

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

Operasjonssykepleieres erfaringer med omdisponering og oppgavedeling under covid-19-pandemien

[Stein Ove Danielsen](#)

Operasjonssykepleier og førsteamanuensis

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, Oslomet – storbyuniversitetet

[Magnhild Vikan](#)

Operasjonssykepleier, universitetslektor og ph.d.-kandidat

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, Oslomet – storbyuniversitetet

[Oppgaveglidning](#)

[Kvalitativ metode](#)

[Kriseberedskap](#)

[Pasientsikkerhet](#)

Sykepleien Forskning 2024;19(95013):e-95013

DOI: [10.4220/Sykepleienf.2024.95013](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2024.95013)

Sammendrag

Bakgrunn: I mars 2020 ble Norge rammet av koronapandemien. Det ble varslet store utfordringer for helsetjenesten, og planer ble lagt for å behandle et større antall pasienter på kort tid. Planlagt kirurgi ble redusert. Operasjonssykepleiere ble omdisponert for å bidra til å dekke behovet for sykepleiere til et mulig stort antall pasienter med korona. Omdisponeringene innebar oppgavedeling, der de fikk nye oppgaver i en annen setting enn operasjonsavdelingen.

Hensikt: Hensikten var å utforske operasjonssykepleieres erfaringer med hvordan deres profesjonskunnskap ble brukt ved omdisponering under koronapandemiens to første bølger.

Metode: Vi rekrutterte et strategisk utvalg av operasjonssykepleiere med erfaring fra omdisponering i de tidlige bølgene av koronapandemien. Individuelle intervjuer med semistrukturert intervjuguide ble utført. Digitale lydopptak av intervjuene ble transkribert ordrett. Vi analyserte dataene med dataanalyseprogrammet NVivo 12 og Braun og Clarkes refleksive tematiske analyse.

Resultat: Studien viser at operasjonssykepleiernes profesjonelle kompetanse ble lite brukt i koronapandemiens to første bølger. Foretakene håndterte kriseledelse ulikt fordi de ikke var godt forberedt på en krise og hadde utfordringer med informasjonsflyten og ressursstyringen. Operasjonssykepleierne opplevde en økt psykologisk og etisk belastning. Pandemien ble håndtert solidarisk på vegne av samfunnet og til profesjonens standarder. Pandemien skapte også frustrasjon fordi de opplevde at pasientsikkerheten til dels var truet, spesielt når oppgavedelingen innebar at de fikk helt nye pasientnære oppgaver hos kritisk syke pasienter.

Konklusjon: I neste større krisesituasjon bør sykehusene ha mer detaljerte planer for hvordan de skal bruke den spesifikke profesjonskompetansen til operasjonssykepleierne. Videre vil transparent og hensiktsmessig informasjon og ressursstyring være viktige suksessfaktorer. Ved oppgavedeling må sykehusene være mer opptatt av medarbeidernes balanse mellom arbeid og fritid for å forebygge utbrenthet, unngå større mangel på viktig sykepleierkompetanse og redusere risikoen for en svekket pasientsikkerhet.

Introduksjon

Koronapandemien var et faktum da Verdens helseorganisasjon (WHO) erklærte pandemi 11. mars 2020 etter et virusutbrudd i Kina forårsaket av SARS CoV-2-viruset (1). Norge erklærte en nasjonal nedstengning den påfølgende dagen. Helsetjenesten måtte på kort tid planlegge og forberede seg på å kunne få et større antall syke pasienter med behov for intensivmedisinsk behandling.

Bildene og erfaringene fra Italia (2) i den første fasen av pandemien gjorde et sterkt inntrykk og fikk myndighetene til å forberede seg på scenarioer med bølger av syke pasienter med korona.

Mange sykehus i Norge omorganiserte den daglige arbeidsflyten (3). Blant annet ble planlagt kirurgi redusert (4). Derfor ble mange operasjonssykepleiere omdisponert til andre avdelinger med nye arbeidsoppgaver enn den daglige profesjonsutøvelsen i en operasjonsavdeling.

I sin rapport fra 2019 viser EU-kommisjonen til WHO's definisjon av oppgavedeling fra 2008 (5): rasjonell omfordeling av oppgaver blant helsepersonell. Den norske helsepersonellkommisjonen påpeker at «[m]åten ansvar og oppgaver fordeles og/eller omfordes på, må være basert på strategisk kompetansekartlegging og kompetanseplanlegging» (6, s. 129).

Videre mener kommisjonen at «riktig oppgavedeling bygges nedenfra» (6, s. 129). Forskning har vist at vertikal oppgavedeling ikke trenger å redusere kvaliteten på utførte helsetjenester (7, 8). Men endringer som følge av oppgavedeling bør unngå å redusere antallet sykepleiere og gi mer arbeidsbelastning, noe som signifikant øker risikoen for lavere kvalitet og dårligere pasientsikkerhet (9).

Operasjonssykepleie i Norge utøves etter en spesifikk profesjonsstandard (10) og er basert på en masterutdanning i operasjonssykepleie, som er regulert i forskriften om nasjonal retningslinje for operasjonssykepleierutdanningen (11). I utdanningsforskriftens § 7 og § 8 angis henholdsvis at operasjonssykepleieren skal ha avansert kunnskap om smittevern og lede relevant smittevernarbeid. Profesjonsstandarden er angitt av Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av Operasjonssykepleiere – NSFLOS og viser til funksjons -og ansvarsområder som operasjonssykepleiere dekker.

Operasjonssykepleierne har et direkte pasientrettet arbeid som er helsefremmende, forebyggende, behandlende og lindrende alt etter hva som er aktuelt for å dekke pasientens behov. De andre områdene omhandler ledelse, samhandling, fagutvikling, forskning og formidling (10). Profesjonsstandarden og helsepersonellovens § 4 (12) angir samlet at operasjonssykepleieren har en kunnskapsbasert tilnærming til den daglige aktiviteten, og bidrar dermed til god pasientsikkerhet.

Dette er den første studien i en norsk kontekst som kvalitativt utforsker og belyser operasjonssykepleiernes erfaringer med omdisponeringer i koronapandemien.

Hensikten med studien

Hensikten med studien var å utforske operasjonssykepleieres erfaringer med hvordan deres profesjonelle kompetanse ble brukt under koronapandemiens to første bølger.

Metode

Studiedesign

Vi designet en kvalitativ studie og utviklet en semistrukturert intervjuguide. En kombinert deduktiv-induktiv tilnærming ble planlagt, med rapportering i henhold til sjekklisten «Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research» (COREQ) ([vedlegg 1](#)) (13).

Studiens kontekst og deltakere

Studien ble gjennomført i mai og juni 2021, kort tid etter at den andre bølgen med covid-19-pasienter var innlagt i norske sykehus. Deltakerne i studien var operasjonssykepleiere ved fire sykehus i Helse Sør-Øst. Sykehusene hadde en lik pasientflyt med covid-19-pasienter i de to første bølgene i Norge fra mars 2020. Vi brukte et strategisk utvalg for å inkludere operasjonssykepleiere som hadde kliniske erfaringer med å bli omdisponert.

Datasamling

Vi gjennomførte intervjuene med utgangspunkt i Kvale og Brinkmanns (14) og Braun og Clarkes metodetilhøringer (15, 16), der erfaringene til operasjonssykepleierne ble utforsket deduktiv og induktivt. De individuelle intervjuene ble utført av de to forfatterne med hjelp av professor Berit Taraldsen Valeberg, alle med lang spesialsykepleierbakgrunn.

Ledere ved de forespurte sykehusavdelingene godkjente og fasiliterte rekrutteringen av deltakerne. Vi gjennomførte intervjuene med en semistrukturert intervjuguide ([vedlegg 2](#)), som var basert på tilgjengelig litteratur og vår forforståelse av fagfeltet og konteksten.

Dataanalyse

Vi transkriberte ordrett lydopptak av intervjuene og analyserte dem ved hjelp av NVivo versjon 12. Umiddelbart etter intervjuene tok vi feltnotater av tanker og ideer knyttet til det som ble samtalt om i intervjuet. Dette ble gjort for å støtte den pågående preliminnære analysen og vurdere informasjonsrikdommen i intervjuene.

Vi analyserte dataene ved å bruke refleksiv tematisk analyse som beskrevet av Braun og Clarke (15, 17), understøttet av notater gjennom datasamlingen og analysearbeidet. Refleksiv tematisk analyse gjennomføres i seks faser: gjøre seg kjent med empirien, kode, generere temaer, revidere temaer, definere og formulere temaer og til slutt rapportere og skrive ut analysen (16).

Etter det første steget, som er å gjøre seg kjent med empirien, utviklet vi første sett med koder. Først utførte begge forfatterne analysen hver for seg. Deretter gikk vi gjennom og diskuterte resultatene i to formelle analysemøter for å revidere koder, undertemaer og hovedtemaer. Gjennom dynamisk diskurs og refleksivitet utfordret vi forforståelsen i analysearbeidet for å ivareta spesielt den induktive tilnærmingen.

I den refleksive frem-og-tilbake-prosessen mellom data, abstraksjon og teori brukte vi systematisk feltnotater. Vi kom frem til de endelige hovedtemaene i en iterativ prosess, der våre fortolkninger kontinuerlig ble revidert, og genererte latent innhold. Tabell 1 viser et eksempel fra analyseprosessen.

Tabell 1. Eksempel på analyseprosessen

Meningsbærende innhold	Koder
«Jeg kan ikke få sagt det nok ganger jeg, hadde noen bare satt oss ned, pratet med oss, tatt oss litt på alvor, så tror jeg veldig mye frustrasjon hadde vært forhindret. At folk hadde følt seg sett og litt sånn verdsatt, og ikke bare puttet rundt. Det er så alfa [og] omega.»	Dialog med ledelse
	Medbestemmelse i arbeidssituasjonen
	Forutsigbarhet gjennom informasjon
«Og i forhold til medisiner, at jeg har nesten ikke jobbet med medisiner i det hele tatt, og så skal du styre livene til folk, holdt jeg på å si, nesten med medisiner når du kommer dit, både i forhold til smertelindring og blodtrykk og puls og alt mulig. Det syntes jeg var litt sånn ugreit. Eller litt ubehagelig.»	Grenser for kompetanse
	Redd for å sette pasientsikkerheten i fare
	Behov for mestring

Etiske overveielser

Norsk senter for forskningsdata (NSD), nå kalt Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, ga tillatelse til å gjennomføre prosjektet (referansenummer 566062). Deltakerne ble informert skriftlig og muntlig og samtykket skriftlig til å delta.

Resultater

Vi intervjuet 13 operasjonssykepleiere. Alle var kvinner i alderen 31–64 år, med fra < 1 til 30 års erfaring som operasjonssykepleier ved 4 sykehus, både universitetssykehus og lokalsykehus i Helse Sør-Øst.

Dataanalysen resulterte i følgende tre hovedtemaer: A) «Operasjonssykepleieres profesjonsutøvelse», B) «Kriseledelse» og C) «Psykologisk og etisk belastning». Sju tilhørende undertemaer presenteres fortløpende med hovedtemaene og er oppsummert i tabell 2.

Tabell 2. Oppsummering av temaer og undertemaer

Tema	Undertema
Operasjonssykepleieres profesjonsutøvelse	Omdisponering og bruk av operasjonssykepleieres kompetanse
Kriseledelse	Organisasjonens beredskap
	Behov for transparent informasjonsflyt
	Ressursstyring
Psykologisk og etisk belastning	Behov for ivaretagelse og innflytelse i egen arbeidssituasjon
	Solidaritet med samfunn og profesjon
	Profesjonell utøvelse og pasientsikkerhet

Hovedtema A – Operasjonssykepleieres profesjonsutøvelse

Operasjonssykepleieren har tydelige definerte arbeidsoppgaver i operasjonsavdelingen, men pandemien skapte en situasjon der flere operasjonssykepleiere fikk nye arbeidsoppgaver utover sine ordinære ansvars- og funksjonsområder. Flere av operasjonssykepleierne erfarte denne oppgavedelingen som utfordrende. Mange ble omdisponert til oppgaver knyttet til grunnleggende sykepleie, og i sum ble deres profesjonskunnskap lite brukt.

Undertema A – Omdisponering og bruk av operasjonssykepleieres kompetanse

Det var krevende for flere operasjonssykepleiere å forlate rollen som profesjonsutøver, mens noen mestret omdisponeringen greit: «Jeg kan jo liksom litt om alt det her, selv om det er så mange år siden en har drevet med den type sykepleie.»

Flere av deltakerne uttrykte at de ble håndlangere, noe de syntes var kjedelig i perioder. Andre forsøkte å ha en positiv holdning: «Det er jo ikke sånn at vi slutter å være sykepleiere selv om vi har blitt operasjonssykepleiere.»

De som mestret omdisponeringen til nye oppgaver best, hadde gjerne en relevant bakgrunn som passet til de nye tjenestene. Spesielt gjaldt dette de med erfaring fra akuttmottak og intensivavdelinger.

Men det som blant annet utfordret operasjonssykepleierne, til tross for at de hadde grunnleggende oppgaver som sykepleier, var at medisiner hadde fått nye navn, det var nytt utstyr og dokumentasjonssystem samt ny logistikk på et ukjent sted: «Selv om jeg har jobbet i intensiv til jeg ble operasjonssykepleier, så er det såpass endringer både på apparatur og medisiner og sånne ting.»

Det var også operasjonssykepleiere uten erfaring fra intensivavdeling og med kort opplæring som i perioder ble værende alene med pasienter på respirator.

På noen av sykehusene ble operasjonssykepleierne etter hvert omdisponert til å bidra i inn- og utslusing av personell i arbeid på intensivavdelingene. Her fikk de brukt sin profesjonelle kompetanse knyttet til smittevern, både terapeutisk ansvar og forebyggende funksjon.

De samarbeidende legene og sykepleierne verdsatte at sykehusenes praktiske smittevernspecialister ble brukt til å sikre logistikk og infeksjonsforebygging i et risikoområde, som et sluseområde er. På den andre siden kom det også frem at en operasjonssykepleiers kjernekompetanse er relativt ukjent for annet helsepersonell utenfor operasjonsavdelingen, både blant leger og sykepleiere.

Hovedtema B – Kriseledelse

Forvaltning av tilgjengelige sykepleierressurser er avgjørende for hvordan et sykehus kan levere kvalitetstjenester til pasientene i en normal sammenheng. Den daglige ledelsen utfordres i en krisesituasjon, slik den gjorde da koronapandemien rammet oss tidlig i 2020.

Undertema B1 – Organisasjonens beredskap

De fleste deltakerne uttrykte at sykehusenes planer for en pandemi var ukjente før og idet pandemien inntraff: «Jeg tror ikke det var en god plan. Jeg tror ingen hadde satt seg ned og sett på eller liksom, jeg tror de bare liksom satte opp alle de ansatte, og så har de bare plassert.»

Mindre god pandemiberedskap ga ulike tilnærminger til hvordan lederskap ble utøvd. Det ga seg uttrykk i hvordan omdisponeringer fant sted, og hvilke oppgaver de ble tildelt. På ett sykehus var erfaringen at personellet nærmest ble rokert fra ett sted til et annet uten at de hadde en plan for det: «Bruke folk riktig, ja da må du kartlegge kompetansen til folk i fredstid, holdt jeg på å si, ikke når det begynner å brenne.»

På et annet sykehus tok de tydeligere utgangspunkt i den faktiske kompetansen, inkludert tidligere erfaringer, hos den enkelte ansatte, noe som resulterte i en mindre arbeidsbelastning.

Undertema B2 – Behov for transparent informasjonsflyt

Operasjonssykepleierne flest erkjente at ledelsen ved sykehusene forsøkte å gi informasjon så godt de kunne i situasjonen som rådet. Men det var blandede erfaringer med hvordan informasjonsflyten ble håndtert. De følte alt fra tilfredshet til stor frustrasjon: «Der jeg var omdisponert til, var de veldig gode på informasjon. Der fikk vi jevnlig informasjon.»

En annen fortalte videre: «Jeg skulle ønske at noen hadde snakket med meg. Hvis man hadde fått et lite forvarsel og en liten sånn prepp og visste.»

Operasjonssykepleierne anerkjente at det er svært viktig i en krisesituasjon å være åpen med informasjonen, både i innhold og form.

Undertema B3 – Ressursstyring

Ressursstyring av personell og utstyr ble trukket frem som store utfordringer i de to første pandemibølgene. Operasjonssykepleierne vurderte bruken av personellet og oppgavedelingene som mindre hensiktsmessige: «Lagd en pool av folk som kunne tenke seg å flyttes på ved neste pandemi, neste gang det skjer, slik at man har en pool man kan ta av, med personale som har fått mer opplæring og selv kan tenke seg det, da.»

Flere av deltakerne uttrykte at omdisponeringene kunne vært styrt mer effektivt med tanke på både tidligere erfaring og opplæring.

Tilstrekkelig med smittevernutstyr manglet i starten: «Vi manglet jo litt smittevernutstyr, selv om ledelsen her egentlig sa at vi ikke hadde mangel på noen ting.»

Operasjonssykepleierne uttrykte lojalitet til sykehuset og arbeidet med å fordele utstyr så hensiktsmessig som mulig. Men samtidig var de bevisst på sitt profesjonelle ansvar.

Et slikt ansvar innebærer en kultur der ansvarsområdene og funksjonene som ligger til profesjonen, er synonymt med kvalitet og pasientsikkerhet. Derfor er det ikke uventet at utstyrmangelen skapte frustrasjon: «Det var litt krangling rundt utstyr.»

Hovedtema C – Psykologisk og etisk belastning

De tidlige bølgene i koronapandemien utfordret operasjonssykepleiernes balanse i arbeidssituasjonen, både psykologisk og etisk. Deres profesjonelle yrkesutøvelse ble påvirket på ulike måter, som igjen gjorde dem usikker på om de ytet kvalitet og god nok pasientsikkerhet.

Undertema C1 – Behov for ivaretagelse av og innflytelse i egen arbeidssituasjon

Å bli omdisponert eller være i reserve for omdisponering før den fant sted, med få eller ingen forberedelser, var krevende for operasjonssykepleierne. Denne situasjonen ga større psykisk belastning. Operasjonssykepleierne var engstelig for å bli pålagt å utføre arbeid de ikke var forberedt på, som innebar en faglig standard som de ikke kunne relatere til når det gjaldt eget ansvar og funksjonsområder: «De hadde ikke helt klart å være tydelig, da, og så plutselig så sto du i en situasjon som ikke var helt grei.»

De erfarte i stor grad, spesielt i første bølge, at de ikke hadde medbestemmelse og ikke ble ivare tatt ved å ha et ord med i laget når omdisponeringene og oppgavene ble fordelt: «Så tror jeg veldig mye frustrasjon hadde vært forhindre t. At folk hadde følt seg sett og litt sånn verdsatt, og ikke bare puttet rundt. Det er så alfa [og] omega.»

Men i andre bølge erfarte flere at arbeidssituasjonen bedret seg noe: «Nå på andre runde så prøvde jo ledelsen å være ... de var faktisk flinke.»

Undertema C2 – Solidaritet med samfunn og profesjon

Operasjonssykepleierne utviste stor vilje for og solidaritet med oppdraget som ble tildelt helsetjenesten da koronapandemien traff Norge: «Jeg synes vi var veldig mange som brettet opp ermene og hjalp til der hvor det trengtes, om det så var på intensiv, akutt mottak, på sengepost.»

Selv når arbeidsbelastningen var høy og de sto i de krevende situasjonene som omdisponeringene innebar, fant de frem til kjernen i yrkesetikken, som hjalp dem med å mestre situasjonene: «For du visste at du ikke kan nekte, for at verden, altså samfunnet, sykehuset, Oslo, hele Norge ... altså du skulle hjelpe pasienter som måtte ha hjelp, så bare beit sammen tennene og gikk.»

Dugnadsånden som rådet, gjaldt også mellom helsepersonellet: «De var så flinke til å hjelpe til, altså de som jobbet der, at de gangene det begynte å bli kritisk, så var de der med én gang.»

Men det var ikke helt sømløst mellom personellet. Flere opplevde forskjellsbehandling i arbeidsbelastningen. Noen ble omdisponert til å arbeide med de sykeste på intensivavdelinger, mens andre ble sittende foran en PC og arbeidet med e-læringskurs eller andre oppgaver. Denne forskjellen var mest fremtredende i den første bølgen, da pauseknappen i større grad var trykket på for operasjonsvirksomhet.

Undertema C3 – Profesjonell utøvelse og pasientsikkerhet

Operasjonssykepleierne hadde ulike meninger om hvorvidt omdisponeringene reduserte eller opprettholdt kvaliteten og pasientsikkerheten. De som var i funksjon som håndlangere, uttrykte at pasientsikkerheten ikke var direkte truet.

Derimot ble sikkerheten et tema blant de som var i pasientnært arbeid med til dels ukjent utstyr og logistikk. Det var tøft og belastende, spesielt i første bølge, der operasjonssykepleierne erfarte at omdisponeringer ble utført uten særlig omtanke for pasientens sikkerhet og profesjonens standarder. Det ga en tyngende arbeidsbelastning, både psykologisk og etisk: «Det som ble sagt i starten, var jo at du skal ikke stå alene med dårlige pasienter.»

En annen fortalte dette: «Så skal du styre livene til folk, med medisiner, både i forhold til smertelindring og blodtrykk og puls og alt mulig. Det syntes jeg var litt sånn ugreit, hadde jo ikke nok kunnskap til å være der.»

For oppgavedelingen der operasjonssykepleierne stilte mindre forberedt, utløste det moralsk stress og økt arbeidsbelastning.

Diskusjon

Hensikten med studien var å utforske hvordan helseforetak anvendte operasjonssykepleiernes profesjonskunnskap under koronapandemiens to første bølger. Omdisponeringene av operasjonssykepleierne medførte oppgavedelinger. Denne oppgavedelingen ga kunnskap og viktig informasjon i diskusjonen om fremtidig oppgavedeling i helsetjenesten i krisesituasjoner.

Operasjonssykepleieres profesjonsøvelse

Mange operasjonssykepleiere ble omdisponert til grunnleggende sykepleie og håndlangerfunksjoner, noe som også er beskrevet i en annen kontekst (18). Operasjonssykepleiernes profesjonskunnskap særlig om smittevern kunne med fordel vært brukt mer, både i planleggingen og gjennomføringen av det praktiske infeksjonsforebyggende arbeidet i sykehusene.

Myndighetene evaluerte sin egen håndtering av koronapandemien (19). Der står det at det bør tydeliggjøres om foretakenes plikt til, i henhold til helseberedskapsloven, å ha oversikt over personell som kan beordres. De skriver også at foretakene bør planlegge både for oppskalering og nedskalering samt omdisponeringer i en krise. En slik forbedret oversikt over ansattes kompetanse kan med fordel detaljeres med spisskompetansen som profesjonsutøverne innehar, slik at oppgavedelingen tidligere kan bli mer effektiv og hensiktsmessig i krisesituasjoner.

En slik tilnærming vil også bidra til at profesjonens særskilte kompetanse blir mer kjent for andre profesjoner internt i foretakene. Godt interprofesjonelt samarbeid gir bedre kvalitet på helsetjenestene (20, 21). Videre vil det sannsynligvis forbedre foretakenes beredskap til neste krise eller pandemi og bidra til at profesjonsutøverne får medbestemmelse og forutsigbarhet.

Kriseledelse

En krise er en større hendelse som angår mange, og ledelsen skal styre skuta slik at de oppnår målene ved hjelp av medarbeiderne (22). Når operasjonssykepleierne i foretakene erfarte at oppgavedelingene som omdisponeringene medførte, ble ulikt håndtert, er fortolkningen vår at beredskapen og ledelsen kunne vært bedre. Den forståelsen er i tråd med rapporten fra Koronakommisjonen i 2021 om at staten ikke var tilstrekkelig forberedt på pandemien, selv om den var en kjent risiko (19).

Et av kjennetegnene ved en krise er at man har lite informasjon, som skaper usikkerhet (22), noe operasjonssykepleierne erkjente. Omdisponeringene burde vært mer effektive ved å ta utgangspunkt i den enkeltes faglige bakgrunn og vært mer transparent utført for de involverte. Operasjonssykepleierne erfarte videre at de ikke hadde tilstrekkelig med utstyr, noe som skapte stor frustrasjon. Tidligere er det rapportert at styringen av ressurser var vanskelig tidlig i pandemien. Mange opplevde dilemmaer med å prioritere ressurser (3).

Psykologisk og etisk belastning

Etiske dilemmaer var åpenbart til stede blant operasjonssykepleierne. Omdisponering under koronapandemiens første bølger er tidligere beskrevet som moralsk stressende og psykologisk belastende for operasjonssykepleiere (23–25). Av og til utføres omdisponeringer på en slik måte at helsepersonell opplever usikkerhet om hvorvidt deres faglige utøvelse er tilstrekkelig for å dekke pasientenes behov. Da reduseres pasientsikkerheten, noe som igjen øker risikoen for at personalet blir utbrent (26).

Forskning har vist at sykepleiere er mer utsatt for å bidra til uønskede hendelser og pasientskader når de er eksponert for høyere arbeidsbelastning og stress, og arbeidet deres blir mindre anerkjent (27, 28).

God pasientsikkerhet gir god kvalitet. Dette etterleves hver dag av operasjonssykepleierne, og det er rotfestet i profesjonsutøvelsen og yrkesetikken. Derfor var det belastende når operasjonssykepleierne opplevde omdisponeringene som truende for pasientsikkerheten. Samtaler med de nærmeste kollegene er kanskje den beste støtten man kan få i en krisesituasjon (29), der pasientsikkerheten oppleves som truet.

Selv om operasjonssykepleierne utviste stor dugnadsånd i koronapandemien, er det en åpenbar risiko knyttet til å tøye de ansattes arbeidsmoral og øke belastningen. Det er vist at tidlig i pandemien bidro frykten for covid-19 til å forklare utbrenthet blant sykepleiere (30). Høyere forekomst av utbrenthet under pandemien blant helsearbeidere var assosiert med økt arbeidsbelastning, jobbstress, tidspress og begrenset organisatorisk støtte (31).

En systematisk kunnskapsoppsummering konkluderte med at utbrenthet relatert til pandemien kan forebygges ved å redusere arbeidsbelastningen gjennom bedre turnus, redusere jobbrelatert stress og skape et bedre arbeidsmiljø (32). Videre er sykepleiermangel som følge av pandemien beskrevet som et problem (33, 34). Det legger mer vekt til et allerede etablert problem med sykepleiermangel før koronapandemien (35).

Behovet for sykepleierkompetanse i spesialisthelsetjenesten er stort (36). I Norge har Statistisk sentralbyrå rapportert at sykepleiermangelen i Norge vil forverres i årene som kommer (37). En systematisk oversiktsartikkel peker på løsninger som kan redusere sykepleiermangelen og dermed bedre pasientsikkerheten og kvaliteten på pasientenes behandling (38).

Noen av løsningene er å forbedre bemanningen, optimalisere arbeidsmiljøet, støtte sykepleiere slik at de møter kravene i pasientbehandlingen, forbedre arbeidsrelasjoner, bruke ny teknologi og innovasjoner og være en arbeidsgiver med strategier for bedre fleksibilitet og balanse i arbeidslivskravene (38).

Studiens styrker og begrensninger

Studien har flere styrker. For det første utførte vi intervjuer ved fire sykehus. For det andre ble intervjuene gjennomført av spesialsykepleiere med god innsikt i profesjonens utøvelse. For det tredje var den valgte metoden og tidspunktet for datasamling hensiktsmessig for å innhente rik informasjon om temaet. Operasjonssykepleierne var fortsatt i en pandemi der det var varslet om flere smittebølger. Dermed var det redusert risiko for skjevhet (*bias*) som følge av dårlig hukommelse.

På den andre siden, som en av studiens mulige begrensninger, kan det ikke helt utelukkes at tiden mellom det operasjonssykepleierne erfarte, og intervjuene introduserte en skjevhet (*bias*) i hvordan de husket disse erfaringene. Videre kan vi heller ikke helt utelukke at vår for forståelse har påvirket fortolkningene, og at mangelen på mer kontekstuelle data kan ha gitt andre resultater.

Konklusjon

Til neste større krisesituasjon bør sykehusene ha mer detaljerte planer for å bruke den spesifikke profesjonskompetansen til operasjonssykepleierne. Transparent og hensiktsmessig informasjon og ressursstyring vil være viktige faktorer for å gi mer medbestemmelse til operasjonssykepleierne.

Oppgavedeling må utføres slik at den bidrar positivt til at medarbeiderne har balanse mellom arbeid og fritid for å forebygge utbrenthet. Oppgavedelingen må heller ikke øke mangelen på viktig sykepleierkompetanse eller øke risikoen for en svekket pasientsikkerhet.

Takksigelse

Takk til Berit Taraldsen Valeberg, professor i anestesisykepleie, som gjorde tre av intervjuene på et av sykehusene.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

Åpen tilgang [CC BY 4.0](#)



FRUSTRASJON: Da koronapandemien traff Norge, måtte operasjonssykepleierne hjelpe til både på intensiv, akuttmottak og sengepost. Det gjorde mange usikker på om de ytet kvalitet og god nok pasientsikkerhet. *Illustration photo: Yuri Arcurs / Mostphotos*

1. Verdens helseorganisasjon (WHO). Timeline: Who's COVID-19 response [internett]. Genève: WHO; 2022 [hentet 20. juni 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline>
2. Zangrillo A, Beretta L, Silvani P, Colombo S, Scandroglio AM, Dell'Acqua A, et al. Fast reshaping of intensive care unit facilities in a large metropolitan hospital in Milan, Italy: facing the COVID-19 pandemic emergency. Crit Care Resusc. 2020;22(2):91–4. DOI: [10.51893/2020.2.pov1](https://doi.org/10.51893/2020.2.pov1)
3. Miljeteig I, Forthun I, Hufthammer KO, Engelund IE, Schanche E, Schaufel M, et al. Priority-setting dilemmas, moral distress and support experienced by nurses and physicians in the early phase of the COVID-19 pandemic in Norway. Nurs Ethics. 2021;28(1):66–81. DOI: [10.1177/0969733020981748](https://doi.org/10.1177/0969733020981748)

4. Ursin G, Skjesol I, Tritter J. The COVID-19 pandemic in Norway: the dominance of social implications in framing the policy response. Health Policy Technol. 2020;9(4):663–72. DO: [10.1016/j.hlpt.2020.08.004](https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.08.004)
5. EU Commission. Expert panel on effective ways of investing in health. Task shifting and health system design [internett]. Luxemburg: EU; 2019 [hentet 8. mai 2023]. Tilgjengelig fra: https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-11/023_taskshifting_en_0.pdf
6. NOU 2023: 4. Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Teknisk redaksjon; 2023.
7. Anand TN, Joseph LM, Geetha AV, Prabhakaran D, Jeemon P. Task sharing with non-physician health-care workers for management of blood pressure in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health. 2019;7(6):e761–71. DOI: [10.1016/s2214-109x\(19\)30077-4](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(19)30077-4)
8. Nicholson A, Coldwell CH, Lewis SR, Smith AF. Nurse-led versus doctor-led preoperative assessment for elective surgical patients requiring regional or general anaesthesia. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(11):Cd010160. DOI: [10.1002/14651858.CD010160.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD010160.pub2)
9. Sloane DM, Smith HL, McHugh MD, Aiken LH. Effect of changes in hospital nursing resources on improvements in patient safety and quality of care: a panel study. Med Care. 2018;56(12):1001–8. DOI: [10.1097/MLR.0000000000001002](https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001002)
10. Norsk Sykepleierforbund – Landsgruppe av Operasjonssykepleiere (NSFLOS). Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse [internett]. Oslo: NSFLOS; 2015 [hentet 2. juni 2023]. Tilgjengelig fra: <https://nsflos.no/fag-og-fagutvikling/operasjonssykepleierens-ansvars-og-funksjonsbeskrivelse/>
11. Forskrift om nasjonal retningslinje for operasjonssykepleierutdanning. FOR-2021-10-26-3095 [hentet 28. februar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2021-10-26-3095>
12. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64 [hentet 28. februar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
13. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007;19(6):349–57. DOI: [10.1093/intqhc/mzm042](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042)

14. Kvale S, Brinkmann, S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
15. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77–101. DOI: [10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa)
16. Braun V, Clarke V. Thematic analysis. A practical guide. 1. utg. London: Sage Publications; 2021.
17. Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. Qual Res Sport Exerc Health. 2019;11(4):589–97. DOI: [10.1080/2159676X.2019.1628806](https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806)
18. Alptekin HM, Dağcı M, Zonp Z. The experiences of operating room nurses during COVID-19 pandemic: a qualitative study. J Perianesth Nurs. 2023;38(2):269–76. DOI: [10.1016/j.jopan.2022.06.013](https://doi.org/10.1016/j.jopan.2022.06.013)
19. NOU 2021: 6. Myndighetenes håndtering av koronapandemien. Rapport fra Koronakommisjonen. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Teknisk redaksjon; 2021.
20. MacDonald MB, Bally JM, Ferguson LM, Murray BL, Fowler-Kerry SE, Anonson JMS. Knowledge of the professional role of others: a key interprofessional competency. Nurs Educ Pract. 2010;10(4):238–42. DOI: [10.1016/j.nepr.2009.11.012](https://doi.org/10.1016/j.nepr.2009.11.012)
21. Suter E, Arndt J, Arthur N, Parboosingh J, Taylor E, Deutschlander S. Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. J Interprof Care. 2009;23(1):41–51. DOI: [10.1080/13561820802338579](https://doi.org/10.1080/13561820802338579)
22. Weisæth L, Kjeserud R. Ledelse ved kriser. En praktisk veileder. 2. utg. Oslo: Gyldendal; 2021.
23. Fagerdahl A-M, Torbjörnsson E, Gustavsson M, Älgå A. Moral distress among operating room personnel during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. J Surg Res. 2022;273:110–8. DOI: [10.1016/j.jss.2021.12.011](https://doi.org/10.1016/j.jss.2021.12.011)
24. Gül Ş, Kılıç ST. Determining anxiety levels and related factors in operating room nurses during the COVID-19 pandemic: a descriptive study. J Nurs Manag. 2021;29(7):1934–45. DOI: [10.1111/jonm.13332](https://doi.org/10.1111/jonm.13332)
25. Peter E, Mohammed S, Killackey T, MacIver J, Variath C. Nurses' experiences of ethical responsibilities of care during the COVID-19 pandemic. Nurs Ethics. 2022;29(4):844–57. DOI: [10.1177/09697330211068135](https://doi.org/10.1177/09697330211068135)
26. Galanis P, Vraka I, Fragkou D, Bilali A, Kaitelidou D. Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. J Adv Nurs. 2021;77(8):3286–302. DOI: [10.1111/jan.14839](https://doi.org/10.1111/jan.14839)

27. Brubakk K, Svendsen MV, Hofoss D, Hansen TM, Barach P, Tjomsland O. Associations between work satisfaction, engagement and 7-day patient mortality: a cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2019;9(12):e031704. DOI: [10.1136/bmjopen-2019-031704](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031704)
28. Fagerström L, Kinnunen M, Saarela J. Nursing workload, patient safety incidents and mortality: an observational study from Finland. *BMJ Open*. 2018;8(4):e016367. DOI: [10.1136/bmjopen-2017-016367](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016367)
29. Stafseth SK, Skogstad L, Ræder J, Hovland IS, Hovde H, Ekeberg Ø, et al. Symptoms of anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder in health care personnel in Norwegian ICUs during the first wave of the COVID-19 pandemic, a prospective, observational cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(12):7010. DOI: [10.3390/ijerph19127010](https://doi.org/10.3390/ijerph19127010)
30. García GM, Calvo JCA. The threat of COVID-19 and its influence on nursing staff burnout. *J Adv Nurs*. 2021;77(2):832–44. DOI: [10.1111/jan.14642](https://doi.org/10.1111/jan.14642)
31. Morgantini LA, Naha U, Wang H, Francavilla S, Acar Ö, Flores JM, et al. Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: a rapid turnaround global survey. *PLoS One*. 2020;15(9):e0238217. DOI: [10.1371/journal.pone.0238217](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238217)
32. Sharifi M, Asadi-Pooya AA, Mousavi-Roknabadi RS. Burnout among healthcare providers of COVID-19; a systematic review of epidemiology and recommendations. *Arch Acad Emerg Med*. 2021;9(1):e7. DOI: [10.22037/aaem.v9i1.1004](https://doi.org/10.22037/aaem.v9i1.1004)
33. Gambaro E, Gramaglia C, Marangon D, Probo M, Rudoni M, Zeppegno P. Health workers' burnout and COVID-19 pandemic: 1-year after-results from a repeated cross-sectional survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(12):6087. DOI: [10.3390/ijerph20126087](https://doi.org/10.3390/ijerph20126087)
34. Martin B, Kaminski-Ozturk N, O'Hara C, Smiley R. Examining the impact of the COVID-19 pandemic on burnout and stress among U.S. nurses. *J Nurs Regul*. 2023;14(1):4–12. DOI: [10.1016/s2155-8256\(23\)00063-7](https://doi.org/10.1016/s2155-8256(23)00063-7)
35. Buchan J, Catton H, Shaffer FA. Sustain and retain in 2022 and beyond [internett]. Philadelphia (PA): International Council of Nurses; 2022 [hentet 1. juni 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/Sustain%20and%20Retain%20in%202022%20and%20Beyond-%20The%20global%20nursing%20workforce%20and%20the%20COVID-19%20pandemic.pdf>

36. Catton H. COVID-19: The future of nursing will determine the fate of our health services. *Int Nurs Rev.* 2021;68(1):9–11. DOI: [10.1111/inr.12673](https://doi.org/10.1111/inr.12673)
37. Statistisk sentralbyrå (SSB). Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040 [internett]. Oslo: SSB; 12. januar 2023 [hentet 1. juni 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/artikler/arbeidsmarkedet-for-helsepersonell-fram-mot-2040>
38. De Vries N, Lavreysen O, Boone A, Bouman J, Szemik S, Baranski K, et al. Retaining healthcare workers: a systematic review of strategies for sustaining power in the workplace. *Healthcare (Basel).* 2023;11(13):1887. DOI: [10.3390/healthcare11131887](https://doi.org/10.3390/healthcare11131887)