

Stine Johnsen

«Når arbeidshverdagen endres over natten»

En kvalitativ studie om hvordan sykepleiere i akuttmottak opplevde og opplever arbeidshverdagen under Covid-19 pandemien

Masteroppgave i Klinisk sykepleie

Veileder: Øyfrid Larsen Moen

Mai 2021

Stine Johnsen

«Når arbeidshverdagen endres over natten»

En kvalitativ studie om hvordan sykepleiere i akuttmottak opplevde og opplever arbeidshverdagen

Masteroppgave i Klinisk sykepleie
Veileder: Øyfrid Larsen Moen
Mai 2021

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



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag Norsk

Tittel: «Når arbeidshverdagen endres over natten»

- En kvalitativ studie om hvordan sykepleiere i akuttmottak opplevde og opplever arbeidshverdagen under Covid-19 pandemien

Bakgrunn: Det er lite forskning på sykepleiers opplevelse av arbeidshverdagen under Covid-19 utbruddet i norske akuttmottak. Endringene som ble utført i akuttmottaket, samt endringsviljen og opplevelsen hos personell kan bidra til et verdifullt innblikk i en sykepleiers arbeidshverdag under en pandemi. Sykepleiers rolle og opplevelse under pandemien oppfattes og vektlegges ulikt. På engelsk heter det experience, som kan oversettes til erfaring, eller levd livsverden. Bakgrunnen for å skrive denne oppgaven var for å bli kjent med og sette ord på sykepleierne i akuttmottak sin levede livsverden.

Metode: i studien ble beskrivende fenomenologi benyttet for å finne essensen i arbeidshverdagen til sykepleiere i akuttmottak. Det ble utført dybdeintervjuer, som baserte seg på en åpen intervjuguide, kun ledet av noen enkelte spørsmål. Alle intervjuene varte over 30 minutter. Utvalget besto av ni sykepleiere fra forskjellige akuttmottak.

Resultat: Hovedtrekkene ved resultatene er endringer i arbeidshverdagen. Disse endringene innebefattet 1) endringer på arbeidsplassen, som omhandlet endring av struktur og arbeidsmåte 2) endringer i arbeidshverdagen, som omhandlet å bli kjent med nye rutiner og rollen som sykepleier under pandemien og 3) endringer i forhold til pasientbehandling, som omhandlet pasientsikkerhet og økende liggetid i akuttmottak. Sykepleierne opplevde stress, ensomhet og uro for pasientbehandling.

Avslutning: Sykepleierne har opplevd stor endring i arbeidshverdagen sin. De har ofret mange timer på jobb, og stått i front mot pandemien. Forskningen på temaene har vist at det er store potensialer for å jobbe videre med ulike tema. blant annet resilience, simulering og smittevern.

Summary in English

Title: «When the workday changes over night»

- A qualitative study on how nurses in emergency departments experienced and experience everyday work during the Covid-19 pandemic

Background: There is little research on the nurse's experience of everyday work during the Covid-19 outbreak in Norwegian emergency departments. The changes that were carried out in the emergency department, as well as the willingness to change and the experience of personnel can contribute to a valuable insight into a nurse's working day during a pandemic. The nurse's role and experience during the pandemic are perceived and emphasized differently. It is called experience or lived the world of life. The reason for writing this thesis was to get to know and put into words, what the nurses in the emergency room said about their lived life world

Method: In the study, descriptive phenomenology was used to find the essence of the working life of nurses in emergency departments. In-depth interviews were conducted, which were based on an open interview guide, led only by a few questions. All the interviews lasted over 30 minutes. The sample consisted of nine nurses from different emergency departments.

Results: The main features of the results are changes in everyday work. These changes included 1) changes in the workplace, which dealt with changes in structure and way of working 2) changes in everyday work, which dealt with getting to know new routines and the role of nurses during the pandemic and 3) changes in relation to patient care, which dealt with patient safety and increasing bedtime in emergency departments. The nurses experienced stress, loneliness and anxiety about patient care.

Closure: The nurses have experienced a major change in their working lives. They have sacrificed many hours at work and been at the forefront of the pandemic. Research on the topics has shown that there is great potential for continuing to work on various topics. including resilience, simulation and infection control.

Forord

Denne oppgaven startet når Covid-19 satt sine spor på min arbeidsplass. Jeg så mine kollegaer bli slitne, gråte, jobbe hardt og finne løsninger. Hva er det egentlig de føler i sin hverdag på jobb? Videre tenkte jeg på at det vi opplever nå, er det ingen som har forsket på, sett fra sykepleiere i akuttmottak sine øyne. Dette ville jeg finne ut av. Jeg har hatt en utrolig reise fra start til slutt, og jeg håper du vil finne mange spennende tanker fra sykepleierne i denne oppgaven. Jeg kunne sagt; les den og gråt, men jeg håper du leser den og lærer – noe om deg selv og noe om akuttmottakets helter du kanskje ikke visste fantes.

For denne oppgaven vil jeg takke mange! Min mann, Øystein – jeg ville aldri i verden klart dette uten din utrettelige støtte og oppmuntring. Du har tilrettelagt, sagt ja til ville forslag og skjøvet meg opp og frem. De vakre barna mine, Michelle og Isak, som har gitt av sin hverdag for at mamma skal få til dette. Takk for at dere har heiet på meg hele den lange veien inn til mål.

Takk til mamma, pappa og søstern – dere har oppmuntret meg og stadig fortalt at dere er stolte av meg. Det har virkelig fått meg videre! Tusen takk for at dere har beholdt troen på meg.

Kjære Anne Kristin – hva hadde vel denne oppgaven vært uten deg. Alle nederlag, oppturer, skrivesperrer, frustrasjoner eller plutselig forståelse, alt har vi delt og kommet oss i mål. Selv om det tidvis har vært tøffe og slitsomme tak for to familiemødre, så er det med glede jeg ser tilbake på turene våre til «badehotellet» og Gjøvik! Du er og blir et unikum av et menneske, takk for din stadig oppmuntring og rolige dytt i ryggen.

Øyfrid – min veileder i dette kaos. Du verden for en bauta du er. Takk for veiledning, takk for støtte, takk for konstruktive tilbakemeldinger og takk for at du har vært tilgjengelig på mail og teams i denne tiden som ikke ble som vi trodde.

Takk til Mona, du har vært en utrolig tålmodig og nøye transkribent!

Tusen takk til Line og Camilla for all tilrettelegging og motivasjon. Det setter jeg utrolig pris på. Uten dere hadde ikke jeg fått dette til.

Jeg er stolt av meg selv, og leverer denne oppgaven med hodet hevet og lettelse i sinn.

Moss, mai 2021

Stine Johnsen

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning.....	10
1.1	Introduksjon til tema	10
1.2	Bakgrunn for studien	11
1.3	Akuttmottakets organisering	11
1.4	Triage.....	13
1.5	Smittevern, dråpesmitte og beskyttelsesutstyr.....	13
1.5.1	Smittestoff	13
1.5.2	Dråpesmitte	13
1.5.3	Beskyttelsesutstyr	14
1.5.4	Aerosolgenererende prosedyre.....	14
1.5.5	Isolering av pasient	15
1.6	Forankring til klinisk sykepleie og til akutt sykepleie	15
1.7	Oppgavens hensikt	16
2.0	Metode	17
2.1	Metodologi.....	17
2.2	Kvalitativ metode og design.....	17
2.3	Fenomenologi	17
2.4	Forforståelse.....	18
2.5	Rekruttering av informanter	19
2.5.1	Deltagere i studien	19
2.5.2	Informasjon og samtykke.....	19
2.6	Intervjuene	20
2.7	Transkribering av empirisk data.....	21
2.8	Analyse av empirisk data.....	22
2.8.1	Tabell 1.....	22
3.0	Forskningsetikk.....	26
3.1	Egen studentrolle som forsker.....	26
3.1.1	Å intervju i egen avdeling	26
3.2	Trygg lagring av datamateriell	27
3.3	Deltakerne	27
4.0	Resultater	29
4.1	Når arbeidsplassen endret seg over natten	29
4.1.1	Usikkerhet til ny arbeidsplass	29
4.1.2	Pandemien endret hverdagen i akuttmottaket.....	31
4.2	Den nye arbeidshverdagen til sykepleierne	32
4.2.1	Sykepleierne kjenner på den nye rollen.....	32

4.2.2 Trygghet i relasjoner	35
4.2.3 Sykepleiernes opplevelse av lederstøtte under pandemien.....	38
4.3 Sykepleiernes nye tanker om pasientbehandling under pandemien.....	40
4.3.1 Mottak av Covid-19 pasient	40
4.3.2 Når pasientene ikke kom videre i systemet.....	41
4.3.3 Sykepleierne møter nye restriksjoner i behandlingen av pasientene.....	42
4.3.4 Et menneske er mer enn en pasient	43
4.3.5 Smittevernet utfordrer	44
5.0 Drøfting	46
5.1 Når arbeidshverdagen endret seg over natten.....	46
5.1.1. Den nye arbeidsplassen.	46
5.1.2 Tilpasse seg den nye arbeidshverdagen	48
5.2 Sykepleieres opplevelse av den nye arbeidshverdagen	49
5.2.1 Sykepleierne kjenner på den nye rollen.....	49
5.2.2 Sykepleiere opplevelse av lederstøtte under pandemien	52
5.3 Sykepleiernes nye tanker om pasientbehandling under pandemien	53
5.3.1 Når pasientene ikke kommer videre i systemet og sykepleierne ikke kan tilby mer	53
5.3.2 Et menneske er mer enn en pasient	55
5.4 Smittevernet utfordrer	57
5.5 Metodediskusjon	59
6.0 Avslutning	65
6.1 Videre forskning.....	65
7.0 Referanseliste	67
Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD	72
Vedlegg 2: Informasjonsskriv fra NSD	75
Vedlegg 3: Intervjuguide.....	80
Vedlegg 4: Taushetserklæring fra transkriptør	81

1.0 Innledning

1.1 Introduksjon til tema

Begrepet pandemi brukes oftest i sammenheng med infeksjonssykdommer.

Karakteristisk for en pandemi er at den rammer mange mennesker og kan spre seg over stort sett hele verden (Folkehelseinstituttet, 2018). Det kan være mange sykdommer som forårsaker pandemi, blant annet svartedauden, spanskesyken eller fugleinfluensaen. En av grunnene til at en slik virusinfeksjon får spre seg, er at befolkningen mangler immunitet mot viruset (Folkehelseinstituttet, 2018). Covid-19 er et eksempel på en slik virusinfeksjon.

Koronakommisjonens rapport, oppnevnt ved kongelig resolusjon 24. april 2020 for å gjennomgå og trekke lærdom fra Covid-19 utbruddet i Norge, viser til at Norge har et velfungerende helsetjenestesystem. Mandatet til kommisjonen var å grundig gjennomgå og evaluere myndighetenes håndtering av pandemien (NOU 2021:6, 2021). I følge rapporten har Norge flest praktiserende sykepleiere og fjerde flest leger i forhold til innbyggere sammenlignet med de andre OECD-landene (organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling) (NOU 2021:6, 2021). Allerede i 2003 i forbindelse med SARS-utbruddet og i 2015 ved ebola-utbruddet påpekte helsedirektoratet at det sannsynligvis ville mangle smittevernsutstyr, regjeringen sørget likevel ikke for å bygge opp beredskapslageret. Spesialisthelsetjenesten var en av etatene som merket denne utstyrmangelen våren 2020 (NOU 2021:6, 2021).

Rapporten legger i tillegg frem at lokaler som skulle ivareta smittede pasienter og pasienter uten smitte, måtte være tilpasset slik at det var mulig å skille disse gruppene. Det ble presisert at sykehusene, og akuttmottak, måtte etablere rutiner som raskt kunne oppdage pasienter med mistenkt smitte, slik at de kunne behandles separat. Slik kunnskap må ofte bygges underveis under pandemien (NOU 2021:6, 2021).

Norske sykepleiere har enestående kompetanse innen kunnskapsarbeid som sikrer et bedre helsevesen. Sykepleiere skal pleie, dekke grunnleggende behov, sikre verdighet i alle livsfaser, samt ha en samfunnsøkonomisk kompetanse (Norsk sykepleierforbund, 2019). Sykepleierne har hatt og fortsatt har en viktig rolle under pandemien.

En av pionerne innen sykepleierforskning var Florence Nightingale. Hun blir beskrevet som grunnleggeren av moderne sykepleie. Hun var gjennom hele sin karriere som sykepleier opptatt av klima omkring pasientene, slik som ventilering, varme, lys og hygiene. Dette kan sammenlignes med dagens smittevern. Hun var interessert i forskning og statistikk, og benyttet dette for å samle data innenfor sykepleiefaget. Hun

var ressurssterk og effektiv i å samle og analysere data. Hun ga ut flere artikler, og noe av det som ble skrevet den gang, kan benyttes i dag (Alligood, 2014).

1.2 Bakgrunn for studien

Historisk sett har sykepleiere nøkkelroller i sykehus og akuttmottak. De kan ikke planlegge sin hverdag fullstendig, da de kan bli nødt til å møte på jobb grunnet beredskap, enten påført av menneske eller natur. Tidlig på 1900 tallet var det sykepleierne som pleiet de syke under sykdomsutbrudd, antibiotika var ikke oppfunnet og det å pleie pasienten betød å være der inntil sykdommen gikk over eller døden inntraff (Gebbie & Qureshi, 2006). Sykepleie har endret seg over årene, hvor nye utfordringer og ansvarsområder har kommet til. I løpet av år 2000 begynte helsevesen å innse at øvelser på katastrofer var viktig. Dette for å kunne fungere optimalt ved en reell hendelse og sykepleierne var og er en stor del av denne prosessen (Gebbie & Qureshi, 2006).

Det er lite forskning på sykepleiers opplevelse av hverdagen under Covid-19 utbruddet i norske akuttmottak. Denne oppgaven omhandler hvordan sykepleiere opplevde arbeidshverdagen under pandemien. Hvilke endringer akuttmottaket ble påført, samt endringsviljen og opplevelsen hos sykepleierne kan bidra til et verdifullt innblikk i arbeidshverdagen under pandemien. For Norge er dette første tilfelle av et slikt utbrudd siden spanskesyken, og sykepleierne spiller en viktig rolle under pandemien. Under et influensautbrudd i Irland (2016), ble sykepleiere gjennom et forskningsprosjekt spurt om hvordan de så sin rolle under et slikt utbrudd. Svarene handlet om at pasientomsorgen var viktig, men samtidig bekymret de seg for å selv bli smittet, at det ville bli økt arbeidsmengde og økt stressnivå (McMullan, Brown, & O'Sullivan, 2016).

1.3 Akuttmottakets organisering

Spesialisthelsetjenesteloven legger blant annet til rette for pasientbehandling i akutte og uforutsette hendelser. Loven pålegger sykehus og akuttmottak å inneha en beredskapsplan samt sørger for ivaretagelse av pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Pasientrettighetsloven skal sikre at pasientene får øyeblikkelig og nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten (Pasient - og brukerrettighetsloven, 1999). Lovverket om smittevern skal beskytte befolkningen og helsepersonell, og beskriver hvordan man skal forholde seg til smittede personer og hva som legger grunnmuren i godt smittevern.

«Denne loven har til formål å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen, samt motvirke at slike sykdommer føres inn i Norge eller føres ut av Norge til andre land» (Smittevernloven, 1995).

Norges befolkning skal føle trygghet på at de får nødvendig helsehjelp så raskt som mulig. Akuttmottakene skal bistå med tverrfaglig kunnskap og avklaringer som gir riktig behandling. Sykehus i Norge vil i høy grad organisere akuttmottak etter nasjonale retningslinjer, hvor systemet er sammenhengende (Meld. St. 7 (2019–2020), 2020). Infrastrukturen innenfor helseforetaket og de stedbundne prosedyrene er ofte det som skiller akuttmottakene fra hverandre. Akuttmottaket kan være en hektisk avdeling, med personell som er fast ansatt, vikarer eller støttepersonell, det er derfor viktig for driften at prosedyreverket kan brukes som støtte i behandling av pasienter (Statens helsetilsyn, 2007). Rett forståelse for hvilke oppgaver og myndighet som tilhører de ulike leger, sykepleiere eller støttepersonell skal være klart. Ansvar for overvåkning eller det medisinske ansvar, samt hvilke pasienter som befinner seg i akuttmottaket skal det ikke være tvil om hvem som eier (Statens helsetilsyn, 2007). Blant annet har sykepleiere ansvar for å triagere pasienter.

Definert kompetansebehov, bemanning som står til behovet og krav om tilstrekkelig opplæring er kravet til forsvarlig og riktig prioritert mottak av pasienter som ankommer akuttmottaket (Statens helsetilsyn, 2007).

Pasienter kan ankomme akuttmottak enten via fra legevakt eller fastlege, eller de kan komme direkte med ambulanse. Noen av pasientene er kritisk syke og trenger et team som står klart for å raskt kunne ta de imot og starte behandling. Andre pasienter kan komme gående for egen maskin inn i akuttmottaket. Lov om spesialisthelsetjenesten §3-1 Øyeblikkelig hjelp, definerer pasienter som er i behov av øyeblikkelig hjelp slik: *«Sykehus og fødestuer skal straks motta pasienter som trenger somatisk helsehjelp, når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp institusjonen eller avdelingen kan gi er påtrengende nødvendig. Institusjonen eller avdelingen skal motta pasientene for undersøkelse og om nødvendig behandling»* (Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven), 1999).

Det er sykepleiere med bachelorgrad eller videreutdanning innenfor akuttpsykepleie, anesthesi, intensiv eller annen videreutdanning, som jobber i akuttmottak. I tillegg jobber det helsefagarbeidere, leger, sekretærer og annet personell. De behandler pasienter utsatt for traumer, hjertestans, trombolysis eller kritisk syke pasienter, så vel som stabile pasienter som har blitt sendt fra fastlegen.

1.4 Triage

Triage kommer fra det franske ordet «trier» som betyr å skille eller velge ut, og ble i utgangspunktet benyttet i krig for å prioritere skadde soldater. Etter hvert ble systemet implementert i norske akuttmottak for å gjelde alle pasienter, ikke kun skadde.

Prinsippet triage bygger på, er å vurdere hvilken hastegrad og prioritering i rekken for legetilsyn pasientene har. Systemet bygger på pasientens tilstand og ikke tidspunkt for når de kom til akuttmottaket. På denne måten vil de som får en høy prioriteringsgrad, få tilsyn av legen først og behandling først (Larsen & Wichmann, 2013). Gradene deles i rød hastegrad; pasienten skal ha tilsyn av legen med en gang, til grønn; det haster ikke og pasienten kan vente. Mellom der er oransje og gul hastegrad. En typisk pasient som får rød hastegrad er traumepasient, pasient med bryst smerter eller symptomer på hjerneslag.

1.5 Smittevern, dråpesmitte og beskyttelsesutstyr

Spesialisthelsetjenesten skal yte tjenester etter krav som omhandler infeksjonskontrollprogram. Hensikten er å verne pasienter, pårørende og ansatte mot smittespredning, samtidig skal lovverket beskytte mot personlige og samfunnsmessige konsekvenser (Akselsen, 2018).

1.5.1 Smittestoff

For at det skal være mulig med overføring av smitte må flere faktorer være tilgjengelig. Det må foreligge et smittestoff som kan overleve på utsiden av kroppen, og det må være tilstrekkelig smittestoff. Smittekilden er der mikroorganismene overlever og formerer seg, som et menneske. For å kunne komme seg fra et menneske til et annet, må smittestoffet ha evner til å forflytte seg, enten via blod, avføring, urin eller sekreter. Hvordan de kommer seg til en ny vert, avhenger av mikroorganismens egenskaper, er de små nok til å pustes inn eller komme inn via skadet hud (Akselsen, 2018).

1.5.2 Dråpesmitte

Covid-19 eller SARS-Cov-2 viruset er et virus som smitter via dråper, det er og bevist at det kan smitte via kontakt eller i enkelte tilfeller luft. Dette viruset gir en influensalignende tilstand, og har likheter med SARS-viruset. Covid-19 kan gi alt fra helt milde symptomer til alvorlige. De vanligste symptomene er hoste, feber, sår hals og tungpust. Mange opplever i tillegg tap av smak og luktesans, hodepine eller generell sykdomshetsfølelse (Folkehelseinstituttet, 2021). Dråpesmitte er når smittestoffene kan spes ut i luften i små dråper. Som ved hosting eller nysing. Dråper kan ha forskjellig størrelse, og det er denne som bestemmer hvor langt dråpene kan slynges. De aller minste heter aerosoler, og kan sveve flere meter. Så kan smittestoffet pusten inn av

smittemottakeren, lande direkte i sår eller på overflater, og derfra smitte via indirekte kontakt (Akselsen, 2018).

1.5.3 Beskyttelsesutstyr

Hansker benyttes ved prosedyrer som kan føre til sterk forurensning, som ved kontakt med blod, kroppsvæsker eller andre forurensete gjenstander. Når helsepersonell er i kontakt med pasienter med infeksjonssykdommer, så skal hansker benyttes for å beskytte pasient og helsepersonell. Det er et poeng å huske at hanskene skal byttes mellom ulike prosedyrer hos samme pasient, mellom pasienter eller ved bytte mellom rene og urene prosedyrer (Stordalen, 2015).

Beskyttelsesfrakk beskytter selve arbeidsantrekket mot forurensning. Når pasienten er smittefarlig, er det krav om lange ermer for å kunne trekke over mansjettene og beskytte håndledd. Frakk som benyttes ved smittepasient, anbefales å være engangsfrakk med fuktsperre i front, den skal kastes mellom hver pasient (Stordalen, 2015).

Munnbind brukes for å forebygge for inhalasjonssmitte hos smittefarlige pasienter som kan spre mikrober i dråper eller luft. Munnbindet beskytter mot sprut av kroppsvæsker, blod eller sekret, ved nærkontakt hos pasienter som hoster eller nyser skal munnbind benyttes. Det skal kastes direkte etter bruk, det skal ikke henge rundt halsen eller oppbevares andre steder etter bruk (Stordalen, 2015).

Briller eller visir benyttes for å beskytte øyeslimhinnen, og skal benyttes ved fare for sprut av blod, sekret eller andre kroppsvæsker (Stordalen, 2015).

1.5.4 Aerosolgenererende prosedyre

Prosedyrer som danner aerosoler utenom at pasienten hoster eller nyser, kalles aerosoldannende prosedyrer. Aerosoler er små dråper som slynges ut i luften. Dråpene kan variere i størrelse, og noen er så ørsmå at de blir hengende i luften i flere timer og kan av denne grunn spres over store avstander. De små dråpekjernene kan nå helt ned i lungealveolene, som vil si innerst i lungevevet. Ved trange rom og mange mennesker vil smitteveien for dråpene ha kortere transportvei for smitte (Stordalen, 2015).

Aerosoler kan ha en rekkevidde på fire meters avstand. Helsepersonell som skal omgås Covid-19 positive pasienter, må benytte smittevernsutstyr som samsvarer med dråpesmitteregime. Det anbefales færrest mulig personell på isolasjonsrom, benyttelse av engangsutstyr og opprettholdelse av god håndhygiene. Sykepleieren spiller en viktig rolle i dette arbeidet, ved å gi trygg og kvalitetssikker pleie, samt samle informasjon via triage, administrere medisiner og gjenkjenne en pasient som har behov for intensiv behandling (Sharma, Nuttall, & Kalyani, 2020).

1.5.5 Isolering av pasient

Isolering av pasient betyr at pasienten legges på enerom, i enkelte tilfeller betyr det at pasienten har smitteførende mikrober i sekret, avføring eller andre utgangsporter. Stordalen (2015) bemerker at isolering av pasient kan føre til psykisk belastning for pasient og pårørende. Det er derfor viktig å hensynta pasientene individuelt og tenke gjennom best pleie for den enkelte pasient (Stordalen, 2015).

1.6 Forankring til klinisk sykepleie og til akuttisykepleie

Fagerström (2019) beskriver flere synspunkter på hva som definerer klinisk sykepleie, og har utarbeidet en nordisk modell for avansert klinisk sykepleie, hvor kjernen i modellen er forholdet mellom sykepleier og pasient. Dette forholdet er beskrevet som et gjensidig og dynamisk forhold, som preges av sykepleierens kunnskaper og sykepleierteori. God kvalitativ sykepleie blir farget av holdninger, kunnskaper, følelser, etikk og teori, og baseres på tillit mellom pasient og sykepleier (Fagerström, 2019).

I akuttmottakene har videreutdanning innenfor akuttisykepleie økt de siste tiårene. Akuttisykepleieren skal mestre utførelsen av akuttisykepleie til alle pasienter i ulike stadier av livet, handle juridisk forsvarlig og benytte forskning i sitt arbeid. Akuttisykepleierens funksjonsbeskrivelse består av behandlende, lindrende, forebyggende og rehabiliterende funksjon (NLAS utdanningsvalget, 2011). Behandlende funksjon handler om å triagere, stille sykepleierdiagnoser eller utføre delegerte oppgaver faglig forsvarlig. Lindrende funksjon tar sikte på å legge til rette for at pasienten har det best mulig eller tilrettelegge for en verdig død. Forebyggende vil være å gi informasjon om helse, informere pårørende eller tilse at tilstanden ikke forverres. Rehabiliterende funksjon tilstreber at pasientens rehabilitering skal starte så tidlig som mulig i forløpet (NLAS utdanningsvalget, 2011).

For at vi skal lære av ekstreme situasjoner må de snakkes om. Denne situasjonen vil trolig sykepleiere huske i hele karrieren, og mest sannsynlig aldri oppleve igjen. Det å vite at flere har opplevd det samme som deg, like ekstremt som deg, kan bidra til nyttig kunnskap og fellesskap. Det var et ønske at sykepleierne skal kunne føle dette fellesskapet, dele kunnskap og kompetanse som kan bidra til godt og nyttig samarbeid. Vi kan lære om hvordan det oppleves å stå i smittebekledning time etter time, å ta imot kritisk syke pasienter.

Når sykepleieren setter pasienten i fokus, og ønsker å gjøre det beste for pasienten gjennom omsorg og etisk ivaretagning, betegnes det som profesjonelt (Damsgaard, 2010). Sykepleieren kan være profesjonell eller inneha sykepleie som profesjon, det er ikke automatisk at disse henger sammen (Damsgaard, 2010). Damsgaard (2010) beskriver profesjonell sykepleier som en med omsorg for pasienten, god kompetanse på teori og praktiske ferdigheter, god personlig samhandling med andre mennesker og

innehar de rette verdier i møte med syke pasienter og deres pårørende (Damsgaard, 2010). Mellommenneskelig forhold blir presentert av Joyce Travelbee som en viktig og utfyllende del av sykepleien (Alligood, 2014). Det mellommenneskelige forholdet starter med det første møtet mellom sykepleier og pasient. Etter dette til identifisering av roller, så utvikling av følelser som empati og sympati for pasienten, for å så til slutt bli et mellommenneskelig forhold. Travelbee mener at et godt mellommenneskelig forhold bygges på sympati og empati (Alligood, 2014).

Allen & Birkeland (2019) forteller om det usynlige arbeidet som sykepleiere gjør, som handler om organisering av senger, pasienter og arbeidsoppgaver innen sykehusets drift (Allen & Birkeland, 2019). Sykepleierne må organisere pasientflyt innad i sykehuset, de med ansvar for koordinering må søke løsninger som ikke alltid er til det beste for pasienten. De siste tiårene har introdusert teknologi, høy aktivitet og effektivisering av sykehusene, noe som i sin måte utfordrer sykepleierne til å søke kunnskap på nye områder som ikke bare gjelder pasientomsorg (Allen & Birkeland, 2019).

1.7 Oppgavens hensikt

Hensikten med oppgaven er å beskrive essensen i hvordan sykepleiere i norske akuttmottak opplevde og opplever arbeidshverdagen under Covid-19 utbruddet.

Studiespørsmålet ble følgende:

«Hvordan opplevde og opplever sykepleiere i akuttmottak arbeidshverdagen under Covid-19 pandemien?

2.0 Metode

2.1 Metodologi

Metodologi omhandler grunnleggende tanker om kunnskap og hvordan kunnskap skapes. Det kan forstås som det teoretiske og filosofiske rammeverket som oppgaven skal utformes innenfor. Metodologi kan defineres som læren om metodene. Oppgaven skal i så måte forankres innenfor den metoden som forskeren har valgt for sin studie (Thoresen, Rugseth, & Bondevik, 2020).

2.2 Kvalitativ metode og design

I oppgaven er det brukt kvalitativ, deskriptiv design med fenomenologisk forskningsmetode. Ordet kvalitativ legger vekt på kvalitet gjennom bruk av ord fra informantenes livsverden, så nyansert som mulig. Deskriptiv handler om å få en god beskrivelse av levde opplevelser og følelser omkring fenomenet (Kvale & Brinkmann, 2019). Målet med dette designet var å komme frem til beskrivelsen av opplevelsene sykepleierne hadde fra sin egen levde livserfaring. Det var ønskelig å fremstille levde livserfaring via opplevelser og følelser om essensen. Kvalitativ forskning utføres ofte ved å samle data i det virkelige liv, for å opprettholde tettheten i miljøet man utfører studien i (Polit & Beck, 2021). I denne oppgaven er datasamling gjort med individuelle dybdeintervjuer som ble gjennomført innenfor en periode på en måned. Alle intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidsplass for å komme nærmest mulig informantenes livsverden. Det er ikke et teoretisk ståsted som en fenomenologisk forsker skal legge til grunn for å fortelle om en persons opplevelser, men heller selve beskrivelsen av opplevelsen slik de opplever den (Bevan, 2014). Designet passer oppgaven, da det var beskrivelse av selve fenomenet eller essensen som studenten ønsket å oppdage.

2.3 Fenomenologi

Fenomenologi er læren om det som viser seg (Thoresen et al., 2020). Det handler om å finne essensen eller hovedtrekkene i gitte levde livserfaringer. I denne oppgaven handler det om å finne essensen i det å være sykepleier i et akuttmottak under Covid-19 utbruddet. Edmund Husserl (1859-1938) startet det han kalte for den fenomenologiske bevegelsen, og den bevegelsen består i dag av flere filosofer (Thoresen et al., 2020). For å kunne finne essensen i et fenomen, får førstepersonsperspektivet en viktig plass. Dette

handler om å finne ut hva «du» mener om det fenomenet du lever og erfarer. Alle opplever sin livsverden forskjellig, til tross for at de erfarer samme fenomen eller er utsatt for det samme (Thoresen et al., 2020). For å finne essensen i sykepleiernes levde livsverdenen, intervjuet studenten informantene ut fra samme intervjuguide. Selv om de var sykepleiere alle sammen og alle jobbet i akuttmottak under pandemien, var det mulig de ville beskrive opplevelsene ulikt. Fenomenologi vil si å forstå menneskers eller en avgrenset gruppe, som sykepleiere i akuttmottak, subjektive livsverden. Når essensen av fenomenet skal beskrives, gjøres dette så tydelig som overhodet mulig, slik at ikke viktig informasjon om selve fenomenet blir utelatt (Malterud, 2018).

2.4 Forforståelse

Thoresen et al. (2020) sier at fenomenologisk holdning handler om at den kunnskapen forskeren har ikke skal komme i veien for ny kunnskap eller påvirkeveien forskningen tar (Thoresen et al., 2020). Studenten klargjorde før oppgavens start egen forforståelse om tema som skulle undersøkes, ved å tydeliggjøre hva som ble tatt med seg av kunnskap og forståelse inn i oppgaven. Det kan være vanskelig å fullstendig kartlegge egen forforståelse, men ved å bevisstgjøre seg selv, vil det kunne ende med gode spørsmål for intervjuet og et skjerpet blikk på fenomenet (Thoresen et al., 2020).

«Bracketing» er en måte å legge sin egen forforståelse til side under intervju og analyse av empiriske data (Polit & Beck, 2021). Måten studenten brukte «bracketing» på, var gjennom å klargjøre egen forforståelse og komme til en slutning om at det som studenten selv hadde av erfaring og kunnskap om tema, skulle forbli usagt i situasjoner hvor det var fristende å dele egen erfaring. Den erfaringen studenten selv hadde, kan ses på som egen levde livsverden, og hensikten med oppgaven var å finne nyanser og andre sykepleiers levde livsverden. Studenten valgte å gjøre sine egne erfaringer usynlige for å finne frem til andres. Hensikten med en fenomenologisk holdning er å komme frem til rene beskrivelser av essensen. Hvorvidt forskeren tar i bruk den fenomenologiske holdningen er opp til forskeren selv, og dette diskuteres stadig. Målet vil være at man som forsker klarer å innta en åpen og interessert holdning som gjør at man får kunnskap om essensen som studeres (Thoresen et al., 2020). Studenten var seg bevisst egen fenomenologisk holdning under intervjuene, lot seg være åpen og hadde en interessert holdning til informantene. Ønsket om å finne andre sykepleiers erfaring var hovedfokus gjennom oppgaven.

2.5 Rekruttering av informanter

Rekrutteringen av informanter ble gjennomført på tre ulike akuttmottak på Østlandsområdet. Avdelingsledere fikk mail med spørsmål om studenten fikk lov til å forske i gitte akuttmottak, og om det var sykepleiere som ønsket å være med på intervju. Rekrutteringen på studentens egen avdeling ble utført med tilfeldig trekking av andre enn studenten. Lapper med nummer fra 1-130 ble laget, og trukket tilfeldig fra en pott. På en liste over ansatte i alfabetisk rekkefølge, ble de numrene som lappene viste, brukt til å finne informanter som skulle bli spurt om deltagelse. De som da var i ulike permisjoner, ikke fast ansatt eller ikke var sykepleier ble hoppet over, og neste på listen ble valgt ut. Slik ble utvalget tilfeldig og uten innblanding fra studenten. Informantene fikk så en mail, individuelt med invitasjon om å delta i intervju. Alle svarte bekreftende at de ville delta.

Rekruttering av utvalg ved andre akuttmottak ble utført av avdelingsleder eller fagansvarlig sykepleier. På denne måten hadde ikke studenten mulighet for å påvirke hvilke sykepleiere som lot seg intervju, og avdelingsleder avklarte om de ønsket å delta. Det ble sendt informasjon til avdelingsledere i forkant, med samtykke-informasjon og personvernsinformasjon fra NSD.

2.5.1 Deltagere i studien

Utvalget besto til slutt av ni informanter, da hadde en sykepleier trukket seg. Alderen spant seg fra 30 til 59 år, med en median på 33 år. De hadde erfaring fra akuttmottak mellom tre og tjuefem år, med en median på syv år. Inkluderingskriteriene var sykepleiere som hadde jobbet lenger enn ett år i akuttmottaket og var fast ansatt. Grunnen til at det ble satt mer enn et år, var for at sykepleierne skulle ha opplevd akuttmottaket før pandemien, for å få et sammenligningsgrunnlag. Eksklusjonskriteriene var sykepleiere som ikke var fast ansatt, slik som vikarer, studenter eller sykepleiere via bemanningsavdelingen. Sykepleiere som hadde vært ansatt under ett år ble ekskludert. Avgrensning av oppgaven besto av å ikke inkludere sykepleiere fra andre avdelinger enn akuttmottak, prehospitaltjenester ble heller ikke spurt. Grunnen til dette var at oppgaven skulle undersøke hvordan sykepleiere i akuttmottak opplevde pandemien. Behovet for å avgrense oppgaven utover dette var lite. Informantene fikk informasjon om at det de skulle snakke om i intervjuene skulle være deres egen opplevelse, gode som dårlige.

2.5.2 Informasjon og samtykke

Alle deltakerne ble informert først pr. mail om studien, målet med intervjuet og opplysninger om personvern. Før intervjuet startet fikk de informasjon om hva samtykke innebar, at de når som helst i prosessen kunne trekke seg og at det å la seg intervju ikke kunne føre til sanksjoner fra egen leder eller avdeling. Studenten selv har

taushetsplikt, og informantene ble opplyst om dette. Det har vært viktig for oppgaven at informantene skulle kunne snakke åpent og ærlig, og ikke være engstelige for at det de sa til studenten under intervjuet kunne slå tilbake på dem senere. Samtykkeskjema ble gjennomgått og underskrevet før selve intervjuet. De fikk samtidig informasjon om at intervjuet ble tatt opp på opptaker, avidentifisert og informasjon om at opptaket blir slettet etter oppgavens slutt.

2.6 Intervjuene

Intervju er den vanligste metoden for innsamling av data i fenomenologiske studier (Thoresen et al., 2020). For å kunne bedrive slik datainnsamling, er det kritisk at deltakerne har opplevd det samme fenomenet. Det å spørre åpne spørsmål som tillater deltakeren å fortelle fritt, kan bidra til at forskeren selv klarer å holde tilbake teoretisk knyttede spørsmål (Thoresen et al., 2020). Studenten gikk frem under intervjuene med åpne spørsmål som handlet om sykepleiernes egne opplevelser under pandemien. Intervjuene ble bygd opp etter den engelske forskeren Mark Bevan's struktur for intervju, som beskrives med tre faser. Fase en handler om kontekstualisering, fase to om å nærme seg fenomenet og fase tre om å klargjøre fenomenet (Thoresen et al., 2020).

I intervjuene for denne oppgaven var fase en, kontekstualisering, bygget på den forforståelse og kunnskap studenten allerede innehadde om akuttmottak. Intervjuene foregikk i akuttmottak, enkelte ganger gikk alarmer i korridor og telefoner ringte. Sykepleierne som ble intervjuet var på jobb, det var pandemi og dette var selve konteksten for fase en. Fase to, å nærme seg fenomenet, utforskes ved å stille åpne spørsmål om fenomenet pandemi og opplevelsen rundt dette. Studenten var nysgjerrig og vitebegjærlig i intervjuene, og flere oppfølgingsspørsmål ble stilt på bakgrunn av dette. Fase tre, å klargjøre fenomenet, krevde at studenten lyttet oppmerksomt til deltakerne for å kunne spørre oppfølgingsspørsmål, som igjen gjorde at studenten gikk dypere inn i fenomenet. Denne fasen var utfordrende. Studiespørsmålet var åpent og enkelte snakket seg «tom» på noen minutter. Studenten benyttet seg da av egen forforståelse og erfaring og spurte spørsmål som «dyttet» de videre i samtalen. Samtlige intervjuer varte omkring 30-40 minutter.

Intervjuguiden ble pilotert på fagutviklingssykepleier i studentens akuttmottak. Den bygget på et åpent spørsmål om hvordan sykepleieren opplevde arbeidshverdagen under pandemien. Det kom frem at selve hovedspørsmålet ble for åpent, likevel ble det stående slik det var, på bakgrunn av at studien var fenomenologisk oppbygget, og hensikten var at deltakerne skulle tenke på selve opplevelsen. Det viste seg at det ikke

var uttømmende om alle opplevelsene, og hjelpespørsmål ble benyttet i hvert intervju. Disse hjelpespørsmålene kretset omkring positive og negative opplevelser, beskrivelse av hvordan arbeidshverdagen hadde endret seg eller hvordan en typisk sykepleierhverdag artet seg under pandemien. Hjelpespørsmålene bygget i tidlig fase på «beskriv», men svarene ut fra det ble for skjematisk. Spørsmålsformen ble endret til «Hvordan opplever du...», og ved å bytte disse ordene, fortalte deltakeren mer uttømmende om følelser ved opplevelsene. Alle intervjuene avsluttet med: «Er det noe mer du ønsker å ta opp?».

Studenten inntok en åpen og likefrem holdning i intervjuene. Informantene fikk snakke fritt og det kom tilbakemeldinger om prisgivelse for at de fikk snakke åpent og ærlig. Sykepleiere synes det var godt å få lettet hjertet sitt, de hadde behov for at noen hørte på dem.

2.7 Transkribering av empirisk data

Transkripsjonen ble utført av en annen enn studenten. Transkriptøren skrev under taushetserklæring før oppstart av transkripsjonen. For å ivareta personvernet ytterligere, ble det ikke nevnt navn på informanten eller akuttmottakene hvor intervjuene foregikk på selve opptaket. Intervjuene vil derfor være aidentifisert med bokstaver fra første stund, slik som «Informant 1» og «Akuttmottak B». På denne måten fikk ikke transkriptøren informantens navn eller arbeidssted. Transkriptøren lagret intervjuene på egen PC frem for å kunne sende de til studenten, etter dette ble de slettet. Dette er i hendetatt etter avtale mellom student og transkriptør. Alle intervjuene var på dette tidspunktet aidentifisert.

Transkriptøren kan informeres om eventuelle følelsesmessige intervju før transkriberingen og få anledning til å prate om det i etterkant (Polit & Beck, 2021). Dette punktet ble gjennomført, studenten og transkriptøren snakket om intervjuene og visse funn. For at studenten skulle huske hva intervjuene inneholdt av følelse, stemning i rommet og for å ikke gå glipp av viktige poenger, hørte studenten gjennom alle intervjuene samtidig som utskriftene ble lest. Det ble endret noe på transkripsjonene, da studenten fikk tak i poenger eller utsagn som transkriptøren ikke hadde fått med. Intervjuene ble hørt gjennom flere ganger, og utskriftene av intervjuene ble lest gjennom flere ganger. Etter at denne prosessen var gjennomført med alle intervjuene startet analyseprosessen.

2.8 Analyse av empirisk data

Analyseringen av intervjuene har en fenomenologisk innfallsvinkel. For å holde fokus gjennom analysefasen har studenten ark med studiespørsmålet foran seg til enhver tid. Amadeo Giorgi benytter i deskriptiv fenomenologisk metode en fem-trinns analysemodell. Analyseprosessen for denne oppgaven bruker denne som utgangspunkt.

Følgende vil de fem trinnene bli forklart, siden vil en dypere beskrivelse av analysemetoden til studenten beskrives. Det første trinnet vektlegger det å få oversikt over materialet ved å lese gjennom alle intervjuene før man går videre i analysen (Thoresen et al., 2020). Trinn to fortsetter ved at man begynner forfra i materialet og identifiserer meningsenheter i datasettet som har relevans for studiespørsmålet. Dette er en del av teksten som vil si noe om fenomenet og dets kjennetegn. For å kunne skille disse fra hverandre kan de nummereres (Thoresen et al., 2020). Det viktigste trinnet er trinn tre, her skal forskeren gjøre noe aktivt med materialet. Meningsenhetene bearbeides slik at den «psykologiske verdien» i det informantene har snakket om kommer frem. I denne fasen bør forskeren være åpen for variasjoner i materialet (Thoresen et al., 2020). I det fjerde trinnet skal forskeren bearbeide videre det som kom frem i tredje trinn. Her mener Giorgi at forskeren skal finne essensen i den psykologiske strukturen som omhandler fenomenet (Thoresen et al., 2020). Det siste og femte trinnet handler om å bruke de strukturene og tema som finnes i materialet som beskriver variasjonene omkring fenomenet. Dette for å finne fenomenets essens (Thoresen et al., 2020).

Analysen av datamateriale er en kompleks prosess, hvor studenten beveger seg frem og tilbake i materiellet, og ikke i en lineær retning (Polit & Beck, 2021). Et kjennetegn for analyseprosessen er at studenten begraver seg i datamaterialet og leser transkriberingen igjen og igjen for å finne forståelse og innsikt (Polit & Beck, 2021). Før selve analysen startet var alle intervjuene utført, transkribert og gjennomlest. Alle intervjuene ble lest flere ganger med åpent sinn, som beskrevet i trinn en. Alle intervjuene ble lyttet på igjen samtidig som gjennomlesingen foregikk. Tekstene ble så lest gjennom hver for seg, og meningsenheter trukket ut i henhold til studiespørsmålet. Gjentatte ganger er datamaterialet lest gjennom, studenten har gått frem og tilbake og vurdert hva som er relevant for studien.

2.8.1 Tabell 1

Trinn 2: Meningsenheter	Trinn 3: «Psykologisk verdi»	Trinn 4: Essensen
jeg syns at når det begynte så var det veldig spennende, det var liksom ehh... det var mye Covid i media og klager over alt og vi	Jeg synes det var spennende i begynnelsen, mye om Covid i media, fikk høre hvor ille det var i Italia.	Å oppleve at det var spennende med pandemi i begynnelsen

hørte fra Italia at det var et helvete der		
Vi har det veldig godt her. Og vi er ikke alltid klar over det, i forhold til Italia.	I Norge har vi det bedre enn i Italia	Opplevelse av trygghet i Norge
der borte er det 10 ganger verre enn her. At folk liksom klager, «njååå det skal gjøres sånn og», så tenker jeg at vi har det 10 ganger bedre, slutt å være sutrekopp, sånn er jeg litt sånn i bunn, sånn i utgangspunktet at jeg liker ikke sånn sutring. Brett opp armene og gjør jobben din.	Mye verre i Italia, vi kan ikke klage her. Jeg liker ikke sutring, brett opp armene og jobb.	Å oppleve arbeidsmoral og brette opp armene
Som sagt i starten var det veldig spennende, med å bygge opp mottak, at vi skulle ehh.... mottaket skulle bli transformert til et Covidmottak, med telt og sånt. Det var kjempespennende og morsomt, fordi hver dag var mer sånn ehh.... hvor skal vi finne ting og hvor er de	Spennende i starten å skulle bygge opp akutt mottaket, transformeres til et Covid-mottak. Hvor skulle alle ting bli funnet?	Opplive endring på arbeidsplassen helt i starten på pandemien
sykehuset og plyndret og ehh.... poliklinikkene har blitt plyndret og ehhh.....til og med fra kirken har vi tatt ting latter som vi trengte, sånne metallbord som var lette å rense, veldig praktisk. Så det var en diakon ehh.... jeg spurte eller snakket med «at du jeg trenger ehh...» «jaja vi har ehh....» «en hjelpegutt også» latter	Utstyr ble funnet over hele sykehuset, som metallbord og andre ting, for å finne praktisk utstyr.	Samarbeid om å gjøre mottaket klart, opplevelse av endring
Så i starten var det veldig morsomt å være med i den gjengen		Dette omhandlet en annen jobbsituasjon
Men nå er jeg på et punkt hvor jeg er ferdig med gule frakker og munnbind og ehh... orker ikke så mye mer enn vanlig pasient, der du ikke trenger å ha på gul frakk, det setter stort press på deg, virkelig. Ja, så jeg syns det var veldig spennende i starten, men nå syns jeg ehh..... ja jeg er litt mett.	Jeg er ferdig med gule frakker og munnbind. Orker ikke mye mer enn vanlig pasienter, uten smittevernsutstyr. Mettet på smitte	Opplive metthetsfølelse på smittevernsutstyr og smitte

Tabell 1: utsnitt fra analysetabell

Trinn to vil si at man skal finne meningsenheter i teksten, dette kan være alt fra innholdsrike setninger til hele avsnitt. Studenten var helt åpen i dette trinnet, og gjorde

den samme prosessen flere ganger for å ikke gå glipp av noe. Selv om innholdet ikke hadde direkte tilknytning til studiespørsmålet ble det tatt med, men senere forkastet hvis det viste seg å være irrelevant. Slik som vist i en rad i tabellen over. For å skille meningsenhetene fra hverandre benyttet studenten en tabell, ikke tall slik Giorgi foreslo. Studenten fikk god oversikt over materialet ved å benytte tabell.

På trinn tre som er å finne den «psykologiske verdien» i meningsenhetene, har studenten brukt egne ord til å beskrive det meningsenhetene. Dette er ført inn i tabellens andre kolonne, slik at det er oversiktlig for videre arbeid. Dette trinnet utfordret studenten til å kun beskrive det som ble sagt, og finne en psykologisk verdi. Dette ble skrevet i jeg-form for å få en mer følelsesmessig tilknytning til teksten. Denne prosessen ble i tillegg gjentatt og lest over for å være sikker på at den psykologiske verdien gjorde meningsenheten rettferdighet.

I det fjerde trinnet fant studenten sentrale tema for meningsenheten. Det ble mange ulike sentrale tema, og mange som flettet seg i hverandre. Dette vises i det femte trinnet hvor variasjoner og ulike kjennetegn på fenomenets essens sammenlignes og beskrives. Alle sentrale tema ble lest gjennom flere ganger for å endelig finne overordnede tema.

Hele analysetabellen ble skrevet ut og alle meningsenhetene med tilsvarende «psykologisk verdi» og sentrale tema/essens ble nummerert etter sidetall klippet opp til enheter. Deretter ble alle bitene sortert etter meningsinnhold og essens. Gjennom denne prosessen var studiespørsmålet synlig for studenten på en lapp, slik at meningsenheter som ikke hadde relasjon til studiespørsmålet ble kassert. Notater eller ideer ble skrevet ned i en bok. På denne måten gikk studenten igjennom alle meningsenhetene med verdi og essens flere ganger. For å gå tilbake å finne sitat, ble sidetall brukt. Alle intervjuene står etter hverandre i et dokument, så det var slik at alle intervjusidene hadde individuelle tall.

Likheter og ulikheter samles, tema og noen ganger sub-tema formes. Ved behov ble intervjuene lest gjennom igjen for å kunne konkludere med at de temaene og sub-temaene virkelig var det som var essensen av meningsinnholdet. Det er ikke selve teksten som skal forstås, men meningen bak ordene, selve essensen i det som er selvopplevd og levd erfaring (Lindseth & Norberg, 2004). Gjennom hele analyseprosessen ble «bracketing» benyttet i den grad det er mulig, for å unngå å selv legge levd erfaring til det informantene deler. Det var ikke mulig for studenten å legge vekk all forforståelse, noe som kom til nytte når informantene snakker i «koder» eller hadde en egen forforståelse av at studenten visste hva de mente. Denne forforståelsen lettet analysearbeidet ved at studenten forsto hva de mente når de snakket i sykepleier-

«koder». Studenten benyttet heller forforståelsen til å lettere forstå og leve seg inn i situasjoner og utsagn, slik at beskrivelsene av livserfaringen kunne bli rikere. Avgrensningen ble utført i analyseprosessen, hvor det ble luket bort utsagn som omhandlet tredje person eller utsagn som ikke hadde noe med studiespørsmålet å gjøre.

3.0 Forskningsetikk

Forskningsetikk bygger på Nuremberg koden og Helsinki-deklarasjonen som etablerte etiske standarder for forskning. Flere fagfelt opprettet egne etiske kodekser, blant annet har sykepleieres internasjonale gruppe ICN (International Council of Nurses) utviklet kodeksen yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Polit & Beck, 2021).

3.1 Egen studentrolle som forsker

Det vil være en tilhørighet til informanten når det forskes i eget felt, og erfaringer fra egen livsverden vil kunne bidra til fruktbar samtale og nyanserte spørsmål. Det kreves derfor at studenten reflekterer omkring egen rolle (Thoresen et al., 2020). Studenten kan sette sin egen subjektive oppfattelse av livserfaringen på pause, «bracketing». En måte å gjøre dette på, er å lytte oppmerksomt og ikke samtykke eller avkrefte det som kommer frem under intervjuene, innta en nøytral rolle. Giorgi omtaler forskerens rolle i deskriptiv fenomenologi, og presenterer den rette holdningen. Det handler om reduksjon – altså at forskeren setter til side sin forforståelse, faglig tilnærming – innta en faglig holdning ved analyse av data og at forskeren inntar en sensitiv holdning til fenomenet som skal studeres (Thoresen et al., 2020). Studenten ønsket at deltakerne skulle føle seg hørt og at det de fortalte var viktig for studien. Denne tilnærmingen kunne gjøres på flere måter, og studenten benyttet Karin Dahlbergs refleksive livsverdenstilnærming (Thoresen et al., 2020). Studenten inntok en åpen holdning, viste vilje til å lytte, se og forstå mest mulig åpent. Det krevde åpenhet, fleksibilitet og sensitivitet for å kunne forstå fenomenene på en ny måte (Thoresen et al., 2020).

3.1.1 Å intervju i egen avdeling

Studenten har stilt seg åpen til intervjuene og vist vilje til å lytte. Studenten jobber selv i akuttmottak, og vil av denne grunn ikke kunne være nøytral og objektiv under intervjuene eller analyseprosessen. Forforståelsen vil følge studenten i den grad den gjør, noe som fordret stor selvkontroll av studentene under intervju og analyse av resultatene for å unngå fortolkning av empiriske data. På en annen side var studenten klar over og forberedt på at det kunne komme tema som var etisk eller faglig vanskelige. Forberedelsene gikk på å gjennomgå mulige scenarioer som kunne oppstå, avklare lojalitet overfor avdelingsledere og avklare forventninger til intervjudeltakerne. Det å la seg prege av sterke inntrykk eller opplevelser under intervjuet, ville studenten være innstilt på. Som en forberedelse til å møte personlige utfordringer eller andre scenarioer, reflekterte studenten over at uenighet i utvalget, personlige forhold eller usikkerhet omkring egen forskerrolle kunne oppstå. Integritet, gjennomsiktighet og moralsk ansvarlig forskningsadferd er eksempler på hva som kan øke kvaliteten på forskingen (Kvale & Brinkmann, 2019). I tillegg har studentens medarbeidere blitt godt

informert omkring rollen til studenten i intervjusituasjonen. Plassen til studentene er avklart på forhånd, spørsmål om bias er avklart så vel som hvilken virkning det de sier i intervju vil ha på studenten. Det var ikke rom for egen tolkning eller bekreftende og avkreftende kommentarer. Informantene ble informert om at om dersom de ikke ønsket å la seg intervju av studenten grunnet frykt for sanksjoner fra seksjonen kunne de når som helt i prosessen takke nei eller trekke seg fra intervju. Ingen benyttet seg av denne anledningen.

3.2 Trygg lagring av datamateriell

Datamaterialet er lagret under passordkodete mapper, slik at det ikke er mulig for andre å komme til. Kodingsnøkkel og datamaterialet er heller ikke lagret samme sted. NSD er informert om lagring av datamateriell på privat PC, under forutsetning av at det ble kryptert og beskyttet med passord. Kodingsnøkkel er lagret på en harddisk på arbeidsplassen og er passord-beskyttet. Datamateriell ble skrevet ut uten navn på informant eller akuttmottak. Det ble skrevet ut i papirform for å gjøre analyseprosessen mulig. Samtidig er det ikke utleverende informasjon tilgjengelig på disse, slik er det ikke mulig å gjenkjenne informant eller akuttmottak.

Samtykkeskjema er lagret i et låsbart skap på arbeidsplassen, med nøkkel et annet sted enn skapet. Alle informantene fikk informasjon om dette og hva oppgaven kan bli benyttet til før de skrev under. De samtykket til å dele materialet på fagdager, som foredrag eller andre læringsarenaer. Samtlige utskrift av intervju og samtykkeskjema fra informantene vil bli makulert ved oppgavens slutt.

3.3 Deltakerne

For å ivareta personvern involverer det institusjonen, deltakerne, leder for prosjekt og andre som er med i forskningsprosessen. Forsvarlighetskravet er en minstestandard, og forskningen bør ligge godt over denne terskelen (Simonsen, 2014).

Etiske dilemma kan oppstå i hele studieprosessen. Det kan være spørsmål som blir stilt, eller det å bli konfrontert med egne meninger. Deltakerne i en studie skal ikke bli utsatt for unødvendig ubehag eller skade. Som forsker er det viktig å vise respekt for menneskeverd og selvbestemmelse (Polit & Beck, 2021). I denne studien kunne etiske dilemma oppstå siden studenten skulle gjennomføre intervjuer med egne medarbeidere. Konflikter kunne oppstå om intervjuet tok en personlig direkte vinkling og objektet følte seg utsatt. Samtidig var det viktig å ha lys på at en studie som gjennomføres på arbeidsplassen kunne føre til fordeler for de som jobber der, ikke nødvendigvis bakhodeler. Det var viktig å være tydelig på at studien var konfidensiell, som vil si at deltakeren ikke

er gjenkjennbar i studien og at det klargjøres hvem som kan ende med å få tilgang til studien (Kvale & Brinkmann, 2019). Ved informert samtykke fikk intervjudeltakeren informasjon om studien, design og at intervjuet var bygget på frivillighet. Det var muligheter for å trekke seg hvor som helst i prosessen, og det ville ikke bli ettervirkninger om dette skulle skje. Det var kun basert på egen beslutning (Kvale & Brinkmann, 2019).

Personvern handler om retten til å selv bestemme over private meninger og ikke bli tvunget til å svare på spørsmål som den ikke ønsker (Datatilsynet, 2019).

Personvernombud i respektive akuttmottak er informert og har godkjent intervju og studien.

Norsk senter for dataforskning (NSD) beskytter personopplysninger i forskningsarbeid og har mottatt en søknad før prosjektet startet. De godkjente prosjektet og personvernskriteriene, se vedlegg 1.

4.0 Resultater

Endringer i arbeidshverdagen under pandemien er det sykepleiere betegner som hovedessensen gjennom intervjuene. Viktige tema var i tillegg deres forhold til sykepleie under pandemien, pasientsikkerhet og smittevern. Endringene de opplevde innebefattet logistiske og lokalisasjons endringer, endringer i pasientbehandling og opplevelse av pasientsikkerhet, endringer i hvordan de opplevde sykepleien og endringer i smittevernsrutiner og opplevelser omkring dette. Disse temaene er det som i vanlige tider stort sett utgjør en sykepleiers hverdag i akuttmottaket, men pandemien førte med seg massive forandringer som påvirket hele arbeidshverdagen, og for noen sykepleiere forandret det personlige standpunkter.

4.1 Når arbeidsplassen endret seg over natten

Sykepleiere fortalte at de tidlig i 2020 ikke opplevde pandemien som en trussel for arbeidshverdagen deres. De leste om Covid-19 i media og hva som skjedde i Italia, og tenkte at det var trygt og godt i Norge. Pandemien nådde Norge mars 2020 og sykepleierne opplevde at dette medførte endringer for hele arbeidshverdagen deres. De opplevde den første tiden med pandemi som spennende, de måtte improvisere, starte nye prosesser og prøve å finne ut hvordan oppgaver skulle løses, motsatt fortalte de om usikkerhet og bekymring for seg selv og familien.

«Ja, det er i fra starten av mars da, så tenkte vi jo sånn at dette kommer jo ikke til Norge, vi var litt der. Det bryr vi oss ikke så mye om egentlig. Også kom dagen hvor alt ble stoppet opp. Akuttmottaket var overhodet ikke klar for en pandemi» (Informant 9).

4.1.1 Usikkerhet til ny arbeidsplass

Den første tiden med Covid-19 ble opplevd som en berg-og-dalbane av endringer. Den opplevdes kaotisk, akuttmottakene måtte bygges om og transformeres til Covid-mottak. Sykepleierne beskrev at rom ble endret ved å fjerne det de ikke trengte og unødvendig utstyr ble flyttet ut på korridor. Dette for å ha minst mulig utstyr som kunne fungere som smittekilder inne på rom. Pasientrom, som ikke hadde egnet sluse eller eget toalett, var ikke klargjort for å ta imot Covid-pasientene. Utstyr ble funnet og hentet over hele sykehuset, og hele akuttmottaket med pasientforløp og organisering ble snudd på hodet. Sykepleiere som ikke hadde vært på jobb det første døgnet av pandemien fortalte at de følte de kom til en ny arbeidsplass. Sykepleierne kjente på engstelse og usikkerhet for situasjonen de sto overfor. Denne endringen på arbeidsplassen blir beskrevet som stressende og skremmende, men på en annen side spennende.

«Vi hadde masse rom, men det var ikke fasiliteter i det hele tatt, til å ta imot disse pasientene. Men i løpet av en helg da så ble akuttmottaket bygd om, det gikk så fort» (Informant 9).

Det gikk ekstremt fort med forandringene, og når de første pasientene kom, opplevde sykepleierne stress over at akuttmottaket ikke var forberedt, i tillegg var pasientene svært kritisk syke. Sykepleiere skulle fra en dag til en annen jobbe annerledes, de skulle teste pasienter for Covid-19, sortere alle pasienter som kom til akuttmottak, isolere flesteparten av pasientene, bruke smittevernsutstyr i mange flere situasjoner enn vanlig og gjøre seg kjent med et ukjent virus. Opplevelse av usikkerhet omkring alle nye rutiner og retningslinjer ble starten av pandemien, og det var knapp tid mellom endringene og presentasjon av nye prosedyrer – hvor noen av de gjorde arbeidshverdagen bedre enn tidligere.

«Det var egentlig en fin helg, men det var jo en omveltning og fra en dag til en annen og skulle teste, og gå i dette smittevernsutstyret, og vi hadde restriksjoner på hvor mange, hvor mye smitteklær vi kunne bruke. Og derfor var vi jo inne hos pasientene lenge, også «nei nå må du komme ut, for du har fått en ny [pasient]» (Informant 3).

Den første tiden av pandemien, mars-mai 2020, opplevde sykepleierne færre pasienter enn vanlig i akuttmottaket, men jobben ble likevel tyngre enn ellers grunnet usikkerhet omkring nye rutiner og den nye situasjonen. Fordi pasientmengden falt så drastisk, tilrettela dette i så måte for at sykepleierne klarte å håndtere endringene og tilvenne seg de nye prosedyrene. Hadde det vært samme pasientmengde som det vanligvis var, mente sykepleierne at arbeidshverdagen i starten av pandemien kunne kollapse. Arbeidshverdagen ble slitsom, og de følte stress i jobben på bakgrunn av prosesser med tilvenning av de mange endringer som tredde i kraft.

«Og være på de fire nattevaktene som jeg hadde fra mandag til fredag, det var helt forferdelig. Jeg tror det var mitt første møte med den virkelige Covid-tiden» (Informant 3).

Det ble opprettet nye funksjoner og arbeidsområder, blant annet ble nye triage-områder og sjekklister med febermåling raskt etablert, og førte til at sykepleiere kunne sortere pasientene ut fra mistanke om smitte eller ikke, før de kom inn i akuttmottak. Sykepleierne måtte være rigide med sjekklister for å få alle pasienter til å svare på spørsmål, og erkjente at det var en viktig jobb når de så at pasientene ble lagt på riktig sted i akuttmottaket. Sykepleierne fikk anerkjennelse fra legene i sin faglige vurdering av hvilke pasienter som skulle isoleres. Dette satt de pris på.

«Da blir dem sortert der ute, ut ifra om dem skal inn i ren sone, eller i uren sone. Så du gjør en veldig viktig jobb, for du skal ikke bomme der. Det er veldig dumt hvis du får en uren inn i ren sone. Så det forsinker det faktisk ganske mye» (Informant 8).

4.1.2 Pandemien endret hverdagen i akuttmottaket

Akuttmottaket kan ses som sykehusets hjerte eller ansikt utad, og for mange pasienter – det første møte med sykehuset. Dersom arbeidshverdagen skulle gå rundt, sa sykepleierne at de var avhengig av den ble organisert slik at prosesser fløt godt og pasientsikkert. Sykepleiere så visse fordeler med at Covid-19 pandemien kom, de fortalte om at endringer ble gjennomført raskere, utstyr og bemanning kom raskere på plass og det ble lettere å forholde seg til fordeling av pasienter enn tidligere. På motsatt side ble negative opplevelser beskrevet, da utstyr manglet, prosedyrene ikke fungerte eller systemer var ikke kommet i stand.

«...vi er liksom hjerte av sykehuset som jeg sier, vi server stort sett alle divisjoner, alle avdelinger eller klinikker eller hva de kaller det. Vi tar dem imot, dette er sykehusets ansikt utad på et vis. Vi er første møte med sykehuset» (Informant 8).

Sykepleierne måtte løse logistikken med pasientflyt og smittevernet rundt isolatene på best mulig måte, og følte dette endret seg fra vakt til vakt den første tiden. Etter hvert gikk dette seg til, og sykepleiere fortalte de ble vant til å leve midt i en pandemi. Den endringen i arbeidshverdagen som pandemien førte med seg, opplevde sykepleierne som større enn alle andre forandringer tidligere presentert for dem. De fortalte de var kun hjemme eller på jobb, og at det var rart at dette var den nye hverdagen.

«Ja man har jo begynt å bli vant til det og. Det er nesten vanskelig å tenke tilbake hvor man var hen» (Informant 4).

«Du blir jo liksom i en sånn boble. Rett og slett» (Informant 2).

Pandemien slet sakte, men sikkert på sykepleierressursene. De hadde mindre overskudd og gruet seg til å gå på jobb. Samtidig hadde sykepleierne tatt mange ekstravakter for å dekke opp for de som ikke kunne komme på jobb grunnet sykdom, karantene eller annet Covid-relatert fravær. Hvis de hadde jobbet mye, ble det vanskeligere å hente seg inn igjen, mye verre enn tidligere. Forandringene var store, de orket ikke ta flere ekstravakter og for noen hadde det blitt slik at de vurdere å skifte jobb grunnet den store belastningen pandemien medførte til arbeidshverdagen.

«At iblant er man sliten og trøtt og man har vanskelig med å innhente seg iblant når man jobber mye, men en gang håper jeg at vi kommer sterkere ut av det på et vis» (Informant 5).

«Jeg har vel vurdert litt om det her er noe som man vil drive med, det må jeg innrømme, og det er det fortsatt litt sånn jevnlig. Om en kanskje bør finne på noe annet. Ja, jeg må være ærlig å si det» (Informant 2).

For å finne energi til å gå på jobb, avsto sykepleierne etter hvert fra ekstravakter og de fant seg steder de kunne ventilere ut frustrasjon. De kjente dette året på kroppen og i hodet, de opplevde følelse av utmattelse og tristhet, og håpte de skulle klare seg gjennom pandemien. Til tross for dette opplevde de at de følte seg trygge på jobb, de hadde det utstyret de trengte, de var blitt mer bevisst på hva som kunne gjøres på en mer strukturert måte og de godtok at dette var den nye arbeidshverdagen.

«Det er et år man virkelig kjenner på kroppen og i hue, at jeg har jobbet hardt og kommer til å jobbe hardt framover, i lang tid framover også» (Informant 7).

4.2 Den nye arbeidshverdagen til sykepleierne

Sykepleieren fortalte om usikkerhet i forhold til rollen som sykepleier i pandemi. De følte seg mer ensomme på jobb enn tidligere. De opplevde å ikke få pustepauser eller hvile på jobb. Samtidig har de fortalt om at relasjonen til pasient og medarbeidere endret seg.

4.2.1 Sykepleierne kjenner på den nye rollen

Sykepleierne følte usikkerhet i starten av pandemien relatert til hvilken rolle de skulle ha i mottak av pasient med Covid-19. De seg forlatt i form av at ingen tok styringen totalt sett, men andre på motsatt side følte seg godt ivaretatt på jobb. Omleggingen til nye rutiner ble beskrevet preget av stress og usikkerhet hos sykepleierne i akuttmottak, det samme var opplevelsen fra samarbeidende parter. Når sykepleierne hadde en koordinerende rolle de til vanlig kjente til, med ansvar for avdelingens pasientlogistikk, opplevde de å få telefoner fra interne samarbeidsparter fulle av frustrasjon, og i en allerede travel hverdag slet dette på humøret. Det var utfordrende å skulle fordele stadig nyankomne Covid-pasienter, når alle sykepleiere og rom var opptatt. Ikke alle rom var utstyrt med alt medisinsk teknisk utstyr, og de rommene kunne ikke benyttes på lik linje med de andre. Det kunne i tillegg være uenighet blant samarbeidende parter omkring hva som mentes med akutt luftveissymptomer eller tungpust, sykepleierne ble usikre på hvordan de skulle behandle pasienter som ikke hadde helt klassiske symptomer på Covid-19.

«Og hvis jeg sitter som koordinator og alle 4 [sykepleiere] står på et rom, så må jeg liksom fram og tilbake, eller at de 3 står på rom, jeg sitter på koordinatorplass fordi det er mye telefoner, så har jeg en som er løs, som går rundt. Så hvis det kommer en [pasient] til, hva gjør jeg da?» (Informant 1).

«Det er jo ikke noen ende på det her, sånn det er nå» (Informant 2).

De opplevde å føle seg ny i en kjent avdeling den første tiden, og sykepleierne fortalte at de sto og så rundt seg på arbeidsplassen sin, og tenkte: «dette orker jeg ikke, det går

ikke». Det var en følelsesmessig tung jobb, både fordi sykepleierne opplevde å være usikre på om de ville oppdage symptomer, de var redd for egen og familiens helse og at de ikke så noe ende på pandemien. De forberedte seg på det verste. Likevel ble arbeidshverdagen mer forutsigbar mente sykepleierne, de skulle stå på smitterom, pasientene skulle stort sett isoleres og rutinene ble etter hvert tydeligere.

«Det som gjør det litt overveldende nå syns jeg liksom, det er det at influensasesongen er på vei òg. Covid/influensa. Og der er jeg litt bekymret for plass situasjonen her i mottaket hos oss. Vel er vi et stort mottak, men vi har ikke mange nok rom...» (Informant 8).

Sykepleierne følte seg mer ensomme på jobb enn tidligere. Det å stå alene på isolat førte med seg følelse av uvisshet, og de fortalte at det tærte på kreftene. Det var flere situasjoner gjennom pandemien som førte til følelsen av ensomhet og utmattelse. Sykepleierne opplevde at anestesipersonell ikke ville gå inn til Covid-19 pasienter, og de selv måtte ventilere pasienten med en maske-bag når dette ansvaret ligger hos anestesipersonell. En slik uvant rolle førte med seg stress. Det var uenighet på traumestua mellom de ulike profesjonene, og sykepleierne måtte bidra i vurderingen av behov for respirasjonsstøtte og logistikkproblemer.

«Ofte ble krangel når vi [teamet] kom på traumestua, at alle sammen var uenig om hvordan man egentlig skulle håndtere ting» (Informant 7).

Intensivavdelingen ønsket å vente med å motta pasient inntil svar på Covid-test forelå, noe som medførte at pasient ble liggende på isolat i akuttmottaket. Dette kunne medføre opphopning av pasienter, *crowding*. På sin side førte dette til at pasient med mistenkt Covid-19 måtte vente på ledig rom i korridor på ambulansebåre. Disse påkjenningene med mange timer på isolat og ulike utfordringer har stadig forsterket følelsen av avmakt hos sykepleierne, når fokuset i media har i hovedsak vært rettet mot intensivavdelingene.

«Nå er det sånn at de ringer fra intensiv «ja, kan dere beholde vedkommende til vi har fått Covidsvar», «å ja, så vi skal fortsette å stå i smittefrakk, så dere slipper»» (Informant 1)

«...fordi vi [sykepleiere og leger] kan jo sitte med helt forskjellige oppfatninger. Så vi må bare prøve å finne ut av det sammen» (Informant 6).

Det å ikke få dekket sine grunnleggende behov under pleien av Covid-19 pasienter var noe sykepleierne opplevde daglig. De fortalte de ble stående inne på smitterom å behandle pasienter, til tross for at de var slitne og utmattede. De ble gjennomvåte av time etter time på isolat, de fikk ikke spist, drukket eller gått på toalettet. Noen ganger

fikk de ikke spist før etter vaktens slutt. De ble utslitt og tunge i hodet. Mange pasienter var kritisk syke og teamkrevende, og sykepleiere sto opptil fire timer i strekk for å jobbe med pasienten. Noen vakter måtte sykepleierne skifte arbeidstøy flere ganger fordi det var vått.

Det var ganske hardt å ikke få hvile, og med mange vakter i smittevernsutstyr var de mye mer slitne etter endt vakt enn tidligere. Det var vanskelig å jobbe i starten grunnet smittevernsutstyr, logistikk av pasienter og noen dager visste de at de fikk en travel vakt uansett. Sykepleierne kunne ta imot både kritisk syke og pasienter som ikke var så alvorlig syke, og fortalte at pandemien satt ekstra spor hos sykepleierne som opplevde at kritisk syke Covid-positive pasienter kom inn i akuttmottaket og døde i armene deres. Følelsen av sorg fulgte de.

«Og etter noen uker så er han faktisk ikke mer altså. Sånne ting gjør inntrykk på deg altså, selv om man har sett mye trist opp igjennom karrieren. Du husker sånt. Dette tuller du ikke med». (Informant 8).

Vaktene brakte ofte med seg lange timer på smitterom, og få pustepauser. Om de skulle ta en pause, måtte de gå fra pasientene på smitterom, og pasienten ble ikke observert fysisk, kun med overvåkningsutstyr. Noen av dørene hadde vinduer, så sykepleierne kunne se inn til pasienten eller så valgte de å åpne døren for å spørre pasienten hvordan de hadde det. De måtte stole på alarmsystemet som ga lyd ved endring i vitale parametere eller om pasienten ringte på. Sykepleierne opplevde at alarmer gikk når de sto opptatt med andre arbeidsoppgaver eller andre pasienter, og hadde ikke alltid mulighet for å gå fra den pasienten de var hos da. Da kjente de en følelse av frykt og engstelse for pasientene. De tenkte at dette ikke var pasientsikkert, og at bemanningen ikke sto i samsvar med arbeidsoppgavene omkring pasientene og de nye rutinene.

«...det er jo hele arbeidshverdagen nå er jo snudd på hodet, så det har jo vært kjempe mye omstilling. Det har jo tæret på krefter» (Informant 4).

I enkelte tilfeller jobbet de alene med å ta imot pasienten, og dette var svært krevende. De fortalte de ønsket de kunne være to og to for å kunne ta imot pasienten best mulig. Ved å jobbe sammen, økte tryggheten og motvirket følelsen av ensomhet. En kunne stå på gangen og ta imot eller gi utstyr, i tillegg hadde de hjelpen rett på utsiden om noe skulle gå galt. Når det kom to til tre pasienter samtidig, strakk ikke alltid bemanningen til for at de kunne være to sykepleiere for å ta imot en pasient, og de hadde ikke annet valg enn å gå inn til pasienten alene. Ved å være flere sykepleiere som kjente til pasienten i motsetning til kun en, ville alltid noen vite hva som skulle skje videre med pasienten eller ta alarmklokker, og sykepleierne mente dette bedret pasientsikkerheten totalt sett. I tillegg kunne de få tatt seg pauser for å spise eller gå på toalettet.

«Vi er jo da to sykepleiere som har ansvar for seks smitterom. Og det kan jo ofte komme to til tre pasienter samtidig, hvor man da ikke er nok personalet til å ta imot» (Informant 6).

Det å måtte behandle pasienter som var smittepasienter og rene pasienter på samme tid, skapte utfordringer med mye av og påkledning med smittevernsutstyr, som igjen var tidkrevende. Sykepleierne ønsket å unngå denne sjongleringen mellom rene og urene pasienter, men bemanningen og pasientpågangen gjorde slik at dette ikke var mulig. De mente å gå mellom isolerte og uisolerte pasienten, økte smitterisikoen for den pasienten som ikke var isolert. Når de måtte ta imot flere kritisk syke pasienter samtidig på ulike smitterom, opplevde de indre stress med å skulle prioritere hvilken pasient som var dårligst og trengte tilsyn først. De visste samtidig at de andre sykepleierne i akuttmottaket var like opptatt som de selv og forventet av den grunn ikke å få hjelp. Sykepleierne fortalte at de gjorde så godt de klarte i slike situasjoner. De kunne ha flere funksjoner i avdelingen samtidig, noe om førte til at de noen ganger måtte løpe fra pasienten på isolat for å ta imot en teamkrevende pasient.

«...at jeg har stått fire timer på et sånt rom «og jeg må på do, nei jeg kan ikke, hun er dårlig og hypotensiv» og ja men, og svetten... jeg kjente at det rant nedover ryggen sant. På en vakt har jeg skiftet tre ganger» (Informant 1).

Sykepleierne opplevde en massiv klappe-kampanje fra samfunnet for den jobben de utførte i starten av pandemien. De ønsket selv ikke å bli klappet for, det opplevdes som å ikke bli tatt seriøst, de ønsket heller å se positive endringer innen helsevesenet. At samfunnet klappet for sykepleierne, for så å sitte tett sammen i parken, opplevdes for sykepleierne at de ikke ble verdsatt for den jobben og de arbeidsoppgavene de utførte. Sykepleierne i front følte de sto i en risikofylt arbeidshverdag, spesielt under pandemien, uten at de riktig ble sett, i tillegg mente de at det var lite fokus på at pasientbehandlingen startet allerede i akuttmottaket og ble gitt av sykepleierne der. De sa de håper Norge nå ser mot akuttmottaket og erkjenner at uten den kompetansen i front, ville mortaliteten vært høyere blant pasientene.

«Jeg vil ikke ha takk for innsats, jeg vil ikke at folk skal klappe. Jeg vil se endringer til det positive, sant» (Informant 1).

4.2.2 Trygghet i relasjoner

Under pandemien opplevde sykepleierne at relasjonen til pasienter på isolat og måten å vurdere pasienters kliniske tilstand på forsvant. Sykepleierne fortalte at de verdsatte å bygge opp en relasjon til den pasienten de behandlet, gjennom å undervise, forklare og skape trygghet for pasienten. Hos noen pasienter sto sykepleierne flere timer inne på

rommet i smittevernsutstyr og behandlet pasienten. Så kom Covid-testen tilbake negativ, pasienten ble avisolert og sykepleierne ble ikke gjenkjent av pasienten når de kom inn på rommet uten smittevernsutstyr. De sa at disse situasjonene med å ikke kunne skape relasjon til pasienten, var det verste med pandemien og de hadde mistet noe av gleden med å være sykepleier.

«...oppbygge tillitt til pasienten, det er noe som jeg verdsetter veldig, veldig høyt» (Informant 3).

Trykket på akuttmottaket opplevdes som travlere i oktober (2020) enn i mars-april (2020) med økende pasientstrøm av Covid-19 pasienter, sykepleierne fortalte at denne økende pasientstrømmen slet på kroppen. For å orke å utstå situasjonen, hentet de krefter fra hverandre og fortalte de opplevde å bygge relasjon med kollegaer de ikke hadde snakket med tidligere. Under pandemien ble det bedre teamspirit, økt arbeidskapasitet og en mer samlet gruppe på jobb, de jobbet sammen mot en felles front. De fortalte om tilpasningsdyktige kollegaer, særegne akuttmottaks-folk, omstillingsvillige og at de jobbet sammen med kollegaer som gjorde hverdagen enklere. De opplevde å være glad når de var på jobb med folk som tenkte likt som de selv og gjorde det beste ut fra det de hadde av ressurser.

«...man har forsøkt å ta fram det beste i seg og løse det som man står i. Og det har vi gjort sammen, uten noen utenforstående. Og da har vi hentet kraft og sånn fra hverandre. Og det syns jeg er veldig positivt» (Informant 5)

Det ble ansatt nye sykepleiere fra forskjellige avdelinger eller eksternt fra som følge av behovet for en økt sykepleierkompetanse i mottak av Covid-pasientene. Det var positivt at det startet mange nye medarbeidere i akuttmottaket under pandemien da det var behov for flere hender, motsatt ble det beskrevet bekymring for om kompetansen til de nye sykepleierne var tilstrekkelig. Erfarne sykepleiere opplevde å bruke mye tid og krefter på opplæring av nyansatte, hvorav noen kom fra en annen avdeling på sykehuset eller rett fra bachelorutdanningen. Det var hensiktsmessig at de nye medarbeiderne fikk god kompetanse og en trygg relasjon til medarbeidere, slik at de som har jobbet lenge kunne få støtte av de nye. Opplæringen ble kort og intens, og et forsøk på å lære de nye det aller mest viktige. Til tross for at de mer erfarne sykepleierne opplevde at de ikke klarte å bevare den samme tålmodigheten, snakket de seg imellom om å holde på den for de nye sykepleierne sin skyld. De mente at hvis de erfarne sykepleierne med kompetanse ble borte, ville presset på de som ble igjen bli større. På samme tid var det fint å få brukt det personellet som var tilgjengelig i sykehuset, og på sikt ville det gagne sykepleiere i akuttmottak at det startet så mange nye under pandemien.

«...så det var jo veldig lærerikt. Og jeg tror nok det at de [nyansatte] satt igjen med en veldig god opplevelse av det. Så det er nok litt positivt for dem da» (Informant 9).

«...man skal hente ned ekstra bemanning fra sengeposter, det er folk som ikke har vært i akuttmottaket. Det er liksom ikke å bare å ta på seg en ekstra vakt i et akuttmottak» (Informant 2).

«...jeg tenker jo det at det positive var jo det at vi fikk jo veldig mye nye sykepleiere. Egentlig.» (Informant 9).

Det var ikke bare usikkerhet knyttet til at pasienten var alene, men usikkerhet i forhold til nye medarbeidere. Sykepleierne mente at de nyansatte ikke hadde den kompetansen som var forventet eller ønsket. Til tross for dette, ble nyansatte stående alene på rom med kritisk syke pasienter. Erfarne sykepleiere visste om dette og forsøkte å forhindre at nyansatte havnet i denne situasjonen, men slik pandemien artet seg i akuttmottaket opplevde de at det ikke var muligheter for å bruke tiden på annet enn egne pasienter, og at opplæringen eller støtten til nyansatte ikke kunne prioriteres foran de kritisk syke pasientene.

«Jeg tror ikke vi har hatt noen tilfeller hvor ting har gått galt, men det er ikke helt betryggende at en så uerfaren sykepleier skal gå inn sånn alene. Man har jo absolutt prøvd å ha noen bak, en mer erfaren sykepleier som går bak, men det er ikke alltid det går når det smeller, når det koker» (Informant 7).

«Og vi sitter igjen med veldig, veldig mange nye, veldig mange ferske sykepleiere, slitsomt for oss som har kompetanse og har jobba der lenge» (Informant 2).

Det var ikke var enkelt lenger å spørre medarbeidere om hjelp som før pandemien. De hadde ønske om samarbeid om pasientmottak, men arbeidshverdagen endret sykepleiernes kapasitet for å hjelpe og de følte seg mer alene enn tidligere. Relasjonen mellom sykepleierne endret seg, de følte seg frustrerte og kunne snakke mer negativt seg imellom eller mot nyansatte. Det var stor turn-over av medarbeidere og for første gang dårlig stemning.

«Jeg er veldig glad i arbeidsplassen min. Hadde det ikke vært pandemi så hadde det positive synet mitt det hadde fått lov å blomstre litt mer. Jeg er egentlig veldig positiv til vanlig, men jeg kjenner at disse månedene har gjort at jobben har blitt tyngre» (Informant 3)

Samarbeidet og relasjonen med leger, anestesi og andre eksterne parter ble kaotisk og med motsetninger i starten, og sykepleierne trakk frem at god kommunikasjon og et godt team rundt pasienten hadde mye å si for at god behandlingen ble gitt. Når de opplevde godt tverrfaglig samarbeid mellom lege og sykepleier styrket dette relasjonen mellom yrkesgruppene, og det ble lettere å spørre spørsmål og diskutere løsninger.

«Det at man kommuniserer godt også, som et team da, rundt pasienten, det har veldig mye å si. At man får gitt den behandlingen man skal gi» (Informant 4).

Smittevernsavdelingen holdt opplæring med riktig av – og påkledning av smittevernsutstyr. Det ble i tillegg laget plakater og filmer, og sykepleiere fortalte at de følte økt trygghet og kompetanse ved en slik opplæring. På en annen side var det ikke alle sykepleierne som deltok i opplæringen fra smittevern. Det hendte at leger eller annet støttepersonell ikke hadde denne kunnskapen om riktig av – og påkledningsteknikk, og sykepleiere i akuttmottak påtok seg oppgaven med opplæring. De opplevde dette som kvalitetssikring av arbeidet og smittevernet i akuttmottaket. Legene mottok i tillegg opplæring fra sykepleierne i testing av pasient. Sykepleierne så at testingen ble utført på feil måte av legene og ønsket selv å overta denne oppgaven.

«...smittevern var jo her nesten hver dag og spurte hvordan det gikk, tok oss med inn på personalrommet så vi kunne spørre om spørsmål» (Informant 4).

4.2.3 Sykepleiernes opplevelse av lederstøtte under pandemien.

Sykepleierne beskrev varierte opplevelser opp mot ledelsen under pandemien. De fortalte forskjellig om hvor synlig lederne hadde vært og hvordan de hadde fått informasjon som skulle legge grunnlaget for den nye arbeidshverdagen. I starten ble det mye informasjon hver dag og de beskrev dette som overveldende. De fortalte at det var mange nye retningslinjer å motta informasjon om, og det ble fort etablert et informasjonsskriv på e-post, i tillegg ble informasjon gitt i vaktskifter. Når det kom flere nye retningslinjer samtidig, ble disse samlet i e-post og gjorde det enklere å finne igjen informasjon.

«Jeg synes det har vært bra. Jeg synes det var veldig fint at man var tidlig ute med å sende ut en sånn, hvor man sendte ut en mail da, med samla informasjon» (Informant 4).

På motsatt side ble sykepleiere frustrerte når de ikke følte seg hørt eller fikk den støtten de hadde behov for under pandemien. De følte seg alene og opplevde dårlig samspill mellom medarbeider og leder. Det hadde vært mange nye retningslinjer og mange nyansatte å forholde seg til, og sykepleierne fortalte om stor irritasjon rettet mot

ledelsen som ikke viste forståelse for situasjonen. De opplevde mismot over at retningslinjene og prosedyrene ble bestemt uten medbestemmelse fra sykepleierne selv.

«[Det] savner jeg jo litt. Litt støtte fra ledelsen, litt samarbeid, hvordan skal vi løse dette på best mulig måte, hvordan har dere...hva er deres forslag, istedenfor at vi bare får beskjed om at sånn og sånn skal det gjøre, det har vi blitt enig om og sånn blir det fremover» (Informant 6).

«En pasient ankommer mottak, blir sendt til smitte og transportert inn på et rom, også kommer det da en helt fersk sykepleier potensielt og går inn på rom, alene, og det syns jeg er skummelt» (Informant 7).

Sykepleiere som ble hørt, hadde følelsen av at ledelsen ønsket at de skulle føle seg trygge på jobb i Covid-tiden. Selv om tiden var krevende, følte de at de klarte å jobbe under disse forholdene på bakgrunn av støtte fra ledelsen. Sykepleierne stolte på de som tok beslutninger og mente at de gjorde en god jobb. De som ikke opplevde støtte, ble ikke spurt om hvordan de hadde det på jobb, eller hvordan det var å jobbe med de nye bestemmelsene. De opplevde en tyngre stemning på jobb under pandemien enn tidligere, sykepleierne fortalte at ledelsen ikke hørte de ansatte, ansatte snakket negativt seg imellom og alle var slitne.

«Jeg tror, jeg føler at ledelsen var veldig opptatt av at vi skulle føle oss trygge da, når vi skulle ta imot disse pasientene her» (Informant 4).

«...mye mer snikk snakk mellom kollegaer, som vi egentlig er en avdeling hvor vi har gått til hverandre, men alle folk har blitt så slitne» (Informant 3).

Sykepleierne opplevde at de og lederne jobbet sammen for å utarbeide gode rutiner og sikre nok smittevernsutstyr. De var heller ikke engstelige for å si ifra når det var behov for det. Når sykepleierne skrev e-post til ledelsen om behov opplevde de å bli hørt, og informasjonen fra ledere opplevdes som god og tilstrekkelig. Motsatt fortalte sykepleierne om usikkerhet og frustrasjon over hvordan prosedyrer ble utført, informasjonen ble ikke funnet og noen sykepleiere valgte selv å ta en avgjørelse i samråd med andre medarbeidere. De erfarte at de ikke rakk å følge med på alle nye retningslinjer som kom, informasjonen ble gitt i forskjellige fora, noe som førte til at sykepleierne opplevde forvirring. Blant annet fulgte de retningslinjene gitt av FHI og informasjon fra media i starten, og i de tilfellene hvor sykehuset informerte ut forskjellige retningslinjer eller prosedyrer enn FHI, følte sykepleierne seg dratt mellom FHI og sykehusets ledelse.

«Jeg synes det var veldig spesielt at man ikke fra dag én har gått med «dette er retningslinjene for alle»...det tok veldig lang tid. Og det var veldig frustrerende» (Informant 7).

Sykepleierne mente at pandemien var en belastning for ledelsen og trodde de løste utfordringene best mulig ut fra de midlene de hadde. De sykepleiere som opplevde at ledelsen ikke hadde hatt hodet over vannet, følte ikke med de under pandemien, og mente det virket som om de ikke hadde kapasitet til å høre sine medarbeidere. Når det ble snakket om å nedbemanne beskrev sykepleierne en følelse av uforsvarlighet og at det ikke ble vist forståelse for hva som skjedde i avdelingen. Sykepleierne ønsket at ledelsen skulle spurt hva som kunne gjøres for å forhindre at medarbeidere sluttet. Sykepleierne ønsket empati fra sin leder i en slik presset situasjon som akuttmottaket var i da. Det oppleves at gapet mellom sykepleier og leder hadde blitt for stort.

«Jeg tror corona har tatt knekken på veldig mange, og det har nok også, det har nok også tatt knekken på en måte på ledelsen» (Informant 3).

«Det er mange ting som kunne vært gjort mye bedre. Med informasjon, for det var mye usikkerhet. En del sa sånn og en del sa sånn» (Informant 5).

4.3 Sykepleiernes nye tanker om pasientbehandling under pandemien

Veldig få pasienter søkte hjelp i akuttmottaket den første tiden i pandemien.

Sykepleierne ble bekymret for de pasientene som ikke oppsøkte akuttmottaket, og spurte seg selv om var det fordi pasientene ble redde etter nedstengningen, eller om det var fastlegene og legevaktene som valgte å behandle pasientene selv. Sykepleierne erfarte at hovedvekten av de pasientene som kom til akuttmottaket i starten, var Covid-mistenkte pasienter. Siden følte de at dette endret seg, og etter hvert kom det samme mengde pasienter som før pandemien.

4.3.1 Mottak av Covid-19 pasient

I starten opplevde sykepleierne at de ikke hadde den største mistanken om Covid-19 smitte hos pasienten, men etter hvert økte kompetansen og bevisstheten om symptomer og kjennetegn, da ble flere og flere pasienter ansett som mistenkte. Sykepleierne ble opptatt av hva pasienten ble meldt inn med, hva sjekklisten utgjorde, og utfallet av økt bevissthet førte til at mange pasienter lagt på uren sone i frykt for å slippe inn en

pasient med Covid-19 til ren sone. Dette systemet resulterte i en stor mengde smittepasienter isolert i akuttmottaket, noe sykepleierne mente var positivt. Rene pasienter ble sendt via triage-systemet som vanlig og behandlingen ble ikke endret. Noen pasienter som hadde symptomer på Covid-19 kom til ren sone, forbi sjekklisten uten å score på noen punkter som tilsa isolering. Noen ganger på bakgrunn av uærlighet eller at pasienten ikke oppfattet spørsmålet riktig, dette resulterte i at pasienten ble en smittepasient likevel. Dette opplevdes som frustrerende og litt skremmende, de ønsket ikke uren pasient i ren sone, da økte mulighetene for å smitte for eksempel immunsupprimerte pasienter eller medarbeidere.

«...fordi hvis de er kjent [Covid-19] positiv så skal de ikke gjennom mottaket vårt, da går de rett opp på smitterom på den posten som har Covid-pasienter. Vi skal ikke bruke ressurser på det, for dem er jo positiv på en måte, så vi skal ikke bruke flere smitterom enn nødvendig» (Informant 2)

«Ikke gjennom mine år i mottaket altså, for dette er en jevn strøm [med pasienter], og som jeg sier, altså når det er ferietider og sånne ting, våre gjester tar ikke ferie altså, eller reiser bort, de kommer. Jeg har aldri vært med på noe lignende» (Informant 8)

Sykepleierne måtte benytte full dråpesmitte-bekledning når de skulle håndtere Covid-19 pasienten. Dette innebar smittefrakk, hansker, munnbind og visir eller annen øyebeskyttelse. De opplevde det trygt å jobbe med smittepasientene, for da hadde de beskyttelse av utstyret, samtidig følte de trygghet ved at det var lav terskel for å isolere pasienter selv på kun mistanke om Covid-19. De opplevde usikkerhet i begynnelsen på hvordan viruset smittet og hva som var nødvendig av smittevernsutstyr. De beskrev at de gjorde jobben sin slik de vanligvis gjorde, unntaket var at de måtte ikle seg smittevernsutstyr. Etter hvert satt rutine for smittevern i ryggmargen.

«Vi sto jo inne på disse rommene, og gjør det enda, med klær, altså smittevernsutstyr, munnbind, pasienten hører ikke hva man sier, svetter som en gris og konsentrasjonen faller» (Informant 3).

4.3.2 Når pasientene ikke kom videre i systemet

Sykepleierne fortalte at når ambulansen kom med en pasient, sto de som oftest ferdig påkledd smittevernsutstyr. Det de tok med seg inn på rommet, var bare det utstyret de trengte, som blodprøveutstyr, monitoreringsutstyr og venefloner. Selv om smittepasienter fikk samme behandling som rene pasienter, ble det opplevd utfordringer

med stadig nye pasienter til isolering, ingen medarbeidere som kunne hjelpe til og en mer tidskrevende måte å jobbe på. Det var ofte fullt på alle rom og det var ekstra utfordrende å jobbe slik i starten, når rutinene ikke var innarbeidet.

Pasientene ble liggende lenge i akuttmottaket, fordi det ikke fantes isolat i akuttmottak eller videre inn på sykehuset. Noen ganger ble de ikke avklart fra legen sin side og ble liggende i akuttmottak på isolat. Dette ble en ekstra påkjenning, fordi isolatrommene i akuttmottaket ble holdt opptatt og sykepleierne hadde ikke mer å tilby i forhold til pasientens videre behandlingsplan, kun akuttmedisiner, intravenøst og smertestillende.

De fleste av rommene var heller ikke utstyrt med toalett, og pasientene måtte benytte dostol eller bekken, noe som ikke er en selvfølge at alle klarer. Sykepleierne opplevde at akuttmottaket ble brukt som oppbevaringssted, og de fortalte at noen av pasientene som ble liggende lenge alene på isolat utviklet akutt delir. Dette følte uverdige. Det kom kontinuerlig nye kritisk syke pasienter som krevde tilsyn av sykepleier og lege, men sykepleierne måtte bruke mer tid enn ønskelig på å ivareta de pasientene som allerede var i akuttmottaket, blant annet med tilsyn, toalettbesøk, mat, medisiner og pasientklokker. Når pågangen av nye pasienter til akuttmottaket ble for stor, måtte sykepleierne sende noen pasienter raskere fra seg enn ønsket.

«Det er krevende, når det er dag inn og dag ut, og i månedene. Og da er det jo viktig det å ta riktige beslutninger på riktig sted til riktig tid» (Informant 9).

4.3.3 Sykepleierne møter nye restriksjoner i behandlingen av pasientene

Det kom restriksjoner på at enkelte prosedyrer som involverte luftveishåndtering av Covid-19 pasientene skulle utføres med forsiktighet i akuttmottak. Sykepleierne opplevde prosedyrer som sa at dersom en pasient ble intubert eller fikk annen non-invasiv ventilasjonsstøttebehandling, skulle døren til rommet være lukket i tyve minutter. Sykepleierne opplevde at prosedyren som gjaldt luftveishåndtering av Covid-19 pasientene ikke alltid ble fulgt. Dører gikk opp og igjen til isolatet, samtidig som andre medarbeidere oppholdt seg i ren sone på korridor utenfor. Det følte stressende å ikke kunne tilrettelegge for optimalt smittevern. De mente at nøkkelen til gode smitterutiner omkring pasientgruppen, avhang av en tydelig leder som avgjorde hvem som skulle være i rommet og hvem som det ikke var behov for. Prosedyrer de tidligere ville utført, som blant annet oppstart av CPAP kunne ikke lenger gjennomføres på vanlige isolat rom. Covid-19 viruset ble hovedfokuset og pasientene måtte avklares i forhold til dette først, noe sykepleierne mente ga de en følelse av å ikke gi god nok pasientbehandling.

«...riktig akutt dårlige pasienten, som vi tar imot på akuttrommet, eller traumerommet, der har vi ingen bra løsning enda syns jeg. Der står det stille. Folk flyr ut og inn av det rommet, det er røntgen og...ja, det kan være en stor risiko til spredning tror jeg. Akkurat på dette punktet når de [pasientene] er skikkelig dårlige» (Informant 5).

De ønsket at pasienten kom til riktig behandlingsnivå raskere. Noen av Covid-19 pasientene ble sykere av å ligge i akuttmottaket og vente. Dette skjedde da behandlingen ikke ble startet eller at det var usikkerhet i forhold til prosedyrer. Det var tøft for sykepleierne å ikke kunne starte den behandlingen de visste pasienten behøvde. Sykepleierne fortalte om bekymring over at pasientene fikk forsinket behandling og undret seg om det ville skape konsekvenser senere i livet for pasienten, eller om helsevesenet ville merke dette ved et senere tidspunkt.

4.3.4 Et menneske er mer enn en pasient

Sykepleiere i akuttmottak er spesialister på mottak av pasient, har høy akuttkompetanse og de synes tilliten som bygges mellom sykepleier og pasient var utgangspunkt for god pasientbehandlingen. Sykepleierne syntes det var fantastisk å kunne hjelpe pasienter som var kritisk syke.

Pasientene som kom til akuttmottaket med Covid-mistanke ble tatt imot på forskjellige måter ut fra pasientens tilstand, noen av pasientene var stabile og noen var kritisk syke. Stabile pasienter kunne bli tatt imot av en sykepleier, da ble det benyttet mindre smittevernsutstyr og sykepleieren mestret mottak av pasient alene. Sykepleierne fortalte at de kritisk syke pasientene ble hovedsakelig tatt imot av to sykepleiere, så lenge det var mulig logistisk sett. Til vanlig var det slik de ville utført mottak av pasient. Hvis sykepleiere ble stående alene inne på smitterom, opplevde de en følelse av ensomhet og forlatthet, samt økende stressnivå ved å sjonglere mellom å tilse pasient og krav om dokumentasjon. Selv om sykepleierne hadde følelse av stress ved denne situasjonen, forlot de ikke pasienten alene på rommet, og ble hos pasienten til den skulle videre, hvis de hadde anledning til det.

«... når du er på smitterom så blir du stående. Er du på en ren stue, på en akuttstue med en dårlig pasient så kan du gå litt til og fra, og få litt avløsning. Men du gjør ikke det der [på isolat], da føler du seg ganske ensom og forlatt for å si det sånn» (Informant 8).

Noen situasjoner som sykepleierne opplevde, var å komme på vakt hvor to sykepleiere skulle ha seks isolerte pasienter, hvorav fire var kritisk syke og trengte en eller helst to sykepleiere alene. De fortalte om Covid-positive pasienter med tungpust og hoste, som

de ikke kunne gå ifra og ble stående isolert på et rom i tre og en halv time før pasienten gikk videre til behandling. Hvis de likevel måtte gå fra, følte det utrygt og krevende for sykepleiere og de bekymret seg for pasientsikkerheten.

«Da blir jeg stående fast der inne, mens hun [pasienten] lå der og sleit stakkar, til noen kunne greie å finne en plass [på sykehuset] til henne» (Informant 8).

Sykepleierne mente at pasientsikkerheten var usikker begrunnet med at pasienten lå alene på isolat. Sykepleiere fikk ikke opprettholdt jevnlig kontakt med pasienten, de så ikke pasienten så mye som de ønsket og hadde periodevis tre-fire kritisk syke pasienter alene. De fikk ikke vært den sykepleieren de ønsket og følte de ikke strakk til. De fortalte at den største forskjellen fra før Covid-pandemien, var at de under pandemien ikke hadde kontroll på de sykeste pasientene på isolat fordi de ikke kunne være på alle stedene samtidig. Sykepleiere var flinke til å tenke fremover og på pasientens beste, og valgte å ta opp sengehest, hadde sengen helt nederst og ble enige med kollegaer som kunne se til pasienten for å forebygge fall eller for å ivareta best mulig pasientsikkerhet.

«Jeg har følt mye mer på sånn utrygghet og ikke i form av smitte, men i form av pasienter nå i koronatiden enn før. Hvor jeg syns det er mye flere situasjoner som er at man føler at: «dette er ikke greit, det er ikke sånn her jeg vil jobbe, og det er ikke greit ovenfor pasienten»» (Informant 6).

Pårørende fikk ikke lenger tillatelse til å bli med pasienten inn i akuttmottaket, dette var et ledd i smittevernsprosedyrene til akuttmottaket. Dette hadde sykepleierne opplevd som en positiv endring, og mente at akuttmottaket ikke var en arena for pårørende. De pasientene som var i kritisk fase av livet, eller barn, ble prioritert for følge av pårørende. Uten pårørende følte sykepleierne de kunne konsentrere seg om pasienten fullt og helt, det ble bedre plass rundt pasienten på isolatet og i et allerede trangt akuttmottak, de opplevde det mer behagelig på jobb etter dette tiltaket kom.

«Så selvfølgelig barn, vi tar imot kirurgiske barn, barn skal jo selvfølgelig få lov til å ha med seg en av foreldrene sine. Hvis det kommer inn en dement, selvfølgelig ha med seg en som kan snakke for en ikke sant» (Informant 8).

«...vi har et kjempefint mottak, dette er det beste sted jeg har vært noensinne» (Informant 1).

4.3.5 Smittevernet utfordrer

Sykepleierne ville ikke trodd det var sant om noen hadde sagt til de i mars (2020) at de skulle benytte smittevernsutstyr hver dag fremover, og at de enkelte dager kom til å benytte smittevernsutstyr hele vaktene. De ble mer bevisst omkring smittevern, hygiene

og brukte argusøyne for vurdering om pasienten kunne ha symptomer på Covid-19. Under pandemien ble de flinkere til å tenke mer på egen sikkerhet enn tidligere og beskyttet seg selv først og fremst. Sykepleierne fortalte de var mer bekymret for familien, enn å jobbe med smittepasienter på jobb. De hadde håp om at de samtidig med økt fokus på smittevern, ville se en positiv effekt på andre smittsomme sykdommer etter pandemien.

«... jeg er ikke redd, men jeg har ordentlig respekt. Og det er derfor jeg synes det er greit at vi jobber som vi gjør» (Informant 8).

Den første tiden under pandemien opplevde sykepleiere varierende grad av kvalitet på smittevernutstyret. Dette utstyret ble en viktig del av deres hverdag, og selv om de følte det motsatte, ble de nødt til å stole på at det utstyret de hadde var godt nok. De fortalte at de i starten av pandemien ikke ble informert om korrekt munnbind i forbindelse med aerosolgenererende prosedyrer, og en konsekvens var at en medarbeider ble smittet av Covid-19. Det var munnbind som ikke holdt mål, filter som falt av, de måtte benytte samme munnbind i inntil fire timer eller til det ble fuktig, begrunnet med at det var vanskelig å få tak i nok utstyr. Noen munnbind skled av nesene eller ikke satt godt nok, de opplevde en følelse av at utstyret generelt sett ikke var godt nok og de beskrev at dette føltes usikkert smittevernmessig.

Smittefrakkene de fikk var for korte på ermene, slik at de sklei opp og lagde en glippe mellom hanske og frakk, noe som førte til en følelse av økt smitterisiko. Selv om de visste at de kunne teipe sammen hanske og arm, opplevde de at de sjelden hadde tid eller mulighet til dette. Sykepleierne fortalte at noen smittefrakker var så tette og varme at det samlet seg vann fra svette i ermet og på magen og gjorde arbeidsuniformen helt søkk våt. Smittevernsfrakkene måtte i tillegg benyttes flere ganger i starten av pandemien, og både det og det at frakkene ikke passet skikkelig fikk frem følelser som sinne og redsel.

Alle disse opplevelsene var en fra tidlig fase i pandemien, og de følte litt senere at de hadde nok og godt nok utstyr, og at de samtidig var blitt flinkere til å benytte dette utstyret korrekt.

«Jeg har ikke kontroll og det er igjen fordi vi ikke, nei, vi kunne ikke gå inn to fordi vi manglet smittevernutstyr» (Informant 3).

«Ååhh. Jeg ble forbanna. Ja. Jeg ble jo det. Man blir jo ikke, altså, skal man stole på det utstyret at det beskytter meg for Covid da, det er jo...Ja» (Informant 9).

5 Drøfting

Hensikten med oppgaven var å finne ut hvordan sykepleiere i akuttmottak opplevde arbeidshverdagen sin under Covid-19 pandemien. Hovedessensen ved arbeidshverdagen under pandemien var endringer. Resultatet fra ni informanter rommer informasjon om alt fra omstilling og omorganisering av akuttmottak, til egne personlige mellommenneskelige opplevelser. Det skal nevnes at sykepleiere i akuttmottak har et bredt arbeidsfelt, innen medisinsk teknisk utsyr, pasientlogistikk, behandling av alle typer pasienter og en samarbeidende part med andre sykepleiere, leger, prehospitaltjenester og andre serviceavdelinger.

5.1 Når arbeidshverdagen endret seg over natten

5.1.1. Den nye arbeidsplassen.

Funn i denne studien viser store endringer i hele akuttmottakets struktur. Blant annet ble pasientrom endret, nye retningslinjer ble tatt i bruk og sortering av pasienter ble viktig for drift.

I Norge har vi ikke opplevd en pandemi siden mellomkrigsårene, og har ikke erfaring å bygge på. Forskning fra andre land kan derimot bidra med verdifull informasjon. Singapore General Hospital praktiserte sjekklister, febermåling og innslusing til bestemte områder innad i akuttmottak av pasienter som presenterte Covid-19 symptomer. De etablerte allerede i 2003 et smitte-akuttmottak når SARS-pasientene kom (Quah et al., 2020). For å holde god oversikt ble det tidlig etablert en kommandosentral i akuttmottak for å håndtere logistikk og bemanning (Quah et al., 2020). Sykepleierne i oppgaven har ikke fortalt om endringer på strukturen for vaktansvarlige sykepleiere eller sykepleiere med koordineringsansvar. Ansvar for fordeling av pasienter til ledige sykepleiere, kan være krevende i pandemien og det fordrer en årvåken og løsningsorientert sykepleier med kompetanse om akuttmottakets drift. Allen & Birkeland (2019) beskriver dette arbeidet som sykepleierens usynlige arbeid, med organisering av senger, arbeidsoppgaver og pasienter (Allen & Birkeland, 2019). Det å snakke om dette arbeidet som usynlig, handler muligens om hvordan samfunnet ser på sykepleierne. For sykepleiere i akuttmottak er ikke dette arbeidet usynlig. Å jobbe i akuttmottak krever kompetanse om pasientlogistikk og rollen som vaktansvarlige innebærer å ha oversikt over ledige senger, ledige sykepleiere eller pasienter som skal videre til innleggelse. Når pandemien utfordret disse funksjonene, fortalte sykepleierne i oppgaven om indre stress og uønsket adferd fra andre samarbeidende avdelinger. De skulle i tillegg omstille seg i forhold til nye strukturer og organisering av andre typer pasienter.

Når det gjelder smittsomme virusinfeksjoner skal pasienter som kan smitte andre friske, isoleres på egne rom eller i egne kohorter (Akselsen, 2018). Dette skille ble raskt etablert i akuttmottaket og gjorde at sykepleierne trygt kunne jobbe uten å blande pasienter som var Covid-positive eller mistanke om Covid-19 og de som var utenfor mistanke. Sykepleierne var vant til å sortere pasienter ut fra triage-systemet, så i sin helhet var ikke dette nytt. De var i tillegg vant til å skille mellom pasienter som isoleres eller ikke under influensasysesong eller andre smittsomme sykdommer. Det nye var at det denne gangen var mange flere smittepasienter. Denne inndelingen av smitte eller ikke smitte er festet i smittevernloven, og handler om å forebygge for at smittsomme sykdommer skal spres (Smittevernloven, 1995). Lokalene måtte endres i et raskt tempo, og når det først startet å komme Covid-19 pasienter, var isolatene klare. At endringer skjedde fort og omfattende, var til slutt en positiv løsning. Ville ikke disse endringene skjedd så fort, kunne det blitt en større belastning på sykepleierne om de måtte endre underveis når det var flere pasienter og flere kritisk syke.

Forskning fra Singapore viser at når de hadde SARS utbrudd i 2003, reorganiserte de akuttmottaket på Singapore General Hospital fullstendig. De har i etterkant av SARS utbruddet drevet med simulering på pandemi-mottak. Når Covid-19 kom, hadde de hatt en øvelse så sent som to måneder tidligere (Quah et al., 2020). Det ble ikke ytterligere beskrevet hvordan øvelsen påvirket forberedelsen til pandemien, men det å simulere ulike scenarioer for å øke kompetansen støttes i flere forskninger. Øvelser eller simulering på katastrofer startet omkring 2000-tallet, og er en prosess som sykepleiere ofte er en stor del av (Gebbie & Qureshi, 2006).

I forskningen beskrives det at til tross for redsel og stress i forkant av simulering, var deltakerne fornøyde med utfallet av simuleringen. Gąsiorowski et al. (2016) oppfordret til innkjøp av utstyr for å kunne drive med simulering, da utfallet av forskningen viste forbedret kompetanse i etterkant av simulering (Gąsiorowski, Kuliński, & Stachowiak-Andrysiak, 2016). Kapucu (2017) undersøkte om studenter fikk økt selvtillit og bedring av ferdigheter ved å simulere. Det fikk de og hadde i tillegg positive opplevelser etter simuleringen (Kapucu, 2017). Chlalup et al. (2019) undersøkte om intensivsykepleiere hadde effekt av simulering opp mot kommunikasjon, ferdigheter og gjenkjennelsen av en akutt kritisk situasjon, noe de fikk bekreftet at de hadde (Chlalup Linn, Aquino Caregnato, & Nogueira de Souza, 2019). En norsk forskning fra 2006 viser til at tverrfaglig simulering bryter ned silotenkning, forbedrer ikke tekniske ferdigheter og øker samarbeid (Kyrkjebø, Brattebø, & Smith-Strøm, 2006). Samtlige forskningsartikler hadde funn som samsvarte med økt kompetanse og ferdigheter på ulike kritiske hendelser. Grunnen til at denne forskningen interesserer er fordi mange akuttmottak i Norge simulerer ulike kritiske hendelser for å øke kompetansen. Akuttmottakene

simulerer medisinske team, traumemottak og trombolyse. Samt simulering på organisering av masseskadehendelser. Det ble i 2018 simulert ambulansetransport av en høyrisiko smitte-pasient mellom to sykehus i helse sør-øst, hvor det blir sagt at det er viktig å simulere for å teste prosedyrer (Iøstfold, 2018). Landets høysikkerhetsisolat ligger på Ullevål, og de har treninger på smittevern flere ganger i året (OUS ekspertsykehuset, 2019). Dog har ingen av informantene fortalt om at de har hatt øvelser på pandemi-mottak, men det er ikke det samme som at det ikke gjøres. Simulering er ikke lenger et nytt fenomen innenfor helsevesenet. Akuttmottakene oppfordres til å simulere sammen om mottak av Covid-19 pasienter i fremtiden, for å fremme kompetanse om pandemi.

5.1.2 Tilpasse seg den nye arbeidshverdagen

Studiens funn viser at sykepleierne opplevde endringer i arbeidshverdagen de ikke hadde opplevd lignende til tidligere. De kjente dette siste året på kroppen.

I studien til Bjarnadottir (2011) ble det ment at sykepleierne kunne tilpasse seg en annerledes hverdag, til tross for om den kom brått og uønsket på. Bjarnadottir (2011) mente at omstilling handlet om engasjement. Det at sykepleieryrket er utfordrende og uforutsigbart var en viktig faktor for å holde på en positiv holdning (Bjarnadottir, 2011). Denne forskningen presenterte et uttrykk som handler om motstandsdyktighet; resilience. Dette handler om hvilken kraft sykepleierne har i seg til å ikke ta med jobb hjem, holde ut lidelse hos pasienter og pårørende (Bjarnadottir, 2011). Sykepleierne i oppgaven fortalte at de ble vant til at arbeidshverdagen ble preget av pandemi, og kan i så måte ha utviklet resilience i forhold til pandemien. Det er ikke beskrevet denne formen for motstandskraft i sykepleierteorien, men sykepleieryrket er stadig i endring. Monica Duncan (2019) beskriver resilience som likevekt mellom kapasitet (her: finansiering og tilgjengelighet av sykepleiere) og krav (her: arbeidskrav klinisk og av god kvalitet) (Duncan, 2019). Sykepleierne i oppgaven fortalte om at de dekket ekstravakter, om stadig økende pasientmengde og nye arbeidsoppgaver. Samtidig skulle de ivareta pasientene etter gjeldende standarder, med omsorg og inneha klinisk kompetanse. Likevekten mellom kapasitet og krav kan lett tenkes at ble skjevfordelt. I tillegg har sykepleierne i oppgaven fortalt om at de ble slitne av den nye arbeidshverdagen. Duncan (2019) mener at hvis arbeidspresset blir for stort og motstandsdyktigheten ikke lenger kan bufres hos sykepleierne, vil standarden på klinikken og kvaliteten falle. I tillegg vil sykefraværet øke samtidig med økt turn-over (Duncan, 2019). Dette bilde av behovet for likevekt kan være viktig for å forstå at sykepleiere i front står i en tøff situasjon, og at mange av de kanskje er på vei til å bruke opp sine buffere av resilience.

Forskning fra Filipinene viser til at sykepleiere med økt personlig resilience, sammen med støtte fra arbeidsplass og sosialt, samsvarer med lavere sannsynlighet for angst relatert til arbeidet med Covid-19. Motstandsdyktigheten hos sykepleiere i front som jobbet med Covid-19 pasienter var moderat (Labrague & Santos, 2020). Denne studien påpeker viktigheten med at sykepleiere i front har en viss resilience for å kunne klare å arbeide med utbrudd og kritiske hendelser (Labrague & Santos, 2020).

Motstandsdyktighet kan mulig være en mer personavhengig enn rolleavhengig egenskap. Sykepleiere som en gruppe har kanskje noen områder de er like på, men antagelig er evnen til å utvikle resilience individuell. Sykepleierne i oppgaven har sagt de føler seg ensomme og stressede på jobb, de er ikke blitt spurt direkte om resilience eller angst opp mot å jobbe med Covid-19, så noe resultat i forbindelse med dette finnes ikke fra denne oppgaven. Det betyr likevel ikke at oppmerksomheten ikke bør være rettet i forhold til dette. Selv om studien til Bjarnadóttir (2011) ble utgitt et tiår før pandemien var et faktum i Nord-Europa, er den relevant for sykepleierne som har stått og står i en pandemi. Å tilpasse seg en hverdag som stadig er i endring, men likevel kjent, vil tenkelig være lettere å være motstandsdyktig til, enn en pandemi som har slike inngripende tiltak både privat og i arbeidshverdagen. Likevel fikk sykepleierne i oppgaven kun kort tid på å omstille seg i forhold til pandemien, og de fortalte at de endret seg sammen med at arbeidsplassen endret seg, de begynte å bli vant til ny hverdag. Sykepleierne kan ha en egen evne til å omstille og tilpasse seg, da de er vant til et uforutsigbart yrke.

5.2 Sykepleieres opplevelse av den nye arbeidshverdagen

5.2.1 Sykepleierne kjenner på den nye rollen

Funn i oppgaven viser usikkerhet hos sykepleierne i starten av pandemien. De var usikre på hvilken rolle de skulle ha i mottak av Covid-19 pasienten og følte rollen ble utfordret.

Roller til sykepleierne er bygget på mange faktorer og retningslinjer. Blant annet funksjonsbeskrivelsen til akuttsykepleierne (NLAS utdanningsvalget, 2011) som tydeliggjør rollen som behandlende, lindrende, forebyggende og rehabiliterende sykepleier. Under et influensautbrudd i Irland (2016), ble sykepleiere gjennom et forskningsprosjekt spurt om hvordan de så sin rolle i et slikt utbrudd. De beskrev bekymring for smitte og økt arbeidsmengde, men ønsket å sette pasientomsorgen øverst (McMullan et al., 2016). Legges i tillegg pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven til dette, skulle ikke sykepleierne vært i tvil om hvilken rolle de skulle inneha under pandemien. De skal yte nødvendig og øyeblikkelig helsehjelp, og medborgere har krav på et akuttmottak som ivaretar pasientens behov (Pasient - og brukerrettighetsloven, 1999; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Likevel er det slik at

en pandemi har ingen sykepleiere i Norge opplevd tidligere og selv om grunnlaget for rollen er tydelig, rokkes det ved følelser, frykt for det ukjente og en usikker fremtid ved dette. Det finnes en mengde forventninger til sykepleierne, og det å leve opp til disse kan være utfordrende.

Allen & Birkeland (2019) mener at sykepleierne har økt behov for å tilegne seg ny kunnskap om effektivisering og endring innenfor yrket, ikke kun være opptatt av å vise kunnskap innenfor omsorg og støttespillere. Sykepleierne har i tillegg et organisatorisk ansvar (Allen & Birkeland, 2019). Travelbee på sin side vektlegger et mellom-menneskelig forhold mellom sykepleier og pasient bygget på empati og sympati (Alligood, 2014). Rollen som sykepleier er stadig i endring, og kanskje enda mer nå enn tidligere. Akuttmottakene skal organisere pasientlogistikk og flere og flere sykepleiere får organisatorisk ansvar. Effektivisering har vært på dagsordenen lenge. Det er ikke uvanlig å snakke om effektivisering i forbindelse med akuttmedisin. Ansvar som legges på sykepleier-rollen under pandemien kan føre med seg stress og uro. Noe sykepleierne i oppgaven bekrefter. De har snakket om at de ønsker å ivareta pasientomsorgen i det hele. Antagelig sitter de igjen med mange følelser etter en slitsom arbeidsdag, og om de har tid til debriefing, som kan være å gjennomgå dagens hendelser, på jobb før de går hjem, er ikke sikkert. I tillegg er kanskje dette ikke innarbeidet eller så er ikke et daglig eller ukentlig behov for debriefing av sykepleiere anerkjent. Dette kan tenkes at kunne være nyttig når forskning fra Ilczak (2020) viser til at stressnivå hos sykepleiere økte den første tiden av pandemien, blant annet på grunn av frykt for å bli smitte av Covid-19 og frykt for å gjennomføre prosedyrer på smittede pasienter (Ilczak et al., 2020).

Sykepleieres evne til å håndtere stress i akuttmottak er forsket på, men er ikke ofte på dagsagendaen. Forskning viser til å håndtere stressende hverdager i akuttmottak med problemløsning fremfor konfrontasjoner. Positiv revurdering og støtte fra medarbeidere var metoder som økte evnen til å takle stressende situasjoner (Mendonça Ribeiro, Alcalá Pompeo, Pinto, & de Cassia Helú Mendonça Ribeiro, 2015). Obročníková et al. (2015) mener at helsepersonell som arbeider i akuttmottak har høyere andel av stress og utbrenthet enn helsepersonell som jobber i avdelinger på sykehus. Spesielt ga høyt press på jobb og mye ansvar en følelse av nervøsitet og fatigue (Obročníková, Magurová, Majerníková, Kaščáková, & Harčariková, 2015). Sykepleierne i oppgaven følte stress og utfordringer i mange ulike situasjoner. Det gjaldt både pasientrettet og organisatorisk, slikt som at mange pasienter skulle smitteisolerers uten at det fantes rom nok til dette. Utfordringer i arbeidshverdagen fra andre grupper som anesthesi og intensiv økte presset på sykepleierne. Hvordan de har håndtert eget og andres stress kom ikke frem under intervjuene, men videre forskning for å kartlegge hvilket stress som pandemien har påført sykepleiere kunne avdekket dette. Å håndtere stress i enkelte

situasjoner blir ikke det samme som å håndtere stress over tid. Ofte er det slik at sykepleierne i akuttmottak møter en stressende situasjon flere ganger hver dag, men det er tidsbegrenset. Nå har de stått i stress i over et år, og ingen vet når de kan slippe ned garden. Det er annerledes. Forskningen fra Mendonça et al. og Obročníková et al. er begge fra 2015, altså før pandemien, men er i aller høyeste grad aktuelle fortsatt. Det som er uvisst enn så lenge, er hvilket avtrykk og hvilken stressrespons sykepleierne i akuttmottak tar med seg videre utover i pandemien og etter. Fra Dunedin Hospital forteller sykepleierne om hvilken omorganisering de selv har vært med på under Covid-19 pandemien, og beskrev at det vanskeligste var at de ikke fikk noen normale dager hvor de kunne hente seg inn igjen. De kjente på usikkerhet, frykt for det ukjente og pågående stress. ("Four-phase approach in ED," 2020). Sykepleierne i oppgaven fortalte om den samme utfordringen med å ikke få hvile, og de slet med å hente seg inn igjen etter mye jobbing. De opplevde at pasienter døde, kritisk syke pasienter og mange isolerte pasienter samtidig. Denne situasjonen er de fortsatt i, og vet ikke når de får normale dager igjen.

Fatigue betyr å bli utslitt. Sammen med blant annet Obročníková et al. (2015) viser forskningen til Şahin et al. (2020) at sykepleiere som arbeider med Covid-19 pasienter har faktor for å utvikle fatigue, utbrenthet og insomnia. Ikke kun på bakgrunn av opplevelser på jobb, men i tillegg den massive mediedekningen pandemien er utsatt for. Blant annet var depresjon mer utbredt blant sykepleierne i front (Şahin, Aker, Şahin, & Karabekiroğlu, 2020). Zhan et al. (2020) har forsket på hvilke faktorer som spiller inn når det gjelder insomnia. Det har vist seg at sykepleiere i front som jobber med Covid-19 var en risikofaktor for insomnia (Zhan et al., 2020). Det samme ses i forskningen til Labrague & Santos (2020), som viser til at søvn-forstyrrelser var en av symptomene på angst i forbindelse med Covid-19 (Labrague & Santos, 2020). Sykepleierne i oppgaven har ikke sagt at de er deprimert eller opplever insomnia gjennom intervjuene, men de har fortalt om stress med mange pasienter og nye tilpasninger på jobb, utfordringer med kritisk syke pasienter på flere isolat og følelse av ensomhet. De snakker i tillegg om oppfattelsene fra det de opplever fra samfunnet. De blir klappet for, de ser mennesker sitte tett i tett i parker, og vet at de på jobb står med pasienter som kan dø av Covid-19. Disse funnene, sammen med forskningen, er viktige for å kunne forstå den kompleksiteten og tyngden av ansvar en sykepleier har. Det handler ikke kun om omsorg og ivaretagelse av pasient, men om egen helse og velbefinnende. Sykepleiere har mange krevende arbeidsoppgaver og de som lider av depresjon eller insomnia vil ikke kunne holde ut jobben, og i tillegg er ikke pandemien over. Forhåpentligvis vil sykepleierne holde ut, slik at ikke sykepleiermangelen i akuttmottak øker ytterligere. Interessen for sykepleiernes psykiske helse i akuttmottak bør fortsette, spesielt post-

pandemi. Kanskje ikke resultatet av hvordan sykepleiere erfarer hverdagen er viktigst i denne oppgaven, men heller det å ivareta sykepleiere når de blir presset til det ytterste.

5.2.2 Sykepleiere opplevelse av lederstøtte under pandemien

Funnene viser at sykepleierne har forskjellige erfaringer med hva de opplevde som god og dårlig ledelse, og hva de forventet av sin leder under pandemien.

Remley et al. (2020) vektlegger viktigheten med tydelig ledelse i krisetider. Studien beskriver viktige nøkkelpunkter for tydelig ledelse, det går på strømlinjeformet kommunikasjon, redusere utbrenthet, legge til rette for innleide assistenter og tilrettelegge for medarbeidere ved å rullere på arbeidsoppgaver (Remley, Valdes Lupi, & Haskins, 2020). Lang et al. (2020) mener at godt lederskap kan gi en mer effektiv respons i en pandemi ved å bygge selvtillit, mot og styrke hos medarbeidere. Studien mener at til tross for alle oppgavene en leder får under en pandemi, er det å beskytte sikkerheten og velbefinnende til sine ansatte det aller viktigste. La teamet få vite om den gode jobben de gjør i bekjempelsen av Covid-19. Det er i tillegg viktig at lederne tar vare på seg selv, bedyrer Lang et al. (Lang, Ovens, Schull, Rosenberg, & Snider, 2020). På en annen side beskriver Arnetz et al. (2020) at sykepleiere opplevde å føle at ledelsen ikke hadde deres beste velbefinnende i tankene, når sykepleierne måtte håndtere store mengder med kritisk syke pasienter, samt bli beordret til å jobbe på andre avdelinger (Arnetz, Goetz, Arnetz, & Arble, 2020). Sykepleierne i oppgaven har ikke gitt uttrykk av at de måtte jobbe i andre avdelinger, men når hele arbeidsplassen deres endres til et Covid-mottak, kan man se for seg at de føler noe av det samme. Å diskutere et godt lederskap blir for mye å gape over, men man kan se for seg at det å skulle lede et akuttinntak inn i en pandemi ikke er det beste grunnlaget for å gjøre alle sykepleierne til lags. Det å ikke føle seg sett eller hørt er ikke et godt utgangspunkt for en god arbeidsdag. Lang et al. (2020) presiserer at det å beskytte de ansatte er aller viktigst, og det kan tenkes at sykepleierne som har opplevd gode, så vel som dårligere ledere under pandemien kan si seg enige i det utsagnet. Hva en god leder er, kommer an på personlige erfaringer. Sykepleierne hadde noen tanker om hva de mente burde vektlegges ved neste pandemi. De mente at det ville vært viktig å ha nok medarbeidere på gulvet, og ta vare på de ansatte og den kompetansen de har. De hadde erfaring med at god informasjonsstrøm var essensielt, viktigheten med å beholde roen og benytte de ressursene som finnes.

5.3 Sykepleiernes nye tanker om pasientbehandling under pandemien

5.3.1 Når pasientene ikke kommer videre i systemet og sykepleierne ikke kan tilby mer
Studiens funn viser at sykepleierne opplevde at pasienter ble liggende lenger enn nødvendig i akuttmottak. Grunnen til dette var prosesser omkring pasientbehandling, tilrettelegging av utstyr eller pasientrom i akuttmottak og resten av sykehuset var belagt.

En studie fra Australia viser at når pasienter blir liggende på isolat, øker tiden de blir værende i akuttmottaket. Sannsynligheten for at pasienter på isolat ble liggende mer enn fire timer, doblet seg. Spesielt gjaldt dette pasienter som skulle innlegges på sykehuset, som igjen førte til *crowding* (stort pasientantall og økt ventetid på behandling) i akuttmottaket. Flere sykehus i Australia oppgir utfordringer ved å opprettholde normal drift i tillegg til å isolere det stadig økende antall Covid-19 pasientene (O'Reilly et al., 2020). Eriksson et al. (2018) beskrev at pasienter som ble liggende lenger enn nødvendig i akuttmottak var til hinder for god pasientsikkerhet. Det som kom frem i studien var at pasienter som blir liggende lenge i akuttmottak ikke fikk sine faste medisiner, de ble ikke spurt om mat og drikke eller fikk dekket andre behov (Eriksson, Gellerstedt, Hillerås, & Craftman, 2018). Sykepleierne i studien til Eriksson et al. (2018), sa at de ønsket å finne plass til grunnleggende sykepleie og pasientomsorg, men det var vanskelig å finne plass til dette. De fortalte om pasienter hvor tilstanden forverret seg når de ble liggende lenge i akuttmottak. Ach (2020) støtter bekymringen til sykepleierne, da forskning på dilemmaet hvor pasienten ikke ble raskt nok innlagt på intensiv fra akuttmottak, endte med at flere hensyn ble utelatt. Pasientene fikk ikke antibiotika eller prosedyrer som ikke var akutte ble ikke utført av sykepleiere på akuttmottak. Behandlingen ble ikke gitt til rett tid, da pasienten havnet mellom akuttmottak og innleggelse (Ahc, 2020a). Sykepleierne i oppgaven har hatt samme opplevelse som forskningen beskriver. De fortalte om at pasienter ble liggende i akuttmottak fordi det enten var fullt på sykehuset eller at pasienter i akuttmottak ikke ble avklart fra lege. De følte denne situasjonen stressende, og beskrev mangelfull oppfølging av pasienter som skulle videre i systemet.

Sykepleierne i forskningen følte seg utilstrekkelige når de ikke fikk opprettholdt standarden (Eriksson et al., 2018). Studien til Ilczak et al. (2020) viste i tillegg at pasienter som ikke hadde Covid-19 fikk marginal behandling (Ilczak et al., 2020). Sykepleierne i oppgaven tegnet samme bilde av situasjonen som finnes i forskningen, bortsett fra at de ikke bekreftet funn om at pasienter som ikke hadde Covid fikk marginal behandling. De fortalte derimot om Covid-pasienter som ble liggende lenge å

vente, og i enkelte tilfeller ble dårligere. Det kan virke som om kvaliteten på pasientbehandlingen reduseres i takt med et økende arbeidstempo eller crowding av pasienter. Det er tenkelig at liggetid på mer enn fire timer vil føre med seg ytterligere reduksjon i pasientomsorgen og behandling. Sykepleierne i oppgaven snakket om pasienter som ble liggende lenge, ofte over tre til fire timer. Det finnes ingen sikker definisjon av hva det betyr å ligge lenge i akuttmottak. Universitetet i Stavanger oppgir at elder pasienter har ligget i akuttmottak inntil syv timer (Universitetet i Stavanger, 2014). Sørlandet sykehus mener liggetiden skal ned, og oppgir median liggetid mellom to og tre timer (Sørlandet sykehus, 2021).

Muligheter for å gjøre feil i et overfylt akuttmottak er til stede. Det sykepleierne i oppgaven har fortalt stresset de, var at de ble stående på smitterom uten at noen hjalp de, at det ble mange pasienter i akuttmottaket eller mange nye ansatte som de ikke kjente kompetansenivået til. Funn fra studien sa at sykepleierne i akuttmottaket var bekymret for kompetansen til nyansatte eller sykepleiere som primært jobbet på andre avdelinger. De nyansatte ble ofte stående på isolat alene med kritisk syk pasient. Erfarne sykepleiere hadde ikke selv mulighet for å hjelpe, på grunn av egne kritisk syke pasienter og crowding. Deltakerne i studien til Bampi et al. (2017) mente det fundamentale for å unngå feil på arbeidsplassen, var å ha sykepleiere med riktig utdannelse innen akuttmottak, slik som akuttsykepleie. Både for gode tekniske ferdigheter, kognitiv utvikling, fremferd hos sykepleier og etiske ferdigheter. De vektla det å holde seg faglig oppdatert (Bampi et al., 2017). Bampi et al. (2017) nevnte i tillegg at for å forebygge feil, var det viktig å ha nok sykepleiere, samt gode prosedyrer og verktøy som triage. At det ble for mange pasienter i akuttmottaket til samme tid ble erkjent som en faktor for at sannsynligheten for å gjøre feil økte (Bampi et al., 2017). Son (2020) på sin side mente for at drift og pasientsikkerhet skulle ha høy kvalitet, var det viktig med personell i akuttmottak som hadde kompetanse, ikke nødvendigvis videreutdanning (Son, 2020). Pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesten understreker på sin side at pasienter har rett til nødvendig helsehjelp (Pasient - og brukerrettighetsloven, 1999; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999), uansett om det er sykepleier med bachelor eller med videreutdanning som tilbyr denne hjelpen.

De fleste av sykepleierne som ble intervjuet til denne oppgaven ikke har videreutdanning. Studenten vil trekke frem at som sykepleier i akuttmottak, kan man holde seg faglig oppdatert, ha god fremferd eller etiske ferdigheter selv om man ikke er videreutdannet. I tillegg får sykepleiere i akuttmottak kompetanse innenfor akuttmedisin, og jobber med alle typer pasienter. Kravet i forhold til funksjonsbeskrivelsen til akuttsykepleie er dog høyere enn ved bachelor sykepleie. For eksempel skal en akuttsykepleier ha kunnskap om å identifisere en kritisk syk pasient,

ferdigheter som teamarbeid og samhandling, samt generell kompetanse om etisk og juridisk utøvelse av sykepleie (NLAS utdanningsvalget, 2011). Å ha videreutdanning er heller ingen sikkerhet for ikke å gjøre feil når man opplever høyt stressnivå på jobb. Argumentene for å utdanne og ansette flere akuttisykepleiere vil være at de har et høyt kompetansenivå, som er nyttig for akuttmottakets drift og pasientbehandling.

Forskning forteller at medisiner som ikke finnes i akuttmottak heller ikke blir administrert til pasienten. I tillegg er miljøet i akuttmottaket stressende og urolig, og kan i den grad ha en negativ innvirkning på pasienten. Nye pasienter vil ha behov for plass, og de som er avklarte må flyttes omkring (Eriksson et al., 2018). Forskningen til Eriksson et al. (2018) handler ikke om smittepasienter på isolat, men om pasienter man kan flytte ut av rom. På en generell basis har pasienter krav på rett behandling til rett tid, og hvis de må bli liggende på korridor og vente på rom, kan behandlingsstart utsettes. Det samme kan gjelde pasienter som blir liggende på isolat og vente, eller som ble fortalt av sykepleierne i oppgaven, at pasienten ble liggende på bære i korridor i påvente av ledig isolat. Opplevelsen av at akuttmottaket ikke er et oppbevaringssted er svært tilstedeværende. Medikamentene er ofte kun til akutt bruk, og pasienter som blir liggende får ikke alltid sine faste medisiner. O'Reilly et al. (2020) snakker om et mer motstandsdyktig – resilient akuttmottak, og det ligger masse fremtidsrettet i dette. Det å gi pasientomsorg handler ikke kun om å holde pasienten i hånden lenger, men at sykepleiere tenker logistikk og løsninger som kan gagne pasienter og pasientlogistikk. Periodevis kapasitetsproblemer i akuttmottakene er ikke ukjent under vanlig drift, men en situasjon som en pandemi, kan i større grad belyse disse utfordringene kapasitetsproblemene i akuttmottakene. Som i seg kan føre til en mer effektiv drift i fremtiden.

5.3.2 Et menneske er mer enn en pasient

Studiens funn viser at sykepleierne var opptatt av å skape tillit til pasienten, og at dette lå til grunn for pasientbehandlingen. Denne tilliten følte de at de ikke klarte å etablere like godt i smittevernsutstyr, fordi de ikke ble gjenkjent av pasienten. De hadde økt stressnivå fordi de måtte sjonglere mellom flere ulike kritisk syke pasienter på isolat og kravet om dokumentasjon.

Travelbee (2014) mener at mellommenneskelig forhold er en viktig del av sykepleien, og at denne relasjonen starter med det første møtet mellom sykepleier og pasient, for så å utvikle empati og sympati for pasienten (Alligood, 2014). Forholdet mellom sykepleier og pasient er kjernen i det som defineres som klinisk sykepleie. Dette forholdet beskrives

som gjensidig og dynamisk forhold, preget av sykepleierens kunnskaper og sykepleierteori (Fagerström, 2019). En studie fra USA fortalte om sykepleiers opplevelse av Covid-pasienter som fallerte raskt eller døde. Sykepleiere opplevde stress når de isolere kritisk syke pasienter fra sine pårørende, og de følte seg utilstrekkelige i pleien av disse pasientene (Arnetz et al., 2020). Sykepleierne i oppgaven har fortalt at de mistet noe av relasjonen til pasienten ved å gå i smittevernsutstyr, i tillegg følte de stress ved å ha ansvar for flere kritisk syke pasienter på isolat. Ønsket om god pasientomsorg og mellommenneskelig relasjon ble utfordret av smittevern og crowding. Pasienter som ble liggende lenge på isolat kan kjenne en psykisk belastning med dette, og Stordalen (2015) oppfordrer sykepleierne til å ta tenke over dette i forbindelse med pasientbehandling (Stordalen, 2015). En studie mener at de negative effektene pasienter kan oppleve under isolering har sammenheng med usikkerhet og følelse av tap av kontroll. Det kan være mange grunner til dette, men mest sannsynlig grunnet isoleringen i seg selv. Forskningen foreslår å forberede pasientene på hva som ligger foran dem. Denne formen for informasjon kan hjelpe pasienter å forstå nytten av isoleringen (Abad et al., 2010). Allerede i akuttmottaket kan denne typen informasjon være nyttig for pasienten. I tillegg er dette en god måte å utvikle tillit og mellommenneskelig forhold med pasienten på. Å finne gode løsninger for å skape tillit til pasienten kan bidra til et bedre opphold for pasientene og et bedre utgangspunkt for sykepleien. Noen pasienter er engstelige eller har psykiske lidelser allerede før de legges på isolat, da er det ekstra viktig å ha kunnskap om hvordan de kan forberedes eller hvilken informasjon de kan dra nytte av. Dette har Wyoming Behavioral Institute (WBI) i USA skrevet en artikkel om. De fant løsninger for å ivareta pasientens mentale helse når de var isolert, blant annet digitale psykiatri konsultasjoner (Blajszczak, 2020). Denne formen for konsultasjon er ikke egnet i akuttmottak, men løsninger og ideer fra andre institusjoner kan gi kunnskap som er verdt å ta med seg.

Flere av Covid-pasientene var og er kritisk syke, og i disse situasjonene er det ikke riktig å begynne å etablere et tillitsforhold. Hvis pasienten ikke får puste skikkelig, så er dette første prioritert for sykepleieren. Studien til Arnetz et al. (2020) presiserer at pasienter med Covid-19 kan fallere raskt (Arnetz et al., 2020). Det å være en god sykepleier kan være mange ting, i et akuttmottak er det viktig å ha kunnskap om akutte situasjoner og vite hva som kreves da, og samtidig vite når det er passende å bruke tid på informasjon og tilrettelegging. Forskning viser at for mange av pasientene er det å få informasjon om rutiner, prosedyrer og fremgangen i behandlingen viktig for å unngå å skape sin egen forståelse av situasjonen (Elmqvist & Frank, 2015).

Eriksson et al. (2018) mener at miljøet i akuttmottaket er stressende og bråkete og kan ha en negativ effekt på pasienter, spesielt de som er forvirret eller har angst (Eriksson et

al., 2018). Hvis pasienten i tillegg opplever lang ventetid før de kommer seg videre inn i sykehuset, vil den negative effekten av et bråkete akuttmottak kunne forverre situasjonen for pasienter som er isolert. For flere pasienter var det en trygghet at pårørende kunne bli med, både som kommunikasjonsstøtte mellom sykepleiere og pasienten, og for å få tiden til å gå (Elmqvist & Frank, 2015). Pandemien har ført med seg restriksjoner i forhold til smittevern som førte til at pårørende ikke fikk oppholde seg i akuttmottak. Siden pasienter ofte føler at å ha med seg pårørende er en trygghet, vil det kanskje si at den tiden de venter under pandemien føles enda lengre. Sykepleierne i oppgaven har uttalt at de synes det å ikke ha pårørende i akuttmottak har gjort arbeidshverdagen enklere. Da kan de konsentrere seg om pasienten. Slik det ble beskrevet er det ikke alltid de har mulighet til dette, da det er mange pasienter som er kritisk syke og har behov for hjelp.

5.4 Smittevernet utfordrer

Funn i studien viser at sykepleierne i akuttmottaket har fått en ny hverdag hvor smittevern dominerer. De opplevde mangel på smittevernsutstyr, ikke godt nok utstyr og annerledes rutiner. Å jobbe hver dag i smittevern var slitsomt og gjorde arbeidshverdagen tyngre.

På et sykehus i USA var det bekymring for at det ikke var nok smittevernsutstyr for medarbeidere på jobb. Det var rasjonalisering på munnbind som var godkjente for bruk hos Covid-19 pasienten. Ulik informasjon om testing og smittevernsutstyr ble opplevd, da det stadig vekk endret seg i forhold til retningslinjer. Grunnet restriksjoner på smittevernsutstyr ble planlagte operasjoner utsatt for å kunne ha nok utstyr til de som skal jobbe med akutte syke (Ahc, 2020b). En sykepleieartikkel mente bevisstheten omkring infeksjonssykdommer burde økes og sykehus burde tilby den informasjonen som var viktigst i forhold til dette og sykepleiernes arbeid. Frontlinjens helsearbeidere ble oppfordret til å først tenke om pasienten kunne være smittsom før de startet triage og tok vitale parametere ("What U.S. Healthcare Workers Learned From the Ebola Crisis," 2017). Son (2020) beskrev et økende antall pasienter som skulle triageres eller scannes for å vurdere om de var smittet av Covid-19 eller ikke (Son, 2020).

Sykepleierne i oppgaven fortalte om rask etablering av triage eller vurdering med sjekkliste på pasienter før de ankom inn i akuttmottaket. Det å kunne skille mellom smittet eller ikke smittet pasient, gjorde at de følte seg trygge på jobb. Utover i pandemien opplevde de en sterk økning av Covid-pasienter og det ble opplevd en

mismatch mellom tilgjengelig utstyr og økningen av pasienter. Forskning fra Korea vektlegger behovet for gode smittevernsrutiner i forhold til isolering av smitte pasienter. En tydelig økning av Covid-pasienter som hadde behov for isolering, fortalte at uten gode rutiner kunne akuttmottak blitt episenter for smitteutbrudd (Kim et al., 2021). Det kom ingen pasienter inn i akuttmottaket uten å ha blitt sjekket for feber eller symptomer på Covid-19. Son (2020) bekrefter at kunnskap om Covid-19 og behandling av pasienter med viruset kan bidra positivt til drift relatert til Covid-19 pasientene. Studien kan samtidig fortelle om rutiner for å unngå at dører ble åpnet og lukket under pågående prosedyrer som kunne skape aerosoler. Blant annet ble det benyttet kritt til å skrive beskjeder på vindu (Son, 2020). Selv om sykepleierne i oppgaven ikke har benyttet akkurat den fremgangsmåten, har de antagelig opparbeidet seg andre rutiner for å håndtere denne utfordringen.

Smittevernloven omhandler ulike lover i forhold til smitteisolering og forbyggende tiltak for befolkningen, blant annet har helsepersonell som skal arbeide med smittede plikt til å gjennomgå opplæring i forhold til korrekt smittevern (Smittevernloven, 1995).

Sykepleierne i oppgaven har fortalte at de fikk opplæring i hvordan de skulle kle på seg, men fortalte ikke om hvor mange i avdelingen som deltok eller om hvordan det fungerte i praksis. De hadde en periode hvor de var usikre på om smittevernsutstyret var godt nok, så det er grunn til å tro at de på det tidspunktet ikke hadde fått opplæring eller ikke hadde vært med på opplæringen. Kollegasjekk av riktig påkledning og avkledning har de heller ikke snakket om, noe som kan være en viktig prosedyre i akutte situasjoner. Da vil de være sikre på at de bruker utstyret korrekt og reduserer med dette smitterisikoen.

Forskningen til Sharma et al. (2020) legger vekt på at dette viruset er alvorlig, man må benytte smittevernsutstyr og tenke over hvordan aerosoler kan ha rekkevidde på fire meter og påvirkningen dette har i arbeidshverdagen (Sharma et al., 2020). Sykepleierne spiller en viktig rolle ved å kunne gi kvalitetssikker pleie, samle informasjon via triage, prøvetaking, administrere relevant behandling og vite når pasienten har behov for høyere omsorgsnivå som intensiv (Sharma et al., 2020). Akselsen (2018) beskriver at det er sykepleierne sitt ansvar å forhindre smitteoverføring mellom pasienter og medarbeidere, så vel som ut i samfunnet (Akselsen, 2018). Den forebyggende funksjonen til akuttsykepleieren innebærer samme ansvar i forhold til smittevern (NLAS utdanningsvalget, 2011). Med dette ansvaret i tankene, er det enkelt å forstå at sykepleierne føler stress og maktesløshet når smittevernsutstyret de skal benytte for å forhindre smitte ikke lever opp til forventningene. De har i tillegg ytret bekymring for å ta med seg smitte hjem, og enkelt kan man tenke at når ikke smittevernsutstyret er godt nok, kan de føle at sjansen for å ta med seg smitte ut fra sykehuset øker. Denne frykten støttes av Arnetz et al. (2020), som beskriver samme frykt for det ukjente, som

for eksempel om når pandemien vil være slutt. I tillegg ble det opplevd negative følelser omkring politikk på fritiden, hvor de opplevde at falsk informasjon ble spredd, takle mennesker som mener pandemien var og er tull, og opplevelsen av negative tilbakemeldinger på sykepleiere og avgjørelser (Arnetz et al., 2020). Denne motsetningen mellom samfunnet og sykepleierne viser resultatene fra oppgaven. De føler det er hyklersk når samfunnet klapper for sykepleiere for den jobben de gjør, for så å samle seg i parken eller på fester. Å befinne seg i akuttmottaket med mange kritisk syke Covid-19 pasienter, hvorav noen dør, gjør nok at sykepleierne føler seg maktesløse og oppgitte når de møter mennesker som mener pandemien er tull. Å finne en god balansegang for sykepleierne mellom opplevelser på jobb og hva samfunnet presenterer kan være en ting som kan bidra til en god arbeidshverdag.

5.5 Metodediskusjon

Deskriptiv fenomenologi ble valgt som design og metode for oppgaven, da det var av interesse å finne essensen i hvilke opplevelser og erfaringer sykepleierne hadde gjort seg under pandemien. Og fortsatt gjør. Studien er en beskrivelse av rike skildringer fra en sykepleiers hverdag. Beskrivende fenomenologi ble utviklet av Husserl (1962) som primært var interessert i spørsmålet: «Hva vet vi som person»? (Polit & Beck, 2021). Og det var akkurat den vinklingen som interesserte studenten. Hvordan hadde sykepleierne det på jobb midt i pandemien. Studenten vurderte å benytte fortolkende fenomenologi, men ønsket en beskrivelse av hvordan sykepleierne opplevde arbeidshverdagen, i motsetning til å fortolke det som kom frem under empirien. Thoresen et al. (2020) forklarer beskrivende fenomenologi med at fenomenet ikke er farget av forforståelse, teorier eller verdier, og skal fremstå mest mulig originalt (Thoresen et al., 2020). For studenten som selv jobber i akuttmottak, var det ikke mulig å ikke ha forforståelse, til og med erfaring på tema. Denne forforståelsen ble heller benyttet som en ressurs for valg av tema, og grunnen til at studiespørsmålet oppsto. Uten denne forforståelsen ville ikke denne oppgaven vært gjennomført. Videre i prosessen ble det lest så lite som mulig om tema, og arbeidet med å sette til side egne teorier eller verdier pågikk helt fra starten.

Thoresen et al. (2020) og Polit & Beck (2021) snakker begge om «bracketing» i fenomenologien, prosessen om å identifisere egen forforståelse for det fenomenet som skal studeres og legge forforståelsen til side (Polit & Beck, 2021) (Thoresen et al., 2020). Colaizzi (1978) mener på sin side at forskeren kan bruke sin forforståelse til å bedre forstå det tema som skal studeres (Colaizzi, 1978). Det kan i så måte undres om studenten evner å være helt nøytral eller om evnen til «bracketing» er god nok. Å være

nøytral og ha evne til «bracketing» ble viktig for studenten, poenget med å skrive en fenomenologisk oppgave var ikke for å selv forklare situasjonen, men gi sykepleiere en stemme som beskrev opplevelsen av essensen. Når studenten forsket i eget miljø var det ikke fullstendig uten forforståelse, og for informantene i oppgaven, ytret de anerkjennelse for at studenten visste hvordan de hadde det og hva de opplevde. De kunne snakke fritt uten å bry seg om å forklare medisinske ord eller stoppe opp for å tenke seg om. For studenten var det heller ikke noe problem å unngå å blande inn personlige meninger.

Dahlberg & Dahlberg (2020) presenterer en tredje vei for analyse av empiriske data innenfor fenomenologi. Gapet mellom beskrivende og fortolkende fenomenologi kan tettes ved at forskningen legger seg på en middevei mellom disse to veiene (Dahlberg & Dahlberg, 2020). Den tredje vei har to deler, hvor den første veien skal fokusere på å være åpen og ærlig til empiriske data og skal i denne delen kun håndtere de dataene. På denne måte vil fenomenet man undersøker granskes for essens, nyanser og variasjon på levd erfaring (Dahlberg & Dahlberg, 2020). Del to er stedet for å dra inn eksterne kilder, som teori og forskningsfunn som er relatert til fenomenet. På denne måten kan fenomenet analyseres lenge, og det har mulig en kompleks natur som kan være vanskelig å forstå fullt ut med bare empiriske data (Dahlberg & Dahlberg, 2020). Dahlberg & Dahlberg (2020) oppfordrer forskeren til å avvente med teoretisk og forskningsfunn, da tekstene kan være godt formulert og ha en sterk røst som vil kunne overskygge den kanskje myke og ikke like sterke røsten fra levde livsverden (Dahlberg & Dahlberg, 2020). Studenten kan relatere seg til dette med at informantenes røst kan være «ubetydelig» fremfor funn i forskning, men mener betydningen av det informantene sier bør høres. Det er deres livsverden som fortelles. Teorien om å fylle gapet mellom deskriptiv og fortolkende fenomenologi kan kanskje være en måte å få enda mer nyanser eller kunnskap ut av empiriske data på.

For å kunne inneha Bekreftbarhet i oppgaven, som Lincoln & Guba (2021) mener er et av kriteriene for om oppgaven er troverdig, var det viktig for studenten at det var informantene sin mening som kom frem. For å oppfylle dette kravet, må funnene reflektere informantenes stemmer, og ikke forskerens partiskhet, motivasjoner eller perspektiv (Polit & Beck, 2021). Studenten bekrefter at det er stemmene til sykepleierne som gjenspeiles i resultatene, det er deres beskrivelse av arbeidshverdagen som kommer frem. Troverdig oppgave er avhengig av to aspekter, å legge frem studien slik at det øker troen på funnene og demonstrere for leserne at funnene er troverdige (Polit & Beck, 2021). Dette gjøres gjennom sitater og variasjon i meningene fra sykepleierne.

Det viktigste med utvalget er at ingen ny informasjon vil komme frem om man samler mer data (Polit & Beck, 2021). Utvalget i oppgaven besto av ni sykepleiere fra tre forskjellige akuttmottak på Østlandsområdet. Et typisk antall deltakere innenfor fenomenologien er mellom ti og femten deltakere og at alle har opplevd samme fenomen (Polit & Beck, 2021). Det var ti informanter som var invitert til å delta, men til slutt satt studenten igjen med ni. Det ble reflektert over dette antallet mot slutten av intervjuprosessen, og endte med at det antallet var nok for å samle informasjon om essensen. Mot de siste intervjuene begynte den samme informasjonen å komme, og avgjørelsen på at ni holdt ble tatt på bakgrunn av dette. Studenten har et ansvar om å innhente nok beskrivende data slik at det er overførbart til andre kontekster (Polit & Beck, 2021). Om det ville kommet ny informasjon om flere hadde blitt intervjuet er ikke sikkert, men det som kan være av interesse er om det hadde vært intervjuet fra andre deler av landet. Utvalget av deltakere jobber på sykehus i Østlandsområdet, og det er et av de stedene med høyest trykk i forhold til Covid-19 pasientene. For oppgaven sin del var det er viktig poeng, det handler om at informantene har opplevd samme fenomen.

Påliteligheten til data refererer til stabilitet i dataene over tid og hendelser. Pålitelighet handler om at hvis studien ble gjennomført igjen med de samme informantene og samme konteksten, ville man da fått de samme resultatene? Hvis studien ikke har pålitelighet, vil den heller ikke være troverdig (Polit & Beck, 2021). Hvis studien ble gjennomført igjen med det samme utvalget er det faktisk mulig å få andre svar enn det som er kommet frem i denne oppgaven. Grunnen til dette er at siden informantene ble intervjuet har situasjonen endret seg. Informantene har svart det de i øyeblikket de ble intervjuet hadde kunnskap om, og de har erfart nye ting etter dette. Siden de ble intervjuet høsten 2020 har nye retningslinjer eller prosedyrer har tredd i kraft. Blant annet er det mye mer bruk av munnbind og i akuttmottakene benytter sykepleierne munnbind på fast basis. Vaksinerings av helsepersonell er godt i gang, og dette vil etter hvert gi nye retningslinjer, som igjen ville endret intervjuresultatene. De temaene som kunne gitt samme svar igjen, var selve essensen som handler om endringer. Og starten av pandemien og de endringene som kom, vil fortsatt være opplevd. Studien er pålitelig i den grad det gjelder i dag, ut fra at informantene ville snakket om sin levde livserfaring slik de opplevde og opplever den.

For å kunne bedrive slik datainnsamling, som intervju, er det kritisk at deltakerne har opplevd det samme fenomenet. Det å spørre åpne spørsmål som tillater deltakeren å fortelle fritt, kan bidra til at forskeren selv klarer å holde tilbake teoretisk knyttede spørsmål (Thoresen et al., 2020). Studenten gikk ut fra Thoresen et al. (2020) sin anbefaling om å stille med åpent spørsmål under intervjuene. Studenten er ikke helt

ukjent med intervjusituasjon, da dette ofte blir drevet med i jobbsituasjon. Det som var annerledes nå, var at studenten ikke visste hvilken retning intervjuet skulle gå. Håpet var å treffe på informanter som pratet uten behov for mange oppfølgingsspørsmål. Det ble ikke helt slik, og studenten ble glad for å ha forberedt enkelte hjelpespørsmål. Det var samtidig viktig for studenten at ikke hjelpespørsmålene skulle lede inn på et lukket spor, meningen var å innhente så mye informasjon om essensen som mulig. Dette etter Lincoln & Guba's (2021) sine kriterier for ekthet og bekreftbarhet.

Egen rolle har sakte, men sikkert endret seg gjennom prosessen med intervju. De første intervjuene ble noe famlende, men likevel produktive. Etter flere intervjuer gikk det stadig lettere, og studenten følte seg roligere og mer kontrollert i rollen. Intervjuene ble alle utført på informantens sin arbeidsplass, som vet et par anledninger førte til avbrytelser eller alarmer som gikk. Dette utfordret studenten til å kunne hente inn informantene for å fortsette der avbrytelsen kom. Likevel gikk intervjuene stort sett lett og uanstrengt. Alle informantene samtykket til bruk av opptaker. I starten av intervjuene ble informantene presentert som informant «tall» og akuttmottak «bokstav». Avidentifiseringen startet allerede før intervjuet. Dette var med personvern i tankene, samtidig som en ekstern transkriptør skulle høre gjennom. Flere av informantene sa i etterkant at de synes det hadde vært godt å få lettet hjertet sitt, og satt pris på å bli hørt og kunne fortelle hva de hadde opplevd. Studenten kunne ikke være annet enn interessert i hva de fortalte, det var mange spennende skildringer og opplevelser som kom frem. Det å inneha en viss forforståelse for tema, bidro kanskje til at det var lettere for sykepleierne å fortelle opplevelsene sine, da de ikke hadde behov for å «endre» sykepleierspråket for at studenten skulle forstå. Det var en påkjenning å gjennomføre tre intervjuer på en dag. Studenten hadde to slike dager, og følte seg utslitt etter dette. Det trengs en stor konsentrasjon i hvert enkelt intervju, og tre intervjuer på en dag viste seg å være mer enn nok. For å ikke miste gløden i det siste intervjuet, forberedte studenten seg med å ta en god pause, få litt luft og hadde målsetning om at det siste intervjuet skulle bli like bra som det første. Om anledningen skulle dukke opp igjen for å gjennomføre intervjuer, ville de blitt fordelt med maks to pr. dag. Det var en spennende opplevelse og studenten er takknemlig over å få ta del i informantens sin levde livsverden. For at ikke informantene skal kjenne igjen sitater eller kunne linke de til kjente, er alle skrevet på norsk bokmål, alle hjelpeord som eehhh, hmm og lignende er fjernet, og alle informantene har fått et enkelt nummer. Dette gjør at de blir fullstendig avidentifisert.

Analysen av datamateriale er en kompleks prosess, hvor studenten beveger seg frem og tilbake i materiellet, og ikke i en lineær retning (Polit & Beck, 2021). Et kjennetegn for analyseprosessen er at studenten begraver seg i datamaterialet og leser transkriberingen igjen og igjen for å finne forståelse og innsikt (Polit & Beck, 2021). Selve analyseprosessen tok lang tid. Studenten hørte gjennom alle intervjuene og leste samtidig utskrift som transkriptøren hadde skrevet. Dette for å være sikker på at alle ord og uttrykk kom med i utskrift av intervjuene. Det var både spennende og slitsomt å gjennomgå de mengdene med resultater, for så å sette de inn i en tabell. Analyseprosessen ble utført etter Giorgis analysemodell. Ved å benytte denne modellen og en tilhørende tabell, fikk studenten oversikt over dataene. I tillegg er et utdrag av analysetabellen lagt i oppgaven, slik at leseren kan se et utvalg av hvordan analysen forgikk, og oppgaven blir mer transparent. Denne analysemodellen gjør det enkelt å følge trinnene, og studenten fikk en god oversikt over innsamlet data. Tabellen ble opprettet for å føre inn meningsenheter, «psykologisk verdi» og tema. Alle meningsenheter som følte relevant ble tatt med, men senere under analysen var det flere som ikke møtte studiespørsmålet. Disse ble ikke beskrevet i resultatene. All empirisk data ble gjennomlest og analysert flere ganger, også etter at resultatene var «ferdig» skrevet inn. De er gjennomgått kun noen dager før levering av oppgave, for å se om noe skal endres for å få frem essensen bedre. I tillegg er dette viktig for å få frem ektheten i resultatene etter Lincoln & Guba (2020) sine kriterier (Polit & Beck, 2021).

Det kom frem rikelig med resultater etter intervjuene. Det skilte seg etter hvert ut fire-fem forskjellige kategorier og rikelig med subkategorier. Utover i prosessen ble det klart for studenten at det holdt med tre hovedkategorier. Grunnen til at smittevern ikke ble en egen hovedkategori var fordi smittevern ligger til grunn for alle opplevelsene sykepleierne har fortalt om. Det ble derfor flettet inn i resultatene. Oppgaven har flere nyanser i resultatene, og hovedessensen ble etter hvert tydelig at det handlet om endringer. Resultatene viser variasjoner og følelsesmessige opplevelser som gir ekthet etter kriteriene til Lincoln & Guba (Polit & Beck, 2021). Det som var vanskeligst med å fremstille resultatene, var å begrense omfanget samtidig som variasjoner og mangfold ble tydelig. Det tok mange forsøkt og sammenfletting av resultater før studenten var fornøyd. Sitater ble benyttet for å understreke poenger, og er av den grunn ikke lange. Troverdigheten er ivaretatt ved å beskrive følelser og meninger slik som informantene meddelte studenten, dette er i tillegg vist i form av sitatene. Bekreftbarhet er ivaretatt gjennom resultatene ved at de reflekterer informantenes stemmer, og ikke studentens ønske om vinkling. Dette kriteriet er opptatt av at den data som fremkommer er det som informantene har gitt, og ikke det forskeren selv har trodd at de har gitt (Polit & Beck,

2021). Lincoln & Guba (2020) mente at forskerens ansvar var å innhente nok beskrivende data som leserne kan anvende i andre kontekster (Polit & Beck, 2021). Studenten vil tro at andre akuttmottak eller helsetjenester som behandler Covid-pasienter, kjenner igjen situasjonen slik den er fortalt i oppgaven og at resultatene er overførbare.

6.0 Avslutning

Sykepleiere i akuttmottak har fortalt om tøffe måneder med mange utfordringer, i tillegg kunne de fortelle om positive opplevelser som har preget arbeidshverdagen under pandemien. De har fortalt om store endringer, både i struktur og hvordan de jobber. Nye måter å ta imot pasienter på, unikt mange smittepasienter og nye relasjoner. De har jobbet hardt med å få pasienter til riktig behandlingsnivå, rett pasientbehandling og ivaretagelse av egen trivsel. Hverdagen har vært preget av smittevernsutstyr og mange ensomme timer på smitterom. Akuttmottaket har virkelig vært en avdeling i front mot pandemien, og sykepleiere som arbeider der har kjent pandemien på kroppen.

For samfunnet har det periodevis ikke vært mulig å sette seg inn i hvordan det jobbes i et akuttmottak, og kanskje det ikke er ment for andres øyne heller, men de sykepleierne som jobber i akuttmottak under en pandemi fortjener å bli sett og hørt. Alle tiltak de har satt i gang ikke bare for at pasienter i Norge skal ha en trygg avdeling å komme til, men for seg selv og, slik at de skal være friske til å komme på jobb. De har stått mange timer på smitterom, gjennomsvette og sultne. De har omstilt seg og vist at de er fleksible, men beskrev i tillegg at situasjonen preget de.

Denne pandemien er fortsatt ikke over, og arbeidshverdagen til sykepleiere i akuttmottaket er en dynamisk prosess. Det betyr at siden de har snakket med studenten om hvordan de opplevde sin arbeidshverdag, har nye opplevelser, rutiner, virusvarianter og retningslinjer fra FHI funnet veien inn i akuttmottaket. Fortsatt jobber sykepleierne i front med Covid-19, og slik som andre, vet de ikke når de kan slippe opp. Denne forskningen vil i så måte ikke kunne by på en endelig konklusjon, men heller en åpning for veien videre innenfor dette store feltet med forskningsmaterieil. Studenten håper denne oppgaven kan sette lys på det som er viktig å fokusere på i et akuttmottak under en pandemi, den er viktig for å forstå den jobben som må gjøres for å holde helse-Norge i gang. Sykepleierne som har delt sine historier med studenten har vært modige. De har vist sine følelser, positive som negative, og bidratt til denne oppgaven.

6.1 Videre forskning

For sykepleierne i akuttmottakets skyld, håper studenten at det vil forskes videre på hvordan resilience kan styrkes både akuttmottak og hos de som jobber der. Det er verdt å ta med seg videre poenget om at sterk resilience hos sykepleiere kan bidra til at de bedre håndterer sin arbeidshverdag, spesielt i krevende situasjoner, som beredskap og kritiske hendelser.

Hvordan sykepleiere håndterer og snakker om stressende hverdager som kan føre til lidelser som angst, insomnia og depresjoner er viktig å ta med seg videre. Å forske videre på dette vil kunne bidra i positiv retning for sykepleierne og stedet de arbeider.

Når det gjelder hva som er nyttig for akuttmottakene å ta med seg videre, snakker sykepleierne om hvordan smittevernet og utstyret skulle vært et større fokus før pandemien. Det oppfordres til å gjøre simulering med smittevern, tilse at utstyr og prosedyrer er på plass og fungerer slik at sykepleierne og pasienter i akuttmottak kan føle seg trygge.

7.0 Referanseliste

- Abad, C., Fearday, A., Safdar, N., Abad, C., Fearday, A., & Safdar, N. (2010). Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. *Journal of Hospital Infection*, 76(2), 97-102. doi:10.1016/j.jhin.2010.04.027
- Ahc, M. (2020a). No ICU Bed? ED Patients 'Fall into Black Hole'. *ED Legal Letter*, 31(6), 1-3. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=143509530&site=ehost-live>
- Ahc, M. (2020b). Spring of Fear: ED Staff Face Surging Coronavirus: 'In dire circumstances, you do dire things'. *Hospital Employee Health*, 39(5), 1-5. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=142690601&site=ehost-live>
- Akselsen, P. E. (2018). *Smittevern i helsetjenesten* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal.
- Allen, D., & Birkeland, E. U. (2019). *Sykepleiernes usynlige arbeid : organisering av sykehus og pasientomsorg* (1. utgave. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Alligood, M. R. (2014). *Nursing Theorists and their work* (8. ed.). USA: Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.
- Arnetz, J. E., Goetz, C. M., Arnetz, B. B., & Arble, E. (2020). Nurse Reports of Stressful Situations during the COVID-19 Pandemic: Qualitative Analysis of Survey Responses. *Int J Environ Res Public Health*, 17(21). doi:10.3390/ijerph17218126
- Bampi, R., Lorenzini, E., Maroso Krauzer, I., Ferraz, L., Franco da Silva, E., & Dall'Agnol, C. M. (2017). PERSPECTIVES OF THE NURSING TEAM ON PATIENT SAFETY IN AN EMERGENCY UNIT. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 11(2), 584-590. doi:10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102201713
- Bevan, M. T. (2014). A Method of Phenomenological Interviewing. *Qualitative Health Research*, 24(1), 136-144. doi:10.1177/1049732313519710
- Bjarnadottir, A. (2011). Work engagement among nurses in relationally demanding jobs in the hospital sector. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 31(3), 30-34. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104599849&site=ehost-live>
- Blajszczak, M. (2020). A Wyoming Nursing Experience - Containing the New Coronavirus (COVID-19). *Wyoming Nurse*, 33(2), 6-6. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=143665192&site=ehost-live>
- Chlalup Linn, A., Aquino Caregnato, R. C., & Nogueira de Souza, E. (2019). Clinical simulation in nursing education in intensive therapy: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(4), 1061-1070. doi:10.1590/0034-7167-2018-0217
- Colaizzi. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it. In R. S. Valle & M. King (Eds.), *Existential-phenomenological alternatives for psychology* (pp. 48-71).
- Dahlberg, H., & Dahlberg, K. (2020). Open and Reflective Lifeworld Research: A Third Way. *Qualitative Inquiry*, 26(5), 458-464. doi:10.1177/1077800419836696
- Damsgaard, H. L. (2010). *Den profesjonelle sykepleier*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Datatilsynet. (2019). Hva er personvern? Retrieved from <https://www.datatilsynet.no/rettigheter-og-plikter/hva-er-personvern/>
- Duncan, M. (2019). Getting the best out of staff in a district nursing team: nurturing resilience. *British Journal of Community Nursing*, 24(9), 419-423. doi:10.12968/bjcn.2019.24.9.419
- Elmqvist, C., & Frank, C. (2015). Patients' strategies to deal with their situation at an emergency department. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(1), 145-151. doi:10.1111/scs.12143

- Eriksson, J., Gellerstedt, L., Hillerås, P., & Craftman, Åsa G. (2018). Registered nurses' perceptions of safe care in overcrowded emergency departments. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 27(5-6), e1061-e1067. doi:10.1111/jocn.14143
- Fagerström, L. M. (2019). *Avansert klinisk sykepleie* (1. ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Folkehelseinstituttet. (2018). Hva er en pandemi? Retrieved from <https://www.fhi.no/sv/influensa/influensapandemier/hva-er-en-pandemi/>
- Folkehelseinstituttet. (2021). Fakta om koronaviruset SARS-CoV-2 og sykdommen covid-19. Retrieved from <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta-og-kunnskap-om-covid-19/fakta-om-koronavirus-coronavirus-2019-ncov/?term=&h=1>
- Four-phase approach in ED. (2020). *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 26(4), 22-23. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=143369289&site=ehost-live>
- Gąsiorowski, Ł., Kuliński, D., & Stachowiak-Andrysiak, M. (2016). THE DEVELOPMENT OF MEDICAL SIMULATION CENTERS IN POLAND - A STRONG OPPORTUNITY FOR MODERNIZATION OF NURSING EDUCATION. *Polish Nursing / Pielęgniarstwo Polskie*, 62(4), 598-601. doi:10.20883/pielpol.2016.67
- Gebbie, K. M., & Qureshi, K. A. (2006). A historical challenge: nurses and emergencies. *Online Journal of Issues in Nursing*, 11(3), 14p-14p. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=106234869&site=ehost-live>
- Ilczak, T., Rak, M., Cwiertnia, M., Mikulska, M., Waksmańska, W., Krakowiak, A., . . . Kawecki, M. (2020). Predictors of stress among emergency medical personnel during the COVID-19 pandemic. *Int J Occup Med Environ Health*. doi:10.13075/ijom.1896.01688
- IØstfold. (2018). ØVDE PÅ FLYTTING AV HØYRISIKO SMITTEPASIENT. Retrieved from <https://fredrikstadavisa.no/2018/11/01/ovde-pa-flytting-av-hoyrisiko-smittepasient/>
- Kapucu, S. (2017). The Effects of Using Simulation in Nursing Education: A Thorax Trauma Case Scenario. *International Journal of Caring Sciences*, 10(2), 1069-1074. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=124801529&site=ehost-live>
- Kim, Y. J., Choe, J. Y., Kwon, K. T., Hwang, S., Choi, G. S., Sohn, J. H., . . . Lee, N. Y. (2021). How to keep patients and staff safe from accidental SARS-CoV-2 exposure in the emergency room: Lessons from South Korea's explosive COVID-19 outbreak. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 42(1), 18-24. Retrieved from <https://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=medl&AN=32729441>
- http://bibsys-almaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/openurl/NTNU UB/NTNU UB_services_page?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&rft_id=info:sid/Ovid:medline&rft_id=info:doi/10.1017%2Fice.2020.376&rft.issn=0899-823X&rft.volume=42&rft.issue=1&rft.spage=18&rft.pages=18-24&rft.date=2021&rft.jtitle=Infection+Control+%26+Hospital+Epidemiology&rft.atitle=How+to+keep+patients+and+staff+safe+from+accidental+SARS-CoV-2+exposure+in+the+emergency+room%3A+Lessons+from+South+Korea%27s+explosive+COVID-19+outbreak.&rft.aulast=Kim&rft.issn=
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju* (3 ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kyrkjebø, J. M., Brattebø, G., & Smith-Strøm, H. (2006). Improving patient safety by using interprofessional simulation training in health professional education.

- Journal of Interprofessional Care*, 20(5), 507-516.
doi:10.1080/13561820600918200
- Labrague, L. J., & Santos, J. A. A. (2020). COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organisational support, personal resilience and social support. *Journal of Nursing Management (John Wiley & Sons, Inc.)*, 28(7), 1653-1661. doi:10.1111/jonm.13121
- Lang, E., Ovens, H., Schull, M. J., Rosenberg, H., & Snider, C. (2020). Authentic emergency department leadership during a pandemic. *Cjem*, 22(4), 400-403. doi:10.1017/cem.2020.360
- Larsen, M., & Wichmann, L. (2013). *Sygepleje til den akut syge patient : - et curologisk perspektiv*. København: Gad.
- Lindseth, A., & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 145-153. doi:10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*. Retrieved from https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=%C3%B8yeblikkelig%20hjelp#KAPITTEL_3
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- McMullan, C., Brown, G. D., & O'Sullivan, D. (2016). Preparing to respond: Irish nurses' perceptions of preparedness for an influenza pandemic. *International Emergency Nursing*, 26, 3-7. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med13&AN=26597971>
- http://bibsys-almaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/openurl/NTNU_UB/NTNU_UB_services_page?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&rft_id=info:sid/Ovid:medline&rft_id=info:doi/10.1016%2Fj.ienj.2015.10.004&rft.issn=1878-013X&rft.volume=26&rft.issue=&rft.spage=3&rft.pages=3-7&rft.date=2016&rft.jtitle=International+emergency+nursing&rft.atitle=Preparin+g+to+respond%3A+Irish+nurses%27+perceptions+of+preparedness+for+an+influenza+pandemic.&rft.aulast=McMullan&rft.issn=
- Meld. St. 7 (2019–2020). (2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. Oslo: Helse - og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/?ch=6>
- Mendonça Ribeiro, R., Alcalá Pompeo, D., Pinto, M. H., & de Cassia Helú Mendonça Ribeiro, R. (2015). Coping strategies of nurses in hospital emergency care services. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(3), 216-223. doi:10.1590/1982-0194201500037
- NLAS utdanningsvalget. (2011). Funksjonsbeskrivelse for akuttsykepleiere. Retrieved from <https://www.nsf.no/Content/790187/cache=20112112190211/Endelig%2C%20g odkjent%20050911%20%20FUNKSJONSBSKRIVELSE%20FOR%20AKUTTSYKEPLEIERE.pdf>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). Om sykepleie. Retrieved from <https://www.nsf.no/om-sykepleie/artikkelliste/1212765>
- NOU 2021:6. (2021). *Myndighetenes håndtering av koronapandemien* (2021:6). Retrieved from Oslo: https://www.koronakommisjonen.no/files/2021/04/Koronakommisjonens_rapport_NOU.pdf
- O'Reilly, G. M., Mitchell, R. D., Mitra, B., Noonan, M. P., Hiller, R., Brichko, L., . . . Cameron, P. A. (2020). Impact of patient isolation on emergency department length of stay: A retrospective cohort study using the Registry for Emergency

- Care. *Emergency Medicine Australasia*, 32(6), 1034-1039. doi:10.1111/1742-6723.13607
- Obročníková, A., Magurová, D., Majerníková, Ľ., Kaščáková, M., & Harčariková, M. (2015). PSYCHOLOGICAL STRAIN BETWEEN NURSES. *Central European Journal of Nursing & Midwifery*, 6(4), 352-359. doi:10.15452/CEJNM.2015.06.0027
- OUS ekspertsykehuset. (2019). Å behandle høyriskosmitte som ebola er en komplisert oppgave. Retrieved from <https://ekspertsykehusetblog.wordpress.com/2019/06/19/a-behandle-hoyriskosmitte-som-ebola-er-en-komplisert-oppgave/>
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), LOV-1999-07-02-63 C.F.R. (1999).
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (Eds.). (2021). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing practice* (11 ed.). Kina: Wolters Kluwer Health.
- Quah, L. J. J., Tan, B. K. K., Fua, T.-P., Wee, C. P. J., Lim, C. S., Nadarajan, G., . . . Venkataraman, A. (2020). Reorganising the emergency department to manage the COVID-19 outbreak. *International Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 1-11. doi:10.1186/s12245-020-00294-w
- Remley, K., Valdes Lupi, M., & Haskins, J. (2020). Supporting Organizational Workflow in Times of Crisis. *Journal of Public Health Management & Practice*, 26(4), 387-388. doi:10.1097/PHH.0000000000001198
- Şahin, M. K., Aker, S., Şahin, G., & Karabekiroğlu, A. (2020). Prevalence of Depression, Anxiety, Distress and Insomnia and Related Factors in Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic in Turkey. *Journal of Community Health*, 45(6), 1168-1177. doi:10.1007/s10900-020-00921-w
- Sharma, S. K., Nuttall, C., & Kalyani, V. (2020). Clinical nursing care guidance for management of patient with COVID-19. *J Pak Med Assoc*, 70(Suppl 3)(5), S118-s123. doi:10.5455/jpma.29
- Simonsen, S. (2014). *Helseforskningsloven med kommentarer* (Vol. 1). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Smittevernloven. (1995). *Lov om vern mot smittsomme sykdommer* Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55?q=smittevernsloven>
- Son, H. (2020). Top certified emergency nurse shares insights on pandemic, professional development. *Healthcare Leadership Review*, 39(11), 10-11. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=147077954&site=ehost-live>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesiali>
- Statens helsetilsyn. (2007). *Forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i somatiske sykehus*. Retrieved from Oslo: <https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/tilsyn/styringsdok/2007veiledarakuttmottaksomatiskesykehus.pdf/>
- Stordalen, J. (2015). *Smittevern og hygiene : den usynlige fare* (5. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Sørlandet sykehus. (2021). Ventetida i akuttmottak skal ned. Retrieved from <https://sshf.no/om-oss/nyheter/ventetida-i-akuttmottak-skal-ned>
- Thoresen, L., Rugseth, G., & Bondevik, H. (2020). *Fenomenologi i helsefaglig forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Universitetet i Stavanger. (2014). Eldre ble liggende på akuttmottak i over syv timer. Retrieved from <https://forskning.no/universitetet-i-stavanger-helsetjenester-partner/eldre-ble-liggende-pa-akuttmottak-i-over-syv-timer/536164>
- What U.S. Healthcare Workers Learned From the Ebola Crisis. (2017). *ED Management*, 29(10), 1-5. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=125094093&site=ehost-live>
- Zhan, Y., Liu, Y., Liu, H., Li, M., Shen, Y., Gui, L., . . . Yu, J. (2020). Factors associated with insomnia among Chinese front-line nurses fighting against COVID-19 in

Wuhan: A cross-sectional survey. *Journal of Nursing Management (John Wiley & Sons, Inc.)*, 28(7), 1525-1535. doi:10.1111/jonm.13094

Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD
NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Covid-19 outbreak - nursing view

Referansenummer

479375

Registrert

03.09.2020 av Stine Johnsen- stijo@stud.ntnu.no

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Øyfrid Larsen Moen, oyefrid.moen@ntnu.no, tlf: 61135321

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Stine Johnsen, stijo@stud.ntnu.no, tlf: 99573648

Prosjektperiode

24.08.2020 - 31.08.2021

Status

08.09.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

08.09.2020 - Vurdert

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 med vedlegg 8.9.2020. Behandlingen kan starte.

TAUSHETSPLIKT Vi minner om at helsepersonell har taushetsplikt, og må unngå å omtale sine erfaringer på en måte som gjør pasienter identifiserbare. Vi anbefaler at deltakerne i studien i forkant av intervjuene minnes om sin taushetsplikt samt oppfordres til å unngå bakgrunnsopplysninger som alene eller sett i sammenheng kan være identifiserende.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: https://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 alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.8.2021.

LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 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 samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: 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). Det benyttes ekstern tjeneste (databehandler) til transkribering av intervjuer. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29, herunder at det inngås databehandleravtale mellom NTNU og databehandleren. 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. Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD:

Lasse Raa

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

Vedlegg 2: Informasjonsskriv fra NSD

Vil du delta i forskningsprosjektet

Sykepleieres opplevelse av arbeidshverdagen under Covid-19 utbruddet i et norsk akuttmottak

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne essensen i hvordan sykepleiere i et norsk akuttmottak opplevde sin arbeidshverdag under Covid-19 utbruddet.

I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål med prosjektet

Dette forskningsprosjektet er en masteroppgave i klinisk sykepleie. Fra før er det ikke gjennomført forskning på dette tema i Norge, av den grunn at det ikke har vært pandemi siden etter første verdenskrig. For at vi skal lære av ekstreme situasjoner må de snakkes om. Denne situasjonen vil sykepleiere huske i hele karrieren, og mest sannsynlig aldri oppleve igjen. Dette er relevant for den kliniske sykepleien i akuttmottak, av flere grunner. Forskning viser at det er etiske hensyn å ta i forhold til pasientene. Skal vi kunne behandle pasienter best mulig og mest mulig etisk korrekt, må erfaringer deles og bearbeides. Samtidig som forebyggende tiltak bør vurderes. Å være sykepleier i et norsk akuttmottak under en pandemi er ikke snakket om før og det er viktige erfaringer fra sykepleiepraksis man bør ta hensyn til ved neste korsvei.

Hensikten med oppgaven er å finne essensen i hvordan sykepleiere i norske akuttmottak opplevde sin arbeidshverdag under Covid-19 utbruddet.

Det er derfor ønskelig å snakke med sykepleiere og høre hvordan de opplevde dette.

Opplysninger som kommer frem, kan bli brukt til

- Undervisning, slik som ved fagdager eller ved andre institusjoner
- Fag og forskningsdager
- Akutt dagene

Formålet med dette vil i så fall være å spre kunnskap om dette prosjektet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

NTNU Gjøvik, Masterstudiet for klinisk sykepleie, er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du som får spørsmål om å delta er spurt fordi du møter inklusjonskriteriene for denne oppgaven. Du jobber i et norsk akuttmottak og er sykepleier, enten med eller uten videreutdanning. Du har selv opplevd/opplever akuttmottaket under Covid-19 utbruddet. Siden jeg selv jobber i akuttmottaket, vil ansvaret på å spørre deltakere bli delegert bort til driftskoordinator der det er relevant, ellers er det avdelingsleder som velger deltakere. Dette for å unngå partiskhet/bias, og utvelgelsen blir gjort på grunnlag av inklusjonskriteriene:

- Sykepleiere som jobber i akuttmottak
- Over 1 års arbeidserfaring i akuttmottak

Det er totalt 10-12 personer som blir spurt. Du som blir spurt, kan si nei.

Hva innebærer det for deg å delta?

- Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du ønsker å gjennomføre et individuelt dybdeintervju. Intervjutiden er omkring 30min til 1 time.
- Det blir brukt en lydopptaker og jeg kan ta notater underveis.
- Opplysninger som samles, er hvordan du opplevde arbeidshverdagen din som sykepleier i akuttmottaket under Covid-19. Det finnes ingen riktig eller feil svar, her er jeg bare ute etter din levde opplevelse/erfaring i dette. Du får snakke fritt.
- Intervjuet vil foregå i arbeidstiden din, slik at det skal bli enkelt for deg å delta.

Det er frivillig å delta

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

negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Det vil heller ikke påvirke ditt forhold til den som utfører intervjuene.

Ditt personvern – hvordan oppbevares og brukes dine opplysninger

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

- Det er intervjueren og den som transkriberer på prosjektet som vil ha tilgang til svarene dine på lydopptak.
- Ved bearbeidelse av materialet vil du bli fullstendig anonymisert.
- Veileder fra NTNU vil ha tilgang til intervjuene, de behandles konfidensielt.
- Ved publisering av masteroppgaven eller som vitenskapelig artikkel vil personopplysninger om deg aidentifiseres.
- Hvis du ønsker denne muligheten selv om det ikke blir utgivelse, er det fullt mulig for deg, det avtales i intervjusituasjonen.
- Data lagres på kryptert minnepinne eller kryptert harddisk. All data blir kodet slik at det ikke er gjenkjennbart. Dette gjelder også lokalisasjonen for studien.
- Du vil fortsatt når som helt kunne trekke deg, trekke svar eller verne om privatlivet ditt slik du ønsker.
- Det er viktig å informere om at jeg som utfører intervjuene og jobber med prosjektet selv arbeider i akuttmottaket. Det vil derfor ikke under noen omstendigheter bli følger eller andre negative konsekvenser om du trekker deg eller ombestemmer deg underveis.
- Personvernombudet har godkjent forskningen og alle avdelingsledere er informert og har godkjent forskningen.

Hva skjer med opplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i løpet av sommeren 2021. Alle lydopptak vil etter prosjektslutt bli slettet. Eventuelle personopplysninger som finnes på privat PC, vil også bli slettet.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- NTNU Gjøvik ved Øyfrid Larsen Moen eller ved oppgaveansvarlig Stine Johnsen.
- Vårt personvernombud: personvernombudet@so-hf.no.
- Postadresse: Personvernombudet, Postboks 300, 1714 Grålum

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

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

Med vennlig hilsen

Øyfrid Larsen Moen

(Forsker/veileder)

Stine Johnsen

(Masterstudent)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Sykepleieres opplevelse av arbeidshverdagen under Covid-19 utbruddet i norske akuttmottak*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta på et individuelt dybdeintervju
- at det benyttes lydopptaker under intervjuet
- at den som jobber med prosjektet kan spørre meg etter intervjuet om å oppklare eventuelle misforståelser eller detaljer
- at opplysninger om meg oppbevares til prosjektet er slutt (sommer 2021)

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Intervjuguide

Intervjuguide

Husk å si ifra om hvilket akuttmottak og hvilken deltaker på starten av opptaket.

Innledende spørsmål:

Hvor gammel er du?

Hvor lenge har du jobbet i akuttmottak?

Sykepleier / spesialsykepleier?

Hovedspørsmål:

«Hvordan opplever du sykepleierhverdagen i akuttmottaket under Covid-19 utbruddet?»

Kan du fortelle hvordan du har det på jobb i akuttmottaket under pandemien?

Hjelpespørsmål:

- Hvordan opplever du sykepleierhverdagen fra når det startet og slik det er nå.
- Hva har gjort størst inntrykk på deg? Kan du fortelle om dette?
- Kan du gå dypere inn på...
- Fortell meg mer om det...
- Kan du fortelle om noen positive opplevelser / negative opplevelser under pandemien. Hva har disse opplevelsene gjort med deg?
- Hvordan opplever du informasjonsstrøm, utstyrstilgjengelighet og hvordan media kan ha påvirket sykepleierhverdagen din.
- Hvilke opplevelser sitter igjen, kan du beskrive de.
- Har du lært noe som du ønsker å utdype?
- Hvilke følelser hadde du i starten av pandemien, om hvordan dette skulle la seg gjennomføre i akuttmottak.
- Fortell hva du mener helsevesenet/akuttmottaket/sykepleiere skal ta med seg av lærdom.
- Fortell hvordan en typisk sykepleierhverdag under Covid-19 utbruddet er.
- Er det andre opplevelser du ønsker å dele?

Vedlegg 4: Taushetserklæring fra transkriptør

Taushetserklæring for ansatte/medarbeidere i helseforskningsprosjekter



NTNU kan opptre både som databehandlingsansvarlig og forskningsinstitusjon relatert til bruk og oppbevaring av sensitiv informasjon, både om enkeltpersoner og andre forhold. Innsamling, forvaltning og bruk av slik informasjon er underlagt spesielle prosjekter, konsesjoner, tillatelser, samtykke eller avtaler som skal være kjent av de involverte. Som regel skal arbeid eller forskning være søkt og godkjent av en regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk¹ eller av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste. Det er din plikt å sette deg inn i de reglene som gjelder for deg og ditt prosjekt. NTNU har egne veiledere for helsefaglig forskning² og annen forskning på sensitiv informasjon³.

Ut fra ovennevnte forplikter jeg meg til å bevare taushet om opplysninger jeg får i anledning prosjektet om noens personlige forhold, om drifts- eller forretningsforhold, om personopplysninger det må sikres konfidensialitet for, og om opplysninger som har betydning for informasjonssikkerheten.

Undertegnede forplikter seg til ikke å gi andre tilgang til taushetsbelagte opplysninger med mindre det er lovhjemlet rett eller plikt til dette, og til for øvrig å behandle taushetsbelagte opplysninger forsvarlig.

Jeg er klar over at brudd på taushetsplikt gitt i lov eller forskrift er straffbart, jf. straffelovens §§ 209 og 210.

Undertegnede er kjent med at taushetsplikten gjelder til enhver tid, også etter ferdigstillelse av prosjektet, og etter at arbeidsforholdet er avsluttet.

Trondheim,

1/9-20 NTNU Gjøvik
Dato Avdeling/virksomhet

Mona Ytterstad
Sign.

Lovgrunnlag:**Helseforskningsloven § 7:**

Enhver som får tilgang til helseopplysninger og andre personopplysninger som blir behandlet i et forskningsprosjekt skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysningene.

Taushetsplikten er ikke til hinder for at opplysninger gjøres kjent for den som de direkte gjelder eller utleveres når mottaker har rettslig grunnlag for å få opplysningene utlevert, jf. § 13.

Universitets- og høyskoleloven, § 4-6. Studentenes taushetsplikt:

En student som i studiesammenheng får kjennskap til noens personlige forhold, har taushetsplikt etter de regler som gjelder for yrkesutøvere på vedkommende livsområde. Institusjonen skal utarbeide taushetsplikterklæring som må underskrives av de studenter dette er aktuelt for.

Lov om helsepersonell § 21:

Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.

Helseregisterloven § 17:

Enhver som behandler helseopplysninger etter denne loven, har taushetsplikt etter helsepersonelloven §§ 21 flg. Andre som får adgang eller kjennskap til helseopplysninger fra helseregistre, har samme taushetsplikt.

Forvaltningsloven, § 13:

Enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan, plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han i forbindelse med tjenesten eller arbeidet får vite om:

- noens personlige forhold, eller
- tekniske innretninger og fremgangsmåter samt drifts- eller forretningsforhold som det vil være av konkurransemessig betydning å hemmeligholde av hensyn til den som opplysningen angår.

Straffeloven §§ 209 og 210:

Med bot eller fengsel inntil 1 år straffes den som røper opplysning som han har taushetsplikt om i henhold til lovbestemmelse eller forskrift, eller utnytter en slik opplysning med forsett om å skaffe seg eller andre en uberettiget vinning. (§209 første ledd)

Grovt uaktsom overtredelse straffes på samme måte. (fjerde ledd)

Medvirkning er ikke straffbar. (femte ledd)

Grovt brudd på taushetsplikt straffes med fengsel inntil 3 år.

Ved avgjørelsen av om taushetsbruddet er grovt skal det særlig legges vekt på om gjerningspersonen har hatt forsett om uberettiget vinning og om handlingen har ført til tap eller fare for tap for noen. (§ 210)

