bidreg til mestring. Til slutt vil det også vere interessant å forske på legane og leiarane som jobbar på generelle intensivavdelingar sine erfaringar med psykisk stress og utmatting på intensivavdelingar, sidan dei er trekt fram som viktige faktorar for både stress og mestring av intensivsjukepleiarane.

7 Bibliografi

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens Mysterium*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bursch, B., Emerson, N. D., Arevian, A. C., Aralis, H., Galuska, L., Bushman, J., . . . Bulut, Y. (2018, September 04). Feasibility of online mental wellness self-assessment and feedback for pediatric and neonatal critical care nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, ss. 62-68.
- Danella, N., Hamilton, S., & Heinrich, C. (2017, Mai). Posttraumatic stress disorder in critical care nurses. *Nursing2017CriticalCare*, ss. 40-46.
- Donovan, A. L., Aldrich, M., Gross, K., Barchas, D. M., Thornton, K. C., Schell-Chaple, H. M., . . . Lipshutz, A. K. (2018, Juni). Interprofessional care and teamwork in the ICU. *Critical care medicine*, ss. 980-990.
- Ervin, J. N., Kahn, J. M., Cohen, T. R., & Weingart, L. R. (2019, Juli 29). Teamwork in intensive care units. *HHS public access*, ss. 1-11.
- Folkehelseinstituttet . (2020). *FHI - Nytt koronavirus (coronavirus) – fakta, råd og tiltak*. Hentet fra www.fhi.no
- Helseforskningsloven. (2009, Juli 1). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Hentet fra Lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=helseforskning>
- Helsepersonelloven. (1999, Juli 02). *Lov om helsepersonell*. Hentet fra Lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Høgskulen på Vestlandet. (2019, August 29). *Forskningsetikk*. Hentet fra <https://hvl.no/forsking/forskningsetikk/>
- Imes, C. C., & Chasens, E. R. (2019, Mai). Rotating Shifts Negatively Impacts Health and Wellness Among Intensive Care Nurses. *Workplace health & safety*, ss. 241-249.
- Johnsen, S. U., Ebrahimi, O. V., & Hoffart, A. (2020, Mai 20). *Level and Predictors of PTSD Symptoms Among Health Workers and Public Service Providers During the COVID-19 Outbreak*. Hentet fra <https://psyarxiv.com/>
- Lazarus, R. S. (2009). *Stress og følelser - en ny syntese*. (M. Visby, Overs.) Akademisk Forlag: København.
- Malterud, K. (2012, September 26). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, ss. 795-805.
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mason, V. M., Leslie, G., Clark, K., Lyons, P., Walke, E., Butler, C., & Griffin, M. (2015, August). Compassion Fatigue, Moral Distress, and Work Engagement in Surgical Intensive Care Unit Trauma Nurses. *Leadership Dimension*, ss. 215-225.

- Missouridou, E. (2017, April). Secondary Posttraumatic Stress and Nurses' Emotional Responses to Patient's Trauma. *Research Review*, ss. 110-115.
- Moloney-Harmon, P. (2018). The critically ill pediatric patient. I P. Morton, & D. Fontain, *Critical care nursing* (ss. 99-107). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- NSFLIS. (2017, Desember 05). *Norsk sykepleierforbund*. Hentet fra www.nsf.no/faggrupper/intensivsykepleiere
- Olsson, H., & Sørensen, S. (2003). *Forskningsprosessen, kvalitative og kvantitative perspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Polit, D., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Statistisk sentralbyrå. (2017, Juni 27). *Yrkesrelaterte helseplager, arbeidsulykker og sykefravær for sysselsatte (prosent), etter type helseproblem, yrke, statistikkvariabel og år*. Hentet fra <https://www.ssb.no/arbmiljo>
- Statistisk sentralbyrå. (2020, Februar 28). *Helse- og sosialpersonell*. Hentet fra www.ssb.no
- Stubberud, D.-g. (2016). Intensivsykepleierens målgruppe og arbeidssted. I T. Gulbrandsen, & D.-G. Stubberud, *Intensivsykepleie* (ss. 29-73). Oslo: Cappelen damm.
- Sørensen, G., & Holm, H. M. (2016). Mekansk sirkulasjonsstøtte. I T. Gulbrandsen, & D.-G. Stubberud, *Intensivsykepleie* (ss. 606-617). Oslo: Cappelen Damm.
- Walther, C. (2016). Pasienter i selvmordskrise. I T. Gulbrandsen, & D.-G. Stubberud, *Intensivsykepleie* (ss. 932-972). Oslo: Cappelen Damm.
- World Health Organisation. (2020, Mars 12). *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic*. Hentet fra www.who.int

Vil du delta i forskingsprosjektet «Psykisk stress og utmatting hos intensivsjukepleiarar»?

Dette er eit spørsmål til deg om å delta i eit forskingsprosjekt det formålet er å finne ut kva erfaringar intensivsjukepleiarar har med psykisk stress og utmatting i sin jobb. I dette skrivet får du informasjon om måla for prosjektet og kva deltaking innebere for deg.

Føremål

Dette forskingsprosjektet er ei masteroppgåve i intensivsjukepleie. Føremålet med prosjektet er å finne ut kva erfaringar intensivsjukepleiarar har med psykisk stress og utmatting i sin jobbsituasjon. Slik kunnskap kan vere med på å bringe fram kva som hjelper mot psykisk stress og utmatting, samt kva som kan førebyggje dette. Dersom ein får tilrettelagt betre vilkår for intensivsjukepleiarane, slik at færre kjenner seg psykisk stressa og utmatta, kan dette ha fleire positive ringverknadar for både pasienten og intensivsjukepleiaren sjølv.

Problemstillinga som skal nyttast i prosjektet er: Kva erfaringar har intensivsjukepleiarar med psykisk stress og utmatting? Det vil derfor bli stilt spørsmål om nettopp dette, om du har erfaring med psykisk stress eller utmatting i din jobb som intensivsjukepleiar, kva for pasientsituasjonar du har opplevd som psykisk belastande, kva leiinga og kollegaene dine gjer for deg etter ein slik situasjon, samt kva du gjer for å ivareta deg sjølv etter vanskelege situasjonar på jobb.

Kven er ansvarleg for prosjektet?

Høgskulen på vestlandet er ansvarleg for masterprosjekta til studentane. For dette prosjektet er førsteamanuensis Anne-Grethe Halding ansvarleg som rettleiar for Steffen Daniel Rørstadbotnen som student.

Kvifor vert du spurt om å delta?

For å delta i dette prosjektet må ein jobbe i ei generell intensivavdeling, og ha fem års erfaring som intensivsjukepleiar. Eksklusjonskriteria er at ein ikkje har vore sjukemeldt dei siste tre månadane, og ikkje jobbar på ei spesialavdeling som nyføddintensiv eller barneintensiv. Desse kriteria møter du, og vert derfor spurt om å delta.

Kva inneberer det å delta?

Prosjektet har kvalitative intervju som metode. Dette vil seie at dersom du vel å delta i dette prosjektet vil du delta i eit individuelt intervju. Det vil bli avtalt ei tid som passar, og intervjuet vil ta om lag 45 minuttar. Du vil bli spurt om spørsmåla som er nemnd under første punkt, men samtalen vil vere open og du kan bli spurt vidare om det du fortel. Intervjuet vil bli tatt opp med lydopptakar, lagra på eit sikkert lagringsområde fram til prosjektet er ferdigstilt, og deretter sletta. Intervjuar vil også ta notat undervegs i intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du vel å delta kan du kortid som helst trekke samtykke tilbake utan å noko grunngjeving. Alle opplysingar om deg vil då bli sletta. Det vil ikkje ha nokon negativ konsekvens for deg dersom du ikkje ønskje å delta eller seinare vel å trekke deg.

Ditt personvern – korleis oppbevarer vi og brukar din informasjon?

Vi vil berre bruke opplysningane dine i føremåla som tidlegare er beskrivne i dette skrivet. Opplysningane vert behandla konfidensielt og vi behandlar opplysningane i samsvar med personvernregelverket. Det vil berre vere prosjektleiar Anne-Grethe Halding, ansvarleg for prosjektet, og mastergradstudent Steffen Daniel Rørstadbotnen som skal ha tilgang til lydopptaka frå intervjuet. Desse opptaka vil bli lagra på forskingsserver og namnet ditt og personopplysningar vil bli erstatta med kodar for anonymisering. Det skal ikkje vere mogeleg å kjenne att dine opplysingar i prosjektet når det vert publisert.

Kva skjer med opplysningane dine når vi avsluttar forskingsprosjektet?

Planlagt innlevering av masteroppgåva er 25. mai 2020. Opplysningane om deg vil bli oppbevart i anonymisert form fram til 31.12.2025 grunna dokumentasjonsomsyn etter krav frå Regional EK (komité medisinsk og helsefagleg forskningsetikk).

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiserast i datamateriale, har du rett til:

- Innsyn i kva personopplysningar som er registrert om deg
- Å få retta personopplysningar om deg
- Få sletta personopplysningar om deg
- Få utlevert ein kopi av dine personopplysningar
- Å sende klage til personvernombodet eller datatilsynet om behandlinga av dine personopplysningar.

Kva gjev oss rett til å behandle personopplysningar om deg?

Vi behandlar opplysningar om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag ifrå Høgskulen på Vestlandet har NSD – Norsk Senter for forskingsdata AS vurdert at personopplysningar i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Kvar kan eg finne ut meir?

Dersom du har spørsmål om studien, eller ønske å nytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Høgskulen på Vestlandet ved Anne-Grethe Halding (tlf. 57677650 el. E-post: Anne.Halding@hvl.no) eller Steffen Daniel Rørstadbotnen (tlf. 95440662 el. E-post: 243466@hvl.no).
- Vårt personvernombod: Trine Anikken Larsen, 55 58 76 82
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personvertjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17

Med venleg helsing

Anne-Grethe Halding

(forskar/prosjektleder)

Steffen Daniel Rørstadbotnen

(mastergradsstudent)

Samtykkeerklæring

Eg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Psykisk stress og utmatting hjå intensivsjukepleiarar», og har fått anledning til å stille spørsmål. Eg samtykker til:

- å delta i individuelt intervju med mastergradsstudent

Eg samtykker til at mine opplysningar behandlast fram til prosjektet er avslutta, ca. 22. Mai

Fult namn i blokkbokstavar:

Telefonnummer:

(Signatur, dato)

Vedlegg 2 – Intervjuguide

Intervjuguide

Bakgrunn

Kort informasjon om meg sjølv

Opning for spørsmål om studien, deltakaren sine rettar og spørsmål til intervjuet

Deltakaren

Kjønn og alder:

Antall år erfaring sjukepleiaren har som intensivsjukepleiar og sjukepleiar

Bur du aleine eller saman med nokon?

Erfaringar med psykisk stress og utmatting i arbeidssituasjonen som intensivsjukepleiar

Erfaringar med moglege psykisk stress og utmatting i arbeidskvardagen. Viss ja, utdjuping og døme

Erfaringar med pasient- og/eller pårørandesituasjonar som evt. har vore psykisk stressande

- Beskriving av psykisk stressande pasientsituasjonar
- Kva gjer desse situasjonane psykisk stressande?

Erfaringar med arbeidsmiljørelaterte situasjonar som evt. har vore psykisk stressande?

- Beskriving av psykisk stressande arbeidsmiljøsituasjonar
- Kva gjer desse situasjonane psykisk stressande?

(Arbeidsstress/-belastning, arbeidsmiljø?)

Erfaringar med tilrettelegging på jobb for å unngå psykisk stress og utmatting

Om deltakaren har vore ute av arbeid grunna psykisk stress og utmatting – evt. Utdjuping om deltakar vil fortelje.

Meistring av psykisk stress og utmatting

(Eigenomsorg etter psykisk stressande pasient- og/eller pårørandesituasjonar)

- Kva deltakaren gjer for å meistre psykisk stress på jobb. Kva vert gjort heime, og på jobb.

Beskriving av erfarte gode måtar å meistre slikt stress på .

Erfaringar med kollegial ivaretaking etter vanskelege pasient- og pårørandesituasjonar, evt. ved anna psykisk stress i arbeidssituasjonar.

Erfaringar med ivaretaking ifrå leiinga på avdelinga ved psykisk stress eller utmatting (debrifring, andre tiltak)

Avrunding

Er det noko vi har snakka om du ønskjer å snakke meir om?

Har du noko å tilføye det som allereie er sagt?

Vedlegg 3 – Godkjenning frå Norsk senter for forskingsdata

NSD Personvern

07.02.2020 15:34

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 481770 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

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

Prosjektet er vurdert og godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) etter helseforskningsloven (hfl.) § 10 (REK sin ref: 78307).

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2020. Data med personopplysninger oppbevares internt ved behandlingsansvarlig institusjon utover prosjektperioden til 31.12.2025 av dokumentasjonshensyn etter vedtak fra REK.

LOVLIG GRUNNLAG

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

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lisa Lie Bjordal
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 4 – Godkjenning Regionaletisk komité

Region:´
REK sør-øst D

Saksbehandler:
Silje U. Lauvrak

Telefon:
22845520

Vår dato:
06.02.2020

Vår referanse:
78307

Deres referanse:

Anne-Grethe Halding

78307 Intensivsjukepleiarar sine erfaringar med psykisk stress og utmatting i jobbsituasjonen

Forskningsansvarlig: Høgskulen på Vestlandet

Søker: Anne-Grethe Halding

Søkers beskrivelse av formål:

Masterprosjektet skal utforske kva erfaringar intensivsjukepleiarar har med psykisk stress og utmatting i jobbsituasjonen. Det vil bli brukt kvalitativ metode, der vi samlar data frå intensivsjukepleiarar i norske generelle intensivavdelingar via semistrukturerte individuelle intervju som skal analyserast med systematisk tekstkondensering. Formålet er å få ei djupare forståing om kva faktorer som kan gje psykisk stress og utmatting i deira jobbsituasjon, samt kva som hjelper sjukepleiarane å meistre dette. Bakgrunnen for val av tema er blant anna at i følge statistisk sentralbyrå (2017) oppgir 36% av sjukepleiarar og spesialsjukepleiarar at dei er psykisk utmatta når dei kjem heim frå jobb kvar veke, medan 19% av dei samla yrkesgruppene som var med i denne studien svarte det same. Kunnskap frå masterprosjektet kan vere med på å bringe fram kva som kan hjelpe intensivsjukepleiarar som har erfart psykisk stress og utmatting i jobbsituasjonen, samt kva som kan førebyggje dette.

REKs vurdering

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst D) i møtet 15.01.2020. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Prosjektets formål er å undersøke hvilke erfaringer intensivsykepleiere har med psykisk stress og utmatting i jobbsituasjonen. Komiteen vurderer at prosjektet kan fremskaffe ny kunnskap om helse og sykdom og at det dermed faller innenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2 og § 4 bokstav a). Dette er en kvalitativ studie, og data skal innhentes gjennom individuelle semistrukturerte intervju med lydopptak. Det skal inkluderes 10 intensivsykepleiere som jobber i en generell intensivavdeling og som har fem års praktisk erfaring i en norsk intensivavdeling som intensivsykepleier. Deltagerne for god informasjon om hva deltagelse innebærer, og komiteen har ingen innvendinger til at studien gjennomføres som beskrevet i søknad og protokoll.

Vedtak

Godkjent

REK har gjort en helhetlig forskningsetisk vurdering av alle prosjektets sider. Prosjektet godkjennes med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Vi gjør samtidig oppmerksom på at etter ny personopplysningslov må det også foreligge et behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen. Det må forankres i egen institusjon.

Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknad og protokoll, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Tillatelsen gjelder til 31.12.2020. Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene likevel bevares inntil 31.12.2025. Forskningsfilen skal oppbevares atskilt i en nøkkel- og en opplysningsfil. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres, senest innen et halvt år fra denne dato.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse og omsorgssektoren».

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Klageadgang

REKs vedtak kan påklages, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst D.

Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst D, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Finn Wisløff
Professor em. dr. med.
Leder

Silje U. Lauvrak
Seniorrådgiver
Kopi: Høgskulen på Vestlandet: post@hvl.no

Sluttmelding

Søker skal sende sluttmelding til REK sør-øst D på eget skjema senest seks måneder etter godkjenningsperioden er utløpt, jf. hfl. § 12.

Søknad om å foreta vesentlige endringer

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