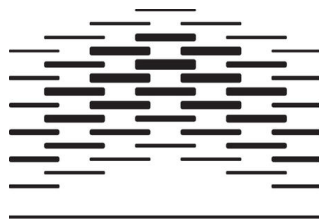


**MASTEROPPGAVE**  
**i**  
**klinisk sykepleievitenskap**  
**2014**

Sykepleierens ansvar og rolle i akuttmottak.

Navn: Kristin Kleiveland  
Kull: Heltid 2012  
Leveringstidspunkt: 15.mai 2014

**Fakultet for helsefag**  
**Institutt for sykepleie**



**HØGSKOLEN I OSLO**  
**OG AKERSHUS**

Veileder: Førsteammanuensis Mette Sagbakken

## FORORD

Gjennom arbeidet med denne studien har jeg opplevd å vokse og utvikle meg både som menneske og som sykepleier. Jeg har oppnådd en økt forståelse for sykepleierens rolle og ansvar i akuttmottak og dette har vært en prosess som har vært både spennende, inspirerende og til tider slitsom.

Aller først vil jeg derfor rette en stor takk til min aller kjæreste Petri Haikio. Du har sørget for at det ble økonomisk mulig for meg å tre ut av arbeidslivet og inn i studenttilværelsen. I tillegg har du listet deg stille i dørene når jeg trengte konsentrasjon, vært stepappa når jeg har jobbet kvelder og sørget for både husvask, hundepass og middagslaging mens jeg har sittet fordypet i masteroppgave. Uten din innsats og din forståelse hadde dette ikke vært mulig!

På samme måte vil jeg også få takke min flotteste, vakre datter Rut Hannah for at hun har lånt bort mamma'n sin mange kvelder dette året og for forståelse for at mamma måtte "gjøre lekser" i mange timer.

Videre skylder jeg min veileder, Mette Sagbakken en stor takk. Tusen takk for at du leste til du ble ør i hodet, at du rettet skrivefeil, bidro til et bedre språk og hjalp meg med å disponere og strukturere oppgaven. Du har snakket et språk som jeg har forstått og har hjulpet meg å se både detaljer og overblikk som jeg innimellom mistet alene!

Til slutt må jeg også få takke alle informantene i intervjuer, fokusgruppe og deltagende observasjon for den tilliten som gjorde dette prosjektet mulig. Takk også til ledelsen i akuttmottaket ved Gry Connie Baardseth og Kenneth Fagerheim som har støttet prosjektets gjennomføring i akuttmottaket ved Akershus Universitetssykehus og bistått meg i å komme i kontakt med mange av informantene.

## SAMMENDRAG

**Tittel:** Sykepleierens ansvar og rolle i akuttmottak.

**Bakgrunn:** I 2007 gjorde Statens Helsetilsyn en stor kartlegging av norske akuttmottak. I rapporten som etterfulgte kartleggingen ble det påpekt at det er uklart ansvar mellom de ulike faglige rollene i akuttmottaket og pasientsikkerheten var truet. Det mangler forskning på forholdene i norske akuttmottak og de siste årene har det pågått offentlige debatter om akuttmottakenes organisering og forsvarlighet. Det er derfor behov for å belyse de ulike rollene og ansvaret ytterligere gjennom forskning på blant annet sykepleierens rolle og ansvar.

**Hensikt:** Studiens hensikt er å beskrive og avdekke nye perspektiver av sykepleierens rolle og ansvar i akuttmottak.

**Metode:** Studien har et kvalitativt design med metodetriangulering og informanttriangulering. Ved en eksplorativ tilnærming har kunnskapsutviklingen i hovedsak basert seg på empiriske funn. Funnene er analysert i henhold til Malteruds fire analysetrinn, i tillegg til bruk av andre ad-hoc teknikker for analyse.

**Resultat:** Sykepleiernes rolle og ansvar er nært knyttet til ivaretagelse av pasientene som menneske, men innebærer også medisinske og sykdomsorienterte oppgaver og vurderinger. Sykepleierne har et særlig ansvar for at pasienten får den hjelpen han/hun har behov for, da de møter pasienten først og gjør de første vurderingene. I tillegg organiserer og styrer sykepleierne ressursene i akuttmottaket og yter service til ulike aktører. Sykepleierne fungerer som mellomledet mellom ulike parter og som et sikkerhetsnett rundt pasienten i form av at de går ut og inn av ulike roller som til enhver tid må ivaretas.

**Konklusjon:** Sykepleiernes formelle ansvar synliggjør i liten grad deres faktiske ansvar, men det faktiske ansvaret er vanskelig å beskrive fordi det til tider er altomfattende, lite avgrenset og tangerer legenes ansvarsområder hvor legen er den

besluttende myndigheten. Sykepleierne er medisinsk orienterte med fokus på medisinsk prioritering og vurdering, men representerer likevel en profesjon som ivaretar en helhetlig tenkning rundt pasientene, på tvers av medisinske spesialiteter og på tross av økonomiske rammer. Pasientene, legene og sykepleierne vurderer sykepleiernes faglige autonomi svært ulikt, men sykepleierne spiller ut sin rolle på en måte som de opplever tjener fellesskapet best.

## ABSTRACT

**Title:** Nurses role and responsibilities in the Emergency Department.

**Background:** In 2007, the Norwegian State Board of Health conducted a major survey of the Norwegian Emergency Departments. In the report that followed the survey it was pointed out that there are unclear responsibilities among the various professional roles and that this threatened patient safety. There is a lack of research on the conditions in the Norwegian Emergency Departments and during the recent years there has been an ongoing public debate about how the Emergency Departments should be organized. There is a need to examine the various roles and responsibilities further through research, and research related to the nurses' role and responsibilities in the emergency department is one such area.

**Purpose:** The purpose of this study is to describe and reveal new perspectives of the nurses' role and responsibilities in the Emergency Department.

**Method:** The study has a qualitative design and includes triangulation of methods and informant triangulation. Through an exploratory approach the development of knowledge is primarily based on the empirical findings. The results are analysed according to Malteruds four analytical steps, in addition to the use of other ad hoc techniques for analysis.

**Results:** Nurses' role and responsibility is closely related to the safeguarding of patients as human beings, but also involves medical- and disease-oriented tasks and assessments. The nurses have a particular responsibility to ensure that the patient gets the help he / she needs, since they meet the patient first and do the first assessments. In addition, the nurses organize and manage the resources in the emergency department and provide services to various players. Nurses act as intermediaries between different parties and by going in and out of different roles, given time and need, they create a safety-net around the patient.

**Conclusion:** Nurses formal responsibility does not fully correspond with their actual responsibility, but their actual responsibilities are difficult to describe because at times it is all-encompassing, not enough restricted and tangent doctors' responsibilities in which the physician has the decision-making authority. The nurses are medically oriented with a focus on medical prioritization and assessment, but still they represents a profession that maintains a holistic thinking around patients, across medical specialties, and in spite of financial constraints. Patients, doctors and nurses assess nurses' professional autonomy very different, but the nurses play out their role in a way that they feel best serve every

## INNHOLDSLISTE

FORORD

SAMMENDRAG

ABSTRACT

<b>1.0 INNLEDNING.....</b>	<b>9</b>
1.1 BAKGRUNN FOR STUDIEN.....	9
1.2 HENSIKT OG REDEGJØRELSE FOR PROBLEMSTILLINGEN.....	11
<b>2.0 TEORETISK RAMMEVERK.....</b>	<b>12</b>
2.1 TEORETISK FORFORSTÅELSE.....	12
2.2 TEORIER SOM BELYSER FUNNENE I STUDIEN.....	14
2.2.1 <i>Fenomenografi</i> .....	15
2.2.2 <i>Goffmans rolleteori</i> .....	16
2.2.3 <i>Antonovskys teori om "Opplevelse av sammenheng"</i> .....	17
<b>3.0 METODOLOGI.....</b>	<b>19</b>
3.1 METODE OG DESIGN.....	19
3.2 PLANLEGGING, INFORMASJON OG REKRUTTERING.....	21
3.3 UTVALG.....	23
3.4 GJENNOMFØRING AV DATASAMLINGEN.....	27
3.4.1 <i>Temaguide og observasjonsguide</i> .....	27
3.4.2 <i>Konteksten</i> .....	28
3.4.3 <i>Fokusgruppe</i> .....	28
3.4.4 <i>Dybdeintervju</i> .....	30
3.4.5 <i>Deltagende observasjoner</i> .....	32
3.5 FORSKERROLLEN, REFLEKSOLOGI OG FORSKERENS STÅSTED.....	34
3.6 ANALYSE OG FORTOLKNING.....	38
3.6.1 <i>Tilnærmingen av data og analytiske valg</i> .....	38
3.6.2 <i>Analyse i henhold til Malterud</i> .....	40
3.6.2.1 Helhetsinntrykk og sammenfatning av meningsinnhold.....	40
3.6.2.2 Koder, kategorier og begreper.....	41
3.6.2.3 Kondensering.....	41
3.6.2.4 Sammenfatning.....	42
3.6.3 <i>Inspirasjon fra andre forfattere</i> .....	43
<b>4.0 ETISKE OVERVEIELSER.....</b>	<b>45</b>
4.1 VITENSKAPELIG NYTTE OG RELEVANS.....	45
4.2 IKKE-SKADE-PRINSIPPET OG VELGJØRENHETSPRINSIPPET.....	46
4.3 ETISKE UTFORDRINGER KNYTTET TIL FRIVILLIG DELTAGELSE OG INFORMASJON.....	46
4.4 ETISKE UTFORDRINGER KNYTTET TIL KONFIDENSIALITET.....	49
4.5 OPPBEVARING AV DATA.....	51
<b>5.0 PRESENTASJON AV HOVEDFUNNENE.....</b>	<b>52</b>
5.1 PASIENTENES OPPLEVELSE AV SYKEPLEIERNES ROLLE OG ANSVAR.....	52
5.1.1 <i>Det første møtet og sykepleiernes vurderinger av pasienten</i> .....	52
5.1.2 <i>Sykepleiernes nære relasjon som bidrag til trygghet og kontinuitet</i> .....	53
5.1.3 <i>Sykepleierens rolle som mellomledd mellom lege og pasient</i> .....	56
5.1.4 <i>Sykepleierens udefinerte ansvar og rolle som «altnuligmann»</i> .....	56
5.2 SYKEPLEIERNES OPPLEVELSE AV EGEN ROLLE OG ANSVAR.....	58
5.2.1 <i>Ansvar og rolle i møtet med pasienten</i> .....	58
5.2.2 <i>Ansvar for å gjøre vurderinger av pasientene</i> .....	60
5.2.3 <i>Yte service, kartlegge pasienten og begrense oppgaver</i> .....	62



5.2.4	<i>Rollen som samarbeidspartner.</i>	66
5.2.4.1	Sykepleieren som pasientens advokat.	66
5.2.4.2	Sykepleierens samarbeide med legen.	67
5.2.5	<i>Sykepleierens ansvar for å organisere, styre og lede.</i>	71
5.3	LEGENES OPPLEVELSE AV SYKEPLEIERENS ROLLE OG ANSVAR I AKUTTMOTTAKET	74
5.4	SYKEPLEIERENS ANSVAR SOM BIDRAGSYTERE TIL TIDLIG DIAGNOSTIKK OG BEHANDLING.	74
5.4.1	<i>Sykepleierens ansvar for å prioritere og organisere.</i>	80
5.4.2	<i>Sykepleieren som pasientens nærmeste.</i>	82
<b>6.0</b>	<b>DISKUSJON</b>	<b>84</b>
6.1	SYKEPLEIERENS ROLLE SOM OMSORGSPERSON.	84
6.2	SYKEPLEIERENS MOTSTRIDENDE ROLLE SOM MEDISINSK ORIENTERT VURDERER.	91
6.3	SYKEPLEIERENS ROLLE SOM PASIENTENS ADVOKAT – LIKEVERDIG ELLER PATERNALISTISK?	96
6.4	SYKEPLEIERENS ROLLE SOM MELLOMLEDD OG SAMARBEIDSPARTNER.	101
6.5	SYKEPLEIERENS ROLLE SOM ORGANISATOR.	109
6.6	SYKEPLEIERENS ROLLE SOM BÅDE PORTVAKT OG ALTMULIGMANN.	113
6.7	SYKEPLEIERENS ROLLE SOM USYNLIG MAKTHAVER.	116
<b>7.0</b>	<b>KONKLUSJON</b>	<b>120</b>
	<b>REFERANSELISTE</b>	<b>122</b>
	<b>VEDLEGG.</b>	<b>129</b>
	VEDLEGG 1 – NSD, TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER	
	VEDLEGG 2 – NSD, KOMMENTAR TIL PROSJEKTVURDERING	
	VEDLEGG 3 – FREMLEGGSVURDERING REK	
	VEDLEGG 4 – INFORMASJONSSKRIV MED SAMTYKKEERKLÆRING (PASIENT)	
	VEDLEGG 5 – INFORMASJONSSKRIV MED SAMTYKKEERKLÆRING (HELSEPERSONELL)	
	VEDLEGG 6 – TEMAGUIDE FOKUSGRUPPE	
	VEDLEGG 7 - TEMAGUIDE DYBDEINTERVJU (PASIENT)	
	VEDLEGG 8 – TEMAGUIDE DYBDEINTERVJU (SYKEPLEIER/LEGE)	
	VEDLEGG 9 – EPOST-KORRESPONDANSE VEDRØRENDE PUBLISERING AV SYKEHUSETS NAVN.	

## INNLEDNING

### 1.1 Bakgrunn for studien.

Akuttmottak verden over rapporterer om overfylte venterom, lang ventetid, misfornøyde pasienter og truet pasientsikkerhet (Higginson, 2012; Oredsson et al., 2011; Pham et al., 2011; Pines et al., 2011; Trzeciak & Rivers, 2003). I Norge er tilsvarende problemer beskrevet i en stor nasjonal rapport fra Statens Helsetilsyn i 2008 (Helsetilsynet, 2008). Helsetilsynet fant uklare ansvarsforhold mellom profesjonene og truet pasientsikkerhet og dette beskrives også av andre aktører i den norske helsedebatten (Helsetilsynet, 2007a, 2007b, 2007c, 2008; Tenzin, 2010; Thorne, 2013).

I løpet av de siste to årene har sykepleiere og leger i norske akuttmottak varslet om at problemet med lang ventetid, truet pasientsikkerhet og opphopning av pasienter i akuttmottaket fortsatt er et stort problem og diskusjonen om spesialisering for leger i akuttmedisin har kommet opp (Mikkelsen & Kippernes, 2013; Norman et al., 2013; Svendsen, 2013; Thorne, 2013). Akuttlegespesialisering har vært etablert i USA siden 1973 (Bjørnsen, 2010). I Sverige har de hatt såkalte akuttleger siden 2006 og stadig flere akuttmottak innfører akuttleger (Säfwenbergh, 2008). I Norge finnes ikke denne spesialiseringen foreløpig. Det er etablert spesialisering for sykepleiere i akuttmedisin, men ikke for leger. Legene som behandler pasientene i norske akuttmottak er organisert i andre avdelinger, ikke i akuttmottaket, og ofte er dette uerfarne leger (L.P. bjørnsen & O. Uleberg, 2011a; Tenzin, 2010; Thorne, 2013).

Akuttmottak er en avdeling i sykehuset som tar imot pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp (*Akuttmottaket*, 2008; *Akuttmottaket*, 2011; Oslo-Universitetssykehus, 2010). Akuttmottakene er ulikt organisert, men et fellestrekk er at det ofte er erfarne sykepleiere sammen med uerfarne leger som møter pasientene først i akuttmottaket (Helsetilsynet, 2008; Tenzin, 2010; Thorne, 2013). Triage<sup>1</sup> er innført i de fleste akuttmottak i Norge som metode og system for å prioritere

---

<sup>1</sup> Triage er et fransk ord som betyr sortering. Triage i denne sammenhengen betegner ulike metoder for prioritering som brukes i akuttmottak verden over.

pasientene etter hastegrad (Engebretsen, Røise & Ribu, 2013). I en triagering gjøres en rask vurdering av alle pasientene som ankommer akuttmottaket for å skape kontroll og oversikt over de som venter. På den måten skal triage bidra til at de sykeste pasientene blir tilsett først (Engebretsen et al., 2013). Høsten 2012 begynte Ahus under ledelse av Kåre Løvstakken en "snuoperasjon" hvor de blant annet var det første akuttmottaket i Norge som ansatte egne (amerikanske) overleger i akuttmedisin for å bedre forholdene for pasientene i akuttmottaket (*Forbedringer i Akuttmottaket ved Akershus universitetessykehus*, 2013; Storvik, 2013). Denne studien ble gjort i oppstartsfasen av denne "snuoperasjonen" og gjenspeiler derfor først og fremst hvordan sykepleierens rolle og ansvar har vært frem til da.

Nina Olsvold, en norsk sykepleier og sosiolog, har i sitt doktorgradsarbeid studert sykepleiernes sosiale roller og ansvar i sykehus. Hun har ikke studert akuttmottak spesielt, men har fokusert på vanlige sengeposter. Hun viser til at sykepleiernes ansvar er både formelt og uformelt og at deres profesjonelle grenser forskyves rutinemessig i det daglige arbeidet (Olsvold, 2010). Hun viser videre til at sykepleierne gjør en mengde arbeidsoppgaver som de ikke får anerkjennelse for i organisasjonen og at de opplever å ikke bli lyttet til når de melder ifra. Hun sier det på denne måten: "*Det grenseoverskridende arbeidet sykepleiere utfører misforstås og underkjennes, både av sykehusets administrasjon og sentrale helsepolitikere*" (Olsvold, 2010 s. 6). Olsvold henviser også til Makt- og demokratiutredningen som beskriver at innsatsstyrt finansiering med økt fokus på økonomi og klarere ansvarsfordeling på medisinsk og administrativt nivå, har gjort at sykepleierne som jobber nærmest pasientene opplever en "oversvømmelse" av ansvar (Vike, Bakken, Brinchmann, Haukelien & Kroken, 2002). Dette fordi det avgrensede ansvaret på medisinsk og administrativt nivå blir forskjøvet nedover i organisasjonen og ender opp hos de som jobber på gulvet, blant annet hos sykepleierne (Vike et al., 2002).

Sykepleieren i akuttmottaket ved Ahus har mange roller, både formelle og uformelle, og med de ulike rollene følger det både formelt og uformelt ansvar. Et eksempel er den formelle rollen "ansvarshavende sykepleier" som har ansvaret for den daglige driften av akuttmottaket og for at alle pasientene som befinner seg i akuttmottaket blir tilsett av sykepleiere og leger innen forsvarlig tid (*Akuttmottak - Funksjonsbeskrivelse for*

*ansvarshavende sykepleier*, 2013). "Stans-sykepleier" er en annen formalisert sykepleierrolle i akuttmottaket hvor funksjonsbeskrivelsen beskriver hennes ansvar for å frakte utstyr til stanssituasjoner og delta i stansteamet ved å holde oversikt over tiden og gjennomføringen av behandlingsalgoritmen for avansert hjerte-lunge-redning (*Funksjonsbeskrivelse for sykepleier i stansteam.*, 2013) Et eksempel på en uformell rolle som blir nevnt av Olsvold (2010) er den rollen som sykepleieren tar når de gjør alt som andre ikke tar ansvar for. Hun påpekte at når ikke leger eller andre "eide" oppgavene så tok sykepleieren dem.

Olsvold (2010) peker på at roller og ansvarsområder defineres og avgrenses av skriftlige retningslinjer, men at de også påvirkes av den sosiale settingen og konteksten de utføres i (Olsvold, 2010). Dermed er ansvar og roller nært knyttet sammen og påvirker hverandre.

## **1.2 Hensikt og redegjørelse for problemstillingen.**

Hensikten med denne studien er å avdekke nye perspektiver, erfaringer og opplevelser av sykepleierens rolle og ansvar i akuttmottak sett fra ulike gruppers perspektiver. (E. Befring, 2007; Giorgi, 2005; Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2010; Malterud, 2012). Oppgaven er inspirert av en Ference Marton (2009) sin fenomenografisk tilnærming. Dette gjør at fokuset for oppgaven ikke bare er å beskrive fenomenet slik som det fremstår, men også å diskutere hvorfor det oppleves ulikt fra forskjellige informanters ståsted. Gjennom å belyse sammenhenger og mønstre i forhold til hvordan sykepleierens rolle og ansvar utøves og oppfattes, kan denne studien være med på å bidra til kvalitetsforbedring i praksis og en bedre forståelse av sykepleierens rolle og de forventningene som knyttes til denne.

Temaet i min masteroppgave er sykepleierens rolle og ansvar i akuttmottak og problemstillingen er følgende:

*"Hvordan oppleves sykepleierens rolle og ansvar i akuttmottak "*

Mine forskningsspørsmål er følgende:

- Hva opplever leger, sykepleiere og pasienter er sykepleiernes hovedansvar i praksis?
- Hvilke oppgaver kan sykepleiere, leger og pasienter se at sykepleierne utfører?
- Hvordan opplever leger, sykepleiere og pasienter skillet mellom legens og sykepleiernes ansvar?
- Hva mener sykepleiere, leger og pasienter ligger utenfor sykepleierens rolle og ansvar?

Fokuset for oppgaven er rettet mot både de formelle og de uformelle rollene og ansvaret som sykepleierne har. Olsvold (2010) og Vike et al. (2012) beskriver at det formelle ansvaret ofte er synliggjort og nedskrevet mens det uformelle verken er anerkjent eller forstått. De beskriver videre en diskrepans i oppfattelsen av hva sykepleierens rolle og ansvar er i forhold til ulike gruppers forventninger. Sykepleierens rolle er vanskelig å definere, det finnes ingen universal definisjon av sykepleie og det finnes ulike forventninger til rollen avhengig av hvem som uttaler seg. Derfor har det vært viktig å belyse problemstillingen fra flere informantgrupper som kan se sykepleierens rolle og ansvar fra forskjellige utgangspunkt.

## **TEORETISK RAMMEVERK**

### **1.3 Teoretisk for forståelse.**

For at min interesse for temaet kunne bli til en aktuell problemstilling var det nødvendig å gjøre søk i databaser etter tidligere forskning. Det kom tidlig frem at det eksisterte mye forskning på akuttmottakets mange utfordringer, og sykepleiernes kunnskaper. Likevel av det lite forskning på sykepleierens rolle og ansvar i akuttmottaket i sin helhet. Mye av fokuset fra internasjonal forskning er gjort rundt fremveksten av rollen "nursing practitioner" (Cole & Kleinpell; Currie & Crouch, 2008; Jarman, 2006). Dette er en sykepleierrolle som ennå ikke er innført i Norge og som forutsetter større selvstendig medisinsk ansvar enn hva som er tilfelle i norske akuttmottak. Rollen "Nursing Practitioner" er derfor utelatt som rammeverk i denne studien.

Jeg har imidlertid funnet tre studier om de oppgavene som sykepleierne utfører i akuttmottak og om den kompetansen som finnes i enkelte akuttmottak (Becker, Kaplow, Muenzen & Hartigan, 2006; Krozek & Scoggins, 1999; McCarthy, Cornally, Mahoney, White & Weathers, 2013). Disse har ikke vært avgjørende for min studie, men søkene viser at det er gjort lite forskning omkring sykepleierens rolle i akuttmottaket i sin helhet, noe som også McCarthy et al. (2013) bemerker i introduksjonen til sin studie om sykepleierens prosedyrer og kompetanse i akuttmottak.

Vedrørende studier fra norske akuttmottak har jeg funnet lite forskning i forhold til sykepleierne og deres roller og funksjoner. Det ble identifisert en studie fra Oslo Universitetssykehus i forbindelse med hvordan de håndterte og organiserte akuttbehandlingen etter terroraksjonen på Utøya 22.juli 2011, men sykepleierens rolle blir ikke berørt i denne artikkelen, til tross for at det er sykepleiere som medforfattere i artikkelen. Andre studier som belyser sykepleierens ansvar og rolle i akuttmottaket har vært studier om triage (triage er en prosess der sykepleierne bruker en modell for å sortere og prioritere pasientene i akuttmottaket). Triage i norske akuttmottak er foreløpig bare belyst i én norske studier, men i større grad belyst i en svensk studie (Engbretsen et al., 2013; Göransson, Ehrenberg, Marklund & Ehnfors, 2005). Øvrige studier om triage er gjort utenfor Norden, men disse er inkludert i denne oppgaven (Acorn, 2009; Edwards & Sines, 2007; Oredsson et al., 2011; Rowe et al., 2011). Øvrige studier som er benyttet i denne studien belyser sykepleierens rolle gjennom å se på blant annet samspillet mellom sykepleier og lege, pasientenes forventninger, profesjonsteori og maktperspektiver.

Gjennom forskningsavdelingen på Ahus ble jeg introdusert til doktorgraden til Nina Olsrud (2010). Olsrud er sykepleier og sosiolog og hennes doktorgrad omhandler sykepleierens sosiale rolle i sykehus. Denne avhandlingen hjalp meg til å fokusere oppgaven og ga meg inspirasjon til å studere temaet videre med fokus på akuttmottaket. Olsrud (2010) sitt fokus på formelt og uformelt ansvar har preget min studie ved at jeg ble oppmerksom på denne forskjellen og kunne bruke dette i mitt eget arbeid.

Gjennom Olsrud (2010) sin doktorgradsavhandling ble jeg også kjent med sosialantropolog Vike et al. (2002) som gjennom Makt- og Demokratiutredningen beskriver helsevesenet og delvis også sykepleierens rolle ved at de opplever det han kaller en «oversvømmelse» av ansvar og oppgaver.

Til tross for manglende forskning på sykepleierens rolle i norske akuttmottak, så finnes det i Norge spesialisering i akuttisykepleie. Studieplanen fra dette studiet kan være med på å beskrive hva som forventes å være sykepleierens rolle og ansvar i norske akuttmottak (*Studieplan. Videreutdanning i Akuttisykepleie, 2012*). Det finnes i tillegg en nasjonal funksjonsbeskrivelse for akuttisykepleiere, men denne er ikke spesifikk for akuttmottakssykepleiere (*Funksjonsbeskrivelse for Akuttisykepleiere, 2011*).

I henhold til studieplanen for akuttisykepleie ved Høgskolen i Sør-Trøndelag innebærer det å være sykepleier i akuttmottak et stort spekter av kunnskaper og ansvar. Det beskrives at sykepleieren vil møte både medisinske, kirurgiske, ortopediske, nevrologiske, psykiatriske, gynekologiske, pediatrike og geriatrike tilstander (*Studieplan. Videreutdanning i Akuttisykepleie, 2012*). Sykepleierne i akuttmottak må derfor kunne håndtere alle slags tilstander. Dette kravet blir stadig mer utfordrende å imøtekomme når sykepleiernes ansvar og rolle er i stadig utvikling i takt med den teknologiske utviklingen og som følge av de økonomiske styringsrammene (Jarman, 2006; McCarthy et al., 2013; Olsvold, 2010).

Sykepleiernes rolle og ansvar i norske akuttmottak bør dermed være en aktuell problemstilling å belyse nærmere og på dette grunnlaget startet jeg min studie.

## **2.2 Teorier som belyser funnene i studien**

Funnene i denne studien blir presentert på bakgrunn av min teoretiske forforståelse og min forforståelse som sykepleier med erfaring fra akuttmottaket på Ahus. Siden min studie belyser sykepleierens rolle og ansvar fra tre ulike grupper av informanter så syntes jeg at den fenomenografiske modellen, som brukes for å forstå hvorfor ulike mennesker opplever de samme fenomenene ulikt, var en spennende innfallsvinkel

(Marton & Booth, 2009). Jeg ønsker derfor å bruke den fenomenografiske modellen som en teoretisk innfallsvinkel knyttet til diskusjonen i denne oppgaven.

Jeg hadde lite overordnet teori utover dette da jeg startet datainnsamlingen. Da jeg skulle analysere og diskutere mine funn var det derfor nødvendig å identifisere teorier som kunne belyse mine funn ytterligere. De viktigste teoriene i denne oppgaven har blitt Goffman sin teori om roller og Antonovsky sin teori om "opplevelse av sammenheng" (Antonovsky, 2000; Goffman, 1992).

### 2.2.1 Fenomenografi

Fenomenografien er utviklet av Ference Marton og hans kollegaer ved Universitetet i Göteborg og metoden er brukt i forskning mange steder i verden (Richardson, 1999). Fenomenografi ble opprinnelig brukt i pedagogiske studier, men er også brukt innen alle andre områder av forskning, også sykepleieforskning (Richardson, 1999; Sjöström & Dahlgren, 2002). Marton beskrev fenomenografi som en empirisk basert tilnærming som søker å identifisere ulike måter som mennesker opplever, konseptualiserer, oppfatter og forstår ulike fenomener på (Richardson, 1999). Meningen er å beskrive de ulike variasjonene av erfaringer med fenomenet, ikke å beskrive fenomenets vesen (Söderlund, 2003).

Fenomenografi handler om hvordan mennesker opplever og konseptualiserer et fenomen, men dette skiller seg fra psykologi på viktige punkter (Marton & Booth, 2009). Mens psykologi handler om opplevelsen og håndteringen av erfaringen, handler fenomenografi om hvordan noe oppleves i relasjon til egen mental kapasitet, tidligere erfaringer, omgivelsene, fenomenet selv og miljøet rundt (Marton & Booth, 2009). Fokuset i fenomenografien er med andre ord hva som gjør at ulike personer kan oppfatte det samme fenomenet på ulike måter og dette gjøres ved å forsøke å forstå personene i relasjon til omgivelsene (Marton & Booth, 2009).

En fenomenograf har et andre-order-perspektiv. Det vil si at de stiller ikke bare spørsmålet om hva som oppleves (førsteorderperspektiv), men også hva det er som gjør at du opplever eller oppfatter det slik (Marton & Booth, 2009). Fenomenografi skiller seg fra fenomenologi, ved at den ikke søker å fullstendig beskrive og belyse



hvordan en person opplever et fenomen – en livsverden. Fenomenografien søker i større grad å avdekke hvilke kritiske aspekter det er som påvirker måter å erfare verden på, og som gjør mennesker i stand til å handle på mer eller mindre effektive måter (Marton & Booth, 2009).

### 2.2.2 Goffmans rolleteori.

Den amerikanske samfunnsforskeren Erving Goffman er antagelig den av nåtidens samfunnsforskere som i størst grad kan sies å ha videreutviklet og bearbeidet den innsikt som klassiske sosiologer opprinnelig la frem (Berentzen, 2014). Han er mest kjent for sine beskrivelser av rolleteorien og samhandlingens symbolske aspekter (Tjora, 2014). Dette gjør han gjennom å beskrive sosialt liv gjennom dramaturgiske metaforer hvor han fremstiller det sosiale livet som roller på et teater hvor rollene utspilles som en opptreden (Goffman, 1992).

En opptreden kan oppfattes av tilskuerne på en litt annen måte enn det som var hensikten og denne ulikheten i hva den opptredende forsøker å uttrykke i forhold til hva tilskueren oppfatter blir av Goffman (1992) forklart ved å skille mellom "uttrykk" (det som man ønsker å formidle) og "inntrykk" (det som blir oppfattet). I tillegg skiller Goffman (1992) på de uttrykkene man "gir" og de som man "avgir". Det uttrykket man "gir" er de man er bevisste om, mens de som man "avgir" er de ubevisste symboler eller handlinger som følger en opptreden (Goffman, 1992).

Førsteintrykket beskrives av Goffman (1992) som sentralt i et hvert møte mellom to parter og dette førsteintrykket danner grunnlag for hvordan relasjonen videre vil utvikle seg. Goffman (1992) trekker frem at fordommer utvikles for å skape en systematisk forståelse av verden, men at mennesker alltid vil møte hverandre med en forsøk på avdekke situasjonens faktiske forhold og unngå åpne konflikter. Derfor påpeker Goffman (1992) at menneskene alltid vil søke etter flere relevante sosiale data for at de kan forberede seg på det som skal skje. Videre viser han til at mennesker stadig velger hvor mye de vil vise av seg selv ut fra hva de tror at den andre forventer (Goffman, 1992). I denne sammenheng bruker Goffman (1992) metaforene "back-stage" og "front-stage" som beskriver hvordan en skuespiller viser en annen side av seg selv "på scenen" enn han gjør "bak scenen". Mens selve "teateret" utspilles i den

synlige rollen "front-stage" så foregår rolleutviklingen og planleggingen av fremtidige roller, utenfor publikums innsyn, med andre ord "back-stage".

Når en rolle ikke er knyttet til den opptredendes egne særtrekk, men heller til oppgaver som skal utføres, så beskriver Goffman (1992) begrepet "lag". Et "lag" er da en gruppe som samarbeider om en rolle og dette forutsetter en viss lojalitet av medlemmene på laget for å opprettholde det inntrykket de forsøker å gi ved sin opptreden. Forhold som kan avsløre opptredenen må holdes skjult for tilskuerne og dette kaller Goffman (1992) for "hemmeligheter". En fremtreden innebærer også at man viser en "fasade" og Goffman(1992) har påpekt at en "fasade" består både av det "ytre" og av "mannerer". Det "ytre" knyttes til synlige symboler som for eksempel en legefrakk, mens "mannerer" knyttes til en persons oppførsel.

Goffman (1992) påpeker at det er vanskelig å være konsekvent i den rollen man velger å vise og at de andre deltagerne derfor vil kunne avsløre rollen. Han skriver at det sjeldent er full overensstemmelse mellom funksjonene man har, informasjonen man sitter inne med og områdene man har adgang til. Dette kompliserer rollespillet og gjør at det oppstår noen spesielle plasseringer i forhold til funksjon, informasjon og sted. Disse plasseringene kan defineres som egne roller og han kaller slike roller for "selvmotsigende roller". Det å være en "mellommann" er én slik selvmotsigende rolle som på grunn av sin plassering og funksjon får tilgang til "hemmelighetene" til to ulike lag. Av en som har en selvmotsigende roller krever det derfor at visse aspekter blir tonet ned til fordel for andre (Goffman, 1992).

I denne studien er møtet mellom pasient og sykepleiere ofte et første møte hvor roller dannes og premissene for videre samarbeid legges. Videre er samarbeidet mellom både pasient, sykepleier og lege en arena for ulike roller og ansvar og disse rollene oppfattes ulikt av de ulike partene.

### **2.2.3 Antonovskys teori om "Opplevelse av sammenheng"**

Aaron Antonovsky (1923-1994) var en israelsk-amerikansk professor i medisinsk sosiologi og mest kjent for sin idé om salutogenese (Lønne, 2014b). Antonovsky var misfornøyd med den etablerte medisinske skarpe skille mellom syk og frisk og utviklet

teorien om salutogenesen og "opplevelse av sammenheng" som en motsats til teorien om patologien som fokuserer på det syke (Lønne, 2014a, 2014b). Sentralt i Antonovsky (2000) sin teori om salutogenese er tanken om at man til tross for store påkjenninger kan tåle tilværelsen dersom man har visse "motstandsressurser". Disse motstandsressursene har Antonovsky (2000) identifisert og klassifisert under begrepet "opplevelse av sammenheng" der han deler begrepet inn i de tre komponentene "begripelighet", "håndterbarhet" og "meningsfullhet".

"Begripelighet" innebærer at de stimuli man konfronteres med oppfattes som kognitivt forståelig, ordnet, sammenhengende, strukturert og tydelig. Dette i motsetning til kaotisk, uordnet, tilfeldig og uforklarlig (Antonovsky, 2000, s. 35).

"Håndterbarhet" definerer Antonovsky (2000) som det å oppleve at det står ressurser til ens rådighet og opplevelsen av at ressursene er tilstrekkelige til å møte de kravene man blir stil overfor (Antonovsky, 2000, s. 36)

"Meningsfullhet" innebærer en motivasjon og opplevelsen av et handling eller opplevelse gir mening. Aktiviteter som var meningsfulle innebar ofte en følelsesmessig side av engasjement (Antonovsky, 2000, s.36)

Antonovsky (2000) påpeker at ikke hele tilværelsen behøver å gi mening i betydningen av å ha en "opplevelse av sammenheng", men at hvert menneske trekker noen personlige grenser for hva som er viktig for dem selv. Det som forekommer utenfor disse grensene betyr ikke særlig mye, men det som er innenfor oppleves som viktig.

Pasientene i denne studien har gjennom sin oppfattelse av sykepleierens rolle og ansvar også bidratt til en forståelse i forhold til hva som er viktig for dem. Det som er viktig for pasientene påvirker igjen forventningene til sykepleierens rolle og ansvar.

## METODOLOGI

### 1.4 Metode og design.

Denne studien er en kvalitativ studie hvor problemstillingen er eksplorativ. Kvalitative metoder egnet seg godt i denne studien. Dette fordi sykepleierens rolle og ansvar i norske akuttmottaket, er et lite kartlagt felt hvor vi vet lite om hvilke variabler vi vil finne eller ønsker å undersøke. Det var derfor behov for forskning som kan beskrive dette "livet innenfra" (Brinkmann & Tanggaard, 2010)

Det ble valgt et studiedesign med metodetriangulering og informantriangulering for å belyse problemstillingen fra ulike sider og i større grad sikre at framgangsmåten og funnene reflekterte formålet med studien og ga troverdige resultater. (Johannessen et al., 2010). Fokusgrupper, dybdeintervjuer og deltakende observasjon ble benyttet som metoder. Informantene var sykepleiere, leger og pasienter i akuttmottaket (Fangen, 2010; Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2012; Tjora, 2010)

Fokusgruppe ble valgt fordi at denne undersøkelsen dreide seg om et tema som omhandler felles erfaringer, holdninger og synspunkter i et felt der mange mennesker samhandler. Fokusgruppe kunne bidra til assosiasjoner og gruppedynamikk som får frem eksempler og fortellinger som bidro til å belyse temaet (Malterud, 2012). Jeg valgte å gjennomføre fokusgruppe som første datasamling fordi jeg ønsket å få frem variasjonene og et "mylder" i beskrivelsene av ulike personers opplevelser av temaet på starten av datasamlingen.

Videre, ønsket jeg gjennom dybdeintervjuene å kunne gå i dybden på temaene og forstå mer av hvordan enkeltpersoner opplevde sykepleierens rolle og ansvar. Jeg ønsket å oppnå en tillit fra informantene og få tilgang til deres personlige opplevelser og historier, uten at informanten var under påvirkning av en gruppe, slik som i fokusgruppen (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjuet var en åpen samtale med en viss struktur og hensikt, og ble brukt for å forstå informanten og få frem betydningen av deres erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2012). Dybdeintervju ble også valgt av

pragmatiske årsaker da jeg anså det som utfordrende å samle pasienter og leger til samme tid for å gjennomføre en fokusgruppe.

Denne studien søkte blant annet å undersøke menneskers adferd og interaksjoner med omgivelsene og da var observasjoner i feltet godt egnet til å gi mer gyldig kunnskap enn hvis jeg bare hadde valgt dybdeintervjuer som metode (Johannessen et al., 2010). Deltagende observasjon er en samfunnsvitenskapelig forskningsmetode hvor jeg deltar i de sosiale prosessene som jeg studerer og får anledning til å prøve det de sier opp mot hva de gjør i praksis. (Fangen, 2010; Johannessen et al., 2010; Tjora, 2010). Informantene ble studert i sin naturlige situasjon uten at de selv hadde tolket den først (Johannessen et al., 2010; Tjora, 2010) Observasjon som metode kunne derfor avdekke kontraster mellom de ulike dataene og kaste nytt lys over temaet (Johannessen et al., 2010; Tjora, 2010). På den måten bidro observasjonene til å gi et rikere og mer sammensatt bilde av informantene (Fangen, 2010). Deltagende observasjon har i denne studien bidratt til å sikre høyere grad av validitet fordi den har fungert som et mål på om det informantene har fortalt stemmer med virkeligheten (Fangen, 2010). Da observasjonen er gjort i den naturlige konteksten så har informantene blitt mindre påvirket av forkeren enn dersom deltakerne blir tatt ut av sammenhengen de forskes på (Fangen, 2010)

Alle metodene i studien siktet mot å forstå og beskrive, ikke forklare og generalisere (Malterud, 2012). Metodene ble utført med fleksibilitet og tilpasning, men likevel systematisk (Johannessen et al., 2010; Kvale & Brinkmann, 2009).

For at resultatene skulle bli pålitelige og troverdige var det nødvendig å skape et transparent design og reflektere over mitt eget bidrag til konstruksjon og produksjon av kunnskap (Johannessen et al., 2010; Kvale & Brinkmann, 2012; Malterud, 2002, 2012). Hele prosessen skulle være tilgjengelig for innsyn og mine utfordringer underveis har blitt gjort rede for. Min rolle som forsker er fremtredende og det er nødvendig å erkjenne at de empiriske dataene ikke er en enkel speiling av virkeligheten (Tjora, 2010). Derfor vil jeg senere i oppgaven redegjøre for hvordan det at jeg forsker på et tema som står meg selv nært, påvirker resultatene og analysene (Larsen, 2009; Tjora, 2010).

### 1.5 Planlegging, informasjon og rekruttering.

Planleggingen av datasamlingen startet da prosjektbeskrivelsen ble skrevet i mai 2013. Det ble da laget en tidsplan. Søknader til REK, NSD, personvernombudet på Ahus og ledelsen i akuttmottaket ble sendt i juni og oppstart av datasamlingen skulle foregå i slutten av august. Den konkrete planleggingen av tidspunkt, booking av rom og lignende ble gjort i august og datasamling fant sted fra midten av august til midten av november 2013.

I forkant av datainnsamlingen sørget jeg for gjentagende informasjon om studien til de ansatte i akuttmottaket. Det ble gitt muntlig informasjon i vaktskifter over flere dager og det ble gitt mulighet for å stille spørsmål mens jeg var til stede. Jeg hengte opp plakater på vaktrommet i tillegg til at prosjektbeskrivelsen ble lagt igjen i sin helhet. I tillegg ble korte informasjonsskriv delt ut til personalet på vakt.

Datasamlingen startet ved at jeg sammen med seksjonsleder i akuttmottaket, planla en dato da fokusgruppen skulle gjennomføres. Deretter ble sykepleiere forspurt om å delta ved at lederne sendte ut eposter og sms'er med forespørsel til de aktuelle. Utvalget og utvalgskriterier er beskrevet i eget kapittel.

Flere sykepleiere responderte på denne forespørselen. Lederen måtte minne noen av informantene på å svare innen fristen. En av sykepleierne hadde litt spørsmål til meg om studien før vedkommende svarte positivt. I tillegg ble noen rekruttert gjennom en muntlig felles appell fra en avdelingsleder i et vaktskifte.

For å redusere risikoen for at informanter avslø deltagelse på grunn av praktiske barrierer, ble tidspunktet for fokusgruppen satt til et tidspunkt i forkant av informantenes kveldsvakt. Dybdeintervjuene og fokusgrupper ble planlagt avholdt mens informantene var på jobb eller direkte før eller etter vakt. To informanter ønsket imidlertid å la seg intervjuet på sin fridag. Pasientene ble intervjuet mens de var innlagt

i akuttmottaket og ventet på videre avklaring/behandling eller overflytning. Flertallet av legene ble også intervjuet i arbeidstiden, men noen ble intervjuet på en fridag.

Til dybdeintervju, ble de første informantene forespurt av lederne i akuttmottaket. Etter at jeg hadde hatt en generell informasjon i akuttmottaket hvor jeg oppfordret alle til å kontakte meg hvis de ønsket å delta, var det noen som tok direkte kontakt med meg på eget initiativ. På slutten av studien forespurte jeg selv noen informanter om de ville la seg intervju. Begrunnelsen for at noen ble rekruttert gjennom ledelsen mens jeg forespurte andre selv er redegjort for kapittel om etikk.

Tidspunktet for intervjuene ble avtalt direkte med informantene ettersom hva som passet for informantene og for meg. Noen var planlagt godt på forhånd, mens noen intervjuer ble gjennomført spontant ettersom informantene ønsket å delta og hadde tid til å delta.

Observasjonene foregikk åpent i akuttmottaket og det ble hengt opp plakater på vaktrom for sykepleiere og leger om at observasjon foregikk. I tillegg ble det hengt opp plakater på dører, vegger, venterom og lignende slik at både pasienter og andre som var i akuttmottaket skulle være klar over at det foregikk. Muntlig informasjon ble også gitt på morgenen til alle som kom på vakt.

For å finne egnede situasjoner til deltagende observasjon brukte jeg sykepleierne på vakt til å identifisere pasienter som passet kriteriene. Deretter ble sykepleieren som fikk pasienten tildelt, forespurt om jeg kunne få delta. Ingen sykepleiere reserverte seg fra deltagelse. Selv om denne forespørselen kom uten at sykepleierne fikk lang tid til å svare så var studien kjent i avdelingen og sykepleierne var informert fra morgenen av om at de kunne reservere seg fra observasjon dersom de ønsket det.

Sykepleierne fikk så med seg informasjonsskriv og samtykkeerklæring til pasienten og forspurte pasienten på mine vegne. Når samtykkeskjemaet var undertegnet ringte sykepleieren meg og jeg kunne komme inn på rommet til pasienten og gjennomføre deltagende observasjoner.

Siden studien ble gjennomført på eget arbeidssted ville det vært vanskelig å starte med deltagende observasjon uten å se alle observasjonene i lys av egen forforståelse. Ved å gjøre observasjon til slutt i studien, bidro funnene fra de andre datasamlingsmetodene til at jeg kunne se observasjonene i et nytt lys.

## 1.6 Utvalg.

I denne studien skulle sykepleieres rolle og ansvar studeres og sykepleiernes egen opplevelse av temaet var derfor sentralt å få frem ved å velge sykepleiere selv som informanter. Legene er sykepleiernes nærmeste samarbeidspartnere i akuttmottaket og ble ansett som viktige bidragsytere i forhold til å belyse andre gruppers opplevelse av sykepleiernes ansvar og rolle. Legene ble derfor den andre gruppen informanter i denne studien. Legene er også beslutningstakerne i forhold til mange av de arbeidsoppgavene som sykepleieren påtar seg og definerer derfor i stor grad hva sykepleierne skal gjøre. Pasientene er valgt som informanter fordi de er mottakere av sykepleie. Deres opplevelse av sykepleierens rolle og ansvar ble derfor vurdert som et viktig aspekt å inkludere.

Mange flere grupper kunne vært med på å belyse teamet og berike studien, men på grunn av denne studiens tidsramme og oppgavens omfang, ble den avgrenset til å inkludere sykepleiere, leger og pasienter i akuttmottaket ved Akershus Universitetssykehus (Ahus).

At akuttmottaket ved Ahus ble valgt, er delvis et resultat av bekvemmelighetsutvalg, men også et ønske om å kunne benytte resultatene direkte i min stilling som fagutviklingssykepleier i akuttmottaket ved Ahus i etterkant. Sykehuset ligger i nærheten av der jeg bor og jeg var kjent med fasilitetene og personalet. Kort reisevei sparte meg for mye tid og det var enkelt for meg å komme i kontakt med de rette personene siden de kjente meg fra før av.

Antall informanter ble valgt ut fra et ønske om å nå et metningspunkt (Kvale & Brinkmann, 2009). Begrenset tid i henhold til tidsplanen for masteroppgaven måtte tas hensyn til, men jeg opplevde likevel at jeg nærmet meg et metningspunkt for alle



gruppene informanter. De siste intervjuene i hver av gruppene informanter innebar mye gjentagende informasjon som sammenfalt med de tidligere intervjuene og det tilkom lite nytt. Et økt antall informanter ville tilført stadig mindre ny kunnskap og det var da bedre tidsbruk å gjøre gode analyser fremfor å samle flere data (Kvale & Brinkmann, 2009). Pasientgruppen var den gruppen som representerte færrest antall, men også den gruppen som var mest enige i sine uttalelser om sykepleierens ansvar og rolle i akuttmottaket.

Informert samtykke om deltagelse i studien ble innhentet av totalt trettito personer. Herav var ni pasienter, fem leger og atten sykepleiere. Tre pasienter, tre sykepleiere og fem leger ble intervjuet. Åtte sykepleiere deltok i fokusgruppe og ytterligere sju sykepleiere inngikk i deltagende observasjon. Under deltagende observasjon ble samtykke innhentet fra seks pasienter.

Blant sykepleierne var det totalt seks menn og tolv kvinner. Alderen varierte fra tidlig i tyveårene til nærmere pensjonsalder. Erfaringen fra akuttmottak var varierende men de fleste hadde to til fem års erfaring fra akuttmottaket på Ahus. Gjennomsnittlig erfaring fra akuttmottaket på Ahus var fem år.

Blant legene var det en kvinnelig og fire mannlige informanter. Alderen varierte fra slutten av tjueårene til slutten av femtiårene. Noen hadde mange års erfaring som lege mens andre var mindre erfarne. Ingen turnusleger var inkludert i studien, men alle legene hadde erfaring fra akuttmottak i løpet av sin turnustjeneste. Legene var ansatt i ulike avdelinger, men alle jobbet mye i akuttmottaket .

Blant pasientene i denne studien var det to menn og én kvinne som ble intervjuet. Alderen varierte fra 20-65 år. De hadde ulik yrkesbakgrunn, men ingen hadde bakgrunn som helsepersonell. Alle pasientene hadde mer enn én erfaring fra å bli lagt inn på sykehus via akuttmottak og ble rekruttert i forbindelse med innleggelse i akuttmottaket på Ahus. I tillegg måtte alle pasienter som var involvert i studien være samtykkekompetente og i en stabil medisinsk tilstand. Andre etiske hensyn er redegjort for i eget kapittel.

Utvalget av informanter er gjort strategisk ved at jeg har tenkt igjennom hvilke målgruppe som må delta for at jeg skal få de nødvendige dataene (Johannessen et al., 2010). Da leger, sykepleiere og pasienter var identifisert som grupper gjorde jeg et sannsynlighetsutvalg innenfor hver av gruppene (Johannessen et al., 2010). Dette innebar at utvalget ble gjort på en slik måte at jeg økte sannsynligheten for at informantene var representative (Johannessen et al., 2010). Det er derfor gjort et utvalg med maksimal variasjon når det gjelder kjennetegn som kjønn, alder og erfaring (Johannessen et al., 2010).

For å sikre en variasjon og bredde innenfor alle gruppene ble legene ble valgt ut på bakgrunn av at de skulle ha sin erfaring fra norske akuttmottak, men gjennom ulike spesialiteter (Johannessen et al., 2010). Medisinsk, ortopedisk og kirurgisk spesialitet ble inkludert i studien. Det ble også rekruttert fra begge kjønn og av ulik alder. De flesteparten akuttlegene som nylig var ansatt i akuttmottaket ble utelatt fordi de på dette tidspunktet ble vurdert å ha for lite erfaring fra norske akuttmottak.

Sykepleierne ble hovedsakelig valgt ut fra kriteriet om mer enn 2 års erfaring fra norske akuttmottak og variasjon i alder og kjønn. Kriteriet om mer enn to års erfaring ble satt for å sikre at jeg fikk informanter med nok erfaring til å representere alle de ulike rollene som man får i akuttmottaket etter hvert som man opparbeider seg erfaring og kunnskap. Da jeg hadde sikret at bredden i erfaring var representert i materialet valgte jeg likevel å inkludere en informanter med noe mindre erfaring fordi denne personen ønsket å delta og viste seg å bidra med nyttige refleksjoner og synspunkter.

Fokusgruppen var den første datasamlingsmetoden som ble tatt i bruk og det var et kriterium at sykepleierne som deltok skulle ha mer enn 2 års erfaring fra akuttmottak. For å sikre varierende erfaring, alder og kjønn, og for å gjøre det praktisk gjennomførbart for deltagerne, ble informantene hovedsakelig rekruttert fra et og samme vaktlag. Et vaktlag er de sykepleierne som jobber på samme vakt og et vaktlag representerer derfor naturlig alle de rollene og ansvarsområdene som man har i akuttmottaket. Dette ble derfor vurdert som et homogent utvalg som egnert seg i en fokusgruppe, men samtidig med den nødvendige spredningen i erfaring, alder og kjønn

som jeg ønsket for studien (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2012). De definerte rollene i akuttmottaket er rollen som "mottakssykepleier", "ansvarshavende sykepleier", "flytsykepleier", "stans-sykepleier", "triage-sykepleier" og "sykepleier 1" og "sykepleier 2". "Mottakssykepleieren" er en rolle som alle sykepleierne har fra de begynner i akuttmottaket. De nevnte rollene over, innebærer et utvidet ansvar som man får etter hvert som man har opparbeidet seg erfaring og kunnskap i akuttmottaket. Alle disse rollene fremgår av dagsplanen for hvert vaktlag i akuttmottaket og har egne funksjonsbeskrivelser (VEDLEGG X ?). Det var derfor viktig å sikre at alle disse rollene ble representert i materialet gjennom et strategisk utvalg med maksimal variasjon slik som beskrevet over (Johannessen et al., 2010).

Noen sykepleiere ønsket å delta i fokusgruppen selv om de ikke inngikk i det aktuelle vaktlaget. Disse oppfylte kriteriet om mer enn 2 års erfaring og fikk delta. Utvalget ble dermed gjort både gjennom tilfeldig utvalg med maksimal variasjon, pragmatisk utvalg og opportunistisk utvalg (Johannessen et al., 2010; Vaagan, 2001). Noen bekvemmelighetshensyn ble gjort både av hensyn til meg selv og av hensyn til informantene (Vaagan, 2001). Et slik bekvemmelighetshensyn var at fokusgruppen ble planlagt til en dag som passet for min tidsplan samtidig som den ble lagt til en dag hvor de fleste informantene uansett skulle på jobb slik at de unngikk en ekstra reise på fridagen sin.

Bekvemmelighetsutvalg og opportunistisk utvalg ble også benyttet i tilfeller hvor det viste seg å være en rolig vakt i akuttmottaket, og dermed rom for å intervju sykepleierne eller leger mens de var på vakt. Bekvemmelighetsutvalg og opportunistiske utvalg ble hele tiden gjort parallelt med et strategisk utvalg for å oppnå variasjon i erfaring, alder og kjønn (Johannessen et al., 2010).

Under deltagende observasjon var også utvalget strategisk og opportunistisk (Johannessen et al., 2010; Vaagan, 2001). De som ble observert var de som befant seg i akuttmottaket på de aktuelle tidspunktene, og som inngikk i situasjoner som egnet seg for observasjon. Dette opportunistiske utvalget var nødvendig siden hendelser i akuttmottaket er lite planlagte og pasientene legges inn på grunn av behov for

øyeblikkelig hjelp. Likevel har utvalgskriteriene sikret en god spredning og variasjon i forhold til kjønn, alder og erfaring (Johannessen et al., 2010).

## **1.7 Gjennomføring av datasamlingen.**

### **1.7.1 Temaguide og observasjonsguide.**

Temaguiden som ble benyttet i intervjuene og fokusgruppen var utformet som en åpen tema-guide i henhold til problemstillingen (Malterud, 2012). Dette for å ha et mest mulig eksplorativt utgangspunkt i datainnsamlingen. Temaguiden var felles for alle informantene, men mange tilleggsspørsmål, oppfølgingsspørsmål og utdypende spørsmål ble improvisert under veis i hvert intervju på bakgrunn av svarene fra informantene. I tillegg til temaguiden ble det brukt bilder som ble vist informantene for å skape assosiasjoner til relevante undertemaer.

Da observasjonene startet hadde analyseprosessen pågått en tid og jeg valgte derfor å gjøre observasjoner med utgangspunkt i de funnene jeg hadde identifisert i det foreløpige analysearbeidet. Jeg hadde ikke en observasjonsguide med meg under observasjonene, men jeg hadde laget et dokument med en lang rekke funn fra de foregående datasamlingene som jeg ønsket å se nærmere på under observasjon. På den måten var det gjort gode forberedelser til den deltagende observasjonen. Deltagende observasjon siktet på å bekrefte eller avkrefte disse funnene fra fokusgruppe og intervjuer i tillegg til å gi utfyllende informasjon.

De mest fremtredende funnene som jeg valgte å observere var følgende: hva sykepleierne gjorde av selvstendige vurderinger under pasientmottak, sykepleierens samarbeid med legen, sykepleierens ivaretagelse av pasienten utover det medisinskfaglige, og om sykepleierne tok ansvar for oppgaver som ikke tilfalt andre. I tillegg ble det observert hvordan sykepleierne dokumenterte arbeidet sitt og i hvilken grad ansvarshavende sykepleier og «flytsykepleier» styrte pasientstrømmen, organiserte hvem som skulle bruke hvilke undersøkelsesrom og styrte ressursene i akuttmottaket.

### 1.7.2 Konteksten

Datasamlingen startet med fokusgruppe, fortsatte med dybdeintervjuer av alle gruppene og avsluttet med to dagers deltagende observasjon. Det ble tilstrebet at datainnsamlingen skulle gjøres i en kontekst som knyttet informanten til temaet og ga en nærhet til det de skulle diskutere (Kvale & Brinkmann, 2009). Datasamlingen ble derfor gjort på steder i tilknytning til akuttmottaket som er den konteksten temaet studeres i. For å kunne sitte uforstyrret og i omgivelser som ikke hadde for mye bakgrunnsstøy og innsyn, så ble grupperom, undersøkelsesrom og samtalerom i akuttmottaket benyttet. I tillegg ble et undervisningsrom i nær tilknytning til akuttmottaket benyttet under fokusgruppen som trengte noe mer plass. Én pasient ble av praktiske hensyn intervjuet på en annen avdeling direkte etter overflytning fra akuttmottaket.

I alle mine møter med informanter presenterte jeg meg med navn og forklarte at intervjuet var en del av min masteroppgave i Klinisk Sykepleievitenskap. Dermed fremkom det at jeg selv var sykepleier. Jeg var i tillegg ikledd sykepleieuniform de dagene jeg gjorde observasjoner slik at jeg i minst mulig grad skulle skille meg ut fra miljøet jeg samlet data i.

### 1.7.3 Fokusgruppe

Under fokusgruppen satt deltagerne på stoler rundt et bord. De fikk servert kaffe og hjemmelagde boller som takk for at de møtte opp, noe som bidro til en positiv stemning.

Fokusgruppen hadde varighet på 1 time og flesteparten av deltakerne valgte å møte opp i arbeidstøy siden de skulle på vakt direkte etter fokusgruppen. Arbeidstøyet var ikke planlagt, men jeg tror det var med på å bidra til en nærhet til temaet som ble beskrevet.

Jeg hadde selv rollen som administrator i gruppen, men alle deltok i samtalen og det var i liten grad nødvendig å styre gruppen da de holdt seg til temaet og ga plass til hverandre i samtalene. Min rolle ble i stor grad å introdusere "spillereglene" for fokusgruppen, introdusere temaene i temaguiden og overholde tiden (Johannessen et

al., 2010; Malterud, 2012). En medstudent var assistent og bidro med å feste replikker, notere ned kroppsspråk og å vurdere gjennomførelsen i etterkant. Han kunne på den måte belyse hvordan han tolket stemningen i gruppen og deres kroppsspråk i konteksten (Malterud, 2012).

Begrepsvaliditet brukes som begrep på om vi måler det vi tror at vi måler, og sammen med assistenten min diskuterte vi i etterkant av fokusgruppen om diskusjonene i hadde fått frem de beskrivelsene vi ønsket for å belyse temaet (Johannessen et al., 2010).

Siden temaet er eksplorerende og omfattende så startet jeg fokusgruppen med et åpent spørsmål omkring deres rolle og ansvar i akuttmottaket. Jeg lot deltagerne selv trekke frem hva de spontant tenkte på i forhold til akuttmottakssykepleierens rolle og ansvar. Senere ledet jeg dem inn på mer konkrete temaer som omsorg, medisinsk behandling, medisiner, rollefordeling og logistikkoppgaver i henhold til temaguiden. Mot slutten ble de i tillegg vist noen bilder for å skape flere assosiasjoner til sykepleierens rolle og ansvar.

Åtte deltakere var et passende antall deltakere i forhold til tiden, temaet og kvaliteten på lydopptakene og samsvarer med anbefalingene fra litteratur om fokusgrupper (Malterud, 2012). En time opplevdes som tid nok for å få frem flere gode diskusjoner som ga konstruktive assosiasjoner omkring temaene i temaguiden (Malterud, 2012). Vi kom innom alle temaene i temaguiden. Deltagerne ble engasjerte og fant lett assosiasjoner til egen arbeidshverdag. Vi måtte derfor avrunde og avslutte en livlig diskusjon da tiden var over.

Etter fokusgruppen var avsluttet og etter at assistenten hadde kommet med sine betraktninger ble lydfilene overført til datamaskin. Lydopptakene ble skrevet ut som tekst hvor alle ord og lyder ble skrevet ned. I tillegg ble latter fra gruppen og lyder fra gruppen nedtegnet for å beskrive hvordan visse utsagn ble applaudert eller bekreftet av gruppen. Også der hvor uttrykkene ble oppfattet som humor eller ironi ble dette notert i parentes til teksten. Denne transkripsjonen foregikk de påfølgende dagene mens jeg fortsatt hadde en nærhet til hendelsen. Dette for på best mulig måte fange

opp i teksten hva som egentlig mentes med ordene som ble sagt (Johannessen et al., 2010).

Kvaliteten på lydopptakeren var god og siden jeg kjente informantene og stemmene deres fra tidligere og hadde en nærhet til hendelsen under transkripsjonen, viste det seg enkelt å fastslå hvem som uttalte hva under diskusjonen.

Under fokusgruppen la jeg raskt merke til noen ord og uttrykk som var hyppig gjentakende og jeg la merke til hva som skapte engasjement og følelser blant informantene. Disse oppdagelsene bidro til mine refleksjoner og analyser i det videre materialet.

Da vi avsluttet fokusgruppen var min spontane opplevelse av gjennomføringen at den var vellykket, men jeg syntes at informasjonen som kom frem inneholdt lite nytt og spennende. Dette var trolig fordi argumentene og diskusjonene var svært like de jeg selv har deltatt i mens jeg har vært sykepleier. Det var derfor svært tilfredsstillende at jeg allerede under transkripsjonen oppdaget gjentakende ord og uttrykk, samhandlingsmønstre, holdninger og beskrivende hendelser som jeg ikke hadde lagt merke til tidligere. Dette bekreftet at jeg gjennom analyseprosessen (som pågikk under hele prosjektet), var i stand til å se materialet i en større sammenheng, at jeg var i stand til å bryte helheten opp i mindre biter, og på den måten i økende grad også avdekke min egen forforståelse.

#### **1.7.4 Dybdeintervju.**

Tre sykepleiere, fem leger og tre pasienter ble intervjuet. Hvert av intervjuene varte i underkant av en time og foregikk inne på undersøkelsesrom eller grupperom. Alle intervjuene ble spilt inn på lydopptaker som lå synlig på et bord mellom informanten og meg selv.

Sykepleierne hadde god kjennskap til studien på forhånd og selv om mange ikke hadde lest informasjonsskrivet som de hadde fått utdelt på forhånd, så virket det ikke som om de hadde betenkeligheter med å delta. Mitt inntrykk er at temaet fremsto som ufarlig og lite sensitivt.

Temaguiden fungerte godt i forhold til sykepleierne og det virket som temaene som ble introdusert engasjerte dem. Flere av informantene ga mye av seg selv under intervjuene på den måten at de delte personlige opplevelser, egne svakheter, styrker og følelser og brukte tid på å tenke og reflektere rundt temaene. Mitt inntrykk er at mange av sykepleierne opplevde det meningsfullt å dele sine opplevelser om et tema som står dem nært uten at dette på noen måte var en terapeutisk samtale (Kvale & Brinkmann, 2009). I dybdeintervju med leger og pasienter virket det vanskeligere for informantene å uttale seg om de åpne temaene. De ga kortere svar og det ble derfor behov for å konkretisere spørsmålene i større grad. Flere leger ga uttrykk for at det var vanskelig å forstå hva jeg egentlig var ute etter i spørsmålene mine og pasientene ga uttrykk for at de hadde tenkt lite på de temaene som ble introdusert. Bildene ble brukt for å lede informantene på sporet av hva jeg ønsket at de skulle snakke om og skape assosiasjoner som bidro til at samtalen var lettere å holde i gang. Likevel ble spørsmålene til legene og pasientene mer konkrete enn de til sykepleierne. På denne måten ble ikke alle intervjuene like og sammenlignbare, men spørsmålene i temaguiden ble mer tilpasset de ulike gruppene og egnet til å oppfatte nyanser og kompleksiteter hos leger og pasienter (Kvale & Brinkmann, 2009).

Da spørsmål måtte konkretiseres, ble de også mer ledende enn hva jeg opprinnelig hadde tenkt. Det var vanskelig å konkretisere spørsmålene uten å lede informantene til å reflektere over problemstillinger som de ellers ikke ville tenkt over eller lagt merke til. Dermed opplevde jeg at informantene gjennom intervjuet ble oppmerksomme på aspekter ved sykepleierens rolle og ansvar som de tidligere ikke hadde vært bevisste. Min oppfattelse av deres reaksjoner på ledende spørsmål og bilder er derfor avgjørende for hvordan jeg tolker og analyserer dataene. Dette fordi at jeg i størst mulig grad var ute etter deres spontane opplevelser av sykepleierens rolle og ansvar slik som de opplever dette i sin arbeidshverdag eller som pasienter i akuttmottaket. Når de gjennom intervju-situasjonen utvikler sine refleksjoner, og i enkelte tilfeller også endrer sin oppfattelse av sykepleierens rolle og ansvar fordi de blir bevisste nye aspekter, så kan dette svekke studiens gyldighet fordi svarene ikke representerer deres opprinnelige opplevelse. På den annen side kan man også tolke det slik at bildene fungerte etter hensikten med å stimulere til refleksjon.



Noen av intervjuene ble forstyrret av telefoner eller av helsepersonell som kom innom pasientrommene, men dette utgjorde ikke noe praktisk problem.

Flere informanter hadde relevante poenger som kom frem i den uformelle samtalen etter at lydopptakeren var skrudd av. Da dette forekom, ble informantene spurt om de kunne gjenta hva de hadde sagt mens jeg skrudde lydopptakeren på igjen.

Etter hvert intervju ble lydfilene overført til datamaskin og skrevet ut som tekst. Denne prosessen ble igangsatt umiddelbart etter intervjuet og varte i en til to dager per intervju, mens jeg fortsatt hadde nærhet til hendelsen. Tekstene ble transkribert på samme måte som for fokusgruppen, det vil si at alle ord og lyder ble avskrevet ordrett, mens min tolkning av stemning, humor, ironi og kroppsspråk ble notert i parentes.

Analysearbeidet ble som allerede beskrevet, startet under intervjuet. Dette skjedde gjennom en viss fortolkning, refleksjoner over uttalelser, og assosiasjoner som ble gjort i forhold til opplysningene som fremkom. Etter hvert begynte jeg å legge merke til likheter, ulikheter og av og til motstridende meninger og erfaringer som fremkom hos de ulike informantene og mellom de ulike gruppene (sykepleiere, lege, pasient). Dette var også med på å forme noen av tilleggsspørsmålene som etter hvert ble brukt i intervjuene for å utdype meninger og erfaringer og dannet etter hvert også grunnlaget for koder som ble brukt i senere analyser.

#### **1.7.5 Deltagende observasjoner**

I deltagende observasjon ble syv sykepleiere observert i utvalgte situasjoner av kortere eller lengre varighet. Observasjonene ble gjort på to hverdager mellom klokken 0730-1400. Lydopptaker ble ikke benyttet i deltagende observasjoner og alle notatene ble gjort for hånd under observasjonene.

I løpet av disse to dagene hvor deltagende observasjon ble utført, ble det gjort flere kortere, intensive observasjonsintervaller av konkrete roller og oppgaver. Tre av sykepleiere ble observert i rollen som "mottakssykepleiere" mens de var inne på undersøkelsesrom sammen med pasientene. To sykepleiere ble observert i rollen som

”ansvarshavende sykepleier” og to sykepleier ble observert i rollen som ”flytskykepleier”. I tillegg ble de situasjonene som tilfeldige oppsto på vaktrom og medisinrom mellom de øvrige observasjonene notert ned.

Siden min rolle var deltagende observatør og ikke tilskuer, så kledde jeg meg i sykepleieuniform, men merket meg selv som ”forsker” med stort skilt på brystet. Planen var å være mer delaktig enn jeg endte opp med å være. Jeg innså raskt at jeg måtte jeg vokte meg for ikke å gå inn i min vante rolle som sykepleier i akuttmottaket (Johannessen et al., 2010). Jeg valgte derfor å ha en mer tilbaketrukket rolle som observatør og noterte så detaljert som mulig hva jeg observerte (Fangen, 2010). Inne på pasientrommene deltok jeg i enkle oppgaver som å gi pasienten drikke, måle blodtrykk eller rette på sengetøyet, men trakk meg så tilbake fra sengen og sto mer i bakgrunnen og observerte og noterte.

Under observasjon av ”ansvarshavende sykepleier”, noterte jeg ned i feltdagboken de arbeidsoppgavene de utførte med minst mulig fortolkende kommentarer. Begrunnelsen for dette valget er gjort rede for i kapittel om forskerrollen, refleksologi og forskerens ståsted. Ansvarshavende sykepleier ble observert tre ganger à tretti minutter gjennom intensiv observasjon hvor så mange detaljer som mulig ble nedtegnet.

Tilsvarende observasjon ble gjort én gang av ”flytskykepleier”. Under observasjon av ansvarshavende sykepleier og «flytskykepleier» ble min rolle i realiteten en passiv observatør selv om jeg var ikledd sykepleieuniform. Ansvarshavende sykepleier sitter på en fast plass og jobber bak flere pc-skjermer og telefoner samtidig som hun eller han blir knutepunktet for alle som er på vakt i akuttmottaket. Det vill være unaturlig å involvere seg i den jobben som ansvarshavende utførte, så jeg satt da et stykke bak ansvarshavende sykepleier og observerte alle handlinger og hendelser som jeg kunne observere. På tilsvarende måte er ”flytskykepleieren” en hjelpende hånd for ansvarshavende sykepleier og har også mest administrative oppgaver som jeg som observatør ikke kunne involvere meg i og delta i, men hvor jeg sto på sidelinjen og observerte og noterte.

Av etiske hensyn til pasientene og taushetsbelagte opplysninger, ble observasjoner ikke gjennomført i korridorene og rundt omkring i akuttmottaket for øvrig. Dette kan ha medført at mange handlinger og samhandling som foregår på disse områdene, ikke er å finne i denne studien.

Umiddelbart etter at de deltagende observasjonene var gjennomført ble notatene i feltdagboken skrevet over på datamaskin og lagret i passordbeskyttede dokumenter. I løpet av denne transkripsjonen ble flere av hendelsene fra feltdagboken tillagt flere opplysninger og mer fyldige beskrivelser basert både på egen hukommelse og egne refleksjoner (Fangen, 2010). Det vil si at de konkrete, detaljerte, men "tynne beskrivelsene" ble skrevet om til "tykkere beskrivelser" som inneholdt flere vurderinger og refleksjoner omkring hendelsene (Fangen, 2010). Igjen var min oppdagelse at jeg ble bevisst nye elementer under transkripsjonen som jeg ikke hadde lagt merke til under selve observasjonen og som bidro til analytiske prosesser.

### **1.8 Forskerrollen, refleksologi og forskerens ståsted.**

Siden jeg har gjort dette prosjektet på min daglige arbeidsplass, har det vært utfordrende å holde meg til funnene fra datasamlingen uten å tillegge egne meninger, erfaringer og opplevelser. Mange ganger i løpet av denne monografien har jeg gått tilbake til transkripsjonene og tabellene for å dobbeltsjekke at jeg skriver i henhold til de faktiske funnene og analysene og ikke bare ut fra min egen forforståelse. Ved noen anledninger har jeg slettet avsnitt fordi jeg har innsett at jeg har skrevet ut fra egne erfaringer mer en informantenes erfaringer. Det har vært nødvendig å bruke ulike innfallsvinkler og kombinasjon av ulike analyseverktøy for å se det kjente med nye øyne (Ehn & Löfgren, 2001).

Tolkninger er gjort ut fra min posisjon og ut fra perspektiver som bestemmes av min forforståelse og mine teoretiske referanserammer (Malterud, 2012). Som forsker kan jeg påvirkes både ovenfra og nedenfra på en måte som forhindrer det kritiske perspektivet (Kvale & Brinkmann, 2009). I denne studien har jeg vært uavhengig av forventninger fra avdelingsledelsen omkring gjennomføringen eller resultatene fra studien. Forskeren har ikke mottatt økonomisk kompensasjon eller sponsing underveis fra noen og har bekostet alle utgifter selv. De eneste rammene for oppgaven er satt av

Høgskolen i Oslo og Akershus i forbindelse med at det skal være et helsefaglig tema og estimert tid for oppgaven har vært et år. Sykehuset eller akuttmottaket har ikke lagt noen føringer for studien.

En påvirkning nedenfra i form av overidentifisering med noen av informantene er derfor å anse som en større risiko. Min moralske integritet, sensitivitet og engasjement er avgjørende for at resultatene skal bli mest mulig riktig og de rapporterte funnene er kontrollert og validert så fullstendig som mulig (Kvale & Brinkmann, 2009). Det er tilstrebet gjennomsiktighet med tanke på analysemetodene som danner grunnlag for konklusjonene (Kvale & Brinkmann, 2009).

Personlig involvering kan være et dårlig utgangspunkt, men ved å være dette bevisst og reflektert kan man i større grad ivareta objektiviteten (Edvard Befring, 2002). Min forforståelse og inngående kjennskap til feltet skapte utfordringer, men var også en av mine store fordeler. Jeg var allerede en "insider" og kunne dermed kjenne igjen betydningen av de mønstrene jeg observerte på en måte som en «outsider» ikke ville gjort (Fangen, 2010). I mange tilfeller har jeg sett at mine erfaringer og informantenes erfaringer vitner om det samme og noen ganger har jeg oppdaget at dette er funn som jeg er i stand til å se nettopp fordi at jeg selv vet hvor "skoen trykker". Uten denne forforståelsen ville jeg trolig oversett en del av funnene og på denne måten har min bakgrunn vært med på å farge funnene og materialet i studien.

Jeg opplevde flere fordeler av min forforståelse og kjennskap til feltet. Blant annet at jeg kunne observere på avstand, uten å være så nært at jeg fikk tilgang til taushetsbelagte opplysninger, men samtidig forstå hva slags oppgaver sykepleierne utførte. Jeg kunne sitte på avstand og ikke være i stand til å lese pasientenes navn på dataskjermen, men likevel gjenkjenne skjermbildene som ble åpnet på dataskjermen og dermed forstå hvilke handlinger sykepleierne utførte. Dette kunne være for eksempel bestilling av portør, oppdatere romlister, lese i journalen, bestille blodprøver og lignende.

Videre opplevde både under deltagende observasjon, fokusgruppe og intervjuene at jeg forsto ord og uttrykk som man som utenforstående måtte ha fått forklart.

Eksempler på dette var når sykepleierne spurte pasientene: "har du vært på sykehuset i utlandet i løpet av det siste året?". Jeg visste da at dette var et standard spørsmål i forhold til å kartlegge risikoen for smitte av multiresistente bakterier fra sykehus i utlandet. Da sykepleieren i fokusgruppen brukte uttrykket: "...når *sykepleier to* står og dokumenterer...", så visste jeg at det å ha rollen som sykepleier to, innebærer at man møter opp i traumeteam ved «alarm-utkall» og at man da har ansvaret for å dokumentere på et skjema utarbeidet av stiftelsen Bedre og Systematisk Teamtrening (BEST). Da sykepleierne snakket om å "sitte i luka" så visste jeg at det er betegnelsen på én sykepleierrolle som innebærer at man sitter i resepsjonen og representerer pasientenes aller første møte med sykehuset. Forståelsen av slike uttrykk er, slik jeg ser det, knyttet til liten risiko for feiltolking, men gir derimot økt mulighet til å forstå nyansene i diskusjonen.

Målet med deltagende observasjon er å kunne se materialet på en annen måte enn hva en "innsider" selv gjør (Fangen, 2010). Jeg oppdaget raskt at dersom jeg involverte meg i for mange oppgaver under observasjonene, falt jeg tilbake i "gammel vane" og ble ute av stand til å se materialet med nye øyne. Jeg måtte finne min posisjon i skjæringspunktet mellom involverende deltagelse og analytisk distanse (Fangen, 2010). I alle observasjonene valgte jeg derfor en tilbaketrukket rolle. Jeg valgte også å observere så detaljerte som mulig fremfor å observere «de store linjene». Disse detaljerte nedtegnelsene hjalp meg å se nyanser og detaljer som jeg ellers ville oversett og som jeg senere kunne sette sammen til en helhet som var annerledes enn min opprinnelige forforståelse

En annen årsak til at jeg valgte en mer tilbaketrukket rolle var at jeg oppdaget at sykepleierne som jeg observerte ble påvirket av min deltagelse. De skjedde ved at noen av dem, i større grad enn andre, lot meg påvirke eller styre pasientsituasjonene i stor grad, noe som kunne ført til en rolleklarhet (Fangen, 2010) Det er mine antagelser at dette skjedde fordi jeg innehar rollen som fagutviklingssykepleier med ansvar for opplæring av sykepleierne i akuttmottaket. . Dermed tok jeg i større grad rollen som en delvis deltagende observatør ved å trekke meg mer tilbake (Fangen, 2010).

Jeg reflekterte tidlig over at jeg for raskt konkluderte i lys av min egen forforståelse. En måte å utfordre min egen forforståelse på var å stadig stille meg spørsmålet om dette kunne oppfattes annerledes. Jeg har derfor forsøkt å identifisere nye måter å se handlinger og uttrykk på gjennom å se disse i lys av både feministisk teori, profesjonsteori, rolleteori og sykepleieteori.

Gjennom mine refleksjoner over egen rolle og min påvirkning på informantene ble raskt oppmerksom på at det under intervjuene ofte virket som informantene lette etter de "riktige" svarene og lette etter bekreftelse hos meg på at de hadde svart "riktig". Dette gjaldt særlig pasientene, men også blant legene. Da jeg oppdaget dette forsøkte jeg å tydeliggjøre at ikke var ute etter rette eller gale svar, men at jeg først og fremst var opptatt av å utforske deres perspektiver. Hensikten var ikke å evaluere deres kunnskaper om sykepleieren. Det virket som denne avklaringen bidro til at informantene ble litt mindre opptatt av bekreftelser fra meg. Likevel virket det som de fleste hadde en tendens til å falle tilbake i det som fremsto som et forsøk på å tilpasse seg det de trodde jeg forventet å høre. Jeg ble derfor svært bevisst på mitt eget toneleie, kroppsspråk og hvilke ord jeg brukte til å bekrefte at jeg lyttet og forsto hva de sa.

Flere av pasientene virket som de benyttet anledningen til å skryte av sykepleierne og den jobben de gjør. Flere fremhevet sykepleierne fremfor legene, påpekte at sykepleierne var viktigere for dem og at sykepleierne hadde fortjent høyere lønn og anerkjennelse. Noen av pasientene kom med noen kritiske kommentarer omkring erfaringer med sykepleierens ansvar, men som regel i svært forsiktige ordelag. Slike kritiske kommentarer ble bevisst forsøkt omfavnet på en god måte i intervjuene for å skape et klima hvor det var trygt å komme med negative kommentarer og kritikk av sykepleierne selv om jeg selv tilhørte denne gruppen. Jeg er overrasket over hvor positive pasientene var til sykepleierne i denne studien og jeg stiller spørsmål ved om dette er fordi jeg selv er sykepleier og at pasientene i høflighet mot meg valgte å vektlegge det positive.

En annen forklaring til dette kunne også være at de pasientene som svarte ja til å delta i studien, var pasienter som i utgangspunktet var positivt innstilt til sykehusavdelingen

og personalet. Det var dog ingen pasienter i denne studien som ikke ønsket å delta da de ble forespurt, så det må i så fall være en tilfeldighet.

Blant legene opplevde jeg også en tendens til å prøve å svare "riktig". I tillegg var det tilsynelatende viktig for legene å ikke fremstå som autoritære eller med en ovenfra-og-ned-holdning til sykepleierne. Dette kom frem i utsagn som "det er ikke meningen å virke som om jeg dikterer sykepleierne altså, men...." Det virket som legene vaktet sine ord for ikke å "tråkke sykepleierne på tærne". De var forsiktige med kritikk og negative beskrivelser av sykepleierne og fremhevet deres viktighet av sykepleiernes tilstedeværelse i overraskende stor grad.

## **1.9 Analyse og fortolkning.**

### **1.9.1 Tilnærmingen av data og analytiske valg.**

Denne studien er induktiv og jeg har forsøkt å tilnærme meg dataene på en åpen og eksplorerende måte gjennom hele prosessen. Induktiv tilnærming innebærer at teorier utvikles fra datamaterialet (Fangen, 2010). Dette i motsetning til deduktiv tilnærming som medfører at empirien testes ut fra teoretiske hypoteser (Fangen, 2010). Analysing handler om å dele opp helheten i mindre biter, men også om å se delene i en større sammenheng og dette er gjort på en systematisk måte i tillegg til å benytte ad-hoc teknikker underveis (Kvale & Brinkmann, 2009).

Datasamlingene har medført over hundre sider med transkripsjoner som har blitt tolket og redusert til en håndterlig mengde data gjennom flere prosesser (Johannessen et al., 2010). Analysearbeidet er inspirert av flere forfattere innenfor kvalitative metoder. Malterud (2011) er benyttet får å gjøre systematiske analyser på en måte som er anbefalt for nybegynnere. Videre er det gjort som analyser som en bricolage. Det vil si at det er sammensatt ved hjelp av flere ulike verktøy (Kvale & Brinkmann, 2009). Ad-hoc-teknikken hvor jeg beveger meg fritt mellom forskjellige analytiske teknikker og begreper er en vanlig form for intervjuanalysering (Kvale & Brinkmann, 2009, s.239). Denne måten å fortolke på står i kontrast til mer analytiske former og

teknikker som rene kategorisering- og konversasjonsanalyser, megge disse måtene å analysere på er brukt på dette materialet (Kvale & Brinkmann, 2009, s.239).

Når jeg har valgt å bruke Malterud (2011) sine fire analysefaser i tillegg til ad-hoc-teknikker, er dette for å vise at det er gjort en systematisk og refleksiv prosess som tilfredsstillende de vitenskapelige kravene. På den måten håper jeg å gi leseren en forståelse for systematikken som er brukt underveis, forståelse for at jeg har benyttet inspirasjon fra flere forfattere og analyseverktøy og forståelse for de konklusjonene som er gjort (Fangen, 2010; Malterud, 2011).

Tidlig i transkripsjonsfasen ble det tatt noen analytiske valg. Et slik valg var at tekstfortolkningens mål var å komme frem til hva informantene egentlig mente, fremfor hva som ordrett ble sagt. Jeg ønsket å tolke tekstens ånd fremfor bokstav (Johannessen et al., 2010). Jeg har derfor lagt vekt på å ikke miste helhetsinntrykket mens jeg har kategorisert og sortert materialet i mindre enheter. Transkripsjonene var på den måten en viktig analytisk fase fordi jeg da gikk igjennom hver datainnsamling sammenhengende fra start til slutt og fikk en forståelse av de store linjene før jeg delte innholdet opp i mindre enheter. Et annet analytisk valg, var å gjøre tverrgående analyser av hver informantgruppe, hvor informasjon fra alle informantene ble sammenfattet, fremfor å gjøre langsgående analyser av alle informantene hvor man følger et enkelt forløp over tid (Malterud, 2011).

Frem til diskusjonskapitlet er materialet delt inn etter informantgruppe slik at det fenomenografiske designet kunne benyttes til å se på hvorfor de ulike gruppene ser på sykepleierens ansvar og rolle ulikt (Marton & Booth, 2009). Diskusjonen er dermed både brukt til å belyse ulikhetene mellom informantgruppene og til å belyse mulige årsaker til at det oppleves slik som de beskriver. Det er viktig å merke seg at denne oppgaven er skrevet i et fenomenografisk perspektiv og ikke et fenomenologisk.

Analysefasen beskrives i dette kapitlet hovedsakelig som en fase etter transkribering er gjennomført. Likevel er det viktig å poengtere at analysene i realiteten har foregått som en runddans frem og tilbake gjennom hele prosessen fra begynnelsen av datainnsamlingen (Malterud, 2011).



## 1.9.2 Analyse i henhold til Malterud.

I dette underkapittelet vil jeg vise hvordan jeg har brukt Malterud (2011) sine fire faser for analyse. Den første fasen er helhetsinntrykk og sammenfatning av meningsinnhold. Deretter kom en fase med koding, og utvikling av kategorier og begreper. Tredje fase kaller hun kondensering og så til slutt kommer siste fase som hun kaller sammenfatning (Malterud, 2011).

### 1.9.2.1 *Helhetsinntrykk og sammenfatning av meningsinnhold*

I denne fasen ble alle transkripsjonene lest i sin helhet og jeg forsøkte å se de store linjene i materialet med åpne øyne og et åpent sinn (Malterud, 2011). Ulike teorier ble benyttet for å forsøke å se materialet i et annet lys enn min forforståelse. Se kapittel om refleksivitet og forskerens ståsted. Videre har jeg hentet inspirasjon fra språklige analyser, dekonstruksjonsanalyser og konversasjonsanalyser (Kvale & Brinkmann, 2009). Det er ikke gjort fullstendige analyser i henhold til disse verktøyene, men inspirasjonen har for eksempel medført at transkripsjonene ble lest med bevissthet på hvordan informantene bruker grammatikken i språket. Dette hjalp meg blant annet å oppdage at sykepleierne omtaler hverandre som "vi", mens legene som "de". Dette til tross for at alle er helsepersonell som jobber i akuttmottaket med de samme pasientene.

Inspirasjon fra språklige analyser er brukt for å bli oppmerksom på ulike ord og begreper som brukes ulikt om de samme opplevelsene, avhengig av om de snakker om "de" (3.person) eller "oss" (1.person). Det er også hentet inspirasjon fra dekonstruksjonsanalyser og konversasjonsanalyser for å bli oppmerksom på hvordan sosiale fellesskap er med på å konstruere eller dekonstruere meninger og holdninger og hvordan dette påvirker sykepleierens rolle og ansvar. Et eksempel på dette er hvordan legene snakker om "tidlig diagnostikk" av pasientene, mens sykepleierne i større grad snakker om å "vurdere pasienten" i forhold til luftveier, pust og blodsirkulasjon.

I begynnelsen av datasamlingen la jeg også merke til mønstre, gjentakende temaer, gjentakende ord og uttrykk og plausibiliteter (Kvale & Brinkmann, 2009). I den første

fasen av den mer systematiske analysen fulgte jeg derfor disse inntrykkene videre og la merke til flere temaer. Et av de overraskende temaene som tidlig ble identifisert, var knyttet til bruken av prosedyrer. Videre var samarbeidet med legen, ivaretagelse av pasienten utover den medisinske tilstanden, triage og logistikk/administrasjon eksempler på slike midlertidige temaer som jeg oppdaget tidlig i prosessen.

I løpet av denne prosessen som er beskrevet over, ble det skrevet meningssammenfatninger og stikkord under avsnittene i transkripsjonene slik at det ble lettere å finne tilbake til essensen av hva som ble sagt i intervjuene og fokusgruppen og for at jeg skulle huske hvilke funn jeg hadde gjort i analysen for øvrig.

#### **1.9.2.2 Koder, kategorier og begreper**

Den neste fasen gikk ut på å organisere materialet i henhold til temaer (Malterud, 2011). Her ble de relevante utsagnene og observasjonene ført inn i en egen tabell hvor overskriftene i kolonnene fungerte som koder. De meningsbærende enhetene ble dermed kategorisert og kodet gjennom å plasseres i en tabell av koder. Hvert intervju, fokusgruppe og hver dag fra deltagende observasjon fikk sin egen tabell hvor temaer, koder og kategorier hadde sitt utspring fra den aktuelle datasamlingen. Dette ble gjort for å forsøke å ha et åpent blikk for de funnene som fremkom under hver datasamling for seg selv. En av oppdagelsene jeg gjorde i denne fasen var at noen av de meningsbærende enhetene passet inn under flere koder. I følge Malterud (2011) kan dette være et tegn på at kodene ikke er presise nok. Jeg valgt likevel å la noen meningsbærende enheter være kodet flere steder fordi de for eksempel inneholdt informasjon om både samarbeid mellom lege og sykepleier og sykepleierens måte å organisere akuttmottaket på.

#### **1.9.2.3 Kondensering**

Etter at hver datasamling hadde fått sin tabell med koder og kategorier, ble alle tabellene satt sammen til én tabell som var felles for alle datasamlingene. For å få til dette måtte kodene justeres. Noen kodegrupper ble slått sammen under en ny kode, mens andre kodegrupper som var svært omfattende, ble delt opp. På denne måten ble kodene abstrahert et nivå for at kodene skulle omfatte det samlede materialet. Samtidig som jeg jobbet med kodene i tabellen så jeg også på de meningsbærende enhetene under hver gruppe. Malterud (2011) skriver at det å gjennomgå hver enkelt av de meningsbærende enhetene innenfor hver kodegruppe og omskrive innholdet til

mer abstrakt mening, kan bli for omfattende i et stort materiale. Dette ville blitt for omfattende også i min oppgave. Jeg har derfor fulgt Malterud sitt råd om å lage subgrupper som kunne fungere som analyseenheter. Malterud(2011) beskriver at under disse subgruppene kan man lage kondensater, som er fortetninger av innholdet fra hver subgruppe innenfor hver kodegruppe. Disse kondensatene ble skrevet ned som punkter i den felles tabellen for alle informantene.

For å følge det fenomenografiske designet ble det viktig å hele tiden dele kodene og kondensatene etter informantgruppe slik at disse kunne ses på hver for seg. Kondensatene fra de ulike datasamlingene ble derfor ordnet i kolonner etter informantgruppene (leger, sykepleiere, pasienter).

#### **1.9.2.4 Sammenfatning.**

Det siste punktet for systematisk analyse er gjort ved at alle delene er sett i lys av helheten for å sikre at resultatene som har kommet ut av analyseprosessen fortsatt samsvarer med den sammenhengen de har kommet ut av (Malterud, 2011). Jeg har hyppig gått tilbake til transkripsjonene for å sikre at materialet stemmer overens med det informantene har sagt og at jeg ikke har tillagt det andre meninger underveis. Dette kan kalles rekontekstualisering (Malterud, 2011). I min analyseprosess ble dette først gjort ved at hvert kondensat, eller kunstig sitat i tabellen fikk en hyperlenke til et eget elektroniskdokument. I denne dokumentent ble kondensatet sett på i lys av det øvrige materialet og transkripsjonene. For meg innebar det at jeg også diskuterte skriftlig i disse dokumentene hva kondensatene innebar av betydning for problemstillingen og hvordan ulike temaer påvirket hverandre.

Da jeg skulle fremstille funnene oppdaget jeg at jeg hadde for mange subkoder til at alle disse kunne presenteres innenfor denne oppgavens begrensninger. Jeg oppdaget også at en del av de analytiske tekstene ble til mens resultatkapitlet i oppgaven ble skrevet. På denne måten har analysen pågått i en egen analysefase, men analysene har også i stor grad pågått både før og etter denne definerte analysefasen. Viktige deler av analysen er gjort under selve skrivingen av denne monografien hvor jeg har presenterte funnene i eget kapittel og så belyst dem med teori i diskusjonskapitlet.

### 1.9.3 Inspirasjon fra andre forfattere

I tillegg til Malterud er som nevnt flere forfattere benyttet i analysearbeidet. Fangen (2010) ble brukt som fagperson for å lære deltagende observasjon som metode. Hun beskriver analysens tre grader av fortolkning og beskriver analyseprosessen på en annen måte enn Malterud (2011). Jeg opplevde Fangen (2010) sine beskrivelser som enklere å relatere til deltagende observasjon der dataene ikke er personenes utsagn, men i større grad nedtegnelser av oppgaver og hendelser. Fangen (2010) er derfor brukt som inspirasjon for å fortolke dataene fra deltagende observasjon i tre analytiske faser.

Førstegrads fortolkning ble gjort ved for eksempel å føre feltdagboken så konkret og detaljert som mulig for å beskrive informantene slik de oppfatter seg selv og hverandre på deres egne premisser (Fangen, 2010). Andre grads fortolkning handler om å bruke mer erfaringsfjerne analyseformer for å se materialet i et annet lys enn deltagernes "common sense-forståelse" (Fangen, 2010). I denne fasen forsøkte jeg å se hendelsene sett i lys av konteksten for å forklare handlingene. Jeg forsøkte da å tolke kulturen i akuttmottaket og tolke hva handlinger og ytringer betydde sett i lys av den sammenhengen den forekom i (Fangen, 2010). Et eksempel på dette er en beskrivelse av en hendelse der legen brått forlater pasienten på grunn av en alarm. Sykepleieren løper etter legen ut på gangen og stopper han for å spørre om han ikke skal gi pasienten noe behandling. Min annengrads fortolkning har forsøkt å tolke hvorfor sykepleieren løper etter legen og hva som er årsaken til at hun føler ansvar for den medisinske behandlingen som strengt tatt er legens ansvar.

Tredje grads fortolkning ble gjort ved at jeg har forsøkt å tolke ubevisste prosesser, ideologier, makt og andre uttrykk for dominans som fører til at visse interesser glemmes på bekostning av andre (Fangen, 2010). Refleksjonen over situasjonene, ble gjort da de første, håndskrevne notatene ble skrevet over på datamaskin og tilført mer data som jeg ikke rakk å notere i den aktuelle situasjonen. Det ble da laget tykkere beskrivelser av hendelsene som utpekte seg da de ble sett i lys av konteksten. Tykkere beskrivelser er beskrivelser som er sett i lys av den relevante konteksten og disse er brukt videre til å generalisere tilfeller (Fangen, 2010). For å bli oppmerksom på konteksten og hva som påvirket situasjonene har jeg brukt inspirasjon fra ulik teori og

ulike analyseverktøy som er beskrevet under kapitlet "tilnærming av data og analytiske valg".

I tillegg har en del av analysen fra deltagende observasjon dreid seg om å forsøke å legge merke til diskrepans mellom det informantene sa i intervjuer og fokusgruppe, og det som viste seg ved observasjon (Fangen, 2010). Det er forsøkt å se etter sprik mellom holdninger, idealer og realiteter (Fangen, 2010).

## ETISKE OVERVEIELSER

### 1.10 Vitenskapelig nytte og relevans.

Forskningsetikken er viktig i alle leddene i forskningsprosessen (Fangen, 2010; Johannessen et al., 2010; Kvale & Brinkmann, 2009; Tjora, 2010). Etikken blir derfor redegjort for i lys av lovverk, konvensjoner, etiske prinsipper, normer og regler. Temaet i denne oppgaven vurderes i utgangspunktet ikke som veldig sensitivt. Derfor er etikk-kapitlet forsøkt redusert med tanke på å fokusere mer på andre aspekter av oppgaven.

For at forskning skal være etisk forsvarlig må den ha vitenskapelig nytteverdi (Edvard Befring, 2002; Forskningsetiske\_komiteer, 2006). Gjennom denne oppgaven ønsker jeg å sette lys på hva som oppfattes som sykepleierens ansvar og rolle i akuttmottaket sett fra ulike informanters ståsted. Målet er at dette kan bidra til å bedre samarbeidet mellom profesjoner i akuttmottaket og skape en bevisstgjøring av hvilke forventninger som finnes til sykepleierne. Studien vil kunne være et bidrag til kvalitetsforbedring og kunnskapsutvikling og vil kunne gi nye perspektiver på sykepleiefaget.

I tillegg er et mål med studien å beskrive det ansvaret som sykepleierne selv føler at de har i akuttmottak, men som ikke blir anerkjent gjennom formelt ansvar eller formelle retningslinjer og prosedyrer. På denne måten kan prosjektet bidra til å legitimere praksis internt og synliggjøre de uformelle arbeidsoppgavene (Nagell & Grung, 2003). Denne synliggjøringen vil kunne brukes som virkemidler for refleksjon og læring i den faglige praksisen (Nagell & Grung, 2003)

Videre vil oppgaven kunne bidra til å kaste lys over hva slags spisskompetanse og generellkompetanse som forventes og som finnes blant sykepleiere i akuttmottak i dag. Dette kan gi bidrag til systematiske opplæringsplaner for sykepleierne i akuttmottak. Dette er også noe som blir etterspurt av helsetilsynet i en rapport 2007 og som i stor grad er på plass hos de fleste helseforetakene, men som likevel i liten grad er samkjørt eller standardisert mellom sykehusene (Helsetilsynet, 2007a, 2007b, 2007c; Prosedyrenettverkets-råd, 2012).

### **1.11 Ikke-skade-prinsippet og velgjørenhetsprinsippet.**

For å vurdere byrder og problemer for informantene, må jeg ivareta allmennmoralske og situasjonsbetingede aspekter (Tom L. Beauchamp & Childress, 2009; Kvale & Brinkmann, 2009). Evnen til å sette seg inn i andres situasjon er avgjørende for å kunne oppfatte at en situasjon er moralsk betydningsfull (Malterud, 2012).

Ikke-skade-prinsippet og velgjørenhetsprinsippet har vært to viktige moralske prinsipper gjennom denne studien. Ikke-skade-prinsippet har vært viktig for å ivareta informantene. Blant annet ville det ville vært uetisk og forsinke behandlingsforløpet for pasienter som er kritisk syke eller skade (Brinchmann, 2012). På samme måte ville det vært uetisk å påføre mer belastning for pasienter som har en svært belastende situasjon av andre grunner, ved å spørre dem om deltagelse i en studie. Derfor er kun medisinsk stabile pasienter forespurt om å delta i denne studien.

Velgjørenhetsprinsippet er ivaretatt gjennom det som er beskrevet i kapitlet over vedrørende prosjektets formål om kvalitetsforbedring. Dette har blitt veid opp mot den belastningen det kan medføre å delta i studien.

### **1.12 Ethiske utfordringer knyttet til frivillig deltagelse og informasjon.**

Til tross for at temaet ikke er sensitivt, kan man komme inn på sensitive spørsmål eller svar underveis og ulike personer vil oppleve ulike temaer på ulik måte (Malterud, 2012). Det var derfor alltid viktig at det kom tydelig frem at det var frivillig å delta og at de som informanter kunne trekke seg fra intervjuet uten at dette vil få konsekvenser for dem i ettertid (Forskningsetiske\_komiteer, 2006; Helsinkideklarasjonen, 2008; Johannessen et al., 2010).

For at deltakelsen kan sies å være frivillig må informantene kunne forstå hva det medfører for dem å delta (Fangen, 2010; Førde, 2009; Helsinkideklarasjonen, 2008; Johannessen et al., 2010; Keus & Wiker, 2011; Kvale & Brinkmann, 2009; Pasient-og-brukerrettighetsloven, 1999). Det er derfor lagt vekt på at informantene må være samtykkekompetanse i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient-og-brukerrettighetsloven, 1999).

Informasjonsskriv med samtykkeerklæring ble laget etter mal fra Regional Etisk Komité (REK) og Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Skrivet inneholder en kort forklaring om bakgrunn og formål med studien, informantenes rettigheter til å trekke seg fra studien, frivillighet omkring deltagelsen, hvilke konsekvenser det ville ha å delta, hvordan opplysningene skal brukes, når de blir slettet og at all informasjon blir behandlet konfidensielt. I tillegg sto min kontaktinformasjon (Vedlegg X). Det ble først laget et felles informasjonsskriv for alle informantene, men etter tilbakemelding fra NSD, ble det laget to ulike informasjonsskriv. Én versjon var tilpasset pasientene og en annen versjon var tilpasset helsepersonell. Disse ble deretter godkjent til bruk av NSD.

Under deltagende observasjon var jeg kledd i vanlig arbeidsuniform for sykepleiere for å inngå i miljøet på en naturlig måte . Et stort skilt på brystet ble brukt for å vise min rolle som forsker under observasjoner. Det var viktig å tydeliggjøre rollen som forsker under deltagende observasjon, for å unngå at den naturlige tilliten som var til meg som kollega ikke ledet informantene inn på temaer og uttalelser som ikke var tiltenkt som datamateriale i studien (Kvale & Brinkmann, 2009)

Den åpenheten og intimiteten som ble skapt gjennom intervjuene kan også virke forførende og gjøre at informantene gir opplysninger som de kanskje senere kan komme til å angre på (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette kom til uttrykk spesielt hos to av informantene som forskeren snakket med i ettertid. En av dem virket plutselig bekymret for at de andre gruppene av informanter skulle få vite hva hans gruppe hadde sagt om dem. Vedkommende ble tydelig beroliget da han/hun skjønnte at dette ikke var tilfelle. Den andre informanten forklarte senere at årsaken til at han "ga så mye av seg selv" i intervjuet, var at han synes temaet var viktig å belyse. Dette viser at man under intervjuene kan bli "revet litt med" og si ting som man først i ettertid forstår konsekvensen av og informantene kan bli usikre på tilliten til forskeren senere i prosessen (Kvale & Brinkmann, 2009).



For å unngå å legge press på sykepleiere og leger om å delta i studien på bakgrunn av deres lojalitet til meg som kollega, ba jeg lederne i akuttmottaket om hjelp til å forespørre informantene. Hensikten var at de skulle kunne si nei til deltagelse uten å måtte stå ansikt til ansikt med meg direkte. I forhold til sykepleierne fungerte dette greit. De som ønsket å delta meldte seg raskt og de som ikke ønsket å delta trakk seg tilbake uten at dette ble stilt spørsmål ved.

Blant legene viste dette seg i midlertid i noen tilfeller å virke mot sin hensikt. Legene fikk informasjonsskriv i forkant via epost, og bli gitt tid til å svare slik at de kunne tenke seg om. Likevel virket det som om flere hadde sagt ja til å delta fordi "ledelsen ba dem om å delta". Flere møtte til intervju uten å vite hva de hadde sagt ja til og uten å ha lest informasjonsskrivet. Noen virket som de hadde oppfattet at dette var noe de var forventet å delta i fra ledelsens side. De fikk da informasjonsskrivet utdelt på nytt og tid til å lese det igjennom i tillegg til en muntlig forklaring av studien. Deretter ble det poengtert at de kunne trekke seg fra deltagelse dersom de ønsket det uten at dette vil få noen konsekvenser. En av legene valgte da å ikke gjennomføre intervjuet.

Siden mange av informantene også i fremtiden vil være mine kollegaer, og noen kan bli mine pasienter igjen senere, har jeg hatt et bevisst forhold til dette gjennom hele prosessen. Jeg har også forsøkt å gjøre det trygt å komme med kritikk og negative uttalelser ved å oppmuntre til slike utsagn.

Til tross for gjensidig forståelse, hensyn og personlig samspill blir ikke forskningsintervjuer det samme som en fullstendig åpen og fri dialog (Kvale & Brinkmann, 2009). For alle informantene opptrer maktskjevheten fordi jeg som forsker har en annen kompetanse enn informanten og kjenner bakgrunnen for studien i større grad. Det er også jeg som styrer samtalen og spørsmålene (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg hadde i tillegg monopol på tolkningen av intervjuet og kunne tillegge informanten meninger som er riktige eller feilaktige (Kvale & Brinkmann, 2009). Maktubalansen kan tenkes å bli spesielt stor når informanten var pasient og intervjuene foregikk i sykehuset hvor jeg som forsker var på "hjemmebane". Selv om jeg ikke fremhevet at jeg er sykepleier så var denne opplysningen heller ikke holdt tilbake. Det sto blant annet i informasjonsskrivet at jeg tar en mastergrad i Klinisk Sykepleievitenskap.

Under deltagende observasjon var det sykepleierne som var de primære observasjonsobjektene, men siden jeg ville få tilgang til taushetsbelagte opplysninger knyttet til pasienten, måtte pasientene samtykke i deltagelsen for at jeg kunne være til stede. Derfor ble det levert informasjonsskriv og samtykkeerklæring også til pasientene ved deltagende observasjon av sykepleieren.

I min opprinnelige søknad til NSD ble det gitt tilbakemelding om at jeg måtte redegjøre for hvordan jeg under deltagende observasjon skulle unngå å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra ventende pasienter i korridorene. Tilleggsopplysning om dette ble derfor redegjort for i en epost til NSD i etterkant av den opprinnelige søknaden. En av metodene for å unngå dette var at jeg ikke oppholdt meg i korridorer og steder hvor pasientene var, men at jeg kun observerte pasientene inne på undersøkelsesrom.

### **1.13 Ethiske utfordringer knyttet til konfidensialitet.**

Det å sikre informantene konfidensialitet, innebærer at jeg ikke skal offentliggjøre data som kan avsløre informantens identitet (Fangen, 2010; Fosheim, 2009).

I dette prosjektet har jeg imidlertid fått tillatelse fra personvernombudet på Ahus og ledelsen i akuttmottaket på Ahus til å bruke navnet på sykehuset som studien omhandler. Dette var del av den opprinnelige planen, men jeg oppdaget underveis i prosessen at en del av litteraturhenvisningene jeg hadde brukt ville avsløre sykehusets navn. Jeg drøftet derfor dette med veileder og vi ble enige om å kontakte personvernombudet på Ahus med forespørsel om å få bruke sykehusets navn. Personvernombudet på Ahus syntes at dette var uproblematisk så lenge ledelsen i akuttmottaket selv godkjente det. Dette fordi temaet var lite sensitivt. Ledelsen i akuttmottaket drøftet spørsmålet på mellomledernivå og avdelingsledernivå og ga tilbakemelding om at jeg kunne bruke navnet på sykehuset i oppgaven.

Ved å publisere navnet på sykehuset, risikerte jeg at det ble lettere å avsløre enkelte informanter gjennom de dataene som fremkom i oppgaven. Det har derfor vært en utfordrende jobb å sikre konfidensialitet for alle informantene i et relativt lite miljø der

mange kjenner hverandre. Ahus er Norges største akuttmottak, men likevel er miljøet ikke større enn at folk kjenner hverandre. Forskningen innebærer tillit mellom forsker og informant og i tillegg til retningslinjer fra NSD, REK, Helsinkierklæringen og andre etiske og juridiske retningslinjer, er det forventet at den enkelte forsker ivaretar hensynet til informantene som en del av en profesjonell integritet (Fangen, 2010; Johannessen et al., 2010). Ivaretagelse av konfidensialitet er overordnet presentasjon av funnene i denne studien og har ført til at noen av funnene måtte utelates og omskrives noe.

Fordi noen informanter ble intervjuet i arbeidstiden eller i løpet av sitt opphold i akuttmottaket, måtte dette avklares med leder, nærmeste kollega eller ansvarshavende sykepleier. Dermed var det noen i miljøet som visste identiteten til noen av informantene som deltok. Dette ble informantene forklart i forkant av datainnsamlingen og dette fordret en ennå mer forsiktig gjengivelse av meninger og utsagn for at det ikke skulle kunne spores tilbake til informantene (Forskningsetiske\_komiteer, 2006). Jeg har tatt høyde for at siden folk kjenner hverandre i avdelingen så kan meninger eller spesielle ord og uttrykk gjenkjennes selv om det som kommer frem i oppgaven ikke inneholder personopplysninger. Sitater og gjengivelser er benyttet og fremstilt på en slik måte at dette ikke kan spores tilbake til informantene, selv av personer som kjenner dem godt.

Av samme grunn har noen data om informantenes bakgrunn måtte utelates, og i noen tilfeller har jeg også unngått å skrive nøyaktig alder eller rolle på informantene. Det har også vært utfordrende å bruke kjønnene i form av "han" eller "hun" fordi det blant sykepleierne er overvekt av kvinner, mens det blant legene var overvekt av menn. På den måten kan bruken av "han" og "hun" være nok til å avsløre informanten.

Funnene er derfor presentert i mer generelle former, og kjennetegn som kjønn og alder er endret, gjengitt unøyaktig eller utelatt (Forskningsetiske\_komiteer, 2006; Johannessen et al., 2010).

### 1.14 Oppbevaring av data.

De signerte samtykke-erklæringene ble først scannet inn på en passordbeskyttet datamaskin, men etter at jeg oppdaget at dokumentene ikke kunne passordbeskyttes ble samtykkeerklæringene heller oppbevart som papir i et låsbart skap. Disse vil bli makulert senest 31. desember 2014 i henhold til søknaden til NSD og informasjonen som er gitt i informasjonsskrivet til informantene.

Datamaskinen som er brukt i denne oppgaven har vært beskyttet med passord som bare jeg kjenner til. I tillegg er alle filer som inneholder personopplysninger eller som inneholder rene transkripsjoner og analyser lagret med passord.

Lydopptak fra datainnsamlingene ble overført fra lydopptaker til filer på datamaskinen direkte etter datainnsamlingen. Deretter ble filene slettet fra lydopptaker umiddelbart.

Lydfilene på datamaskinen kunne ikke passordbeskyttes, men de ble lagret på en personlig, passordbeskyttet datamaskin og transkribert til tekst i løpet av samme dag eller de påfølgende dagene. Deretter ble lydfilene slettet fra datamaskinene mens tekstfilene ble lagret med passordbeskyttelse.

En kryssliste ble laget for å holde orden på personopplysninger og også denne er lagret på passordbeskyttet datamaskin og i et passordbeskyttet dokument.

I min første søknad til NSD oppga jeg at jeg ville bruke krypterte filer. Dette lot seg ikke gjøre og jeg tok derfor kontakt med NSD på epost og forklarte at jeg ville lagre dokumentene på passordbeskyttede filer i stedet. Dette ble godkjent og det var ikke behov for å sende endringsskjema.

## PRESENTASJON AV HOVEDFUNNENE

Gjennom analyseprosessen har mange funn utkrystallisert seg og i dette kapitlet har jeg forsøkt å gjengi de funnene som kom tydeligst frem i materialet og som er forbundet med roller og ansvar. Det innebærer at temaer som flere uttaler seg om og ord og uttrykk som går igjen flere ganger, er presentert. I tillegg er de funnene som skiller seg ut som overraskende trukket frem. I dette kapitlet er det lagt størst vekt på de funnene som viser likheter eller ulikheter mellom gruppene av informanter i henhold til den fenomenografiske modellen.

Dette viser hvordan det er både like og ulike og noen ganger motstridende forventninger til sykepleierens rolle og ansvar i akuttmottaket. Sykepleieres, legers og pasienters ulike men overlappende opplevelser av sykepleierens rolle og ansvar i akuttmottaket, vil diskuteres ytterligere i diskusjonskapitlet.

### 1.15 Pasientenes opplevelse av sykepleiernes rolle og ansvar.

#### 1.15.1

D

##### et første møtet og sykepleiernes vurderinger av pasienten.

Pasientene i denne studien peker på at sykepleieren er den første personen de møter i sykehuset og at deres viktigste oppgave var å se pasientene og sørge for at de hadde det så bra som mulig etter forholdene. De pekte på viktigheten av at sykepleierne var hyggelige, at de ble lyttet til og at de på lignende måter bidro til en god opplevelse av å bli møtt som menneske. En pasient beskrev følgende som sykepleierens viktigste oppgave: "Det er jo at de ser at du er der. At de kommer bort og hilser, slår av noen ord og at de forteller hva som skal skje."

Det å fortelle hva som skal skje, blir trukket frem av pasientene som viktig for at de skal føle seg trygge og ivaretatt. Én av pasientene formidler det slik: "Jeg tror jo at det vil beroligende pasienten når du vet hva som skal skje nå og hva som skal skje videre, at du ikke bare blir overlatt til deg selv og ikke vet noen ting."

Alle pasientene i denne studien var blitt undersøkt av sin fastlege eller legevakt før de ble sendt til akuttmottaket. Pasientene beskrev dermed at de forventet at deres diagnose og tilstand var godt beskrevet i innleggelsesskrivet som de hadde med seg. Sykepleierne ble derfor ikke beskrevet som viktige for å sette en diagnose, men de beskrev en forventning om at sykepleieren skal forstå hvor mye den beskrevne tilstanden haster og at de skulle sørge for å skaffe den hjelpen pasienten har behov for. En pasient sier det slik: "altså.... Jeg føler at de har et betydelig ansvar for å sørge for at....hvis jeg har et behov for øyeblikkelig hjelp, at jeg får det."

Pasientene uttrykte at sykepleierne skulle skape seg et generelt og alminnelig overblikk over pasienten på bakgrunn av legens diagnose og innleggelsesskriv og på den måte avdekke om pasienten trengte hjelp raskt. De beskrev at de anså sykepleierne som noen som sorterer og prioriterer pasientene ut fra generelle og allmenne vurderinger, mer enn ut fra gode medisinskfaglige kunnskaper. En av pasientene uttalte følgende:

Den (sykepleieren) trenger egentlig ikke så ufattelig mye kunnskap, i mine øyne. For man kommer.....sånn som da jeg kom i dag så var det konstatert hva som var feil med meg og det er mer det..."hvordan går det med deg, ligger du godt, hvor vondt har du nå?

Pasientene i denne studien ser med det ut til å fremheve at sykepleieren har en viktig oppgave i forhold til å vurdere og prioritere pasientens tilstand, samtidig som de ikke trenger eller innehar avansert medisinsk kunnskap. De vektlegger i større grad sykepleierens evne til å sørge for at pasienten har det så godt som mulig i den situasjonen de er.

### 1.15.2

S

#### **sykepleiernes nære relasjon som bidrag til trygghet og kontinuitet.**

Gjennom oppholdet i akuttmottaket beskrev pasientene at sykepleieren ble den personen som de fikk nærmest tilknytning til. De forteller at de føler at de blir kjent

med sykepleierne og at sykepleierne også blir kjent med dem. De beskriver dette i kontrast til at de må forholde seg til mange leger og annet personell i løpet av tiden de var i akuttmottaket. Sykepleierne ble beskrevet som de som følger pasienten gjennom hele forløpet og muliggjør en personlig relasjon hvor pasienten føler seg ivaretatt. En av pasientene uttrykker hvor viktig han synes dette er:

... sånn som nå så har det vært fire forskjellige leger innom, ikke sant. Mens jeg mer føler....og jeg kjente jo igjen sykepleieren da jeg kom hit. Og han kjente igjen meg. (...) ...det er de du føler er de viktigste for deg, for at du skal føle deg vel. (...) ...de føles viktigere.

Den direkte og nære relasjonen som pasientene erfarer at de har med sykepleierne ser på denne måte ut til å spille en stor rolle for om pasienten føler seg trygg.

Sykepleierne beskrives også som viktige bidragsyttere for å sikre at behandlinger og undersøkelser blir gjennomført og at de passer på at alt blir gjort etter planen. En pasient erfarte det slik:

...Og særlig i et akuttmottak, så opplevde jeg sist jeg var her at sykepleieren kom og sa "nei, men...er du her ennå? Jeg skal gå og sjekke opp". Altså sånne ting... er veldig viktig. [...]....Så sånn sett er sykepleierne holdepunktet ditt, egentlig.

Det at pasienten opplever at de har en person som passer på dem, overvåker dem og sørger for at de har det de trenger, beskrives dermed som en viktig oppgave som har stor betydning for dem.

Pasientene fortalte under intervjuene at de forventer at legen skal gi dem utdypende informasjon om deres sykdom, diagnose og behandling videre, men at de opplevde det som sykepleierens ansvar å holde dem oppdatert på hva som skal skje videre til hvilken tid. De beskrev denne informasjonen fra sykepleieren som viktig fordi de ellers

ble bekymret for om de var blitt glemt eller at prosessen videre hadde stoppet helt opp. En pasient fortalte dette om hva han tenkte:

Pasient: ....jo altså. Hvor lenge.... Hvis jeg skulle si tankene mine, hvor lenge blir jeg liggende her? Hva skal skje? Når skjer det? Hvor skal jeg? Blir jeg lagt inn eller blir jeg ikke lagt inn? Alle sånne ting som betyr noe å vite. Men det aller viktigste er egentlig å vite hva som skjer. For da vet du at det skjer noe.

Administrator: ja. Og det er et sykepleieansvar?

Pasient: ja. Det føler jeg.

Ut fra disse utsagnene ser det ut som pasientene har et stort behov for informasjon og at dette er et anliggende som de har erfart at sykepleierne i akuttmottaket har dekket. Informasjonen, særlig om ventetiden ser ut til å være viktig fordi pasienten kan oppleve manglende informasjon som et tegn på at de er glemt eller at ingenting skjer. Sykepleierens ansvar for å gi informasjon ble av pasientene på denne måten knyttet til deres behov for forutsigbarhet, trygghet og kontroll. Deltagende observasjon viste at sykepleierne var svært flinke til å forklare hva de gjorde etter hvert som utførte ulike prosedyrer. I noen tilfeller hvor kommunikasjon og informasjon med pasienten var vanskelig å gjennomføre for eksempel på grunn av dårlig hørsel eller nedsatt kognitive evner kombinert med en medisinsk tilstand som krevde rask behandling, valgte sykepleierne å sørge for rask og riktig behandling fremfor å bruke lang tid på å forklare og informere.

Når det var mange pasienter i akuttmottaket viste også deltagende observasjon hvordan informasjon ble gitt til pasientene underveis, men at det var lite rom for å bruke lang tid på å informere hver enkelt person og viktigere å gjøre raske vurderinger som sikret hjelp til alle enn å hensynta hver enkelt pasient.



### 1.15.3

S

#### **sykepleierens rolle som mellomledd mellom lege og pasient.**

Sykepleiernes ansvar for å kommunisere og gi informasjon var også knyttet til det å være mellomledd mellom pasient og lege. Pasientene pekte på at den direkte kontakten mellom pasienten og legen foregår i korte sekvenser og at den øvrige kontakten foregår gjennom sykepleieren som er mer til stede hos pasienten. En pasient sa det slik:

Jeg føler egentlig at det er de (sykepleierne) som har all kontakt med pasienten. At alt går via sykepleieren og at det er de du reelt forholder deg til da. Det synes jeg. Og at legen kommer innom og han kanskje mer jobber med oss på et bakrom, og så er det en sykepleier som alltid følger opp og passer på deg da.

Pasientene forteller videre at de ser det å samle informasjon på vegne av legen som en av sykepleierens viktige arbeidsoppgaver. En pasient beskrev dette slik: "...Og de samler så mye informasjon at det gjør jobben til en doktor veldig mye lettere" Pasientene viser til at sykepleierne samler informasjon for legene ved å snakke og lytte til pasientene og gjennom prosedyrer som å måle blodtrykk, puls, temperatur, ta EKG og lignende. En av pasientene betegnet dette som at sykepleierne "klargjør pasienten for legen".

Sykepleierens vitenskapelige kunnskaper ble ikke vektlagt av pasientene i denne studien men deres rolle fremheves som viktig for å skape kontinuitet og trygghet. Dette til tross for at de mange ganger fremstår som lite selvstendige og mer som en assistent til legen og som en som passer på at pasienten har det bra.

### 1.15.4

S

#### **sykepleierens udefinerte ansvar og rolle som «altnuligmann»**

Pasientene uttrykte at sykepleierne er utførere av mange oppgaver som ikke synes eller anerkjennes. Én pasient uttrykte at "sykepleierne gjør veldig mye hele tiden som man ikke tenker over" og at "sykepleierne har en veldig stor jobb i forhold til hva

mange tror". Pasientene beskrev videre at sykepleierne ofte blir sittende igjen med ansvaret for pasientene når legen har gått. Sykepleiernes ansvar ble ofte betegnet gjennom uttrykk som at "de ble sittende igjen med..." og at "de tar ansvar for ....". Intervjuene viser, i påfallende stor grad, at pasientene ordla seg på måter som fikk sykepleierne til å fremstå som en gruppe som ikke selv satte rammer for sitt eget arbeid. To ulike pasienter utdyper dette: "....jeg føler at det er sykepleierne som....jeg vet ikke om det er de som har ansvaret, men jeg føler at de tar ansvaret....at ting skal være riktig i forhold til det som er avklart....". Videre uttrykker den andre pasienten seg slik: "Men jeg føler at det ikke nødvendigvis er sykepleiernes ansvar, men jeg føler at det er de som blir sittende med det. All utveksling utenom visitt faller på sykepleieren. Og såne ting. Det faller på sykepleieren."

Pasientene viser her at de både legger merke til og anerkjenner viktigheten av de "usynlige" oppgavene som sykepleierne gjør når de organiserer arbeidet rundt pasienten, men at de også ser at de ikke får anerkjennelse for dette i organisasjonen. En av pasientene trakk frem dette aspektet: "Så jeg føler at sykepleierne ofte blir...eller ofte ikke får den respekten de fortjener da. Hvis du tenker både på status i jobben og pengene som ligger i det."

Dette bekrefter hvordan pasientene opplever sykepleierne som viktige og at sykepleierne ofte fanger opp ansvar og oppgaver som faller utenfor det formelle.

Ingen av pasientene beskrev sykepleiernes ansvar utover det de kunne se i tilknytning til seg selv. Ingen pasienter beskrev at sykepleierne hadde mer overordnede roller i akuttmottaket eller hvem som styrte og organiserte utenom det som angikk pasienten. Én pasient hadde lagt merke til at det satt en sykepleier i et "glassbur" midt i akuttmottaket og hadde registrert at det foregikk aktivitet der, men visste ikke hva slags aktivitet eller ansvar dette dreide seg om.

## 1.16 Sykepleiernes opplevelse av egen rolle og ansvar.

### 1.16.1

A

#### nsvar og rolle i møtet med pasienten.

Sykepleierne beskriver seg selv som den første yrkesgruppen pasientene kommer i kontakt med. De forteller at dette skjer først og fremst i triage-prosessen (Triage-prosessen er en prosess hvor sykepleieren bruker ulike verktøy for å angi hvor lenge pasienten kan vente før han eller hun må ha legetilsyn).

Selv om sykepleierne viser til triage-prosessen som pasientens første møte med sykepleierne i akuttmottaket, så trekker de også frem at hele oppholdet i akuttmottaket kan oppfattes som pasientens første møte med sykehuset og at sykepleierne i akuttmottaket derfor er med på å definere pasientens førsteinntrykk av sykehuset. En sykepleier sier det slik: "Det er jo derfor sikkert akuttmottakene óg får så mye pes fordi det er jo første møtet. Det er jo vi som setter.... lager inntrykket, liksom. Og ássen folk oppfatter sykehusinnleggelse og Ahus og sánne ting. Det står mye på oss."

Sykepleierne beskrev at førsteinntrykket er viktig og at de derfor var opptatt av å møte pasienten på en måte som formidler at de blir sett, hørt og ivaretatt, slik at de føler seg trygge. Dette ble gjort på flere måter, blant annet ved å servere kaffe, gi informasjon og vise at de ser pasientene. En av sykepleierne i fokusgruppen beskrev hvordan hun forsøker å berolige utålmodige pasienter som har ventet lenge:

...min erfaring i....fra triage, er at selv noen som er paddesur fordi de i vekten før har sittet i to timer og ikke fått noe informasjon (...) ...faktisk tåler å sitte i 2-3 timer til, bare jeg tar øyekontakt med dem hver gang jeg går forbi. Jasså du sitter her ennå, ja...jeg vet ikke...dette ser ut til å ta tid. Men altså... si ifra....du må se dem. De må føle at du ser dem og da tåler de å vente mye bedre enn hvis du bare prøver å gå forbi. (bekreftelse fra gruppen)

Sykepleierne trakk også frem viktigheten av å formidle trygghet til pasientene gjennom å bruke prosedyrer<sup>2</sup> og gjennom å vise at de var trygge i jobben sin. En sykepleier fra fokusgruppen sa det slik:

Min rolle som sykepleier det må jo være å gi trygghet. [...]I form av at jeg kan utøve sykepleie, at jeg er trygg på det jeg gjør og så at jeg er..... det henger sammen med at jeg også bruker prosedyrer. (...) Å bruke prosedyrer det er veldig viktig fordi hvis alle bruker prosedyrer på lik måte så blir alt sammen gjort likt. [...] Jeg mener at det er viktig. Det er en måte å formidle trygghet på.

Prosedyrer fikk uventet stort fokus blant sykepleierne både i fokusgruppe og i intervjuene, og fremsto nærmest som et "anker" i en tilværelse hvor det ellers var mange meninger fra mange involverte parter. Ellers ble det også trukket frem at en sykepleier som er trygg i jobben sin vet så godt hva hun skal gjøre at hun klarer å formidle trygghet og ivaretagelse av pasientens emosjonelle behov mens hun gjør praktiske og medisinsk orienterte oppgaver. Sykepleierne påpekte at det å gjøre tiltak for å prioritere luftveier, åndedrett og blodsirkulasjon fint gikk an å kombinere med å snakke beroligende til pasienten dersom sykepleieren selv kjente sin rolle i situasjonen.

Akuttmottaket betjener mange fagområder innenfor medisin og kirurgi og sykepleierne påpekte at det er mange ulike meninger fra ulike grupper og problematisk å møte alle forventningene. Klare prosedyrer ble beskrevet som viktig som en slags "fasit" på hva som var riktig måte å gjøre en handling på og også hva som skulle gjøre i akuttmottaket og hva som skulle utføres andre steder. Eksempler på prosedyrer som ble nevnt i fokusgruppe og intervjuer var prosedyre for å legge og

---

<sup>2</sup> Prosedyrer i denne sammenhengen viser til en felles, godkjent, skriftlig angivelse av hvordan en aktivitet eller prosess skal utføres. Godkjenningen kan være på avdelingsnivå eller organisasjonsnivå.

observere nerveblokader, prosedyre for bruk av "bilevel positive airway pressure" (BiPAP<sup>3</sup>), prosedyre for blodgasstaking og lignende.

### 1.16.2

A

#### nsvar for å gjøre vurderinger av pasientene.

Til tross for viktigheten av å møte pasienten på en måte som formidler trygghet og ivaretagelse så beskrev sykepleierne sin absolutt viktigste oppgave som det å vurdere og prioritere pasientens medisinske tilstand. Heller ikke sykepleierne snakket om å diagnostisere pasienten, men i større grad om å vurdere pasientens tilstand i forhold til hva som var «farlig» og hva som var «ufarlig». Sykepleierne forteller at for å gjøre gode vurderinger i triage, er det nødvendig å bruke sitt kliniske blikk og tidligere erfaringer sammen med modellen for Manchester Triage Scale (MTS) for å avdekke de symptomene som ikke er åpenbare og de tilstandene som er mer alvorlig enn de tilsynelatende ser ut. De var redde for å gjøre feil i denne vurderingen og en av sykepleierne ordla seg slik angående sitt ansvar som sykepleier:

...det jeg føler kanskje blir en av våre største oppgaver er det her med å fange opp. Sånn som det her dere sier... å klare å skille mellom de som trenger hjelp kjapt, da, og de som eventuelt kan vente.

Sykepleierne er enige om at de opplever dette ansvaret som stort og til tider vanskelig. De beskriver at de får lite hjelp fra legene i denne prioriteringen og er stadig redde for å gjøre feil. Mange peker på at det å gjøre feil på dette tidspunktet kan få alvorlige konsekvenser og at dette vil være direkte forårsaket av deres bedømmelse. En sykepleier i fokusgruppen forteller hvordan en pasient ble feilvurdert og hvor alvorlig dette kan være:

Jeg hadde ei dame her om dagen som kom inn med spørsmål om.....var det nyrestein eller et eller annet sånt noe.....satt på venterommet i mange, mange

---

<sup>3</sup> BiPAP er en betegnelse på en enkel trykkstyrt ventilator som fortrinnsvis brukes på pasienter som puster selv, men som trenger enveis ventilasjonsstøtte

timer og hadde det for så vidt greit. Hadde litt vondt i ryggen og... ja... Så har hun blitt sendt på røntgen etter mange timer hvor dem oppdager en sånn aortaaneurisme. Og plutselig ble hun steindårlig....og, ja, skikkelig ufyselig (...)... jeg tror det gikk bra, men det er jo sånn... hvordan skal du kunne fange det opp? Hun var jo klinisk, ikke veldig påvirket når hun kom. Ble sittende kanskje i for mange timer og vente, men...

I forbindelse med frykten for å vurdere feil så viste sykepleierne til at det er viktig for dem å nøste opp i pasientens problematikk og avdekke tilstander eller problemer som ikke er åpenbare. De fortalte at dersom den første prioriteringen ble feil så kunne hele forløpet bli feil. Det ble gitt flere eksempler på pasienter som ble sendt til akuttmottaket med en innleggelsesdiagnose som sykepleierne raskt oppdaget var helt feil. To sykepleiere forteller:

Sykepleier 8: Og der har vi også det liksom at skrivet kan ha sendt dem inn med høyt blodtrykk og pasienten sier at: Nei, jeg har aldri hatt høyt blodtrykk, men derimot har jeg fryktelig vondt i magen.

Sykepleier 4: Akkurat det har jeg faktisk opplevd. En lege hadde sendt pasienten for pneumoni eller noe sånt og du kommer inn på rommet og det første du ser er en diger knallrød mage og pasienten hadde ileus.

Sykepleiernes vurderinger fremsto derfor som viktige først og fremst for å sikre at pasienten fikk legeundersøkelse innenfor et forsvarlig tidsrom men også at pasientene ble plassert på riktig side av medisinske og kirurgiske spesialiteter. Pasientene kunne ha en opplevelse av sin egen tilstand som ikke samstemte med det sykepleierne fant i sine vurderinger eller med legens henvisning og de diskuterte hvordan de skulle håndtere slike situasjoner uten å krenke pasientens opplevde behov, men samtidig ivareta det viktigste først. De kommenterte at de noen ganger tok avgjørelser på vegne

av pasienten som førte til at pasientene ikke opplevde at de ble tatt på alvor for det problemet de selv opplevde at de hadde.

I det senere pasientforløpet, etter triage-prosessen, fremkom det under deltagende observasjon at sykepleiernes vurderinger også var viktige for å rapportere om endringer i pasientens tilstand etter legeundersøkelsen. Sykepleierne overvåket pasientene før og etter legeundersøkelse og det var sykepleierne som oppdaget det dersom pasientens tilstand endret seg.

Deltagende observasjon viste at når sykepleierne ringte legen for å rapportere om endringer hos pasientene etter legeundersøkelse, så var det først og fremst de målbare endringene de valgte å fokusere på. Sykepleierne formidlet i liten grad hvordan de vurderte eller tolket disse endringene, men de sørget for å rapportere at endringer hadde funnet sted.

### 1.16.3

Y

#### te service, kartlegge pasienten og begrense oppgaver

Der var enighet i fokusgruppen og blant sykepleierne som ble intervjuet om at sykepleierne har en servicefunksjon i akuttmottaket, men at det likevel er behov for å begrense oppgavene som utføres for å kunne prioritere de oppgavene som var mest viktig. Sykepleierne beskrev at de ofte ble sittende med rene service-oppgaver som noen ganger er helt utenfor deres ansvarsområde eller akuttmottakets ansvarsområde:

Sykepleier 4: ..så opplevde jeg engang en gammel dame som (...) ..hun skulle finne gravplassen til en eller annen. (Sykepleierne ler) Det var riktignok en gravplass over gata fra sykehuset, men det kom hun til akuttmottaket for å få hjelp til, liksom. Så man kan få..... man kan få en del sånne ting som er litt på siden. (latter høres fra gruppen samtidig som bekreftelse høres fra spl 2)

Sykepleier 8: Jo, men det er ganske gjennomgående. (...) om en avdeling lurere på noe som helst, uansett hvem det er som lurere, avdelinger, folk utenfra og så

videre...hva gjør dem? Jo, de ringer til akuttmottaket, for dem kan svare på alt.  
(bekreftelse høres fra spl 7).

Sykepleierne ser ut til å strekke seg langt for å forsøke å imøtekomme disse henvendelsene, og gi service til alle, men forteller om lite forståelse for at de ofte må begrense omfanget. Sykepleierne forteller at de gjentatte ganger blir møtt med spydige bemerkninger og sinne når de forsøker avgrense oppgaver for å kunne prioritere viktigere oppgaver knyttet til pasientene i akuttmottaket.

De beskriver også lite gjennomslagskraft for sine argumenter om at for eksempel urinprøver som ikke er av diagnostisk verdi eller nødvendig for den akutte behandlingen kan tas på sengepost når pasienten ikke klarer å avgi urinprøve umiddelbart. Sykepleiere i fokusgruppen diskuterer denne problemstillingen:

Sykepleier 2: Jeg synes en av de andre oppgavene vi har er å begrense behandlingen. Altså å skjønne at, vet du hva, vi kan faktisk ikke gjøre alt dette i mottaket. Det bare går ikke fordi det kommer så mange inn. Og så må man på en måte sette litt tak...

(...)

Sykepleier 1: da står sykepleieren egentlig ganske.....da føler jeg at vi står ganske alene og ikke får veldig mye støtte fra legen når det gjelder sånne ting  
(bekreftelse høres fra sykepleier 7)

Det fremkom i fokusgruppen at sykepleierne har ulike meninger om hva som bør godtas og hva som ikke bør godtas, men at prosedyrer og klare retningslinjer kan være til hjelp for å legitimere hva som ikke skal gjøres i akuttmottak. Samtidig ble det lagt vekt på at prosedyrer ikke skulle brukes slavisk, men at de skulle brukes i den hensikt å lage rammer. En sykepleier sa dette under intervjuet:



Jeg tror faktisk det er ganske viktig å sette grenser, jeg. Og så tror jeg det er viktig å vite at du kan flytte de grensene. Men hvis du har én grense så er det malen liksom, og så får man gjøre løpende vurdering om disse grensene....

Både fokusgruppen og sykepleiere som ble intervjuet viste til at faste regler, prosedyrer og rutiner gjør det lettere å begrense oppgavene som blir pålagt dem, men at prosedyrer og regler aldri må brukes helt slavisk. Tilpasning og skjønn ble beskrevet som viktig for at man kunne gå utover prosedyrer og regler når det var hensiktsmessig.

Sykepleierne beskrev, i intervjusammenheng, flere episoder hvor de havnet i situasjoner hvor de ble stående med mer ansvar enn de ønsket. En sykepleier trakk frem slutten av traumemottakene<sup>4</sup> der leger og anestesipersonell ble dimittert fra teamet og sykepleieren følte at hun ble stående igjen med for stort ansvar alene inntil pasienten var levert på overvåkningspost. Andre eksempler som ble gitt var i forbindelse med at legene innfører nye behandlingsformer i akuttmottaket som tidligere ble gjort andre steder, for eksempel elektrokonverteringer<sup>5</sup> på pasienter som ikke har hjertestans. I disse tilfellene tok legene ofte på seg det formelle ansvaret for behandlingen og medisinene, men sykepleierne følte ofte at de ikke hadde kompetanse eller rom for å overvåke pasientens tilstand i etterkant. Sykepleierne opplevde også situasjoner hvor sykepleierne formelt sett ikke hadde myndighet til å ta avgjørelser, men hvor de havnet i situasjoner hvor de likevel måtte gjøre det. En sykepleier forteller dette:

Du får jo ikke alltid lege ut i triage. Og i hvertfall i luka der, der får du over hodet ikke noe lege til å komme å se på pasienten. Da må du ta avgjørelsen der og da, enten sende de til legevakten eller legge dem inn.

---

<sup>4</sup> Traumemottak beskriver at pasienten ved ankomst til akuttmottaket blir møtt av et spesialtrent team av anestesileger, anestesisykepleiere, operasjonssykepleiere, ortoped, kirurger, radiograf og sykepleier fra akuttmottaket.

<sup>5</sup> Elektrokonvertering er bruk av strømstøt for å konvertere en patologisk hjerterytme tilbake til normal hjerterytme.

Sykepleierne beskriver at slike hendelser forekommer relativt ofte og en av sykepleierne påpeker at dette er typisk når legene ikke kjenner prosedyrene for hva som gjøres i akuttmottak og hva som skal gjøres andre steder.

Når det gjelder prioritering av oppgavene rundt pasientene i akuttmottaket hadde sykepleierne noe ulike meninger om hvor mye tid de skulle bruke på en fullstendig kartlegging av pasientene. Noen mente at akuttmottaket handler kun om den mest akutte årsaken til innleggelsen, mens andre trakk frem at det ofte er underliggende tilstander som påvirker det som pasienten er akutt innlagt med og at dette derfor er viktig å kartlegge. Sykepleierne kom til enighet om at det var en fordel å kartlegge pasientene godt dersom det var tilstrekkelig tid til det. Det var også enighet om at psykiske tilstander, mindre alvorlige tilstander av mer kronisk art, og tilstander som ikke var direkte knyttet opp mot det som var pasientens hovedproblem, kunne behandles og følges opp videre fra sengepostene i etterkant. En sykepleier peker på nettopp dette i forbindelse med en diskusjon rundt at ikke alle pasientens behov blir møtt i akuttmottaket:

Jeg synes ikke alltid at det gjør så veldig mye fordi at det (psykosomatiske plager) er noe som blir fulgt opp litt lenger opp i systemet og for oss (akuttmottaket) er det viktig å ta vare på det som er her og nå, grunnen til at han kommer inn.

Det fremsto altså som det var relativt stor enighet blant sykepleierne om at akuttmottakets prioritering først og fremst er rettet mot akutte somatiske tilstander og at disse tilstandene hadde høyest prioritet, mens andre problemstillinger kunne overlates til andre. De gangene tiden var virkelig knapp beskrev sykepleierne at deres vurderinger hovedsakelig handlet om å sikre luftveier, vurdere pasientens pust og blodsirkulasjon og på den måten sikre det livsnødvendige, og derav ikke vurdere og kartlegge alle pasientens behov for hjelp.

Dokumentasjon viste seg i denne studien å være en oppgave som sykepleierne bruker mye tid og som på hovedsakelig ble gjennomført samtidig med at en annen sykepleier utførte målinger og tok prøver av pasienten. Dokumentasjon fremstår som viktig for

sykepleierne både av hensyn til lovpålagt dokumentasjonsplikt, men også som et viktig ledd i informasjonsoverføringen mellom samarbeidende helsepersonell.

I forhold til ikke-pasientrelaterte oppgaver så ble det understreket at særlig rydding og vasking er oppgaver som annet personell bør håndtere. En sykepleier uttrykker frustrasjon i forhold til at hun har ansvaret for det som kan beskrives som rengjøringsoppgaver: ”..Og det er ikke det å fylle på utstyr. Det skal vi gjøre. Men det er det å vaske der, tømme søppel. Det tar jo litt tid. Og du vet at pasientene sitter utenfor og venter på en sykepleier.”

Funnene indikerer at sykepleierne godtar relativt avgrensede oppgaver som ivaretagelse og påfyll av nødvendig akuttutstyr, men ikke rydde- og vaskejobber som de mener tangerer et ansvar som bør ligge på andre servicefunksjoner.

#### 1.16.4

R

##### ollen som samarbeidspartner.

##### *1.16.4.1 Sykepleieren som pasientens advokat.*

Gjennom hele pasientens forløp gjennom akuttmottaket pekte sykepleierne på at de ser det som et viktig ansvar å være den som sørger for at pasienten får «riktig hjelp». De sa, både i fokusgruppen og i intervjuene, at de ofte bevisst tar rollen som pasientens advokat dersom de opplever at pasienten selv eller deres pårørende ikke klarer å formidle sine behov til legen. En sykepleier forklarer:

Og så hender det at jeg bruker den der at jeg er pasientenes advokat på en måte også. (...) For jeg ser at de kommer inn og er så dårlige at de ikke klarer å ta vare på seg selv, på en måte. Eller at jeg ser at de kanskje er såpass ressursvake og kanskje ikke har noen pårørende som er så ressurssterke heller. Og det har faktisk noe å si, da....dessverre. Så da kan det hende at jeg stiller en del spørsmål for pasienten faktisk, til legen. Men jeg prøver.....for det er jo en sånn hårfin balanse dette her da. For det kan jo virke nesten litt sånn...ja, at man er veldig

sånn kritisk og sånn.....for man er jo et team med legen. Men det er for at pasienten skal føle seg vel. De føler ofte at han (sykepleieren) er "på laget mitt".

Flere pekte på at de anser denne advokat-rollen som viktig for at de svakeste skal få like god behandling som de mer ressurssterke. Likevel kan vi se fra sitatet over hvordan sykepleieren vokter seg for å fremstå som kritisk mot legen og derfor balanserer nøye mellom det å være pasientens advokat og legens samarbeidspartner. En annen sykepleiere fortalte at hun følte det som sitt ansvar å tolke pasienten slik at hun kunne formidle en forståelse av pasientens behov til legen.

Denne siste delen av sitatet over, som beskriver at sykepleieren ser seg selv som en som er «på laget» med pasienten, er noe som fremkom både under deltagende observasjon og under intervjuene. Sykepleierne beskrev i intervjuer og fokusgruppe at de bruker ulike virkemidler for å alliere seg med pasienten for at de skal få tillit til dem. Både intervjuer og deltagende observasjoner viste at sykepleierne kontinuerlig vurderte ulike situasjoner og behov og for eksempel hentet en kaffekopp til utålmodige pasienter eller pårørende for å roe ned situasjonen og skape et bedre samarbeidsklima. Det fremsto slik sett som en investering i det videre samarbeidsklimaet.

Sykepleierne vektla, i dybdeintervjuene, at et bedre samarbeidsklima bidrar til et raskere og mer effektivt pasientforløp gjennom akuttmottaket. Gjennom et tillitsfullt samarbeid beskrev de at det blir lettere for sykepleierne å identifisere hvilke behov pasienten har, og dermed lettere for legen å diagnostisere og behandle.

#### ***1.16.4.2 Sykepleierens samarbeide med legen.***

Når sykepleierne beskriver samarbeidet med legene er det ofte i negativt ladde ord. De snakker om at sykepleierne må "passe på" at legen gjør jobben sin og at de må "purre på legen". Både i dybdeintervjuene og i fokusgruppene var det flere som snakket om det at sykepleierne måtte drive «opplæring» av legene. En sykepleier beskrev det slik:

...det med at vi må gå og passe på disse turnuslegene for eksempel. Det synes jeg er litt sånn ansvarsfraskrivelse fra ledelseshold, om at de slipper turnusene løs uten at de får ordentlig opplæring. Og så må vi drive og passe på hva de gjør og drive opplæring på rutiner og prosedyrer og....og det stjeler for mye tid og energi fra det vi primært skal drive med.

Ingen sykepleiere trakk frem at de dro nytte av å lære av de medisinskfaglige vurderingene og det tette samarbeidet med legene, og at det på den måten foregikk opplæring begge veier. Det fremsto derfor som om sykepleierne ikke så at det foregikk en gjensidig læring på tvers av profesjonene, og at denne gjensidigheten kunne oppveie det som ble beskrevet som unødvendig tidsbruk.

Deltagende observasjon antydte imidlertid at lege og sykepleier ofte samarbeider lite om beslutninger og vurderinger og at sykepleieren ofte får en assistentlignende rolle sammen med legen. Likevel viser et eksempel fra deltagende observasjon hvordan sykepleieren ser ut til å ta ansvar for pasientens behandling når legen i dette eksempelet løper ifra pasienten. Legen fikk et alarm-utkall<sup>6</sup> og forlot pasienten uten å ordinere behandling og uten å avtale noe videre med sykepleieren. Sykepleieren løp derfor etter legen ut på gangen for å foreslå en behandling for pasienten. Legen ga da muntlig forordning før han forsvant inn på neste pasientrom.

I denne situasjonen fremsto det som om det er sykepleieren som sikrer behandlingen av pasientene og bekrefter på den måten den opplevelsen sykepleierne har om at de "passer på" legene. Det kan hende at legen i denne hendelsen hadde gjort en vurdering av pasienten, og vurdert det som mer kritisk å håndtere alarm-utkallet enn å behandle den pasienten han var inne hos, men denne vurderingen ble ikke formidlet til sykepleieren. Dermed ga situasjonen inntrykk av lite samarbeid fra legens side, mens sykepleieren tok ansvar utover det som i utgangspunktet var hennes.

---

<sup>6</sup> Alarm-utkall betyr at det går en alarm på en calling som noen utvalgte av personalet bærer med seg. Dette skjer i forbindelse med at de som bærer alarmen må møte opp raskt til en akutt, alvorlig hendelse.

Flere sykepleierne trakk frem definering og fordeling av hvem som skal gjøre hvilke arbeidsoppgaver som et moment som påvirket samarbeidsklimaet mellom sykepleieren og legen. Sykepleierne i fokusgruppen pekte på at det var sykepleierne som ofte endte opp med å gjøre de oppgavene som ikke var definert som noen andres ansvar. De uttrykte frustrasjon over at det var sykepleierne som måtte gjøre flertallet av de oppgavene som ingen andre eide. En av sykepleierne fra fokusgruppen uttrykte det slik: "...hvis det hadde vært sånn at legene alltid skulle ta EKG da, så hadde legene alltid tatt EKG. Men hvis det er sånn at ingen vet hvem som skal ta EKG så blir det til at sykepleierne tar det". Vaske- og ryddejobber ble også påpekt og særlig i de tilfellene hvor legene ikke ryddet opp etter seg selv, men sykepleierne ble pålagt å rydde også etter legene, noen ganger til tross for at de ikke engang hadde vært involvert i bruken av det utstyret som skulle ryddes.

Noen sykepleiere pekte på maktforholdet mellom sykepleier og lege som problematisk og at dette førte til at mange unødvendige oppgaver ble pålagt sykepleierne. Noen sykepleiere fortalte at de oppfattet det som at legene ønsket å demonstrere sin autoritet og makt i forhold til sykepleierne, ved for eksempel å ringe på de og be de komme å gjøre små omsorgsoppgaver som de likegodt kunne gjort selv. Sitatene nedenfor er knyttet til to slike hendelser:

... jeg synes jo det er ufint av en lege å ringe si det (at pasienten ønsket et glass vann) for at det er...nesten en sånn maktdemonstrasjon...nesten kan det.... makt til å gjøre sånne ting. Sånne ting kan en lege gjøre selv, altså!

Når jeg får sånne telefoner om at jeg må inn å ta et nytt blodtrykk, så ser jeg at mansjetten er rundt armen ... sånn ... så tar jeg en liten sånn opplæring (bekreftelse fra gruppen om at de også gjør det på samme måte)

Som sitatet over beskriver, så velger sykepleierne noen ganger å løse slike situasjoner på en måte som både demonstrerer at de synes det var unødvendig av legen å ringe på dem, men samtidig uten at de skaper en konflikt i påsyn av pasienten. Sykepleierne i

fokusgruppen fortalte at de forsøker å unngå diskusjoner med legen mens pasienten er til stede.

Noen sykepleierne i fokusgruppen fortalte også at de innså at legene ofte ringer på fordi de faktisk ikke vet hvilken knapp de skal trykke på eller vet at det finnes plastkrus og vann på rommet. Likevel beskriver de at slike hendelser forsurer samarbeidet mellom dem og fører til unødvendige avbrytelser i arbeidet. Sykepleierne i fokusgruppen beskrev i tillegg at fordi sykepleierne var i nærheten av pasienten, mens legene i større grad kom og gikk så fungerte sykepleierne som mellomledd i kommunikasjonen mellom dem. Én av sykepleierne kommenterte at sykepleierne derfor ofte måtte ta imot kritikk på grunn av lang ventetid på legen og de følte at dette var belastende:

For legene er veldig kjappe ut og inn og har veldig dårlig tid (...) og det har jo vi og selvfølgelig, men det er vi (sykepleierne) som hele tiden blir gående imellom og skal formidle og skal forhandle og ta imot kjefta fordi legen ikke er der...

Til tross for at mange negative holdninger til samarbeidet mellom lege-sykepleier kom frem i intervjuer og fokusgrupper, så ble disse holdningene ikke synliggjort i samme utstrekning gjennom deltagende observasjon. Det ble observert lite tverrfaglig samarbeid i form av diskusjoner og vurderinger i felleskap, men sykepleierne ga ikke åpent uttrykk for sin misnøye med samarbeidet med legene. Tonen mellom sykepleier og lege var vanligvis høflig og vennlig og selv om legen forordnet oppgaver som sykepleierne utførte, så ble det ikke observert maktdemonstrasjoner fra verken lege eller sykepleiere.

Imidlertid fremsto sykepleierne som tydelig underordnet legene, og ikke som sidestilte profesjoner, i møtet med pasientene. Da legene ankom undersøkelsesrommet til pasienten og sykepleieren, så de i liten grad ut til å legge merke til hva slags vurderinger sykepleierne hadde gjort i forkant av sine undersøkelser. Sykepleiere fikk en assistentlignende rolle der de utførte målinger og undersøkelser på legens vegne.

Legen vurderte resultatene fra undersøkelsene som sykepleierne hadde gjennomført, men de diskuterte ikke disse funnene sammen. Sykepleierens vurderinger av funnene så dermed ikke ut til å bli brukt som diagnostiske verktøy for legen, men mer som overvåkning av pasientens tilstand før og etter legetilsyn.

### 1.16.5

#### **Sykepleierens ansvar for å organisere, styre og lede.**

Deltagende observasjon og sykepleiernes uttalelser i intervjuer og fokusgrupper viser at sykepleiernes rolle i akuttmottaket handler mye om å vurdere, prioritere og overvåke pasientene. Likevel handler sykepleierens rolle også mye om å organisere, holde oversikt, styre og lede ressursene. Under deltagende observasjon ble det bekreftet at ansvarshavende sykepleier har en sentral funksjon når det gjelder organisering, styring og ledelse i akuttmottakets daglige drift.

Ansvarshavende sykepleier fremstår som knutepunktet i avdelingen og en mengde beskjeder som gjaldt akuttmottakets personale, pasienter eller rom og utstyr, ble gitt fra og til ansvarshavende sykepleier. Deltagende observasjon viste at ansvarshavende sykepleier i løpet av tretti minutter var i kontakt med sykepleiere, leger, radiologisk avdeling, akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK), ambulansetjenesten, laboratoriene, teknisk personell og pasienter og pårørende.

En stor andel av telefonene som ansvarshavende sykepleier mottok fra ulike instanser i og utenfor sykehuset, omhandlet pasienter som var på vei til akuttmottaket. Ansvarshavende sykepleier avgjorde ut fra en rask telefonrapport hvilke personer og hvilke ressurser som skulle mobiliseres og møte den enkelte ved ankomst. Noen ganger innebar dette å forberede et team av leger og sykepleiere på alarm-utkall slik at alle var klare da pasienten ankom. Andre ganger ble kun to sykepleierne og én lege varslet om at de måtte forberede seg på å møte en pasient som trengte hjelp raskt. På den måten så ansvarshavende sykepleier ut til å ha en helt sentral rolle for å sikre at riktige ressurser ble satt inn til pasientene som ankom sykehuset.



Gjennom deltagende observasjon ble det bekreftet at selv om noen telefoner ble satt over til lege for konferering, så foregikk flertallet av rapportene og konfereringene mellom ambulanspersonell og sykepleier.

Sykepleierne fremhever at rollen som ansvarshavende sykepleier er avgjørende for akuttmottakets funksjon og innebærer at sykepleieren må ha evnen til å styre pasientene og ressursene på en effektiv måte. Dette innebærer også å hjelpe de nyere sykepleierne med å organisere arbeidet sitt på en slik måte at de viktigste behovene blir ivaretatt først. Det ble beskrevet av sykepleierne at ansvarshavende sykepleier skulle ivareta både god og forsvarlig pasientbehandling, men også et godt arbeidsmiljø. En sykepleier med lang erfaring fra akuttmottaket beskrev ansvarshavende sykepleier sitt ansvaret slik:

Ansvaret er mangt og mye. Det er også å bremse de som jobber for fort og pushe på de som jobber for sakte (bekreftelser høres fra gruppen). Sånn at liksom... (...)  
...nå har du 5 pasienter her og ingen av dem er ferdige, nå begynner du på én og så gjør du dem ferdige før du tar noe nytt igjen.

Sykepleierne beskriver håndteringen av denne rollen som avgjørende for om vaktlaget fungerer og dermed avgjørende for en forsvarlig pasientbehandling.

Sykepleiere beskrev, både i intervjuer og fokusgruppe, hvordan de opplever et stort ansvar for å disponere egen og pasientenes tid på en best mulig måte slik at alle pasientene mottar den hjelpen de trenger. Det å begrense oppgaver var en måte de gjorde dette på. Vaske- og ryddejobber ble for eksempel trukket frem som oppgaver som var unødvendig at sykepleierne brukte sin tid å kompetanse på å utføre. Noen av sykepleierne trakk imidlertid frem at sykepleierne likevel villig tok på seg nye oppgaver som de overtok fra legene. Blodgastaking og innleggelse av urinkateter på menn ble nevnt i denne sammenheng og da de ble spurt om hva de syntes om å påta seg mer medisinsk orienterte oppgaver og prosedyrer så svarte sykepleierne at det var helt greit.

For å forhindre at pasientforløpet i akuttmottaket stopper opp i noe ledd beskrev sykepleierne at de utførte de oppgavene som var nødvendige for å sikre god pasientflyt. En sykepleier i fokusgruppen beskriver hvordan hun opplever at sykepleierne styrer og leder akuttmottaket for å skape god pasientflyt:

Sykepleier 4: Vi er liksom bindeleddet mellom alle mulige instanser. Og jeg føler at en stor del av ansvaret er (...) å holde hjulene i gang (bekreftelse høres fra gruppen)(...) ...Altså... jeg bruker faktisk en god del tid på å ringe rundt og prøve å holde hjulene i gang eller sette dem i gang igjen når de stopper opp (bekreftelser høres fra gruppen). Og jeg opplever det som en del av ansvaret som akuttmottakssykepleier å holde hjulene i gang. Og koordinere alt dette andre, alle de stedene det stopper opp og prøve å få det i gang igjen.

Deltagende observasjon viste at slike oppgaver kunne være for eksempel å hente og levere pasientmappen med papirer som noen har glemt igjen på undersøkelsesrommet. Videre kunne det være å transportere pasienten til neste post selv, fremfor å bestille portør, fordi det var lang ventetid på portør. Andre oppgaver som ble observert var levering av blodprøver på laboratoriet selv fordi rørpostsystemet som vanligvis frakter blodprøvene til rett sted ikke fungerte.

Sykepleierne beskrev at slike udefinerte eller uventede oppgaver lett faller på dem, også selv om oppgaven i utgangspunktet er andre sitt ansvar. Det ser ut til at denne tendensen forsterkes ved at sykepleierne også er de som først merker at ting stopper opp og at de er de som blir lidende under høyt arbeidspress dersom oppgavene ikke blir utført. Sykepleierne forteller i fokusgruppe og intervjuer at dersom sykepleierne ikke «ordnet opp» i alt det som skaper forsinkelser, så ville det raskt representert en kilde til ytterligere forsinkelser.

I forbindelse med sykepleiernes ansvar for å styre ressurser og organisere den daglige driften i akuttmottaket så viser også sykepleierne til et antall eksempler på at deres erfaring og kjennskap til akuttmottakets rutiner gjør dem i stand til å lede situasjoner

som i utgangspunktet ikke er deres ansvar å lede. Sykepleierens rolle og ansvar kan dermed forandre seg i henhold til en gitt situasjon. Hjertestanssituasjoner ble trukket frem som eksempel for å illustrere dette. Ved en akutt hjertestans beskrev sykepleierne deres definerte oppgave som å frakte akuttutstyret frem til pasienten og deretter holde kontroll på tidspunkter og behandlingsforløp. Sykepleierne viser til at deres rolle består av å følge en fastlagt algoritme for avansert hjerte-lunge-redning (AHLR) og signaliserer til teamet når tiden er inne for å gi medisiner og eventuelt elektrisk sjokk. I slike situasjoner fortalte noen sykepleierne at de av og til opplever uklar ledelse og at de i slike situasjoner tok ansvar for å lede hjerte-lunge-redningen inntil noen andre tok ledelsen. Dette beskriver hvordan sykepleierens rolle som assistenter og håndlangere av utstyr noen ganger endrer seg andre veien; til en mer selvstendig rolle og hvor sykepleieren naturlig tar ansvar. På den måten danner sykepleierne et slags sikkerhetsnett rundt pasienten ved å hele tiden vurdere ulike roller, gå ut og inn i de rollene som til enhver tid ikke er fylt, og på den måten ta midlertidig eller delvis ansvar for ulike oppgaver som må ivaretas i situasjonen.

For å få til en effektiv pasientflyt gjennom akuttmottaket må sykepleierne kontinuerlig gjøre vurderinger og prioriteringer som balanserer flyt og mer akutte behov. Både intervjuer og deltagende observasjon viste at sykepleierne ofte ble omdisponert av ansvarshavende sykepleier når det var nødvendig for å ivareta akutte hendelser og kritisk syke pasienter. Sykepleierne pekte også på at arbeidet deres med nye pasienter ofte ble avbrutt av for eksempel leger som ringte for å gi ordineringer og beskjeder angående tidligere pasienter som sykepleieren hadde ansvaret for. Dette skjedde ofte mens sykepleieren var gått videre til andre arbeidsoppgaver som de da måtte avbryte og komme tilbake til senere.

### **1.17 Legenes opplevelse av sykepleierens rolle og ansvar i akuttmottaket**

### **1.18 Sykepleieres ansvar som bidragsyttere til tidlig diagnostikk og behandling.**

Legene i dennes studien beskriver på ulike måter sine forventinger til sykepleierne, men de er alle enige om at sykepleierens rolle og ansvar først og fremst er å bidra til at pasienten får den behandling han eller hun trenger. De påpekte at selv om legen har det endelige og øverste medisinske ansvaret, så er sykepleierne de som utfører

oppgavene som blir ordinert og de som observerer pasienten underveis og på den måten kan bidra til at pasientene som trenger hjelp raskt får dette. En av legene uttalte det slik: "Det som er det viktige er å bidra til tidligere diagnostikk og behandling av pasienten. Det er det som er det helt kjerne-ansvaret."

Samtidig ble det påpekt av noen leger i denne studien at sykepleierne i akuttmottak over lang tid har vært alene om å ha akuttmedisin som spesialitet og har manglet tilgang på leger med akuttmedisinsk tankegang. Én av legene påpekte at akuttmedisinsk tankegang handler om rask prioritering og stabilisering fremfor å gjøre fullstendige utredninger av pasientene i akuttmottaket. Dette manglende samarbeidet om akuttmedisinsk tankegang mellom sykepleier og lege mente de har ført til at sykepleierne til en viss grad har resignert når det gjelder å vurdere pasienten og i større grad gjør sine oppgaver og overlater utredning og diagnostikk til legen. En lege beskriver hvordan sykepleierens rolle blitt slik den er i dag:

Det har....hva skal jeg si...de har blitt mer logistikk-personer, altså man gjør en serie oppgaver uten at man relaterer det til problemstillingen, altså til pasientens problem, ikke sant...pasientens skal tas imot, det skal gjøres triage, det skal tas sånn og sånne prøver, det skal rekvireres sånn og sånn, legen skal se pasienten, pasienten skal ut. Og jeg tror at det fjerner sykepleieren fra det som er kjernen av jobben deres.

For at sykepleierne skulle kunne bidra til diagnostikk og behandling ble det av legene identifisert flere viktige ansvarsområder for sykepleierne. Legene beskrev at det var de selv som hadde det øverste ansvaret for all diagnostisering og behandling, men at sykepleierne var viktige bidragsyttere i prosessen frem mot dette. De påpekte derfor at sykepleiere og leger er gjensidig avhengig av hverandre. Tydelig kommunikasjon, engasjement i pasientene, gode selvstendige sykepleievurderinger, god oversikt og ressursstyring, evnen til å handle i akutte situasjoner og evnen til å ta ansvar når det var mulig, var ansvarsområder som ble identifisert som viktige for at sykepleieren skulle kunne bidra til diagnostikk og behandling.

Tydlig kommunikasjon mellom lege og sykepleier ble av legene påpekt som avgjørende for å kunne samarbeide. Legene beskrev i hovedsak denne kommunikasjonen i form av å gi eller få beskjeder. I følge en lege bør sykepleieren "gi beskjed videre hvis det er ting som slår ut." En annen lege peker på at det var vanskelig å samarbeide med sykepleierne dersom de ikke "tok imot beskjeder" eller "ga beskjeder". Legen understreket at beskjedene var like viktige begge veier.

Legene beskriver i liten utstrekning at legene og sykepleierne diskuterer eller vurderer pasienten i fellesskap. Legene formidlet i intervjuene at de ønsker at sykepleierne skal vurdere pasientene, men denne vurderingen blir først og fremst benyttet til å "gi beskjed" til legen om at pasienten trenger legetilsyn.

En lege fortalte at han pleide å sette pris på å høre en kort oversiktsvurdering av hvordan sykepleierne hadde vurdert pasienten, men også denne legen beskrev dette som beskjeder, mer enn som en dialog: "Og det har jeg fått mange ganger, sånn kort beskjed eller oppsummering/presentasjon av symptomer."

Engasjement ble av legene knyttet sammen med interesse for fagområdet og legene poengterte at de "flinke" sykepleierne var de som var engasjerte, var lærevillige og opptatt av diagnostikk og behandling. Det var den medisinskfaglige kunnskapen som ble trukket frem som viktig, og en av legene uttalte at noen av sykepleierne var så faglig sterke at de "burde vært leger". En annen uttrykte seg på denne måten:

.....altså at man er med og ser på pasienten og er med på å følge med på hva som skjer, og lurert på hva som skjer og er sånn faglig liksom, litt sånn interessert i hva som foregår. Det er de fine. Og så har du de som går inn på rommet og så skriver de det de skal skrive og så forsvinner de.

Sitatet over viser også at legene ser sykepleiernes ansvar som mer enn bare å måle verdier og ta prøver på vegne av legen. De forventet også at sykepleierne skulle

vurdere de målingene de gjorde og gjøre seg opp en mening om pasienten. En lege beskrev dette slik: "Ikke sant.... Man skal ikke bare ta et EKG, man skal ta et EKG og se på det i forhold til den sykehistorien som pasienten har og det er like mye en sykepleierjobb som en legejobb."

Legene fortalte i intervjuene at de synes det er nyttig når sykepleierne formidler sine synspunkter om diagnose og kommer med forslag til behandling. De beskrev at dette oppleves som hjelp for dem til å trekke konklusjoner og huske på de viktigste aspektene. Legene beskriver dette som et godt og viktig samarbeid. Denne formen for samarbeid ble ikke observert inne på pasientrommene under deltagende observasjon av sykepleierne.

Siden sykepleierens er de som ser pasientene først, så blir legene i stor utstrekning nødt til å stole på sykepleierens vurdering og at sykepleierne gir beskjed videre til legen hvis det er behov for det. Dermed vektlegger de sykepleierens evne til å ta ansvar for pasienter inntil en lege overtar. En av legene utdyper hvordan han ser på fordeling av dette ansvaret:

nei, jeg føler vel til syvende og sist at det er legen som har det juridiske ansvaret. Men på den annen side så kan jeg vel ikke alltid føle at det er riktig. For det er ikke alltid sånn at vi har rukket å være inne hos pasienten. Og hvis det skulle skje noe før vi har vært inne eller i en situasjon der vi ikke er... absolutt ikke er....altså ikke er informert om pasienten så kan vi jo ikke ta ansvaret for det heller. Selv om jeg ofte føler at det er det de (sykepleieren) vil da. (...) Men jeg vil jo tenke at det er naturlig at de som er der først må ta litt ansvar også. I hvert fall til de har informert legen.

Det fremstår gjennom intervjuene av legene at det eksisterer en helt tydelig forventning om at sykepleierne skal ta ansvar for pasienten, utføre forventede undersøkelser og

prosedyrer, og gjøre selvstendige vurderinger i knyttet opp til diagnostikk og behov for behandling.

Flere leger forteller i intervjuene at det er mange situasjoner med uklare ansvarsforhold, men "de gode sykepleierne" tok da ansvar og fylte hullene og gjorde det som måtte til for at pasientflyten, diagnostikken og behandlingen gikk smidig. Legene mente også at ansvaret for slike prosesser ikke nødvendigvis bør være strengt regulert og avgrenset. Noen leger påpekte at sykepleierne hadde for strenge rammer for hva de ikke fikk utføre. Det å ta arteriell blodgass og å administrere visse typer medikamenter ble påpekt i denne sammenheng. Legene mente at sykepleierne burde få gjøre slike prosedyrer siden det fremmet tidlig behandling og diagnostikk om sykepleierne kunne bidra med å utføre disse oppgavene. En lege trakk frem at han syntes at ansvaret mellom lege og sykepleier burde "flyte litt". Han poengterer at et flytende ansvar fører til at folk tar mer ansvar og gjør det som er nødvendig, fremfor at prosedyrer og regelverk brukes til å unngå å ta ansvar:

...garden har sagt at vi skal ikke ha en instruks fordi instruks kan hindre våre soldater å utføre den jobben fordi de er redd for å bryte med instruks. Men det krever da en veldig høy kompetanse og vurderingsevne....sunn vurderingsevne hos de som skal jobbe. Men den....da får du veldig ofte ganske gode løsninger med et minimum av styring på dem. Og så la folk få lov til å bruke sunn fornuft også. Slik at akuttmottak bør nok i stor grad flyte litt ansvarsmessig. Det er littegranne kollektivt.

I forbindelse med at sykepleierne forventes å ta ansvar blir det også poengtert at sykepleieren har ansvar for å be om hjelp i tide. De gangene sykepleierne har gått utover sin kompetanse eller ansvar har, ifølge legene, sykepleierne ikke oppfattet hvor syk pasienten har vært. Andre situasjoner hvor sykepleierne har gått ut over sitt ansvar og kompetanse var situasjoner der sykepleierne ble nødt til å ta egne beslutninger fordi de ikke får beslutningsstøtte fra lege. Dette mente legene imidlertid

skjedde helt unntaksvis, og at unnlattelsessynder blant sykepleierne er mer vanlige enn at de involverer seg for mye.

I forbindelse med medikamentutlevering og utførelse av medisinsk behandling, pekte legene i intervjuene på at sykepleierne igjen hadde et ansvar for at dette ble gjort riktig. De påpekte at legene av og til skrev feil i forordningene og henviste til at helsepersonelloven var tydelig på at sykepleierne likevel sto ansvarlig for de medisinene de ga. De viste også til at sykepleiere med erfaring ofte oppdaget slike feil og bidro til at disse ble rettet opp.

Flere leger trakk frem at sykepleierne i akuttmottak ofte hadde lang erfaring og at de derfor gjenkjente mange tilstander. De påpekte også at deres erfaring var viktig i akuttmottaket fordi de ofte jobbet sammen med uerfarne leger. Det ble påpekt at sykepleiernes erfaring sammen med legenes teoretiske dybdekunnskaper var en viktig kombinasjon for at pasienten skulle få den beste behandlingen. Legene berømmet sykepleierne for å ha reddet livet til flere pasienter gjennom dette samarbeidet og akuttmottakssykepleierne ble av flere leger beskrevet som "de beste sykepleierne". En lege uttalte følgende:

...de (sykepleierne) som har vært i mottak har sett så mye etter hvert. Og de er så brede i erfaringen sin, spesielt når de har jobbet noen år, at de er helt uvurderlige ressurser altså. Jeg tror de er de beste sykepleierne vi har. (...) ...og jeg har vært med på flere sykepleiere som har reddet liv på pasienter overfor uforsiktige eller uforsvarlige leger.

I forbindelse med at sykepleierne har reddet liv ble det i intervjusammenheng spurt om hvilken rolle legene opplevde at sykepleierne har i akutte situasjoner. Legene var enige i at sykepleieren måtte handle i henhold til sin kompetanse og de mente at dette også måtte innebære å gi medikamenter hvis hun hadde det for hånden. Det ble påpekt at dette var i henhold til helsepersonelloven. Legene forventet også at sykepleierne kunne gi støttende behandling i form av oksygentilførsel og væsketilførsel til pasienten



inntil legen kom, men at det var viktig at sykepleieren ga beskjed til lege parallelt med at hun håndterte situasjonen, slik at legen ble informert og kunne komme raskt. En lege eksemplifiserer dette ansvaret:

....[man må] gjøre det man må for på en måte å....ikke sant....hvis pasienten får 20 i puls og knapt er kontaktbar og du har atropin, klart du gir det...og så mens du ber om hjelp. Jeg vet ikke helt.....det er bare fornuftig bruk av ens faktiske kunnskaper og erfaring. Og sånn må det jo være.

I akutte situasjoner for øvrig, som hjertestans, deltagelse i traumeteam og lignende, beskriver legene sykepleierens rolle som viktig fordi sykepleieren bistår teamet og teamlederen med å holde oversikt. På den måten bidrar de i prosessen mot en diagnose og bidrar til å få frem opplysninger som gir legen beslutningsstøtte.

### 1.18.1

#### **Sykepleierens ansvar for å prioritere og organisere.**

Legene i denne studien viste til at sykepleierne i stor utstrekning er de som styrer og organiserer akuttmottaket. Kun én av legene trakk frem at sykepleierne står ansvarlig for utstyr og kontroll av utstyr, men flertallet trakk frem at ansvarshavende sykepleier fordelte oppgaver til sykepleierne og at ansvarshavende sykepleier avgjorde hvilke ressurser som skulle brukes hvor. Det ble påpekt av det var avgjørende for forsvarlig pasientbehandling i akuttmottaket at ansvarshavende sykepleier hadde god oversikt over pasienter i akuttmottaket og pasienter som var ventet inn til akuttmottaket. En lege forklarer det slik:

Den (ansvarshavende sykepleier) må vite hva det er som foregår fordi de gangene det ikke fungerer så får vi virkelig farlige situasjoner for (...) da får du disse teamutløsningene hvor pasienten allerede er i huset og det kan ta 5 og 10 minutter før du har folk på den stuen. Det går ikke.

Det ble i samme sammenheng poengtert at når sykepleierne styrer ressursene så må de også vite når de skal be om hjelp og sørge for å be om hjelp i tide.

I forbindelse med sykepleiernes ansvar for å planlegge, organisere og styre, ble det påpekt at sykepleierne noen ganger bruker for mye tid på pasienter med problemstillinger som akuttmottaket ikke kan hjelpe dem med. Legene peker på at sykepleierne i større grad bør være i stand til å prioritere bort de oppgavene de ikke kan gjøre noe med, slik at de heller kan bruke tiden sin på det som akuttmottaket kan hjelpe pasientene med. En lege utdyper dette:

Og så hender det kanskje at de påtar seg veldig mye sosialt ansvar... altså i forhold til pasienter hvor vi faktisk ikke kan løse de sosiale problemene for....og så blir de hengende fast i pasienter som har et langt problem i rus og psykiatri som vi dessverre ikke kan løse i mottak...

En annen lege peker på at det moralske ansvaret som sykepleierne noen ganger påtar seg, ved at de for eksempel ivaretar sosiale eller psykologiske problemstillinger, må prioriteres ned til fordel for ivaretagelse av det juridiske og medisinske ansvaret:

...i et akuttmottak med begrensede ressurser så blir det alltid nødt til at det moralske ansvaret går på bekostning av det medisinske ansvaret. Ergo så får du pasienter som ligger 11 timer og venter i mottak. Og du MÅ gjøre det, også med begge øynene åpne, og så får de pasientene bli så sinte som de bare vil og så får folk skrike og hyle om at dette er umoralsk og uetisk og alle mulig sånne ting, men poenget er det at med begrensede ressurser så er det resultatet. Så er det vanskelig å sette noen som både moralsk ansvarlig og faglig medisinsk ansvarlig, fordi de to tingene går ikke sammen.

Sykepleierne forventes, på linje med legene, å sørge for riktig prioritering av medisinsk behandling selv om dette går på bekostning av lang ventetid og belastning for pasienten.

### 1.18.2

S

#### sykepleieren som pasientens nærmeste.

Legene beskrev sykepleierne som nærmere pasientene enn dem selv. Som vist over, peker legene på at sykepleierne og legene samarbeider for å komme frem til riktig diagnose og behandling. I denne sammenhengen var det flere av legene som påpekte viktigheten av sykepleierens nære relasjon til pasienten slik at de kunne observere pasienten nærmere, sørge for at de hadde det bra på alle måter og registrere om tilstanden endret seg. Legene beskrev at sykepleierne hadde sitt arbeidssted nærmere pasienten enn dem selv og at sykepleierne ofte hadde tid til å være hos pasienten i motsetning til legene som "måtte tilbake til arbeidet".

Legene beskrev ikke at sykepleieren hadde et formelt ansvar for å overvåke pasienten, men de beskrev at sykepleierne hadde mer tid til pasienten og dens pårørende enn dem selv. Denne arbeidsfordelingen, hvor sykepleieren fulgte opp pasienten tettere og overvåket deres fysiske tilstand, var derfor naturlig og en viktig sykepleierrolle. En lege forklarte det slik:

For legen må som regel... etter å ha informert... må tilbake å jobbe, ta beslutninger  
 (...) ...jeg føler vel at de (sykepleierne) ser pasienten ofte litt mer enn det vi gjør.  
 (...) ...de er vel gjerne lenger der inne (på rommet til pasienten) enn hva vi er. Og  
 de har jo gjerne den og den pasienten som de har ansvar for, mens jeg føler at vi  
 (...) ...skal ha kontroll på fryktelig mye...(...) ...sånn at jeg føler at det er viktig at  
 de følger med på pasienten da, at pasienten er stabil og har det bra på alle måter.

Sykepleie-oppgaver som stell, leiring i seng, følging til toalettet og matservering blir i liten grad trukket frem av legene. Kun én av legene nevnte spontant slike oppgaver

som sykepleiernes ansvar, mens én annen lege nevnte disse oppgavene på slutten av sitt intervju i forbindelse med at han fikk se bildene som ble brukt i datasamlingen. Funnene antyder at legene anser at det er den medisinske behandlingen og diagnostikken i akuttmottaket som også bør være i fokus for sykepleierne. Arenaen for de ulike arbeidsoppgavene beskrives dog forskjellig. Mens sykepleieren utfører sine arbeidsoppgaver inne hos pasienten relaterer legen i sitatet over sine arbeidsoppgaver til en annen arena enn pasientrommet.

## DISKUSJON

### 1.19 Sykepleierens rolle som omsorgsperson.

Funnene i denne studien tyder på at både pasientene, legene og sykepleierne opplever sykepleierne som omsorgspersoner med fokus på pasienten som menneske. Det å skape trygghet, gi generell informasjon, se pasientens behov og sørge for at pasienten har det best mulig under omstendighetene var oppgaver som i dennes studien ble knyttet til å gi omsorg og dermed til sykepleierens rolle som omsorgsperson. Studier av pasienters tilfredshet i akuttmottak har vist til lignende funn. Taylor & Bengert (2003) viste at ansattes holdninger, informasjon, forventet ventetid i forhold til faktisk ventetid og mellommenneskelige ferdigheter var de faktorene som var mest avgjørende, og disse faktorene kan lett knyttes til omsorgsbegrepet og dermed sykepleierens rolle som omsorgsperson. En oversiktsartikkel fra 2004 viser at de ansattes mellommenneskelige ferdigheter er den absolutt viktigste faktoren for om pasientene opplever møtet med akuttmottaket som tilfredsstillende (Boudreaux & O'Hea, 2004).

Pasientene i denne studien har fremhevet sykepleiernes omsorgsrolle i tilknytning til å skape trygghet gjennom informasjon. Informasjon fremsto som den aller viktigste enkeltfaktoren for å redusere stress og skape trygghet og kontroll. Pasientene anga at de blir bekymret, redde og fortvilte av lang ventetid uten at de får informasjon, og pasientene i denne studien anså den generelle informasjonen som sykepleierens ansvar. At informasjon til pasienten påvirker pasientens tilfredshet og opplevelse av trygghet stemmer godt med funn i andre studier fra akuttmottak i ulike deler av verden (Bursch, Beezy & Shaw, 1993; Krishel & Baraff, 1993; Perez-Carceles, Girona, Osuna, Falcon & Luna, 2010; Thompson, Yarnold, Williams & Adamas, 1996).

Pasientene var de av informantene som beskrev sykepleierens omsorgsrolle som aller viktigst. De beskrev at sykepleieren var selve holdepunktet i tilværelsen deres og at det var sykepleiere som hadde størst påvirkning på hvordan de opplevde oppholdet i akuttmottaket. De følte at de ble kjent med sykepleierne og fikk en personlig relasjon til dem. Legene derimot, kritiserte sykepleierne for å fokusere for mye på

omsorgsrollen. Særlig når det var problemstillinger som akuttmottaket ikke kunne hjelpe dem med. De mente da at sykepleieren burde prioritere tiden sin bedre ved å fokusere på medisinske vurderinger og prioriteringer. Sykepleierne selv opplevde viktigheten av deres omsorgsbaserte rolle som et sted mellom legenes og pasientenes opplevelser, da de forsøkte å balansere mellom både den omsorgsbaserte rollen og den medisinsk orienterte rollen hvor de skulle prioritere og vurdere pasientene i henhold til medisinsk tilstand og hastegrad.

Høgskolelektoren Mette Karoliussen (2002) påpeker at fokuset på "pasienten" fremfor fokuset på "sykdommen" er det som tradisjonelt sett har karakterisert sykepleiefaget og skiller det fra legenes fokus på "sykdommen" selv om sykepleie har beveget seg nærmere medisinfaget. En stor litteraturstudie omkring sykepleierens rolle (hovedsakelig om fremveksten av "nursing practitioner" i akuttmottak) i akuttmottak fra USA, Canada og England viser til at sykepleierne i akuttmottak har fått en langt større medisinsk orientering enn tidligere (Hoskins, 2011). Det samme bekreftes av ulike aktører i Norge og i utlandet som viser til at sykepleie har gått fra en tradisjonell omsorgsrolle med fokus på pasienten, til en rolle som er mer teknisk, mer sykdomsorientert og med høye krav til medisinsk kompetanse (Holyoake, 2011; Karoliussen, 2002; Playle, 1995; Rolfe, 2006; Rosenzweig, 1993; Østby, 2012). Studieplanen til videreutdanning i akuttsykepleie viser også at sykepleieren i akuttmottak og andre akutte kontekster forventes å ha kunnskaper om en mengde medisinske tilstander, medisinsk utstyr og medisinsk behandling (*Studieplan. Videreutdanning i Akuttsykepleie*, 2012). Granados-Pembertty & Arias-Valencia (2013) viser imidlertid til at sykepleierens tekniske og medisinske orienterte fokus også kan gjøre at de gir mer og raskere omsorg. Granados-Pembertty & Arias-Valencia (2013) holder frem at dette viser seg i akuttmottak ved at pasientene som trenger umiddelbar medisinsk hjelp får bedre hjelp og omsorg fra sykepleierne fordi sykepleierne deltar i prioriteringen og identifiseringen av de medisinske behovene. På den måten ivaretar sykepleierne de pasientene som viser seg å ha et akutt behov som må håndteres raskt (Granados-Pembertty & Arias-Valencia, 2013). Også McCarthy et al. (2013) bekrefter i sin studie fra akuttmottak i Irland at sykepleierens rolle i akuttmottak ikke først og fremst dreier seg om omsorgsrollen, men at den likevel kommer til syne i mange av handlingene som sykepleierne utfører. Dette er interessant fordi det kan tyde på at

omsorg ikke er en selvstendig oppgave som blir prioritert i akuttmottaket, men at det er en oppgave som knyttes til måten andre praktiske oppgaver utføres på (McCarthy et al., 2013).

Til tross for denne økende medisinske orienteringen så viser Hoskins i sin litteraturgjennomgang (2011) til at sykepleierne ikke ønsker å miste sin sykepleieidentitet. Han påpeker at sykepleieres identitet er tilknyttet en holistisk tankegang som sykepleiere selv mener kan hjelpe dem å kommunisere mer effektivt med pasientene (Hoskins, 2011). Psykiateren Fagin og professor i psykiatri Antony Garelick, peker på at sykepleierne føler seg som hovedutøverne av den holistiske tilnærmingen til pasienten i forbindelse med omsorg, i motsetning til det de beskrev som den mer snevre medisinske, naturvitenskapelige tilnærmingen (Fagin & Garelick, 2004). Sykepleierens fokus på nettopp omsorgsrollen og fokuset på pasienten som helt menneske med sammensatte behov kom også til uttrykk i denne studien. Dette kom til uttrykk ved at sykepleierne påpekte viktigheten av å identifisere pasientens sammensatte behov til tross for at dette ikke umiddelbart viste seg i det første møtet. Sykepleierne i denne studien gjorde et poeng av at pasientene ofte hadde et opplevd behov som ikke nødvendigvis samstemte med deres totale sammensatte behov i medisinsk forstand.

Viktigheten av fokuset på omsorgsrollen bekreftes også av sykepleier og professor John F. Playle (1995). Han advarer mot at sykepleieforskning i sin streven etter å bli akseptert blir for positivistisk orientert slik at man mister fokuset på den individuelle omsorgen og behovet for å møte individer. Han påpeker at sykepleie er både en kunst og en vitenskap (Playle, 1995). Begge perspektivene må ivaretas og professor i sykepleie, Gary Rolfe ved universitetet Swansea i Wales, viser til at vitenskapelige studier ofte har kommet frem til generelle, gjennomsnittlige eller overordnet forståelser av en problemstilling som blir vanskelig å bruke i møtet med individer som alle er ulike og unike (Rolfe, 2006). Han fremhever at sykepleierne i møtet med mennesker må forholde seg til individets ulike behov og at kunnskap som gjelder på generelt grunnlag dermed ikke blir tilstrekkelig i møtet med enkeltindividene. Sykepleie som kunst innebærer dermed å vite hvordan man skal bruke den generelle kunnskapen tilpasset individet (Playle, 1995; Rolfe, 2006).

Legene i denne studien ga uttrykk for at sykepleierne hadde mer tid til pasienten enn dem selv. De knyttet derfor dette opp mot at sykepleierne kunne gi mer omsorg til pasientene enn de selv var i stand til når de måtte "tilbake til arbeidet" fremfor å være sammen med pasienten. Dette utsagnet er interessant fordi det kan tyde på at legene ikke først og fremst ser på sykepleie som en omsorgs-profesjon, men en profesjon med tilsvarende utgangspunktet som medisinfaget; med fokus på diagnostikk og behandling. Sykepleie ble dermed ikke sett på som en sidestilt profesjon med medisinen, men heller som en underordnet profesjon bestående av yrkesutøvere med mindre medisinske kunnskaper og mindre ansvar, og derfor mer tid til omsorgsoppgaver.

Sykepleierne derimot beskrev ikke at de hadde tid til overs for å yte rene omsorgsoppgaver, men de påpekte at de forsøkte å ivareta god omsorg for pasienten mens de gjorde andre oppgaver. For eksempel trakk sykepleierne frem at de kunne formidle trygghet (omsorg) ved å vise at de er trygge i utførelsen av de oppgavene de utførte. De trakk også frem at når de var trygge i jobben sin så var man også i stand til å ivareta medisinske behov samtidig som man kunne fokusere på pasienten og hans/hennes emosjonelle behov. Sykepleierne beskrev i stor grad sitt formelle hovedansvar som medisinsk orientert med fokus på rask og riktig prioritering, men overfor pasienten vektla de å utføre disse oppgavene på en måte som gjorde at pasienten følte seg ivaretatt som menneske.

I lys av dette beskrev sykepleierne at de ofte kommer i konflikt mellom ulike forventninger og at deres rolle utformes i skjæringspunktet mellom forventningene fra pasientene og forventningene fra legene. Sykepleieforskeren Staniszevska og Ahmed som begge er professor i sykepleie, viser til at pasientene har en tendens til å vurdere opplevelsen av den omsorgen de mottar (i dette tilfellet i møtet med sykepleieren i akuttmottaket) i lys av deres initiale forventninger (Staniszevska & Ahmed, 1999). Imøtekommelse av pasientenes forventninger blir derfor viktig for pasientens opplevelse av sykepleierens rolle og dermed også førsteinntrykket av sykepleierens rolle i akuttmottaket. Både leger, sykepleiere og pasienter i denne studien påpekte at



det er sykepleieren som møter pasienten først i akuttmottaket og at deres rolle dermed påvirker pasientens førsteinntrykk i stor grad.

Samfunnsforskeren Goffman (1992) peker på betydningen av det første møtet mellom to parter (i dette tilfellet pasient og sykepleier) i prosessen med å identifisere en annen parts rolle. Han forklarer at et førsteinntrykk blir skapt delvis av tidligere erfaringer og fordommer og delvis gjennom de erfaringene man tilegner seg gjennom møtet med den andre. Både sykepleieteoretikeren Peplau (1991) og Goffman (1992) peker på at det første møtet mellom to parter er preget av stereotype forventninger og Peplau (1991) fremhever at "sentrale aktører i samfunnet" har lært å se på sykepleierens rolle som assisterende for legen og som imøtekommende og ivaretagende omsorgspersoner. Hun peker på at dette har to årsaker, hvorav den ene årsaken er at sykepleiere selv fremstiller seg som hjelpere (omsorgspersoner) under kriser og på den måten etablerer en fordelaktig posisjon som assosieres med kulturell prestisje (Peplau, 1991). Denne forventningen stemte godt overens med den opplevelsen pasientene beskrev i denne studien da de pekte på sykepleierens rolle først og fremst som omsorgsperson. Siden pasientene hadde en forventning om at sykepleieren skulle være omsorgspersoner, og graden av imøtekommelse av forventninger påvirker pasientenes tilfredshet, så ble det første møtet avgjørende for pasientens opplevelse av sykehusoppholdet (Staniszewska & Ahmed, 1999).

Goffman (1992) beskriver at det er alminnelig enighet i dagliglivet om det første inntrykkets betydning og beskriver videre at de to partene (i dette tilfelle pasient og sykepleier) tidlig begynner å bygge opp de linjene som samspillet vil følge videre. Goffman (1992) beskriver at partene i det første møte (pasientene og sykepleierne) blir preget av et slags løfte som deltakerne blir forpliktet av og at partene forsøker å opprettholde sin rolle i det videre forløpet (Goffman, 1992). Sykepleierne opplever rollekonflikter og motstridende forventninger fra ulike parter som gjør at de må balansere mellom disse i sin rolle som sykepleier i akuttmottaket. Sykepleierne anså det som betydningsfylt å være omsorgspersoner samtidig som de innså viktigheten av å sørge for at pasientene fikk riktig medisinsk hjelp. Deres fokus på omsorgsrollen var derfor påvirket av den tiden og de ressursene de opplevde å ha i situasjonen. Når tiden og ressursene ikke ble oppfattet som tilstrekkelige ble deres fokus på omsorgsrollen

nedprioritert til fordel for deres medisinske ansvar og rollen som «evaluator». Sosiologen Antonovsky (2000) belyser sykepleierens rolle som omsorgsperson i møtet med manglende tid og ressurser og betegner det som en situasjon som ikke oppleves som "håndterbar". Antonovsky bruker begrepet «håndterbarhet» om det å føle at det finnes nok ressurser til rådighet slik at man kan klare å møte de kravene som man blir stilt overfor, og at dette er en sentral del i «opplevelsen av sammenheng» som han igjen knytter til mestring av tilværelsen (Antonovsky, 2000, s.35).

I diskusjonen om omsorg, informasjon, tilgjengelige ressurser og opplevelsen av sykepleierens rolle er det nærliggende å trekke inn Antonovsky (2000) sin teori om "opplevelse av sammenheng". Dette kan belyse hva som gjør at pasienten opplever informasjon og ivaretagelse så sentralt i den situasjonen de befinner seg i når de er i akuttmottaket. Antonovsky (2000) peker på at måten pasienten opplever omgivelsene på, påvirker deres opplevelse av mestring. På den måten kan hans teori være med på å belyse hvorfor pasientene opplever tilværelsen slik de gjør. I Antonovsky sin beskrivelse av "opplevelse av sammenheng" inngår uttrykkene "begripelig", "håndterbar" og "meningsfull" (Antonovsky, 2000). Sykepleierne beskrev for eksempel at pasientene tåler å vente lenger dersom de får informasjon som gjør at ventetiden oppleves forståelig; eller med Antonovsky (2000) sitt begrep - at de opplever ventetiden "begripelig". For at situasjonen skal være begripelig beskriver Antonovsky (2000) at den må oppfattes som kognitivt forståelig, ordnet, strukturert og med tydelig informasjon. Dette i motsetning til kaotisk, uordnet, tilfeldig og uforklarlig (Antonovsky, 2000, s.34). Både sykepleiere og pasienter i denne studien har gitt uttrykk for at god informasjon til pasienten bidrar til at pasienten i større grad får en forståelse for hva som er nødvendig prioritering og dermed opplever omgivelsene som ordnet og forståelige.

Omsorg i form av informasjon, trygghet og ivaretagelse av pasientene på ulike måter, kan knyttes til tradisjonelle forventninger til sykepleie som profesjonen. Likevel peker verken pasientene, sykepleierne eller legene i denne studien på at det å yte omsorg er en vitenskapelig tilegnet kunnskap. Sykepleier og historiker Marie Françoise Colliere (1986) peker på at sykepleiekunnskapen gjennom historien har blitt sett på som del av en naturlig medfødt kvinnelig egenskap, mer enn profesjonell yrkesutøvelse. Videre at

sykepleiekunnskapen har blitt underordnet den mannlige dominerte profesjonen – medisinen. Hun viser til at i motsetning til legeyrket, som baserer seg på vitenskapelig kunnskap<sup>7</sup>, så er sykepleieyrket i stor grad knyttet til praktisk kunnskap som ikke høster den samme akademiske anerkjennelsen (Colliere, 1986). Førsteamanuensis Kirsti Lauvås og Professor Per Lauvås ved universitetet i Oslo viser til at profesjonalitetens legitimitet hviler på at det særegne kunnskapsgrunnlaget er vitenskapelig fundert og de trekker frem at det eksisterer en forestilling om et kunnskapshierarki der vitenskapen er øverst og praktikerne er nederst (Lauvås & Lauvås, 1994). Dette plasserer sykepleierne som håndterer pasientene nederst i kunnskapshierarkiet og forsterker sykepleierens omsorgsrolle som underordnet legens medisinske rolle.

Pasientenes uttalelser i denne studien tydet på at de hadde tilsvarende opplevelse av sykepleiernes profesjonskunnskap. Dette viste seg ved at de for eksempel trakk frem at sykepleierne i liten grad trenger spesifikke medisinske fagkunnskaper for å utføre sin rolle. De begrunnet dette med at de vurderingene sykepleierne gjør er allmenne vurderinger og at sykepleierne jobber underordnet legen. Siden legen er den som har den juridiske myndigheten til å sette diagnoser, foreskrive medikamenter og ta formelle avgjørelser om pasientens behandling, så blir sykepleierens rolle opplevd som underordnet legen når de to rollene opererer sammen (*Innsatsstyrt finansiering 2006*, 2006; Peplau, 1991; *Rundskriv I-20/2001 Lov om helsepersonell m.v.*, 2001). Lauvås & Lauvås (1994) viser også til at det eksisterer et tydelig mønster som viser at jo mer profesjonalisert en yrkesgruppe er, desto mindre kontakt har de med klientene/pasientene. Den nære relasjonen mellom sykepleier og pasient kan dermed ses på som et tegn på at sykepleiefaget er lite profesjonalisert sammenlignet med legene. Kirkevold (2002) viser også til at sykepleievitenskap har hatt liten gjennomslagskraft og at sykepleievitenskapen har møtt mange barrierer på veien mot å bli en vitenskap i praksis.

---

<sup>7</sup> Vitenskapelig kunnskap er kunnskap som produseres gjennom forskning, mens praksiskunnskap i større grad produseres gjennom erfaringer i praksis (Kirkevold, 2002)

Til tross for dette, så fremkom det i denne studien at sykepleiernes omsorg (i form av informasjon, ivaretagelse av pasientens ulike behov, formidling av trygghet og lignende) var mye verdt for pasienten. Sykepleierne ble av pasientene holdt frem som viktigere enn legene for deres følelsesmessige opplevelse av sykehusoppholdet. Pasientene trakk frem at sykepleierne på mange måter ikke fikk den anerkjennelsen og statusen som de opplevde at de fortjente med tanke på hvor viktig deres rolle opplevdes for pasientene. I lys av dette kan man stille spørsmålet om hvem som egentlig tjener på at sykepleien skal være en vitenskap. Dersom en profesjonalisering medfører at sykepleierne fjerner seg fra pasienten så vil dette medføre at pasientene mister noe som for dem oppleves som verdifullt. Pasientene pekte på at nettopp det at sykepleieren er til stede; tar ansvar på tvers av profesjoner; sørger for kontinuitet og gir følelsen av å bli ivaretatt, var deres viktigste rolle. Dersom det å være en vitenskapelig profesjon innebærer å ha et mer avgrenset ansvar så samsvarer dette lite med det pasientene i denne studien verdsatte høyest. Dette er også Playle (1995) sin bekymring når han påpeker at sykepleierne ikke må miste det humanistiske perspektivet når sykepleieprofesjonen lener seg mot positivisme i sitt forsøk på å få anerkjennelse som vitenskap.

### **1.20 Sykepleierens motstridende rolle som medisinsk orientert vurderer.**

Som beskrevet i kapitlet over så innehar sykepleierne en rolle som omsorgsperson. Dette er i henhold til pasientens forventninger og sykepleiernes identitet, men sykepleierne selv beskriver rollen som observatør og «vurderer» som viktigere. Denne rollen innebærer at sykepleierne skal observere og gjøre vurderinger av pasientenes medisinske tilstand, og de beskriver at de da i større grad er medisinsk orientert, med fokus på sykdom og symptomer, fremfor pasientorientert - med fokus på ulike omsorgsfunksjoner. Det finnes også studier som bekrefter at det å få rett medisinsk behandling er pasientenes viktigste forventning til helsevesenet (Valentine, Darby & Bronsel, 2008). Sykepleierne viser dog på mange måter at omsorg kan utføres gjennom måten man utfører medisinsk vurdering på. Likevel viste deltagende observasjon, intervjuer og fokusgruppe med sykepleierne i denne studien at sykepleierne i travle perioder må jobbe raskt og effektivt gjennom å nedprioritere oppgaver som ikke er nødvendige for å opprettholde liv og helse. Det sykepleierne da nedprioriterer er

nettopp informasjon, tiden de bruker til å lytte til pasientene og serviceoppgaver som å severe kaffe eller se til at pasientene ligger godt; oppgaver som knyttes til omsorgsrollen. De oppgavene som knyttes til medisinsk behandling, for eksempel å måle blodtrykk, ta blodprøver, ta EKG og lignende har forrang og må utføres for å oppfylle kravet om forsvarlig pasientbehandling i henhold til helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 2001). Rollen som omsorgsyter og rollen som vurderer og utøver av medisinske prosedyrer står dermed i motsetning til hverandre i visse situasjoner, selv om de også kan integreres i mange tilfeller. Karoliussen (2002) viser til noe av det samme i sin beskrivelse av at sykepleierrollenes tradisjonelle fokus er pasientorientert, mens legene i større grad er sykdomsorientert. Til tross for at sykepleierne er bevisste forventningene fra pasientene om at sykepleierne skal være pasientfokuserte omsorgspersoner, så er deres formelle rolle i akuttmottaket mer basert på det å gjøre medisinske vurderinger og da spesielt i det første møtet med pasienten hvor sykepleierne utfører triage (*Akuttmottak - Funksjonsbeskrivelse for triagesykepleier*, 2013).

Sykepleierne beskrev at de brukte både klinisk blikk, tidligere erfaringer, legens innleggesskriv og Manchester Triage Scale (MTS) for å gjøre vurderinger av medisinske tilstander og pasientens hastegrad. Legene fokuserte på at sykepleierne måtte vurdere pasienten med tanke på diagnose, mens sykepleierne i større grad fokuserte på å vurdere pasientens hastegrad i forhold til den tilstanden de var i. Legene omtalte de sykepleierne som hadde gode medisinskfaglige kunnskaper som "flinke" sykepleiere. De tradisjonelle sykepleierkunnskapene knyttet til ivaretagelse, kommunikasjon og lignende ble ikke nevnt som viktige.

Ansvar for å gjøre de første vurderingene knyttet til hastegrad medførte, i henhold til sykepleiere og leger i denne studien, et langt større ansvar enn det pasientene ga uttrykk for at de opplevde. Pasientene pekte først og fremst på sykepleierens evne til å passe på at de hadde det bra, samt gjøre allmenne vurderinger av hvordan pasienten hadde det, mens både sykepleierne og legene fokuserte på at sykepleierens ansvar for å gjøre medisinske vurderinger var særdeles stort. Begge gruppene viste til at det kunne få store konsekvenser for pasienten dersom sykepleierne vurderte feil, fordi det ville kunne medføre for lang ventetid. Flere studier har pekt på viktigheten av å gjøre

riktige vurderinger i triage, og frykten for å ikke gjøre gode vurderinger på dette stadiet er derfor høyst reel (Göransson et al., 2005; Henneman, Blank, Gawlinski & Henneman, 2006). Sykepleiernes store betydning med hensyn til å forebygge feil vurderinger og prioriteringer ble også påpekt i et studie av Henneman et al. (2006) med den begrunnelsen at akuttmottaket er selve inngangsporten til sykehuset og feil som gjøres i akuttmottaket kan derfor påvirke hele det videre forløpet i sykehuset.

Sykepleierne i dennes studien uttrykte at de følte ansvaret for å gjøre korrekte vurderinger som belastende. De viste til at for å unngå å gjøre feilvurderinger var det ofte nødvendig å ha tid til å "nøste opp i" pasientens sammensatte problemer, noe som sto i kontrast til kravet om å gjøre raske vurderinger for å få oversikt over alle pasientene, og i kontrast til de tilgjengelige ressursene. Dette kan sees i sammenheng med Antonovsky (2000) sitt begrep "håndterbarhet", og illustrerer at sykepleierne ofte opplever sin rolle som uhåndterbar på grunn av ulike forventninger; krysspress; og begrensede ressurser.

Selv om sykepleiernes rolle som vurderer av medisinske tilstander kom ekstra tydelig frem i forbindelse med triage, så er ikke dette det eneste stedet sykepleierne utfører denne rollen. Både leger og sykepleiere i denne studien har pekt på at sykepleieren også gjør vurderinger når de overvåker pasientene i det videre forløpet i akuttmottaket. Sykepleierne beskrev også frykt for å gjøre feil i vurdering av pasientens medisinske tilstand i det senere forløpet. Vike et al. (2002) peker på dette forholdet i forbindelse med makt- og demokratiutredningen. Vike et al. (2002) har tolket sykepleierens generelle frykt for å gjøre feil i lys av at sykepleieren er institusjonens "siste fortolkningsinstans". Sykepleierne representerer den siste fortolkningsinstans fordi de jobber nærmest pasienten og må forholde seg til forhold som krever kontinuerlig tolkning og refleksjon og som når som helst kan endre seg og bli akutte. Selv om det er legene som behandler og har det øverste medisinske ansvaret formelt sett, så er det sykepleierne som er til stede hos pasienten, overvåker, fortolker endringer og dermed oppdager behovene for at legen skal behandle (Vike et al., 2002). Sykepleierne preges derfor av risikoen for å ha oversett noe (Vike et al., 2002). Oppfattelsen av sykepleiere som siste fortolkningsinstans samsvarer med det som kom frem i denne studien, der legene beskriver seg selv som innehavere av det endelige

medisinske ansvaret, men at de er avhengig av sykepleiernes kontinuerlige vurderinger. Som poengtert av Vike et al. (2002) representerer sykepleierne også første fortolkningsinstans i form av å være de første som møter pasienten, og som tolker pasienten og pasientdataene. Ved at de hele tiden vurderer pasientens tilstand representerer de derfor både den første og den siste fortolkningsinstans (Vike et al. 2002).

En systematisk oversiktsartikkel som har vurdert sykepleiernes rolle i forbindelse med triagering, konkluderer med at det foreløpig er for lite studier knyttet til sykepleierens rolle i triage til å kunne trekke konklusjoner i forhold til hvilken effekt dette har på pasientenes behandling og akuttmottakets organisering (Rowe et al., 2011). Noen studier har for eksempel vist at sykepleierne spiller en viktig rolle for å avdekke slagsymptomer og på den måten sørge for at pasientene får rask behandling, mens en studie fra Sverige om sykepleiernes medisinske vurderinger gjennom bruk av triage, viser at bare litt over halvparten av sykepleiernes vurderinger i triage var riktige (Bergman, Kindler & Pfau, 2012; Göransson et al., 2005; Krock & Massaro, 2008). En stor del av feilene lå i at sykepleierne overtriagerte<sup>8</sup>, og overtriagering er ikke uproblematisk i et akuttmottak som preges av mange pasienter samtidig og høy arbeidsbelastning (Göransson et al., 2005; Higginson, 2012; Pines et al., 2011; Trzeciak & Rivers, 2003). Hele hensikten med triage er å sortere ut de som det haster mest med for å sikre at disse får hjelp raskt (Mackway-Jones, 2011). Dersom overtriageringen er stor vil dette føre til at de tilgjengelige ressursene som skulle vært styrt til de pasientene som det haster mest å behandle, må fordeles på flere (Göransson et al., 2005).

Peplau (1991) beskriver at pasienten som oppsøker helsehjelp har et "opplevd behov" som de søker hjelp for av helsetjenesten. Dette "opplevde problemet" kan være mer eller mindre klart for pasienten og Peplau (1991) beskriver at dette ikke alltid samstemmer med det faktiske problemet som blir identifisert av helsepersonellet. Dette bekreftes av sykepleierne i denne studien som viste i intervjuene og fokusgruppen at de reflekterte over nettopp denne problemstillingen; at pasientens

---

<sup>8</sup> Overtriagerte brukes i betydningen av å gi pasientene en høyere hastegrad enn nødvendig (Göransson et al., 2005)

objektive problem kan være noe annet enn pasientens subjektive problem. De hadde ulikt syn på i hvilken grad de skulle fokusere på å kartlegge omstendighetene rundt pasienten for å avdekke de «reelle behovene». Noen sykepleiere pekte på at dette var viktig fordi man da kunne avdekke alvorlige tilstander som ikke var åpenbare, mens andre fokuserte på å gjøre raske vurderinger av livstruende symptomer knyttet til pust og blodsirkulasjon, for så å kartlegge pasienten nærmere senere i forløpet.

Til tross for at pasientene beskriver det som svært viktig å gi pasienten et godt første møte gjennom omsorg og ivaretagelse, så er altså sykepleiernes viktigste rolle, fra legers og sykepleieres ståsted, å fokusere på vurdering og prioritering av pasientene. Sykepleierne kom derfor ofte i en rollekonflikt der det ikke var mulig å leve opp til begge forventningene fullt ut. Noe lignende beskrives i en studie av Fagin & Garelick (2004) som viser til at sykepleierne ikke helt vet hvor deres lojalitet skal være i skjæringspunktet mellom pasient, lege, sykepleiere og den øvrige ledelse .

Både sykepleierne og pasientene i denne studien viste til hvordan sykepleierens rolle ble mindre i samsvar med pasientenes forventninger om omsorg og ivaretagelse, og mer orientert mot sykdom og vurderinger i samsvar med legenes forventninger, når tiden og ressursene opplevdes som utilstrekkelig. Sykepleierne beskrev at pasientene eller dens pårørende i slike situasjoner kunne bli utålmodige, sinte og irriterte. Dette kan i lys av Goffmans (1992) teorier tyde på at sykepleierens fremførte sin rolle på en måte hvor de ikke lenger har klart å balansere sin fremtreden på en slik måte at begge gruppene fikk inntrykk av at de var lojale mot dem. De har dermed avslørt en prioritering og lojalitet som ikke samsvarte med pasientenes vurdering av sykepleierens rolle. Dette kan i lys av Goffman (1992) kalles for en "dunkel hemmelighet" som sykepleierne i utgangspunktet forsøker å skjule for tilskuerne (pasientene). Når pasientene opplevde at sykepleierens pasientorienterte omsorg ble nedprioritert til fordel for medisinsk orienterte oppgaver, og at ventetiden i tillegg ble lang og uhåndterbar, så reagerte de med sinne og frykt for å ha blitt glemt. Goffman (1992) beskriver hvordan "tilskuerne" oppfordres til å tro på den "rollen" som blir fremført og at de oppgavene sykepleierne utfører dermed vil få de følgene som sykepleierne stilltiende påstår og at forholdene generelt skal være som de ser ut til å



være. Dermed er det naturlig at pasientene (og noen ganger pårørende) blir skuffet og sinte når det viser seg å ikke være slik.

Sykepleierne i denne studien fremstår som de bærer med seg en sykepleieidentitet hvor ivaretagelse av pasienten og tid til pasientene inngår i deres rolle, men at de samtidig har akseptert at medisinsk vurdering og prioritet må ha forrang. Et interessant funn er at sykepleierne forsvarer denne nedprioriteringen av mindre akutte problemstillinger, psykosomatiske problemstillinger og ivaretagelse av pasienten øvrige behov, med at dette kan ivaretas videre på sengepostene. Sykepleierne ser derfor ut til å ikke ha forkastet sin egen rolle og identitet som pasientorientert omsorgsperson, men heller at denne rollen er forskjøvet til et senere punkt i pasientforløpet.

### **1.21 Sykepleierens rolle som pasientens advokat – likeverdig eller paternalistisk?**

Det at sykepleieren er pasientens advokat eller talsmann er en kjent rolle som er beskrevet mange ganger. Norsk Sykepleieforbund kåret årets sykepleier i Norge i 2011 med begrunnelsen «hun er uredd, står på barrikadene og er pasientens advokat». Det amerikanske sykepleieforbundet (American Nurses Association (ANA)) beskriver i sine yrkesetiske retningslinjer at sykepleierne skal være pasientens advokat gjennom å fremme og beskytte pasientens helse, trygghet og rettigheter (*Code of Ethics for Nurses With Interpretive Statements*, 2010; Sodefjed, 2011). Den norske funksjonsbeskrivelsen for akuttisykepleiere nevner ikke rollen som sykepleierens advokat spesifikt, men beskriver at sykepleieren skal forebygge komplikasjoner og skader som kan bli påført pasienten gjennom undersøkelser og behandling (*Funksjonsbeskrivelse for Akuttisykepleiere*, 2011).

I denne studien er det også flere funn som tyder på at sykepleierne innehar rollen som pasientens advokat. Rollen blir beskrevet direkte av sykepleiere som bruker uttrykket "pasientens advokat" i intervjuer og fokusgruppe om deres ansvar for å fremme pasientens interesser overfor legen. Rollen blir også indirekte erkjent av pasientene når de beskriver at sykepleieren "passer på dem" for eksempel ved å sørge for at de får den hjelpen de trenger, og ved at sykepleierne sørger for at de undersøkelsene som er

bestilt blir gjennomført. Rollen som pasientens advokat ble av sykepleierne beskrevet som en rolle som fungerte på pasientenes vegne og hovedsakelig i møtet med legen. Sykepleierne ga uttrykk for at de opprettholdt rollen som pasientens advokat av særlig to årsaker. Den ene var begrunnet med etikk og hensynet til den svake part, med andre ord at pasienten ofte var en svak part med behov for en talsmann i ulike situasjoner knyttet til behandlingsforløpet. Den andre årsaken var at dersom sykepleierne kunne gi et inntrykk av at de "var på pasientens lag" så ville det bidra til at pasientene fikk tillitt til sykepleieren og dermed gjøre samarbeidet lettere. Tillit blir av Karoliussen (2002) forklart som det å ha en "overbevisende tro på at andre er i stand til å yte assistanse, og vil gjøre det, hvis det skulle bli nødvendig." Sykepleierne opplevde sin rolle som pasientens advokat som tillitsvekkende for pasienten og dermed et viktig bidrag for pasientens trygghet ved at pasientene kunne føle at de hadde en "alliert" fagperson i akuttmottaket som de kunne forholde seg til.

Det å være en alliert for pasientene eller å være på pasientens lag er en beskrivelse som kan belyses videre med Goffman (1992) sin teori om roller. Han bruker metaforene "lag" i sin beskrivelser av roller knyttet til en gruppe som samarbeider om en rutine hvor hensikten er å gi en gunstig definisjon av deres lags service. Sykepleierne, legene og pasientene kan dermed ses på som tre ulike lag og sykepleierne beskrev i denne studien at når de tar rollen som pasientens advokat så utgir de seg for å være på pasientenes "lag". Dermed kunne de oppnå pasientens tillit og fremme deres sak eller behov overfor det siste laget; i denne studien representert av legene. Rollen som pasientens advokat er derfor nært knyttet til å forsvare eller fremme pasientens interesser i relasjon til legen.

D. Hughes fra Universitetet i Wales og professor S. Snelgrove fra Morrision Sykehus i Swansea er begge professorer i folkehelsearbeid (Public Health) og politiske studier (Policy Studies). De peker på at sykepleierens rolle som pasientens advokat har blitt en etablert tenkemåte for å skape en bro mellom pasientenes og legenes perspektiver (Snelgrove & Hughes, 2000). Uttrykket "å skape bro" mellom pasienten og legens perspektiver er interessant fordi sykepleierne i denne studien ga uttrykk for det motsatte. De beskrev at ved å ta rollen som pasientens advokat måtte de samtidig vokte seg for å ikke skade samarbeidet med lege. Dette fordi de blant annet stilte

spørsmål på vegne av legen og på den måten kunne fremstå som kritisk. Dermed kan funnene i denne studien tyde på at sykepleierne ikke alltid bygger bro mellom pasient og lege ved å ta rollen som pasientens advokat, men at de tar denne rollen med det formål å styrke pasientens sak i møte med legen. Sykepleierne forklarte dette med at de blant annet har kunnskap som gjør dem i stand til å stille spørsmål til legen på pasientens vegne som pasienten ikke selv er i stand til.

Som sykepleieprofessor Foley og assisterende sykepleieprofessor Zomorodi fra universitetet i North Carolina, USA, peker på, så er det tradisjonelt legene som tar kliniske avgjørelser, men smertebehandling, symptombehandling og andre intervensjoner som er assosiert til deres avgjørelser utføres i stor grad av sykepleierne (Zomorodi & Foley, 2009). Dette er i overensstemmelse med funnene i denne studien der både leger, pasienter og sykepleiere påpeker at sykepleierne er utførerne av behandlingen, mens legen er den som formelt bestemmer hva som skal gjøres. Som både sykepleierne i denne studien og Zomorodi & Foley (2009) påpeker så setter dette fra tid til annen sykepleierne i en posisjon hvor de føler det etisk vanskelig å gjennomføre for eksempel en behandling som de er kritiske til eller mangler kompetanse og utstyr til å utføre på forsvarlig måte. Siden deres kompetanse i etikk er like høy som legenes etiske kompetanse så er det ingen grunn til at sykepleierne ikke skal involvere seg i nettopp slike avgjørelser og ta rollen som pasientens advokat på alvor (Zomorodi & Foley, 2009). Som følge av helsepersonelloven har sykepleierne også et selvstendig ansvar for å ikke gå utenfor sin faglige kompetanse, men dette beskriver sykepleierne som vanskelig å overholde i praksis fordi det er andres fravær eller andres manglende ansvar som ofte setter sykepleierne i slike situasjoner.

Både sykepleierne, pasientene og legene i denne studien viste til at sykepleierne oppnår en nærhet til pasientene som legene ikke har på samme måte. Sykepleierne formidlet at denne nærheten gir dem en større forutsetning for å forstå pasientens ønsker. De så på det som sitt ansvar å tolke pasienten slik at deres synspunkter kan fremmes. Snelgrove & Hughes (2000) viser til en tendens til at sykepleierne øker sin gjennomslagskraft for sine argumenter i kliniske avgjørelser nettopp gjennom å gjøre krav på å kjenne pasienten godt og på den måten bruke sin rolle som pasientens advokat for å vinne frem i argumentasjon. Ved å gjøre dette øker sykepleierne sin

deltagelse i avgjørelsene uten å skape rivalisering mellom profesjonene og uten å utfordre legen (Snelgrove & Hughes, 2000).

En amerikansk studie finner at sykepleierens rolle som pasientens advokat er spesielt viktig i akuttmottak siden akuttmottaket er selve porten inn til sykehuset og sykepleierne i akuttmottaket har i kraft av sin nærhet til pasienten en unik mulighet til å oppdage og forhindre feil (Henneman et al., 2006). Den samme studien forklarte dette med at sykepleierne følte det de kalte et «ubegrenset ansvar» for å hindre at feil ble gjort med pasienten og at de derav hadde en høy bevissthet om sitt ansvar for å forhindre slike feil (Henneman et al., 2006). Dette samsvarer godt med både beskrivelsen av sykepleierne i denne studien og med Olsvold (Olsvold, 2010) sine funn. Olsvold (2010) finner i sin doktorgradsavhandling at sykepleieren påtar seg ansvar både over og under sitt organisatoriske nivå i organisasjonen. I tillegg beskriver hun at sykepleierne føler seg som sentrum i begivenheter som angår pasientene og derfor føler seg ansvarlig for at "alt er i orden" rundt pasienten (Olsvold, 2010). Både pasientene og sykepleierne i denne studien beskriver noe tilsvarende når de forteller at sykepleierne gjør mange oppgaver utover det de formelt har ansvaret for og får anerkjennelse for.

Roller som pasientens advokat forbindes gjerne med et positivt fortegn hvor man beskytter pasienten mot etiske overgrep og fremmer pasientens helse og velvære (Zomorodi & Foley, 2009). Professor Bjørn Hoffmann ved Senter for medisinsk etikk beskriver at det å forsvare pasientens autonomi har blitt et viktig anliggende i helsevesenet som et mottrekk mot paternalisme (Hoffmann, 2002). Zomorodi & Foley (2009) påpeker at det er både likheter og motsetninger mellom konseptet pasientens advokat og begrepet paternalisme, noe som gjør det nødvendig å diskuteres begge begrepene i denne sammenheng for å bli bevisst den hårfine balansen mellom dem.

Paternalisme kommer av det latinske ordet "pater" som betyr "far" og beskriver den handlingen som gjøres på vegne av andre til den andres beste, når den andre ikke har informasjon eller evner til selv å ta en velinformert valg (Nortvedt, 2008; "Paternalisme," 2014). Ordet har gjerne et noe mer negativt fortegn enn uttrykket "pasientens advokat" fordi paternalisme står i kontrast til begrepet "autonomi" som

innebærer retten til å ta selvstendige avgjørelser (Zomorodi & Foley, 2009). Paternalisme er dermed en handling som gjøres for å fremme en annens interesser eller hindre skade, men uten den andres samtykke. Paternalisme deles videre inn i myk og hard paternalisme hvor myk paternalisme betegnes som det å begrense friheten til for eksempel pasienten ut ifra begrunnelsen at personen ikke er kompetent til å foreta velinformerte valg (T.L Beauchamp & Childress, 2001; Nortvedt, 2008; Zomorodi & Foley, 2009). Nortvedt (2008) påpeker at frihetsbegrensning (ved bruk av paternalisme) bare kan begrunnes når hensikten er å hindre skade for andre, men at det er personens mangel på beslutningskompetanse som gjør at paternalismen er "myk" og ikke "hard".

I akuttmottaket tyder denne studien på at mild paternalisme benyttes når det er nødvendig å for eksempel gjøre raske avgjørelser og prioriteringer for å redde liv og helse eller for å kunne utføre en medisinsk forsvarlig vurdering av alle. Deltagende observasjon og intervjuer viste at det i noen tilfeller tar lang tid å forklare og informere pasientene på en måte som setter dem i stand til å ta avgjørelser om egen helse samtidig som det er avgjørende å gi rask behandling. I slike tilfeller blir medisinske avgjørelser tatt på vegne av pasienten uten at pasienten nødvendigvis forstår hva som blir gjort. På denne måten utøver sykepleierne sammen med legene myk paternalisme.

Dilemmaet som flere sykepleiere påpekte var at det også blir oppfattet som nødvendig å ta avgjørelser og valg på pasientens vegne når det ikke var hensynet til den enkelte pasient (autonomiprinsippet) som var utslagsgivende, men hensynet til at knappe ressurser krevde rask vurdering slik at alle fikk en forsvarlig helsehjelpen (likhetsprinsippet). De pekte på at når de opplevde mange pasienter og lite tid, så ble de raske medisinske vurderingene og avgjørelsene tatt av helsepersonell på vegne av pasientene. Antonovsky (2000) belyser hvordan slike dilemmaer påvirker mennesker (i dette tilfellet sykepleierne). Når sykepleierne led under opplevelsen av manglende tilgjengelige ressurser knyttet til å svare til alle forventningene, så opplever sykepleierne at omgivelsene ikke blir "håndterbare". Dette påvirker hvordan de opplever rollen som sykepleiere og kan forklare det informantene forteller om at de opplever en diskrepans og et krysspress i forhold til de mellom de ulike gruppene. Det viser også en diskrepans og et krysspress mellom de formelle prosedyrer som må

utføres og en indre etisk identitet som sykepleiere som er knyttet til omsorg og ivaretagelse av autonomi for pasientene.

### **1.22 Sykepleierens rolle som mellomledd og samarbeidspartner.**

I denne studien kom det frem at sykepleierens rolle stadig havner i skjæringspunktet mellom pasientenes forventninger og legens forventninger. De tar blant annet på seg rollen som pasientens advokat i pasientens møte med legen, samtidig som de ser viktigheten av å ha et godt samarbeid med nettopp legene. Sykepleierens rolle er beskrevet som uselvstendig i pasientenes øyne, mens legene beskriver dem som likeverdige og med en gjensidig avhengighet mellom leger og sykepleiere. Deltagende observasjoner viste imidlertid tegn på at sykepleierne i noen situasjoner hadde en underlegen rolle i praksis.

Olsvold (2010) og flere andre peker på at sykepleierne stadig nærmer seg medisinen ved å overta praktiske legeoppgaver, gjerne lav-status oppgaver som legene selv er glad for å kunne overlate til andre, og på den måten skiller de seg lite fra medisinen i de praktiske gjøremålene. Sykepleierne i denne studien beskrev det å ta arterielle blodgasser og det å legge urinkateter på menn som oppgaver som de hadde begynt å gjøre og som tidligere var forbeholdt legen. Uten den samme juridiske myndigheten og rettighetene til å forordne behandling eller sette diagnoser blir sykepleiernes rolle likevel underordnet og avhengig av legen (Fagin & Garelick, 2004; Holyoake, 2011; Snelgrove & Hughes, 2000).

Dette kan være med på å forklare hvorfor sykepleierne ofte blir omtalt som et mellomledd. Både sykepleierne selv og pasientene brukte dette uttrykket om sykepleierens rolle i akuttmottaket og måten leger og sykepleiere kommuniserer på kan også forsterke dette inntrykket. Det foregår liten grad av felles meningsutvekslinger, men kommunikasjonen bærer stort preg av å være en formidling av beskjeder frem og tilbake. Sykepleierne beskrev også i forbindelse med rollen som mellomleddet at pasienter og pårørende kunne bli sinte og irriterte over lang ventetid på legen, men siden det var sykepleierne som var til stede så var det sykepleierne som måtte ta imot kritikk på vegne av legen. Dette påpekte de som en ugunstig rolle. Pasientene brukte uttrykket mellomledd mer i sammenheng med de praktiske

oppgavene som de oppfattet at sykepleierne utførte på vegne av legene og at de dermed fungerte som legens assistent eller mellommann.

I ulike situasjoner beskrev sykepleierne i denne studien at de kunne komme i situasjoner der de ble nødt til å ta avgjørelser eller ta ansvar selv om dette formelt sett var utenfor deres ansvarsområde eller kompetanseområde. I noen tilfeller opplevde sykepleierne at dette skyldtes at legen ikke bisto med avgjørelser som måtte tas, mens andre ganger var det akutte situasjoner som hjertestans eller blodtrykksfall som kunne oppstå uten at legen var til stede. Eriksson, Pedersen, Tennås & Törstad (2013) påpeker nettopp at dette ofte forekommer og at sykepleierne derfor er i behov av økt kompetanse for å fylle sin rolle på forsvarlig vis. I slike situasjoner fortalte sykepleierne at de gikk inn i utvidede roller og påtok seg ansvar. Både leger og sykepleiere poengterte at det neppe kan forsvares å ikke ta ansvar dersom man kan, men mens legene opplevde at sykepleierne tok ansvar på slike måter som positivt, så beskrev sykepleierne dette som negativt. De beskrev en frustrasjon over at andre ikke fylte sine roller og sitt ansvar, noe som gjorde at sykepleieren stadig måtte "steppet inn" i rollen og fungerte som en "vikar" eller et mellomledd inntil mer kvalifisert personale var på plass for å ta sin rolle. I slike situasjoner kan det se ut som at sykepleierne føler et etiske ansvar i forhold til pasienten mens legene i større grad viste til helsepersonelloven og sykepleiernes juridiske ansvar for å handle. Legene uttrykte at de forventet at sykepleierne tok nødvendig ansvar, også med tanke på medisiner og tiltak som vanligvis er forbeholdt legene, igjen med begrunnelse i helsepersonelloven som pålegger alt helsepersonell å handle i henhold til kompetanse (Helsepersonelloven, 2001).

Lauvås & Lauvås (1994) påpeker at i motsetning til andre yrkesgrupper som for eksempel fysioterapeuter, ergonome og sosionome så har sykepleierne nærmet seg legenes domene fremfor å søke sitt eget. Dette bekrefter også professor i mental helse, Holyoake (2011), som beskriver hvordan sykepleierne i større grad gjør seg avhengig av medisinen ved å stadig ta over legenes oppgaver.

Paradoksalt nok ga sykepleierne i denne studien uttrykk for at de hadde en svært selvstendig rolle og pekte på at det var de som så pasienten først og at det var deres

vurderinger som genererte videre legetilsyn. Dette bekreftes av blant andre høgskolelærer for videreutdanning i akutt sykepleie, Ulrika Eriksson, som skriver at sykepleierne må kunne håndtere situasjoner som endrer seg raskt når legen ikke er til stede og at de må kunne iverksette tiltak for å sikre vitale funksjoner når dette er nødvendig (Eriksson et al., 2013). Til tross for kunnskapen som sykepleierne kan inneha i forhold til å forstå tilstander og gjøre vurderinger, så er det fortsatt kun leger som har rett til å sette diagnoser og foreskrive behandling, og sykepleiernes rolle blir dermed fortsatt avhengig av legen (Helsepersonelloven, 2001; *Innsatsstyrt finansiering 2006*, 2006).

I dette bildet trer hva som kan synes som en form for ambivalens frem. Sykepleierne ser på den ene siden ut til å oppleve det å ta over legeoppgaver som en form for økt selvstendighet, mens de på den andre siden etterspør større grad av klarhet i og derav trygghet i oppgave- og ansvarfordeling. I akuttmottaket innebærer det å kunne utføre flere medisinske prosedyrer at man unngår å måtte vente på legen og på den måten være avhengig av legen. Når sykepleieren har tilegnet seg kunnskaper og erfaring om hvilke prøver og undersøkelser som bør gjøres i forhold til den enkelte pasient, uten at legen har forordnet disse, så kan det gjøre at sykepleierne føler at de fremstår mer selvstendige i arbeidet. Det å håndtere medisinske prosedyrer og oppgaver på en selvstendig måte kan selvfølgelig også ses i sammenheng med den anseelse medisinen og legeutdannelsen har, og det å mestre denne type oppgaver kan derfor anses å gi økt prestisje både til den enkelte sykepleier og sykepleie som profesjon. I henhold til Holyoake (2011) er dog dette kun enda et tegn på sykepleiernes avhengighet av medisinen og legeprofesjonen.

Legene påpekte at sykepleiere og leger er gjensidig avhengig av hverandre. Legene beskrev at de opplever samarbeidet med sykepleierne som viktig for å oppnå rask diagnostikk og behandling og vektla sykepleiernes selvstendige rolle og ansvar i den medisinske vurderingen. Dette selv om de ser på seg selv som ansvarlige for den endelige medisinske behandlingen i akuttmottaket. De fremhevet viktigheten av å ha sykepleiere tilgjengelig og beskriver at mange sykepleiere i akuttmottak er faglig dyktige og har lang erfaring. De påpeker videre at sykepleiernes erfaring, sammen med legenes teoretiske kunnskap, er viktig for at pasienten skal få den beste behandlingen.



Legens syn på samarbeidet handler i stor grad om at sykepleieren skal være medarbeidere i prosessen for å komme frem til riktig diagnose og de anser sykepleierne som nære samarbeidspartnere mot samme mål for pasienten.

Ut fra en slik beskrivelse kunne man tro at samarbeidet mellom de to partene var et tverrfaglig og likeverdig samarbeid, men deltagende observasjon viste at det var liten grad av felles vurderinger mellom lege og sykepleier. Lauvås & Lauvås (1994) viser til at et samarbeid som er tverrfaglig, er en samarbeidsform hvor de ulike aktørene ser på det som sin oppgave å lage en felles "syntese" eller et felles "produkt". Dette er forskjellig fra flerfaglighet fordi ved flerfaglighet vil en av partene lage "produktet"/"syntesen" mens de andre bidrar ved informasjonsinnhenting (Lauvås & Lauvås, 1994). Samarbeidet mellom leger og sykepleiere i akuttmottaket fremstår derfor mer som flerfaglig enn tverrfaglig til tross for at legene ønsker sykepleierne velkomne til å bidra med sine synspunkter. Om den manglende tverrfagligheten skyldes at legene ikke inkluderer sykepleierne eller om det skyldes at sykepleierne i for liten grad tar ansvar for å bidra i vurderingene, kommer ikke tydelig frem i denne studien, men Fagin & Garelick (2004) viser til et interessant funn hos Parks (1979) i denne sammenheng. Parks (1979) beskriver at samtidig som mange fokuserer på at samarbeidsformene mellom lege og sykepleiere er hierarkisk fremfor demokratisk, så eksisterer det også en tolkning fra sykepleiernes side om at legens umiddelbare respons enten er støttende eller ikke-støttende, avhengig av om responsen er positiv eller negativ. En uenighet blir med andre ord oppfattet som ikke-støttende fremfor en faktisk korreksjon eller konstruktiv utveksling av idéer (Parks, 1979). I henhold til Fagin & Garelick (2004) så er slike usagte oppfatninger indikasjoner på at det fortsatt er forventninger om et paternalistisk og hierarkisk forhold mellom leger og sykepleiere, til tross for at sykepleierne krever å være en sidestilt profesjon. De påpeker også at slike ikke-uttalte problemstillinger bidrar til konflikter når ulikhetene blir avslørt (Fagin & Garelick, 2004).

Mange studier som har belyst samarbeidet mellom leger og sykepleiere påpeker at legene er langt mere positive i forholdet til samarbeidet med sykepleierne enn hva sykepleierne er i forhold til samarbeidet med leger (Fairbanks, Bisantz & Sunm, 2007; Hoftvedt, Falkum & Akre, 1998; Thomas, Sexton & Helmreich, 2003). Dette ser ut til å

stemme med funnene også i denne studien hvor legene gir uttrykk for likeverdighet og gjensidig avhengighet, mens sykepleierne peker på ansvarsfraskrivelse, dominans og fraskrivelse av felles ansvar. Dette til tross for at slike uoverensstemmelser ikke ble observert gjennom deltagende observasjoner. Sykepleierne i intervju og fokusgruppe ga også eksempler på hvordan de skjulte sine uoverensstemmelser med legen i påsyn av pasientene, ved for eksempel å vise legen hvordan han selv skulle utføre enkle prosedyrer, fremfor å åpent formidle at de syntes det var unødvendig av legen å påkalle sykepleieren for å få det gjort.

Goffman (1992) påpeker at når medlemmene av et "lag" trekker seg unna slik at tilskuerne ikke kan se eller høre dem å er det svært vanlig at de snakker nedsettende om sitt publikum (Goffman, 1992, s. 143). Goffman kaller dette for bakvaskelse og sier at denne bakvaskelsen bidrar til å opprettholde "lagets" solidaritet i forhold til hverandre på bekostning av dem som ikke er til stede. I fokusgruppen med sykepleierne kom dette fenomenet frem i diskusjonen. Informantene applauderte og bekreftet hverandres utsagn når de snakket nedlatende om legene som ikke var til stede og gjennom dette viste de at de verdsatte hverandre. Dette kan også, i henhold til Goffman (1992), fungere som en kompensasjon for tapet av selvrespekt som kan inntreffe når publikum (i dette tilfellet legene) må behandles på en måte som glatter over uoverensstemmelser når de er til stede. Den kritikken som sykepleierne rettet mot legene i fokusgruppen var ikke synlig i deltagende observasjon. I deltagende observasjon møtte leger og sykepleiere hverandre med en høflig tone og klare rollefordelinger tilsynelatende uten konflikter. Mens Fagin & Garelick (2004) og Holyoake (2011) forklarer dette med "the doctor-nurse-game" så forklarer Goffman (1992) det med at hvert "lag" forsøker å kontrollere inntrykk og unngå konflikter. Goffman (1992) beskriver at dersom den opptredende (i dette tilfellet sykepleieren) skulle kritisere legen i påhør av tilskuerne (i dette tilfellet pasientene), så ville det vært ødeleggende for den "opptredenen" som laget (i dette tilfellet helsepersonell som et felles lag) fremfører. Sykepleierne viste i denne studien at de ikke ønsket å skape konflikter med legene i påhør av pasientene og Goffman (1992) forklarer dette med at en åpen krangel kan føre til at publikum (i dette tilfellet pasientene) får innsyn "bak kulissene" og dermed får en fornemmelse av at det foregår noe som ikke bør foregå. Dette siden de som kjenner opptredenen best, tilsynelatende ikke er enige (Goffman,

1992). Den høflige og underordnede rollen som sykepleieren inntok og som viste seg i deltagende observasjoner, parallelt med bakvaskelsen som fremkom i fokusgruppen, kan derfor tyde på at det eksisterer underkommuniserte uoverensstemmelser. Disse underkommuniserte overensstemmelsene ser ut til å kunne forsterke tapet av selvrespekten og skaper behov for bakvaskelse for å gjenopprette sykepleiernes egen selvrespekt. Det forhold at akuttmottak er preget av mange erfarne sykepleiere sammen med mange uerfarne leger vil kunne forsterke denne opplevelsen. Sykepleierne viser til nettopp det at de opplever å ha mye kunnskaper i form av tidligere erfaringer, mens det ofte er uerfarne leger med lite erfaring som har den formelle myndigheten til å ta avgjørelser. Fagin & Garelick (2004) viser i sin studie at de har funnet den samme adferden og samme form for «bakvaskelse», og knytter dette direkte opp til det de kaller "the doctor-nurse game"<sup>9</sup> hvor sykepleieren spiller en underlegen rolle for at hennes argumenter skal vinne frem i samarbeidet med legen. Fagin og Garelick (2004) påpeker at det er slående at rollene som sykepleiere og leger «spiller» i sykehuset fortsatt er så hierarkisk preget siden det ofte er erfarne sykepleiere som veileder uerfarne leger i den daglige praksisen (Fagin & Garelick, 2004).

Holyoake (2011) belyser videre den tilsynelatende uselvstendige rollen sykepleieren har som mellomledd gjennom sammenligninger med "the doctor-nurse game". I dette "spillet" skulle sykepleierne være selvstendige fagpersoner som skulle fremme sine egne vurderinger, men uten at dette fremsto som sykepleierens initiativ (Holyoake, 2011; Snelgrove & Hughes, 2000; Stein & Wis, 1967). Siden legene ga uttrykk for at de forventet at sykepleierne åpent skulle gi uttrykk for sine vurderinger, kan det umiddelbart se ut som at "the doctor-nurse-game" ikke eksisterer som en del av spillereglene ved mottaket jeg har studert. Holyoake (2011) argumenterer imidlertid for at dette spillet på ulike måter fortsatt kan pågå, selv om det kanskje ikke er like synlig. Sykepleierens rolle fremstår, i relasjon til medisinen, som en assistentrolle og dette blir trukket frem som et tegn på at sykepleierne ikke har gjort sin rolle synlig som

---

<sup>9</sup> . I "the doctor-nurse-game" var "lekens hensikt" at sykepleieren skulle være frimodige og initiativrike og ansvarlige for å komme med gode forslag, men samtidig underdanige og ydmyke. De måtte alltid fremtre slik at forslagene så ut til å komme fra legene selv (Stein & Wis, 1967). Den viktigste "regelen i leken" var at åpen uenighet mellom sykepleier og lege aldri måtte forekomme. Samtidig skulle sykepleierne komme med anbefalinger uten å fremstå som at det var dette hun gjorde (Stein & Wis, 1967).

selvstendig profesjon (Holyoake, 2011). Det at alle informantgruppene i denne studien så på sykepleieren som et mellomledd fremfor å se de som selvstendige bidragsytere er med på å bekrefte dette.

Dersom vi derimot ser på sykepleierens rolle som mellomleddet i lys av Goffmans (1992) sin teori om rollen han kaller "mellommannen", så kan denne tilsynelatende underdanige rollen forklares av helt andre mekanismer. Siden "mellommannen" i henhold til Goffman (1992) er en selvmotsigende rolle så fremstår behovet for at visse forhold overbetones, mens andre forhold skyves i bakgrunnen. Goffman (1992) beskriver hvordan mellommannen, som er medlem av to lag, innehar en rolle som vil vakle i sin lojalitet fra det ene øyeblikket til det andre. Dette stemmer godt overens med den beskrivelsen som de ulike informantene har gitt av sykepleierne. I denne studien har sykepleierne blant annet beskrevet sin rolle som pasientens advokat som en viktig rolle. De tre informantgruppene ble i denne beskrivelsen karakterisert som 3 ulike "lag" og i rollen som pasientens advokat ga sykepleierne inntrykk av å være på pasientens "lag" for å vinne pasientens tillit og samarbeid. Samtidig kan man se på laginndelingen i akuttmottaket på en annen måte, nemlig som to "lag" der sykepleiere og leger danner et felles "lag" som helsepersonell. Når legene fokuserer på samarbeidet med sykepleierne mot et felles mål, så antyder de at de anser sykepleierne på samme "lag" som seg selv. Studien viser at selv om sykepleierne ofte fremhever konflikter mellom legene og sykepleierne er også legene en anerkjent lagspiller. Dermed spiller sykepleierne, i lys av Goffman (1992), tilsynelatende på to lag, og de må vokte seg nøye for å ikke bli avslørt som hyklere av en av lagene.

Som et resultat av dette kan deres selvstendige rolle bli nedtonet og man kan si at sykepleierne definerte sin rolle mer selvstendig "backstage" enn hva de ga inntrykk av "frontstage" (Goffman, 1992). Sykepleiernes tilsynelatende mangel på tydelighet eller selvstendighet som profesjon (frontstage) kan derfor representere en del av sykepleiernes kontinuerlige «situasjonsdefinisjon» i den forstand at de ofte leser spillet på en slik måte at det er å foretrekke, for alle parter, at sykepleierens rolle fremstår som underordnet legen.

Olsvold (2010) har i sin doktorgrad funnet at sykepleierne tar på seg en mengde uspesifikke oppgaver som ingen andre har tydelig ansvar for. Funnene i min studie indikerer at sykepleierne opplever det samme i akuttmottaket. Mens legene beskriver at en stor del av ansvaret med fordel kan være flytende, beskriver sykepleierne at alt ansvar som ikke er begrenset til andre, faller på dem selv. De påpeker blant annet at legene ikke rydder opp etter seg og at dette er en oppgave som sykepleierne blir pålagt å utføre fordi det ellers ikke blir gjort av noen. De påpeker at de oppgavene som legene utfører er de oppgavene som er definert som deres og dette er i samsvar med funn fra Olsvold (2010) som peker på at legene har et mer organisatorisk avgrenset ansvar enn sykepleierne. Sykepleierne stiller seg kritiske til hvorfor rydde- og vaskeoppgaver faller på dem som sykepleiere, men ikke på legene som også er brukere av rom og utstyr. De påpekte også at knyttet det at legene brukte sykepleierne til å utføre enkle handlinger (for eksempel gi pasienten vann å drikke eller måle blodtrykk) som maktdemonstrasjon over dem.

Dette kan også forstås i lys av Goffman (1992) som beskriver at alle roller har det han kaller en "fasade". Han bruker uttrykket "fasade" om den delen av en persons opptreden som stadig fremtrer på en generell og fastlagt måte, med henblikk på å definere situasjonen for dem som ser på (Goffman, 1992, s. 27). Han beskriver videre at uttrykket "fasade" kan deles inn i uttrykkene "mannerer" og "ytre". Det "ytre" omfatter de synlige symboler eller stimuli som opplyser om den opptredendes sosiale status og i denne studien kan det for eksempel være legefrakken som er et ytre tegn på at rolle innehaveren tilhører legens "lag". "Mannerer" henspeiler til rolle innehaverens oppførsel eller fremferd som tar sikte på å spille den foreliggende situasjonen (Goffman, 1992). Som Goffman (1992) påpeker så har vi alle en forventning om at det skal være et samsvar mellom det ytre og mannerene. I lys av dette kan vi tolke at legene i denne studien bevisst unngår visse oppgaver som de mener er under deres rang eller verdighet. Goffman (1992) påpeker at det forekommer en fordeling av oppgaver etter "rang" eller "verdighet", blant annet i helsevesenet, tilknyttet de mannerene man ønsker å knytte til sin ytre fremtreden (Goffman, 1992). Også Snelgrove & Hughes (2000) viser i sin studie til at legene gjerne overlater lavstatusoppgaver som å ta EKG og legge intravenøse infusjoner til sykepleierne og dette medfører at flere oppgaver blir overført til sykepleierne, og at legens

arbeidsbyrde blir lettere. Fagin & Garelick (2004) viser også til at det eksisterer en tendens til at legers tid oppleves som mer verdifull enn sykepleiernes tid.

Fagin & Garelick (2004) peker for øvrig på mange elementer som viser at sykepleieren er underordnet legen, men at både sykepleiere og leger tilpasser seg sosiale ritualer og etikette for å samarbeide om et felles mål, pasientens beste.

### **1.23 Sykepleierens rolle som organisator.**

I henhold til både leger og sykepleiere i denne studien så er det først og fremst sykepleierne som organiserer den daglige driften i akuttmottaket innenfor de rammene av bemanning, økonomi og fysisk handlingsrom som er tildelt akuttmottaket. Både sykepleiere og leger påpeker at organisering av akuttmottaket først og fremst handler om pasientsikkerhet og at sykepleierne da får en sentral rolle for å styre ressurser til rett sted. Dette fordi sykepleierne er de som ser pasientene først, er de som sitter med den totale oversikten over pasienter, bemanning rom og ressurser, og fordi det er sykepleierne som i stor grad tilkaller lege ved behov og utløser alarmer ved behov for assistanse av større team. Denne organiserende rollen er i liten grad beskrevet i artikler eller studier i Norge eller i utlandet, men makt- og demokratiutredningen beskriver at sykepleiere påtar seg et organiserende ansvar for å koordinere og kvalitetssikre andre gruppers arbeid med pasienten (Vike et al., 2002).

Pasientsikkerhet i akuttmottaket handler i henhold til Ciesielski & Clark (2007) om disse områdene: prioritering av pasientbehov, stabiliserende tiltak, overvåkning og å effektivt utføre betimelig og trygg pasientdisposisjon. Dette stemmer godt overens med funnene i denne studien som peker på at sykepleierne utfører eller er ansvarlige for disse oppgavene i stor grad. Det er i henhold til denne studien sykepleierne i akuttmottaket som utfører triage og på den måten prioriterer pasientbehov. Det er også påpekt at sykepleierne initierer og deltar i stabiliserende tiltak, at de overvåker pasienten etter at legen har gått og at de bidrar til å sikre at legen ordinerer tiltak som sykepleieren deretter utfører.

Antall henvendelser til akuttmottak har økt betraktelig de siste årene av ulike årsker (Ciesielski & Clark, 2007; Engebretsen et al., 2013). Det har derfor vært et økende behov for å organisere akuttmottakene på en måte som sikrer pasientsikkerheten når det er lang ventetid og opphopning av pasienter (L.P Bjørnsen & O. Uleberg, 2011; Engebretsen et al., 2013). Sykepleierne gjennomfører derfor triage som metode for å skape oversikt også når opphopning av pasienter skaper lang ventetid og mange arbeidsoppgaver.

Det har de siste årene blitt diskutert med stort engasjement hvordan akuttmottakene bør endres for å skape bedre pasientflyt, kortere liggetid og raskere behandling (Tenzin, 2010; Thorne, 2013). Likevel er lite studier tilgjengelig som viser hvordan akuttmottakene faktisk er organisert i dag. Debatten om norske akuttmottak har i stor grad dreid seg om sykehusets overordnede organisering av akuttmottaket og legenes rolle, men lite om den måten sykepleierne bidrar til å organisere akuttmottakets drift på daglig basis (Tenzin, 2010; Thorne, 2013). Dette til tross for at det påpekes at det er sykepleierne som har sitt faste tilholdssted i akuttmottakene i Norge, mens legene er organisert i andre enheter (Tenzin, 2010; Thorne, 2013). Hammond, Bandak & Williams (1999) som alle er forskere innenfor sykepleie, påpeker at sykepleierens organiserende og styrende rolle er forholdsvis ny og at det er uvant for legene å forholde seg til sykepleierne i denne rollen da de tradisjonelt er vant til å ta selvstendige beslutninger på egenhånd. Dette kan skape konflikter i samarbeidet på bakgrunn av det som både sykepleiere og leger poengterer i denne studien; at sykepleierne er utøvende, mens det er legene som ansees som den som har myndighet til å ta avgjørelser.

Generalsekretær i stiftelsen Norsk Luftambulans Steinar Sørliche og medisinsk direktør i Stiftelsen Norsk Luftambulans Erik Nilsen påpeker at akuttmottakene i Norge har blitt et sorteringsmottak fremfor å være et sted hvor pasientene får rask behandling. Med det mener de at akuttmottakenes funksjon i Norge i for stor grad har vært å fordele pasientene videre til de avdelingene som har den nødvendige spisskompetansen, fremfor å være et sted hvor pasientene umiddelbart får behandling (L.P. Bjørnsen & O. Uleberg, 2011b). Disse forholdene kan sykepleierne i akuttmottaket i liten grad styre i sitt daglige arbeid, men de sørger for at rett lege blir varslet om

innkommende pasienter og at pasienter som har spesielt for lege får dette. Når alarmer skal utløses for å tilkalle mer personell er dette også svært ofte styr av sykepleiere. Det beskrives i en studie fra norske sykehus at det å inneha ansvaret for å disponere ressursene er krevende fordi sykepleierne til stadighet opplever at det er for lite sykepleiere på vakt, for få rom i akuttmottaket og for mange pasienter samtidig (Skålid, 2012).

I statens helsetilsyn sitt tilsyn av akuttmottak i 2007, ble det påpekt at mange pasienter opplevde uforsvarlig behandling og lange ventetider i norske akuttmottak (Helsetilsynet, 2008). Årsaken til dette var delvis den måten akuttmottaket var organisert på, med manglende kompetanse innen akuttmedisin, uklare ansvarsforhold mellom profesjonene og mange uerfarne leger i front (Helsetilsynet, 2008). Overlegene L.P. Bjørnsen & O. Uleberg (2011b) ved Akuttmedisinsk fagavdeling ved St.Olavs Hospital påpeker at lite er endret siden den gang og at dette i særlig grad skyldes at man har beholdt samme struktur og ansvarsfordeling i akuttmottakene.

Den overordnede organiseringen av akuttmottaket i form av hvem som er på jobb, kommandolinjer, kompetansesammensetning og lignende ligger selvfølgelig på administrativt nivå, men den daglige organiseringen av de ressursene som finnes i akuttmottaket styres i stor grad av sykepleierne. Særlig ansvarshavende sykepleier har et uttalt ansvar i denne sammenheng og både leger og sykepleiere som ble intervjuet beskrev at de opplevde de sykepleierne som innehar denne funksjonen som erfarne sykepleiere med god kjennskap til akuttmottakets rutiner og prosedyrer. Ansvarshavende ble derfor beskrevet av både sykepleiere og leger som en ressurs for å finne løsninger på praktiske utfordringer. Deltagende observasjon bekreftet at ansvarshavende sykepleier koordinerte mye av aktivitetene i akuttmottaket både i forbindelse med pasientene og i forbindelse med oppgaver relatert til utstyr, romfordeling, alarmering, sammensetningen av vaktlaget og lignende.

Sykepleierens rolle som organisator er formelt nedtegnet i prosedyren for ansvarshavende sykepleier i akuttmottaket (*Akuttmottak - Funksjonsbeskrivelse for ansvarshavende sykepleier*, 2013). I denne prosedyren er hensikten beskrevet som følgende: "...å oppnå bedre pasientflyt og ressursutnyttelse i akuttmottaket ved at én



person er ansvarlig for hele akuttmottaket og koordinering av den kliniske driften.” (Akuttmottak - Funksjonsbeskrivelse for ansvarshavende sykepleier, 2013).

I denne studien viste deltagende observasjon at ansvarshavende sykepleier utfører en stor mengde oppgaver i kraft av å organisere akuttmottaket, selv i rolige perioder. Når det ikke var mange pasienter til stede skulle sykepleierne organisere utstyrssjekk, varepåfylling og organisere seg slik at de var klare til å ta imot pasientene utover dagen. Dette var oppgaver som sykepleierne beskrev at de hadde svært mange av og som tok tid å utføre, men som var lite synlige for de andre informantene.

Sykepleierens organiserende rolle handler om både ansvarshavende sykepleier sitt overordnede ansvar for hele akuttmottaket og hver enkelt sykepleier sitt bidrag i forhold til å holde pasientflyten i gang og organisere og prioritere sitt eget arbeid på en hensiktsmessig måte. Triage er én av flere metoder som sykepleierne i norske akuttmottak benytter for å organisere driften ved at de sikrer raskest behandling av de pasientene som trenger det mest (Engebretsen et al., 2013).

Denne studien viser at sykepleiernes organiserende rolle handler om mer enn den direkte pasientrettede kontakten når de organiserer akuttmottaket. Dette til tross for at studier som beskriver sykepleierens roller og ansvar i stor grad fokuserer på sykepleiernes medisinske kunnskaper og direkte pasientrettede ferdigheter (Hammond et al., 1999; Hoskins, 2011; Jarman, 2006; Krozek & Scoggins, 1999; McCarthy et al., 2013).

Også Florence Nightingale (1860) poengterte i sin tid at sykepleierne hadde et uttalt ansvar for organisering og styring av ressursene rundt pasienten og hun sa det på denne måten: "...let whoever is in charge keep this simple question in her head (*not*, how can I always do this right thing myself, but) how can I provide for this right thing to be always done?" (Nightingale, 1860, kap. III, avsnitt 17), og understreket med dette hvordan sykepleiere alltid må ha full oversikt over alle pasienter og hvilke behov og oppgaver som til enhver tid er de riktige å prioritere, men ikke nødvendigvis gjøre alle selv.

Pasientene hadde ikke den samme opplevelsen av ansvarshavende sykepleier, som styrende og organiserende for akuttmottaket som en helhet, som sykepleierne og legene hadde. Funksjonen ansvarshavende sykepleier var plassert sentralt i akuttmottaket, men hadde lite eller ingen direkte pasientkontakt. Én av pasientene hadde registrert at det satt en sykepleier plassert bak en skranke i akuttmottaket, men hadde ingen formening om hva denne sykepleieren hadde av oppgaver. Dermed ble denne funksjonen ikke synlig for pasientinformantene i denne studien. Pasientene opplevde derimot at de enkelte sykepleierne var organisatorer for de aktivitetene som foregikk rundt pasienten.

#### **1.24 Sykepleierens rolle som både portvakt og altnuligmann.**

Vike et al. (2002) viser til at sykepleierne har et så holistisk syn på egen rolle i tilknytning til pasienten at det knapt nok finnes et pasientproblem som ligger utenfor sykepleiernes område. Sykepleierne er ifølge Vike i prinsippet ubegrenset i omfang og tema (Vike et al., 2002, s.120). Vike et al. (2002) fant som ledd i makt- og demokratiutredningen, at sykepleiernes ansvar er «altoversvømmende», og peker på at mangel på definisjoner av arbeidsoppgaver og funksjoner medfører et svært stort antall av uformelle og uavgrensede oppgaver som sykepleierne fyller. Dette funnet bekreftes av både sykepleiere og pasienter i denne studien. Pasientene påpekte at sykepleierne utfører mange oppgaver som ikke umiddelbart var synlige for omgivelsene og sykepleierne viste til at de tok ansvar for en mengde oppgaver som falt utenom andre gruppers ansvarsfelt. Sykepleierne beskrev at de går ut og inn av ansvar og oppgaver ettersom situasjonene krever det og på den måten skaper de bevisst et "sikkerhetsnett" rundt pasienten ved å sikre at oppgaver blir gjort. Som Olsvold (2010) påpekte så tar de på seg ansvar på flere nivåer og på kryss av profesjonelle grenser for å sørge for at alt er i orden rundt pasienten. Dette gjør at de får en rolle som "altnuligmann", en rolle som har som hovedintensjon å sikre at pasientenes behov på ulike nivåer til enhver tid er ivaretatt.

Samtidig får sykepleierne en rolle som "portvakt" ved at de på mange måter vokter inngangsporten til akuttmottaket gjennom vurderinger av hvilke pasienter som aksepteres inn og hvem som må vente (*Akuttmottak - Funksjonsbeskrivelse for*

*triagesykepleier*, 2013; Engebretsen et al., 2013; Göransson et al., 2005; Rowe et al., 2011). Grimen (2008) viser til Terum (2003) som beskriver at profesjonelle yrkesutøvere ofte har portvaktfunksjoner ved at de kontrollerer tilgangen til goder som klientene/pasientene ikke har, men ønsker eller trenger (Grimen, 2008, s.201). I denne studien ble ikke sykepleierne beskrevet på en måte som tilsier at de fullstendig kontrollerer pasientenes tilgang til lege og behandling, men alle informantene opplevde at det i stor grad er sykepleierne som prioriterer hvor raskt pasientene får tilgang til behandling. Dermed får de en portvaktrolle ved å vokte eller styre pasientenes inngang til akuttmottaket og dermed tilgangen til legehjelp.

I tillegg beskrev sykepleierne i denne studien at de forsøker å begrense de mange ulike oppgavene som blir pålagt dem selv eller akuttmottaket og dette illustrerer også en rollen som "portvakt". Dette gjorde de blant annet ved å vise til prosedyrer som bidro til å legitimere at visse oppgaver skulle utføres andre steder. Legene hevdet at dette var en uhensiktsmessig måte å bruke prosedyrer på, og fremhevet at prosedyrer skulle brukes for gi best mulig behandling, ikke for å unngå å utføre oppgaver. Sykepleierne begrunnet derimot bruken av prosedyrer på en slik måte med at deres meninger i liten grad ble lyttet til, men at formelle prosedyrer kunne understøtte deres synspunkter. De påpekte at bruk av prosedyrer kan begrense arbeidsoppgaver, noe som medfører begrensning av arbeid som igjen kan redusere forsinkede pasientforløp gjennom akuttmottaket og dermed en opphopning av pasienter i akuttmottaket. En slik opphopning er et kjent problem i akuttmottak verden over og blir ansett som en stor trussel mot pasientsikkerheten (Aiken et al., 2014; Almeida, 2004; Ciesielski & Clark, 2007; Fairbanks et al., 2007; Göransson et al., 2005; Henneman et al., 2006; Higginson, 2012; Krock & Massaro, 2008; Pines et al., 2011; Tenzin, 2010; Thorne, 2013).

En generell utfordringen, i sykepleierens rolle som portvakt, lå i at akuttmottaket i tillegg til å være en sted som behandler akutt og kritisk syke, også har en funksjon som serviceavdeling for de øvrige avdelingene på sykehuset. Sykepleierne fortalte at de stadig opplevde at personalet fra andre avdelinger ringte akuttmottaket for å be om hjelp til ulike oppgaver. Et eksempel var at sykepleiere på sengepost kunne ringe akuttmottaket for å finne telefonnummeret til en lege. Dette til tross for at de alle har tilgang på den samme telefonlisten. I tillegg fungerte akuttmottaket som en

inngangsport til sykehuset generelt og akuttmottaket ble derfor brukt av både prehospital tjeneste, leger utenfor sykehuset og pårørende for å stille spørsmål og rådføre seg i forhold til innlagte eller planlagt innlagte pasienter. Sykepleierens rolle som portvakt ble da blant annet å begrense disse tjenestene slik at akuttmottaket kunne ha en beredskap først og fremst for pasientene.

Selv om sykepleierne i denne studien var opptatt av å sette klarere rammer for sitt arbeid, ga de også uttrykk for problematikken rundt det at de følte et moralsk ansvar for alt som angikk pasienten. Det å skape en felles forståelse for hvilke oppgaver som skulle utføres i akuttmottaket og hvilke oppgaver som skulle utføres andres steder, opplevde derfor sykepleierne som et viktig ansvar, men ikke alltid like enkelt å gjennomføre i praksis. Kristin Heggen og Tone Dyredal Solbrekke, henholdsvis professor i helsefag og assisterende professor i helsefag ved Universitetet i Oslo, bekrefter at dette er et dilemma som mange helsearbeidere opplever i praksis og som de blir lite forberedt på gjennom sin utdanning (Heggen & Solbrekke, 2009). De påpeker at det å løse slike dilemmaer forutsetter en etisk og analytisk gjennomgang hvor profesjonsrollen belyses i form av sin profesjonelle ramme og deres samfunnsmessige rolle (Heggen & Solbrekke, 2009).

Til tross for at sykepleierne argumenterer for at de søker å begrense oppgaver for å beskytte pasientene samt hindre en oversvømmelse av oppgaver som blir pålagt dem så er det også studier som tyder på at det eksisterer flere faktorer som påvirker hvilke oppgaver sykepleierne påtar seg i praksis.. Blant annet finnes det studier som tyder på at sykepleierne møter kvinnelige og mannlige leger på ulike måter når det gjelder hvilke oppgaver de aksepterer å utføre. Zelek & Philips (2003) finner i sin studie om makt og kjønn at sykepleierne for eksempel lettere godtar å betjene mannlige leger enn kvinnelige leger, at de er mer uvennlige med kvinnelige leger enn med mannlige, selv om de synes kvinnelige leger er lettere å snakke med. Dermed er det sannsynligvis flere underliggende faktorer som påvirker hva sykepleierne godtar av oppgaver, og det hele kan være en blanding av oppgaver som blir pålagt dem og oppgaver som de selv påtar seg. Sykepleierens dilemma er imidlertid at de er nederst i hierarkiet, det vil si nærmest pasienten, slik at de oppgavene som sykepleierne ikke utfører, ikke blir utført av "neste ledd" (Vike et al. 2002). Hjelpepleierne kunne hatt en slik rolle, men tall fra

arbeidstakerorganisasjonen Delta viser at stadig færre hjelpepleierne jobber i sykehusene (Delta, 2012). Sykehusene velger i dag å ansette sykepleiere fremfor hjelpepleiere og hjelpepleierne blir derfor gradvis borte fra sykehusene (Drabløs & Dvergedal, 2012).

### 1.25 Sykepleierens rolle som usynlig makthaver.

I henhold til kunnskapscenteret er ikke makt noe entydig begrep og makt kan ha mange former og hensikter (*Maktens to ansikt*, 2013). Sykepleierne, legene og pasientene i denne studien beskrev flere situasjoner og opplevelser hvor makt inngikk og påvirket relasjonene og handlingene. Sykepleierne beskrev blant annet hvordan de lærte opp legene i ulike sammenhenger og at de ikke uten videre aksepterte alt legene ba om. De var opptatt av å sette grenser for arbeidsoppgavene som de ble pålagt og de forklarte at det i stor grad var de som organiserte den daglige driften i akuttmottaket. Pasientene beskrev også hvordan sykepleierne fikk ansvar for mange oppgaver fordi de var til stede hos pasienten og ble mellomledet mellom pasient og lege. Alle disse eksemplene viser at sykepleierne innehar ulike typer makt i organisasjonen selv om denne ikke alltid er formalisert.

I denne studien fremhevet legene samarbeidet med sykepleierne som et samarbeid basert på gjensidig avhengige og likestilte profesjoner. Likevel fremstår samarbeidet fra sykepleierens side, fra pasientenes side, og i lys av deltagende observasjon, som hierarkisk. Dette hierarkiske samarbeidet er et funn som også bekreftes av Fagin & Garelick (2004) som i en studie fra England beskriver lege-sykepleierrelasjonen. Holyoake (2011) og Willies & Parish (1997) beskriver at "The doctor-nurse-game" fortsatt pågår i høyeste grad og det er flere forhold som gjør at sykepleieren fortsatt spiller et spill i relasjonen med legen på grunn av deres posisjon og makt. Flere andre forfattere og forskere har også påpekt denne hierarkiske strukturen i sykehuset og i relasjonen mellom lege og sykepleier, hvor legen er øverste myndighet og sykepleieren er underordnet legen (Dalbanco & Gerteis, 2012; Gaze, 2001; Parks, 1979).

Denne hierarkiske maktstrukturen har trolig mange årsaker, og som jeg ikke kan gå inn på i denne oppgaven. Det at en slik maktstruktur eksisterer, kan imidlertid være

med å forklare mange av spenningene som beskrives i samarbeidet (Fagin & Garelick, 2004). Sykepleierne i denne studien beskrev at de føler at legene demonstrerer sin makt over dem i visse sammenhenger, til tross for at legene fremstår som de forsøkte å redusere denne maktulikheten i intervjuene. Doktorgradsstudenten Pijl-Zieber (2013) fra Lethbridge Universitetet i Canada har studert maktforholdet mellom leger og sykepleiere gjennom uttrykket "doctors order". Hun finner at dette uttrykket bekrefter forestillingen om at kunnskap er makt i et kunnskapshierarki hvor sykepleierne ufrivillig blir plassert i en posisjon langt nede i hierarkiet (Pijl-Zieber, 2013). Flere studier har også vist at sykepleie-lege-relasjonen kan sammenlignes med mor-far relasjonen, der far bestemmer og mor er omsorgsyteren (Fagin & Garelick, 2004; Gaze, 2001; Willies & Parish, 1997)

Det kan dermed være lett å konkludere med at legen har stor makt, mens sykepleier og pasient har liten makt, særlig hvis man ser det i et endimensjonalt perspektiv (Tjora, 2008, s.65). Tjora (2008) beskriver makt ved å legge vekt på at makt har flere dimensjoner. Makt i første dimensjon er når en part tydelig påvirker den andre til å handle. Legene utøver en form for makt i første dimensjon når de forordner behandling til pasienten som sykepleieren utfører. Den andre dimensjonen av makt beskrives for eksempel som den sykepleieren utøver når hun svarer på disse forventningene fra legen. Sykepleieren kan godta legens forordninger, men hun er samtidig selvstendig ansvarlig i henhold til helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 2001). Sykepleieren kan på den måten utøve makt av annen dimensjon ved å velge om hun vil utføre oppgaven raskt og effektivt, om hun vil trenere oppgavene, argumentere mot vurderingen, eller motsette seg å utføre oppgaven. Sykepleieinformantene i denne studien har pekt på at det i praksis er vanskelig å motsette seg oppgaver, men de viser likevel til at de stadig forsøker å holde igjen og argumentere mot de oppgavene de mener er unødvendige å gjøre i akuttmottaket. Dette beskrev de at de gjør blant annet ved å vise til skriftlige prosedyrer eller argumentere for sitt syn på saken. Den andre dimensjonen av makten ligger dermed i responsen på den endimensjonale makten. Dette bekreftes også av Vågan & Grimen (2008) som forklarer at noen studier av sykepleie setter profesjonen i et annet lys enn det som kan beskrives som en maktesløs profesjon som mangler prestisje og er dominert av legene. Som Holyoake (2011)

påpeker så må sykepleierne selv ta noe av skylden for at de velger å overta legenes oppgaver fremfor å avgrense sitt eget domene.

Makt er i de fleste sammenhenger et negativt ladet ord og sosiologen, forfatteren og politikeren Gudmund Hernes beskriver makt som noe som alle ønsker, men ingen vil vedkjenne seg (Hernes, 2012). Ordet makt er ofte assosiert med tvang, vold, overgrep, myndighet til å bestemme, myndighet til å avslå eller nekte, trenere eller utsette (Hernes, 2012). Det at legene, i intervjuene, ønsker å fremstille seg som likeverdig med sykepleieren kan slik sett være et forsøk på å distansere seg fra maktbegrepet, mens sykepleiernes fokus på manglende anerkjennelse kan representere en streben etter mer makt.

Hernes skriver i boken "Merkesteiner i norsk sosiologi" om makt i lys av sin politiske erfaring (Næss & Pedersen, 2012). Denne boken er benyttet for å kaste lys over maktbegrepet slik som det også fremstår i akuttmottaket. I lys av hans tekster om makt i politikken kan man trekke paralleller til sykehuset og på den måten se at sykepleieren, som ikke har den formelle makten, i realiteten kan være friere til å utøve makt enn det legene er. Dette til tross for legenes formelle makt til å foreskrive medikamenter, sette diagnoser, ta medisinske avgjørelser og lignende. Hernes (2012) forklarer dette med at mennesker i høye posisjoner ofte er styrt av forventninger og retningslinjer som er nedfelt i konteksten de befinner seg i. Han beskriver at makthaverne ikke gjør det de vil, men det de må og at "banen de skal følge er belagt med skinner" (Hernes, 2012, s. 91), noe som gjør at de i realiteten har lite valgmuligheter. Rutinene på sykehuset er på tilsvarende måte regulert gjennom formelle prosedyrer som styrer og begrenser arbeidet i stor grad for alle involverte. Sykepleierne som ikke selv står ansvarlig for den endelige medisinske beslutningen kan på den måten stå friere til å opponere mot legenes avgjørelser.

Denne studien har altså antydning at den formelle makten ligger hos legene når det gjelder medisinske beslutninger, men at sykepleierne spiller en nøkkelrolle når det gjelder den praktiske utførelsen av oppgaver i akuttmottaket. På den måten har sykepleierne en type makt som man på mange måter ikke ser før man analyserer forholdene nærmere. Tjora (2008) påpeker at makt ofte er mest effektiv når den ikke

er åpenbar og på den måten kan sykepleierne sies å være usynlige makthavere. Det er så opp til sykepleierne hvordan de velger å benytte seg av den makten de har og "the doctor-nurse-game" kan representere et godt eksempel på hvordan sykepleieren har brukt sin makt til å påvirke og opponere til tross for den manglende formaliseringen av makt i relasjonen.



## KONKLUSJON

På bakgrunn av ulikt ståsted, ulik tilgang på informasjon, ulikt ansvar og til dels ulike verdier, oppleves sykepleieren rolle og ansvar i akuttmottak ulikt mellom informantgruppene. Sykepleiernes formelle ansvar synliggjør i liten grad deres faktiske ansvar, men det faktiske ansvaret er vanskelig å beskrive fordi det til tider er altomfattende, lite avgrenset og tangerer legenes ansvarsområder hvor legen representerer den besluttende myndigheten. Sykepleierne er medisinsk orienterte med fokus på medisinsk prioritering og vurdering, men representerer likevel en profesjon som ivaretar en helhetlig tenkning rundt pasientene, på tvers av medisinske spesialiteter og på tross av økonomiske rammer. Pasientene, legene og sykepleierne vurderer sykepleiernes faglige autonomi svært ulikt, men sykepleierne spiller ut sin rolle på en måte som de opplever tjener fellesskapet best. De ulike opplevelsene av sykepleierens rolle kan ikke gi et fasitsvar på hvordan sykepleierens rolle bør være, men har belyst ulike mekanismer som virker inn på forståelsen og forventningen til sykepleierens rolle og ansvar. Denne kunnskapen kan være med å bidra til at sykepleierens ansvar og rolle i akuttmottaket blir tydeligere og enklere å forholde seg til for de ulike partene og dermed potensielt forbedre samarbeid og pasientsikkerhet i akuttmottak.



## REFERANSELISTE

- Acorn, M. (2009). Sykepleiernes triage var påvirket av pasienters oppførsel og troverdighet. *Sykepleien Forskning*, 4(2), 154-155.
- Aiken, L., Solane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., . . . Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet, In Press, Corrected Proof*. doi:10.1016/S0140-6736(13)62631-8
- Akuttmottak - Funksjonsbeskrivelse for ansvarshavende sykepleier. (2013). (12972). Lørenskog: Akershus Universitetssykehus.Hentet fra: Extended Quality System (EQS) (Ahus intranett)
- Akuttmottak - Funksjonsbeskrivelse for triagesykepleier. (2013). Lørenskog: Akershus Universitetssykehus.Hentet fra: Extended Quality System (EQS) (Ahus intranett)
- Akuttmottaket. (2008). Hentet 30.05.13 fra <http://www.stolav.no>
- Akuttmottaket. (2011). Hentet 20.03.13 fra <http://www.ahus.no>
- Almeida, S.-L. (2004). Nursing perspectives on the emergency department. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 22(1), 117-129, vii.
- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask* (A. Lev, Overs.). København: Hans Reitzel Forlag.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2009). *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Becker, D., Kaplow, R., Muenzen, P. M. & Hartigan, C. (2006). Activities performed by acute and critical care advanced practice nurses: american association of critical-care nurses study of practice. *American Journal of Critical Care*, 15(2), 130-148.
- Befring, E. (2002). *Forskningsmetode, etikk og statistikk*. Oslo: Samlaget.
- Befring, E. (2007). *Forskningsmetode, etikk og statistikk*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Berentzen, S. (2014). Goffman, Erving. *Leksikon for det 21. århundrede*. Hentet fra <http://www.leksikon.org/art.php?n=996>
- Bergman, K., Kindler, D. & Pfau, L. (2012). Assessment of Stroke: A Review for ED Nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 38(1), 36-42.
- Bjørnsen, L. P. (2010). Akuttmedisinsk utdanning i USA. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 130(16), 1638-1639. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/2006239/>
- Bjørnsen, L. P. & Uleberg, O. (2011). *Samhandling, organisering og kompetanse i akuttmottakene*. Hentet 13.05.14 fra <http://www.dagensmedisin.no/debatt/samhandling-organisering-og-kompetanse-i-akuttmottakene/>
- Boudreaux, E. D. & O'Hea, E. L. (2004). Patient satisfaction in the emergency department: a review of the literature and implications for practice. *The Journal of Emergency Medicine*, 26(1), 13-26.
- Brinchmann, B. S. (2012). De fire prinsippers etikk - velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Bursch, B., Beezy, J. & Shaw, R. (1993). Emergency Department Satisfaction: What Matters Most? *Annals of Emergency Medicine*, 22(3), 586-591.
- Ciesielski, G. & Clark, N. (2007). Safety in the Emergency Department: It's About Time. *Kansas Nurse*, 82(3), 3-6.
- Code of Ethics for Nurses With Interpretive Statements*. (2010). Hentet fra <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/CodeofEthicsforNurses/Code-of-Ethics.pdf>
- Cole, F. L. & Kleinpell, R. Expanding acute care nurse practitioner practice: focus on emergency department practice. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 18(5), 187-189.
- Colliere, M. F. (1986). Invisible care and invisible women as health care-providers. *International Journal Of Nursing Studies*, 23(2), 95-112.
- Currie, J. & Crouch, R. (2008). How far is too far? Exploring the perceptions of the professions on their current and future roles in emergency care. *Emergency Medicine Journal*, 25, 335-339.
- Dalbanco, T. & Gerteis, M. (2012). A patient-centered view of the clinician-patient relationship. Hentet fra <http://www.UpToDate.com>
- Delta. (2012). *Stadig færre hjelpepleiere jobber på sykehusene*. Hentet 19.04.14 fra <http://delta.no/lonn-og-arbeid/tariff/tariffomrader/spekter/stadig-f%C3%A6rre-hjelpepleiere-jobber-p%C3%A5-sykehusene>
- Drabløs, M. B. & Dvergedal, P. (2012). *Hjelpepleiere skvises ut*. Hentet 13.05.14 fra <http://www.nrk.no/ostlandssendingen/-hjelpepleiere-skvises-ut-1.8816994>
- Edwards, B. & Sines, D. (2007). Passing the audition - the appraisal of client credibility and assessment by nurses at triage. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2444-2451.
- Ehn, B. & Löfgren, O. (2001). *Kulturanalyser*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Engebretsen, S., Røise, O. & Ribu, L. (2013). Bruk av triage i norske akuttmottak. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 3(133), 285-289.
- Eriksson, U., Pedersen, K., Tennås, J. & Törstad, A. (2013). Hva er vitsen med videreutdanning i akuttstykkepleie? - Vi gjør jo samme jobben likevel. *Akuttmedicinsk Update*, 5(1), 10-13.
- Fagin, L. & Garelick, A. (2004). The doctor-nurse relationship. *Advances in psychiatric treatment*, 10, 277-286.
- Fairbanks, R. J., Bisantz, A. M. & Sunm, M. (2007). Emergency Department Communication Links and Patterns. *Annals of Emergency Medicine*, 50(4), 396-406.
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Forbedringer i Akuttmottaket ved Akershus universitetssykehus*. (2013). Hentet 23.04.14 fra <http://www.ahus.no/aktuelt/nyheter/Sider/forbedringer-i-akuttmottaket-ved-akershus-universitetssykehus-.aspx>
- Forskningsetiske komiteer. (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Hentet
- Fossheim, H. J. (2009). *Konfidensialitet*. Hentet 20.03.14 fra <http://www.etikkom.no>
- Funksjonsbeskrivelse for Akuttstykkepleiere*. (2011). NSF's Landsgruppe av Akuttstykkepleiere. Hentet fra <http://www.NLAS.no>
- Funksjonsbeskrivelse for sykepleier i stansteam*. (2013). Lørenskog: Akershus Universitetssykehus. Hentet fra: Extended Quality System (EQS) (Ahus intranett)
- Førde, R. (2009). *Helsinkideklarasjonen*. Hentet 20.05.13 fra <http://www.etikkom.no>

- Gaze, H. (2001). With this job I thee wed (Extent to which stereotypical doctor-nurse relationship is affected by marriages between nurses and doctors). *Nursing Times*, 97(10), 28-29.
- Giorgi, A. (2005). The Phenomenological Movement and Research in the Human Sciences. *Nursing Science Quarterly*, 18(1).
- Goffman, E. (1992). *Vårt rollespill til daglig: en studie i hverdagslivets dramatik* (Ny utgave. utg.). Oslo: Pax Forlag.
- Granados-Pemberty, Y. Y. & Arias-Valencia, M. M. (2013). Being in front of the patient. Nurse-patient interactions and use of technology in emergency services. *Invest Educ Enferm.*, 31(3), 421-432. Hentet fra <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewArticle/17502/15171>
- Grimen, H. (2008). Profesjon og tillit. I A. Molander, & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Göransson, K., Ehrenberg, A., Marklund, B. & Ehnfors, M. (2005). Accuracy and concordance of nurses in emergency department triage. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19, 432-438.
- Hammond, K., Bandak, A. & Williams, M. (1999). Nurse, Physician, and Consumer Role Responsibility Perceived by Health Care Providers. *Holistic Nursing Practice*, 13(2), 28-37.
- Heggen, K. & Solbrekke, T. D. (2009). Sykepleieansvar - fra profesjonelt moralsk ansvar til teknisk regnskapsplikt? *Tidsskrift for arbeidsliv*, 11(3), 49-61.
- Helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell m.v § 10a*. Hentet <http://www.lovdatab.no>
- Helsetilsynet. (2007a). *Helse Sørøst RHF Landsomfattende tilsyn 2007 forsvarlighet kvalitet akuttmottak somatiske sykehus*. Hentet <http://www.helsetilsynet.no>
- Helsetilsynet. (2007b). *Rapport til Helse Sørøst RHF Oppsummering etter landsomfattende tilsyn 2007 med forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i somatiske sykehus*. <http://www.helsetilsynet.no>: Helsetilsynet i Østfold, Hedmark, Oppland og Oslo og Akershus. Hentet fra <http://www.helsetilsynet.no>
- Helsetilsynet. (2007c). *Samlerapport etter tilsyn med forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i somatiske sykehus i Midt-Norge i 2007*. <http://www.helsetilsynet.no>: Helsetilsynet i Møre og Romsdal
- Helsetilsynet i Nord-Trøndelag
- Helsetilsynet i Sør-Trøndelag. Hentet fra <http://www.helsetilsynet.no>
- Helsetilsynet. (2008). *"Mens vi venter..." - forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene?* Hentet <http://www.helsetilsynet.no>
- Helsinkideklarasjonen. (2008). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hentet fra <http://www.wma.net>
- Henneman, E., Blank, F. S. J., Gawlinski, A. & Henneman, P. L. (2006). Strategies used by nurses to recover medical errors in an academic emergency department setting. *Applied Nursing Research*, 19(2), 70-77.
- Hernes, G. (2012). Makt - det alle ønsker og ingen vedstår seg. I H. E. Næss, & W. Pedersen (Red.), *Merkesteiner i norsk sosiologi* (s. 87-110). Oslo: Universitetsforlaget.
- Higginson, I. (2012). Emergency department crowding. *Emergency Medicine Journal*, 29, 437-443.
- Hoffmann, B. (2002). Pasientautonomi som etisk rettesnor - en kritisk gjennomgang. *Sykepleien*, 90(17), 39-44.

- Hoftvedt, B. O., Falkum, E. & Akre, V. (1998). Oppfatninger blant norske sykehusleger om samarbeidet mellom lege og sykepleier. *Tidsskrift for Den norske legeforening.*, 118, 249-252.
- Holyoake, D.-D. (2011). Is the doctor-nurse game still being played? *Nursing times*, 107(43), 12-14.
- Hoskins, R. (2011). Evaluating new roles within emergency care: A literature review. *International Emergency Nursing*, 19, 125-140.
- Innsatsstyrt finansiering 2006*. (2006). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 12.04.14 fra: <http://www.regjeringen.no>
- Jarman, H. (2006). A new emergency care nursing role. *Emergency Nurse*, 14(8), 14.
- Johannessen, A., Tuft, P. A. & Kristoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.
- Karoliussen, M. (2002). *Sykepleie - tradisjon og forandring. En humanøkologisk tilnærming*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Keus, A. & Wiker, L. M. (2011). *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet*. Regjeringen.no: NOU 2011:9. Hentet <http://www.regjeringen.no>
- Kirkevold, M. (2002). *Vitenskap for praksis?* Gjøvik: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Krishel, S. & Baraff, L. J. (1993). Effect of emergency department information on patient satisfaction. *Annals of Emergency Medicine*, 22(3), 568-572.
- Krock, A. B. & Massaro, L. (2008). Facilitating ED Evaluation of Patients With Acute Ischemic Stroke. *Journal of Emergency Nursing*, 34(6), 519-522.
- Krozek, C. & Scoggins, A. (1999). Emergency Department competencies: Registered Nurse., 8.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Larsen, K. (2009). Observasjoner i et felt. I O. Hammerslev, J. A. Hansen, & I. Willig (Red.), *Refleksiv sosiologi i praksis. Empiriske undersøgelser inspireret af Pierre Bourdieu*: Hans Reitzels Forlag.
- Lauvås, K. & Lauvås, P. (1994). *Tverrfaglig samarbeid. Perspektiv og strategi*. Otta: Tano AS.
- Lønne, A. (2014a). Salutogenese. I *Store norske leksikon*. <http://www.snl.no/Salutogenese>
- Lønne, A. (2014b). Aaron Antonovsky. I *Store norske leksikon*. [snl.no/Aaron\\_Antonovsky](http://www.snl.no/Aaron_Antonovsky)
- Mackway-Jones, K. (2011). *Manchester Triage Group Akuttmedisinsk Triage*. Oslo: Unipub Forlag.
- Maktens to ansikt*. (2013). Hentet 12.05.14 fra <http://kunnskapssenteret.com/makt-beslutningsprosesser/>
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske legeforening.*, 122(25), 2468-2472.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Marton, F. & Booth, S. (2009). *Learning and awareness*. New Jersey: Routledge.



- McCarthy, G., Cornally, N., Mahoney, C. O., White, G. & Weathers, E. (2013). Emergency nurses: Procedures performed and competence in practice. *International Emergency Nursing*, 21(1), 50-57.
- Mikkelsen, M. & Kippernes, G. A. (2013, 07.01.13). Anonyme ansatte ved Ahus slår alarm. *Verdens Gang*. Hentet fra <http://www.vg.no>
- Nagell, H. & Grung, M., E. (2003). Trenger vi forskningsetiske retningslinjer? I K. W. Ruyter (Red.), *Forskningsetikk : beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn* (s. 349 s. : ill.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nightingale, F. (1860). *Notes on Nursing. What it is, and what it is not*. (First American Edition. utg.). New York: D. Appleton and Company.
- Norman, M. G., Kippernes, G. A., Sæther, A. S., Mikkelsen, M., Hegvik, G. K., Lynau, J. P. & Hansen, F. (2013). Sykepleierne slår alarm på Ahus: blir bare værre. *Verdens Gang*. Hentet fra <http://www.vg.no>
- Nortvedt, P. (2008). Profesjon og paternalisme. I A. Molander, & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Næss, H. E. & Pedersen, W. (2012). *Merkesteiner i norsk sosiologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Olsvold, N. (2010). *Ansvar og yrkesrolle. Om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus*. Oslo: Det Medisinske Fakultetet. Universitetet i Oslo.
- Oredsson, S., Jonsson, H., Rognes, J., Lind, L., Göransson, K. E., Ehrenberg, A., . . . Farrohknia, N. (2011). A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments. *Scandinavian Journal of Truma, Resuscitations and Emergency Medicine.*, 19(1), 43-52.
- Oslo-Universitetssykehus. (2010). *Akuttmottak*. Hentet 30.05.13 fra <http://www.oslo-universitetssykehus.no>
- Parks, J. (1979). Negotiating ambiguity: an aspect of the doctor-nurse relationship. *New Zealand Nursing Journal*, 72(11), 14-17.
- Pasient-og-brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra <http://www.lovdatab.no>
- Paternalisme. (2014). I M. Nylenna (Red.): Store norske leksikon. Hentet 20.04.14 fra <http://www.sml.snl.no/paternalisme>
- Peplau, H. E. (1991). Roles in Nursing. I *Interpersonal relations in Nursing: A conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. New York: Springer Publishing Company.
- Perez-Carceles, M. D., Girona, J. L., Osuna, E., Falcon, M. & Luna, A. (2010). Is the right to information fulfilled in an emergency department? Patients' perceptions of the care provided. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16, 456-463.
- Pham, J. C., Trueger, N. S., Hilton, J., Khare, R. K., Smith, P. J. & Bernstein, S. L. (2011). Interventions to Improve Patient-centered Care During Times of Emergency Department Crowding. *Academic Emergency Medicine.*, 18(12), 1289-1295.
- Pijl-Zieber, E. M. (2013). Doctors' orders and the language of representation. *Nursing Philosophy*, 14, 139-147.
- Pines, J. M., Hilton, J. A., Weber, E. J., Alkemade, A. J., Shabanah, H. A., Anderson, P. D., . . . Schull, M. (2011). International Perspectives on Emergency Department Crowding. *Academic Emergency Medicine.*, 18(12), 1358-1370.
- Playle, J. F. (1995). Humanism and positivism in nursing: contradictions and conflicts. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 979-984.
- Prosedyrenettverkets-råd. (2012). *Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer. Historikk*. Hentet 2013 fra <http://www.helsebiblioteket.no>

- Richardson, J. T. E. (1999). The Concepts and Methods of Phenomenographic Research. *Review of educational research*, 69(1), 53-82.
- Rolfe, G. (2006). Nursing Praxis and the Science of the Unique. *Nursing Science Quarterly*, 19(39), 38-42.
- Rosenzweig, S. (1993). Humanism in Emergency Medicine. *American Journal of Emergency Medicine*, 11, 556-559.
- Rowe, B. H., Villa-Roel, C., Guo, X., Bullard, M. J., Ospina, M., Vandermeer, B., . . . Holroyd, B. R. (2011). The role of triage nursing ordering on mitigating overcrowding in emergency departments: a systematic review. *Academic Emergency Medicine*, 18(12), 1349-1357.
- Rundskriv 1-20/2001 Lov om helsepersonell m.v. (2001). Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. Hentet 12.05.14 fra <http://www.regjeringen.no>
- Sjöström, B. & Dahlgren, L. (2002). Applying phenomenography in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 40(3), 339-345.
- Skålid, J. O. (2012). *Etiske utfordringer i akuttmottak*. Hentet 12.05.14 fra <http://www.forskning.no/artikler/2011/november/303634>
- Snelgrove, S. & Hughes, D. (2000). Interprofessional relations between doctors and nurses: perspectives from South Wales. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 661-667.
- Sodefjed, A. B. (2011). *Årets sykepleier 2011*. Hentet 07.05.14 fra <https://http://www.nsf.no/vis-artikkel/657834/AArets-sykepleier-2011>
- Staniszewska, S. & Ahmed, L. (1999). The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the way patients evaluate their care? *Journal of Advanced Nursing*, 29(2), 364-372.
- Stein, L. I. & Wis, M. (1967). The Doctor-Nurse game. *Archives of General Psychiatry*, 16, 699-703.
- Storvik, A. G. (2013). *Akutt snuoperasjon ved Ahus*. Hentet 23.04.14 fra <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/akutt-snuoperasjon-ved-ahus/>
- Studieplan. Videreutdanning i Akuttsykepleie*. (2012). Sør-Trøndelag: Høgskolen i Sør-Trøndelag.
- Svendsen, E. (2013). Ahus på klagetoppen. *Romerikets Blad*. Hentet fra [http://www.rb.no/lokale\\_nyheter/article6542317.ece](http://www.rb.no/lokale_nyheter/article6542317.ece)
- Säfwenbergh, U. (2008). Akuttläkare är på reammarsch i Sverige. *Läkartidningen*, 105(4), 205-206.
- Söderlund, M. (2003). Tre kvalitativa forskningsansatser med relevans för vårdvetenskap. *Vård i Norden*, 23(68), 9-15.
- Taylor, C. & Bengert, J. R. (2003). Patient satisfaction in emergency medicine. *Emergency Medicine Journal*, 21, 528-532.
- Tenzin, N. (2010). *Forhold ved norske akuttmottak, fra et helseadministrativt synspunkt*. Hentet 30.05.13 fra <http://www.duo.uio.no>
- Terum, L. I. (2003). *Portvakt i velferdsstaten*. Oslo: Oslo Kommuneforlag.
- Thomas, E. J., Sexton, J. B. & Helmreich, R. L. (2003). Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Critical Care Nurse*, 31(3), 956-959.
- Thompson, D. A., Yarnold, P. R., Williams, D. R. & Adamas, S. L. (1996). Effects of Actual Waiting Time, Perceived Waiting Time, Information Delivery, and Expressive Quality on Patient Satisfaction in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 29(6), 657-665.



- Thorne, K. F. (2013). *Pasientsikkerheten truet ved norske akuttmottak*. Hentet 30.05.13 fra <http://www.dagensmedisin.no/debatt/pasientsikkerheten-truet-ved-norske-akuttmottak/>
- Tjora, A. (2008). *Den moderne pasienten*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Tjora, A. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tjora, A. (2014). Erving Goffman. I *Store norske leksikon*. Hentet 16.04.14 fra [http://www.snl.no/Erving\\_Goffman](http://www.snl.no/Erving_Goffman)
- Trzeciak, S. & Rivers, E. P. (2003). Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. *Emergency Medicine Journal*, 20, 402-405.
- Valentine, N., Darby, C. & Bronsel, G. J. (2008). Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of "health systems responsiveness" in 41 countries. *Social Science Medicine*, 66, 1939-1950.
- Vike, H., Bakken, R., Brinchmann, A., Haukelien, H. & Kroken, R. (2002). *Maktens Samvittighet om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vågan, A. & Grimen, H. (2008). Profesjoner i maktteoretisk perspektiv. I A. Molander, & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vaagan, R. W. (2001). 3A3 Kvalitative metoder. *Utformingen av kvalitative undersøkelser*. Hentet 10.03.14 fra <http://www.jbi.hio.no/bibin/3a3/Patton5.htm>
- Willies, E. & Parish, K. (1997). Managing the doctor-nurse game: a nursing and social science analysis. *Contemporary Nurse*, 6, 136-144.
- Zelek, B. & Philips, S. P. (2003). Gender and power: Nurses and doctors in Canada. 2(1). Hentet fra <http://www.equityhealthj.com/content/2/1/1>
- Zomorodi, M. & Foley, B. J. (2009). Concept Analysis. The nature of advocacy vs. paternalism in nursing: clarifying the "thin line". *Journal of Advanced Nursing*, 1746-1752.
- Østby, B. J. (2012). *Nye tanker om sykepleie*. Hentet 21.01.13 fra <http://www.sykepleien.no>

## VEDLEGG 1 – NSD, Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger.

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Mette Sagbakken  
Institutt for sykepleie  
Høgskolen i Oslo og Akershus  
Postboks 4 St. Olavs plass  
01.30 OSLO

Hackel Hørlages gate 29  
M-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 66 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org nr. 985 301 884

Vår dato: 01.07.2013

Vår ref: 34743 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 13.06.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

34743	<i>Sykepleierens rolle og ansvar i akuttmottak</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Mette Sagbakken</i>
Student	<i>Kristin Kleiveland</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilkledning forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopit: Kristin Kleiveland, Noedheimveien 40a, 1472 FJELLHAMAR

Auditingkontor / District Office

OSLO: NSD, Universitet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uis.no](mailto:nsd@uis.no)  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7801 Trondheim. Tel: +47-72 58 19 03. [nsd@ntnu.no](mailto:nsd@ntnu.no)  
BIRKBEKK: NSD, SVT, Universitet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 35. [nsd@svt.uib.no](mailto:nsd@svt.uib.no)

## VEDLEGG 2 – NSD, Kommentar til prosjektvurdering

### Personvernombudet for forskning



#### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 34743

Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Personvernombudet finner informasjonsskrivet mottatt 27.07.2013 tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Høgskolen i Oslo og Akershus sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Personvernombudet tar høyde for at det kan bli samlet inn og registrert sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 bokstav c.

Prosjektet skal avsluttes 31.12.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Når det gjelder deltakende observasjon har prosjektleder redegjort for dette i e-post 27.06.2013. Personvernombudet finner det gis en tilfredsstillende redegjørelse for ivaretagelsen av taushetsplikten.

### VEDLEGG 3 – Fremleggsvurdering REK

---

**Emne:** Sv: Sykepleierens ansvar og roller i akuttmottak  
**Fra:** post@helseforskning.etikkom.no  
**Dato:** 27.06.2013 10:45  
**Til:** kkleiveland@hotmail.com  
**Kopi:**

**Vår ref.nr.: 2013/1166 A**

Vi viser til skjema for framleggingsvurdering mottatt 14.6.2013 angående prosjektet "Sykepleierens ansvar og roller i akuttmottak".

"Hensikten med denne studien er å tydeliggjøre og bringe frem nye perspektiver på sykepleierens rolle og ansvar i akuttmottak fra ulike gruppers perspektiver. Målet er å redusere den uklare ansvarfordelingen mellom profesjoner i akuttmottaket samt å synliggjøre og gi anerkjennelse til sykepleierne for det ansvaret de har i praksis gjennom å oppnå en bedre tverrfaglig forståelse for sykepleierens rolle og ansvar."

Slik dette prosjektet er beskrevet er formålet å studere en del av organisering og utføring av helsetjenesten med spesiell tanke sykepleierens ansvar. Det dreier seg ikke om å utvikle nye metoder for diagnose og behandling av sykdom.

Slik forstått faller prosjektet utenfor helseforskningslovens virkeområde og kan gjennomføres uten godkjenning av REK innenfor de ordninger som gjelder for helsetjenesten med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern. Det er institusjonens ansvar å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte.

Med vennlig hilsen  
Jørgen Hardang  
Komitésekretær

[post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no)

T: 22845516

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig  
forskningsetikk REK sør-øst-Norge (REK sør-øst)**  
<http://helseforskning.etikkom.no>



## VEDLEGG 4 – Informasjonsskriv med samtykkeerklæring (pasient)

### Forespørsel om deltakelse i studentprosjektet

*I forbindelse med min Mastergrad i Klinisk Sykepleievitenskap ved Høgskolen i Oslo og Akershus, gjennomfører jeg en studie om ulike grupper menneskers oppfatning om sykepleierens rolle og ansvar i akuttmottak. Gjennom dette prosjektet ønsker jeg å belyse både det formelle og det uformelle ansvaret som sykepleieren har i sitt daglige arbeid.*

### ***”Sykepleierens rolle og ansvar i akuttmottak”***

#### **Bakgrunn og hensikt**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i studien for å bidra til ny kunnskap om hvordan du opplever sykepleierens ansvar og rolle i akuttmottak. Studien er en kvalitetsforbedringsstudie hvor målet er bedre forståelse av sykepleierens rolle og ansvar.

Statens Helsetilsyn hadde i 2007 en omfattende undersøkelse av akuttmottakene i Norge. Rapporten viser til blant annet uklare ansvarsforhold mellom profesjonene. I et nylig avsluttet doktorgradsprosjekt beskrives sykepleierens ansvar i norske sykehusavdelinger som overveldende. Likevel blir deres rolle og ansvar lite anerkjent og også oversett. Derfor ønsker jeg med denne studien å kaste nytt lys over sykepleierens rolle og ansvar i akuttmottaket sett fra et tverrfaglig perspektiv.

Informantene er strategisk valgt ut blant pasienter, leger og sykepleiere i akuttmottaket. Dette for å belyse ulike erfaringer og opplevelser med sykepleierens ansvar og rolle i denne konteksten. Andre aktører i akuttmottaket kan også bidra i studien ved behov. Det er et kriterium at alle deltakere i studien er samtykkekompetente og i stand til å underskrive vedlagte samtykkeerklæring. Videre er det et kriterium at de er i stand til å forstå denne informasjonen.

#### **Hva innebærer deltagelse i studien?**

Du vil bli behandlet med respekt og omtanke i hele prosessen. Hvis du velger å delta i studien innebærer det at du deltar i personlig dybdeintervju av opp til en times varighet, og jeg vil underveis ta hensyn til din helsetilstand med nødvendige pauser og tilrettelegginger.

I tillegg vil noen pasienter i akuttmottaket spørres om å samtykke til at jeg gjør deltagende observasjon av helsepersonellet mens de undersøker eller behandler deg. Sensitive opplysninger eller taushetsbelagte opplysninger om deg vil ikke brukes i studien da det ikke er pasienten, men helsepersonellet, som er fokus for observasjonen.

Dybdeintervjuer vil foregå i nærhet til akuttmottaket. Den vil foregå på tomannshånd og samtalen vil spilles inn på lydbånd. Temaet vil være din opplevelse av sykepleierens rolle og ansvar i akuttmottaket og du vil derfor ikke bli spurt om din helsetilstand, sykdom eller andre sensitive opplysninger om deg.

Opplysninger som registreres om deg i denne studien vil være fornavn, kjønn, alder, erfaring fra akuttmottaket og yrkesbakgrunn. Det er kun prosjektleder og Høgskolens veileder som vil ha innsyn i personlige opplysninger og disse har taushetsplikt. Alle personopplysninger vil slettes når studien fullføres, senest 31. des 2014. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven.

Personopplysninger vil oppbevares separat fra øvrig informasjon og vil være passordbeskyttet. Lyddopptak og notater fra intervjuer vil oppbevares på samme måte og slettes når prosjektet er over. Ingen opplysninger vil bli gitt videre til andre aktører.

Deltagelse vil ikke være til hinder for nødvendige medisinsk behandling eller forlenge ventetiden i akuttmottaket. Studien sikter på å gjennomføre intervjuer i ventetiden i akuttmottaket eller etter at pasienten er utskrevet fra akuttmottaket og eventuelt overført til sengepost.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien og det gis ingen kompensasjon for deltakelse. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din behandling videre. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det har noen følger for deg.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte meg, Kristin Kleiveland, på e-post: [s106226@stud.hioa.no](mailto:s106226@stud.hioa.no) eller min veileder Mette Sagbakken på e-post: [Mette.Sagbakken@hioa.no](mailto:Mette.Sagbakken@hioa.no)

### **Økonomi.**

Jeg har ingen økonomiske interesser i studien og mottar ikke økonomisk støtte fra noen for å gjennomføre studien. Det er ingen sponsorer i dette prosjektet. Prosjektleder som er student ved Høgskolen i Oslo og Akershus dekker selv sin utdanning og har ingen avtale eller bindingstid med arbeidsgiver.

**Med vennlig hilsen**

**Kristin Kleiveland**

**Masterstudent ved Høgskolen i Oslo og Akershus**

**Avdeling Helsefag**

**Klinisk Sykepleievitenskap**

## Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien

Dato: \_\_\_/\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Signatur: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_



## VEDLEGG 5 – Informasjonsskriv med samtykkeerklæring (helsepersonell)

### Forespørsel om deltakelse i studentprosjektet

*I forbindelse med min Mastergrad i Klinisk Sykepleievitenskap ved Høgskolen i Oslo og Akershus, gjennomfører jeg en studie om ulike grupper menneskers oppfatning om sykepleierens rolle og ansvar i akuttmottak. Gjennom dette prosjektet ønsker jeg å belyse både det formelle og det uformelle ansvaret som sykepleieren har i sitt daglige arbeid.*

### ***”Sykepleierens rolle og ansvar i akuttmottak”***

#### **Bakgrunn og hensikt**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i studien for å bidra til ny kunnskap om hvordan du opplever sykepleierens ansvar og rolle i akuttmottak. Studien er en kvalitetsforbedringsstudie hvor målet er bedre forståelse av sykepleierens rolle og ansvar.

Statens Helsetilsyn hadde i 2007 en omfattende undersøkelse av akuttmottakene i Norge. Rapporten viser til blant annet uklare ansvarsforhold mellom profesjonene. I et nylig avsluttet doktorgradsprosjekt beskrives sykepleierens ansvar i norske sykehusavdelinger som overveldende. Likevel blir deres rolle og ansvar lite anerkjent og også oversett. Derfor ønsker jeg med denne studien å kaste nytt lys over sykepleierens rolle og ansvar i akuttmottaket sett fra et tverrfaglig perspektiv.

Informantene er strategisk valgt ut blant pasienter, leger og sykepleiere i akuttmottaket. Dette for å belyse ulike erfaringer og opplevelser med sykepleierens ansvar og rolle i denne konteksten. Andre aktører i akuttmottaket kan også bidra i studien ved behov. Det er et kriterium at alle deltakere i studien er samtykkekompetente og i stand til å underskrive vedlagte samtykkeerklæring. Videre er det et kriterium at de er i stand til å forstå denne informasjonen.

#### **Hva innebærer deltagelse i studien?**

Hvis du velger å delta i studien innebærer det at du deltar i personlig dybdeintervju av opp til en times varighet eller at du deltar i gruppediskusjon av tilsvarende varighet. Dybdeintervjuer vil foregå på tomannshånd med lydbåndopptaker. Gruppediskusjonene vil utføres med 6-8 sykepleiere fra akuttmottaket og vil også bli spilt inn på lydbånd.

Intervjuer og gruppediskusjoner vil foregå i nærhet til akuttmottaket.



Noen deltagere vil også bli spurt om å bli observert i klinikken. Observasjoner i klinikken vil foregå åpent slik at man til en hver tid vet når man blir observert

Opplysninger som registreres om deg i denne studien vil være fornavn, kjønn, alder, erfaring fra akuttmottaket og yrkesbakgrunn. Det er kun prosjektleder, prosjektassistent og Høgskolens veileder som vil ha innsyn i personlige opplysninger og disse har taushetsplikt. Alle personopplysninger vil slettes når studien fullføres, senest 31.des 2014. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven.

Personopplysninger vil oppbevares separat fra øvrig informasjon og vil være passordbeskyttet. Lyddopptak og notater fra intervjuer vil oppbevares på samme måte og slettes når prosjektet er over. Ingen opplysninger vil bli gitt videre til andre aktører.

Deltagelse vil ikke være til hinder for nødvendige arbeidsoppgaver for de ansatte. Studien sikter på å gjennomføre intervjuer og gruppediskusjoner med ansatte i rolige perioder i arbeidstiden eller rett før eller rett etter arbeidstid etter avtale.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien og det gis ingen kompensasjon for deltakelse. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for deg videre. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det har noen følger for deg.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte meg, Kristin Kleiveland, på e-post: s106226@stud.hioa.no eller min veileder Mette Sagbakken på e-post: Mette.Sagbakken@hioa.no

### **Økonomi.**

Jeg har ingen økonomiske interesser i studien og mottar ikke økonomisk støtte fra noen for å gjennomføre studien. Det er ingen sponsorer i dette prosjektet. Prosjektleder som er student ved Høgskolen i Oslo og Akershus dekker selv sin utdannelse og har ingen avtale eller bindingstid med arbeidsgiver.

**Med vennlig hilsen**  
**Kristin Kleiveland**  
**Masterstudent ved Høgskolen i Oslo og Akershus**  
**Avdeling Helsefag**  
**Klinisk Sykepleievitenskap**

## Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien

Dato: \_\_\_/\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Signatur: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

## VEDLEGG 6 – Temaguide fokusgruppe

### TEMAGUIDE- FOKUSGRUPPE

1. Hvordan starter dagen for sykepleierne i akuttmottaket?
2. Hvilke forberedelser gjør dere for dagen og hva slags ansvar har dere for utstyr i akuttmottaket?
3. Hvilke ulike roller eller funksjoner har dere som sykepleiere i akuttmottaket?
4. Hva forventer dere av hverandre i disse rollene?
5. Hva forventer legene av dere i disse rollene?
6. Hva forventer pasientene av dere i disse rollene?
7. Hvilke vurderinger og overveielser gjør dere av pasientene ved ankomst?
8. Hvilke vurderinger og overveielser gjør dere av pasientene i løpet av oppholdet i akuttmottaket?
9. Hva mener dere er de viktigste oppgavene for sykepleierne i akuttmottaket?
10. Hva slags ansvar har dere som sykepleiere i akuttmottaket?
11. Hva slags rolle har sykepleierne i forhold til legene i akuttmottaket?
12. Hva er en "god mottakssykepleier".
13. Hvilket ansvar har sykepleierne for den medisinske behandlingen av pasientene i akuttmottaket?
14. Hvilken rolle har sykepleierne når det gjelder å prioritere pasienter i akuttmottaket?
15. Hva slags rolle eller ansvar har sykepleierne når det gjelder logistikken i akuttmottaket?
16. Er det arbeidsoppgaver i akuttmottaket i dag som du mener at sykepleierne burde utføre i større eller mindre grad?
17. Er det noen roller eller ansvar som du savner blant sykepleierne i akuttmottaket?
18. Generelt, hva vil du si er sykepleierens hovedansvar i akuttmottaket?
19. Hva vil du karakterisere som den viktigste rollen sykepleieren har i akuttmottaket?

## VEDLEGG 7 - Temaguide dybdeintervju (pasient)

### [INTERVJUGUIDE DYBDEINTERVJU - pasient

1. Bakgrunnsdata: Yrke, i hvilket omfang har du erfaring med å være i akuttmottak,
2. Hvilke arbeidsoppgaver kan du se at sykepleierne utfører i akuttmottaket?
3. Hvilke vurderinger tror du sykepleierne gjør av pasientene i akuttmottaket?
4. Hva mener du er viktige oppgaver for sykepleierne i akuttmottaket?
5. Hva har du sett av sykepleiernes ansvar og rolle i akuttmottaket?
6. Hva slags rolle har sykepleierne i akuttmottaket i forhold til legene?
7. Hva forventer du av sykepleierne i akuttmottaket?
8. Hvilket ansvar har sykepleierne for den medisinske behandlingen av pasientene i akuttmottaket?
9. Hvilken rolle har sykepleierne når det gjelder å prioritere pasienter i akuttmottaket?
10. Hva slags rolle eller ansvar har sykepleierne når det gjelder logistikken i akuttmottaket?
11. Er det arbeidsoppgaver i akuttmottaket i dag som du mener at sykepleierne burde utføre i større eller mindre grad?
12. Er det noen roller eller ansvar som du savner blant sykepleierne i akuttmottaket?
13. Generelt, hva vil du si er sykepleierens hovedansvar i akuttmottaket?
14. Hva vil du karakterisere som den viktigste rollen sykepleieren har i akuttmottaket?

## VEDLEGG 8 – Temaguide dybdeintervju (sykepleier/lege)

### INTERVJUGUIDE DYBDEINTERVJU – lege og sykepleier

1. Bakgrunnsdata: Yrke, yrkeserfaring fra akuttmottak,
2. Hva er din rolle i akuttmottaket til vanlig?
3. Hva slags rolle har du i forhold til sykepleierne i akuttmottaket?
4. Hva gjør sykepleierne i akuttmottaket?
5. Hva forventer du av sykepleierne i akuttmottaket?
6. Hvilket ansvar har sykepleierne for den medisinske behandlingen av pasientene i akuttmottaket?
7. Hvilken rolle har sykepleierne når det gjelder å prioritere pasienter i akuttmottaket?
8. Hva slags rolle eller ansvar har sykepleierne når det gjelder logistikken i akuttmottaket?
9. Er det arbeidsoppgaver i akuttmottaket i dag som du mener at sykepleierne burde utføre i større eller mindre grad?
10. Er det noen roller eller ansvar som du savner blant sykepleierne i akuttmottaket?
11. Generelt, hva vil du si er sykepleierens hovedansvar i akuttmottaket?
12. Hva vil du karakterisere som den viktigste rollen sykepleieren har i akuttmottaket?

**VEDLEGG 9 – Epost-korrespondanse vedrørende publisering av sykehusets navn.**

Fra: Gry Connie Baardseth <Gry.Connie.Baardseth@ahus.no>  
Emne: SV: tilrådning saksnr 13-087:Masteroppgave  
Dato: 12. februar 2014 17:10:12 CET  
Til: Eirik Pettersen <Eirik.Pettersen@ahus.no>, Anita Østlund  
<Anita.Ostlund@ahus.no>  
Kopi: "'kristin@akuttmedisinsk-kompetanse.no'" <kristin@akuttmedisinsk-kompetanse.no>

Da har jeg fått en muntlig bekreftelse fra Anita Ø om at hun mener det samme så da er det fritt frem Krisitn.  
Lykke til. Håper jeg får lese den når du er klar!

Mvh  
Gry Connie

Videresendt melding:

**Fra:** "(R) Fellesmail Personvernombud" <Fellesmail.Personvernombud@ahus.no>  
**Emne: SV: tilrådning saksnr 13-087:Masteroppgave**  
**Dato:** 12. februar 2014 10:17:37 CET  
**Til:** 'Kristin K' <kristin@akuttmedisinsk-kompetanse.no>

Hei Kristin

Det du egentlig skriver om er jo funksjonsbeskrivelser mht til roller og ansvar, og prosjektet omhandler ikke opplysninger om helse eller andre sensitive opplysninger. Personvernmessig syns jeg det er uproblematisk å publisere oppgaven med navnet til Ahus. Og, Ahus er vel det eneste sykehuset som drifter akuttmottaket på denne måten - så jeg antar at det er ganske åpenbart for de som leser - hvilket sykehus dette handler om.

Men, jeg syns det mest korrekte her er å forespørre avdelingsjef på akuttmottaket angående publisering med navn.

Vennlig hilsen

---

Randi Otterstad  
Seniorrådgiver personvern/biobank

Akershus universitetssykehus HF  
Avdeling for administrasjon og forskningsstøtte  
Enhet for forskning og pasientsikkerhet  
1478 LØRENSKOG  
Tlf: +47 679 68776

Mobil: +47 970 35166

E-Post: [randi.otterstad@ahus.no](mailto:randi.otterstad@ahus.no)

Web: [www.ahus.no](http://www.ahus.no)

P Tenk miljø - ikke skriv ut denne om det ikke er absolutt nødvendig!

-----Opprinnelig melding-----

Fra: Kristin K [<mailto:kristin@akuttmedisinsk-kompetanse.no>]

Sendt: 12. februar 2014 09:27

Til: (R) Fellesmail Personvernombud

Emne: Re: tilrådning saksnr 13-087:Masteroppgave

Hei.

Jeg har et lite spørsmål vedr min masteroppgave.

Oppgaven min omhandler sykepleierens rolle og ansvar i akuttmottak og jeg gjør studien i akuttmottaket på ahus med godkjenning fra blant annet dere.

Når jeg nå skal skrive oppgaven så hadde jeg tenkt å skrive at studien var i fra et akuttmottak på et akuttsykehus på Østlandet, men så har jeg noen referanser som jeg hadde tenkt å bruke i oppgaven som vil avsløre for leseren at studien er gjort på Ahus. Det gjelder blant annet henvisning til prosedyrer fra EQS.

Hva tenker dere om dette, er det greit å avsløre at studien er gjort ved Ahus eller bør dette anonymiseres på en eller annen måte?

Temaet er jo ikke spesielt sensitivt, men hva tenker dere?

Takknemlig for hjelp:-)

Kristin Kleiveland

