



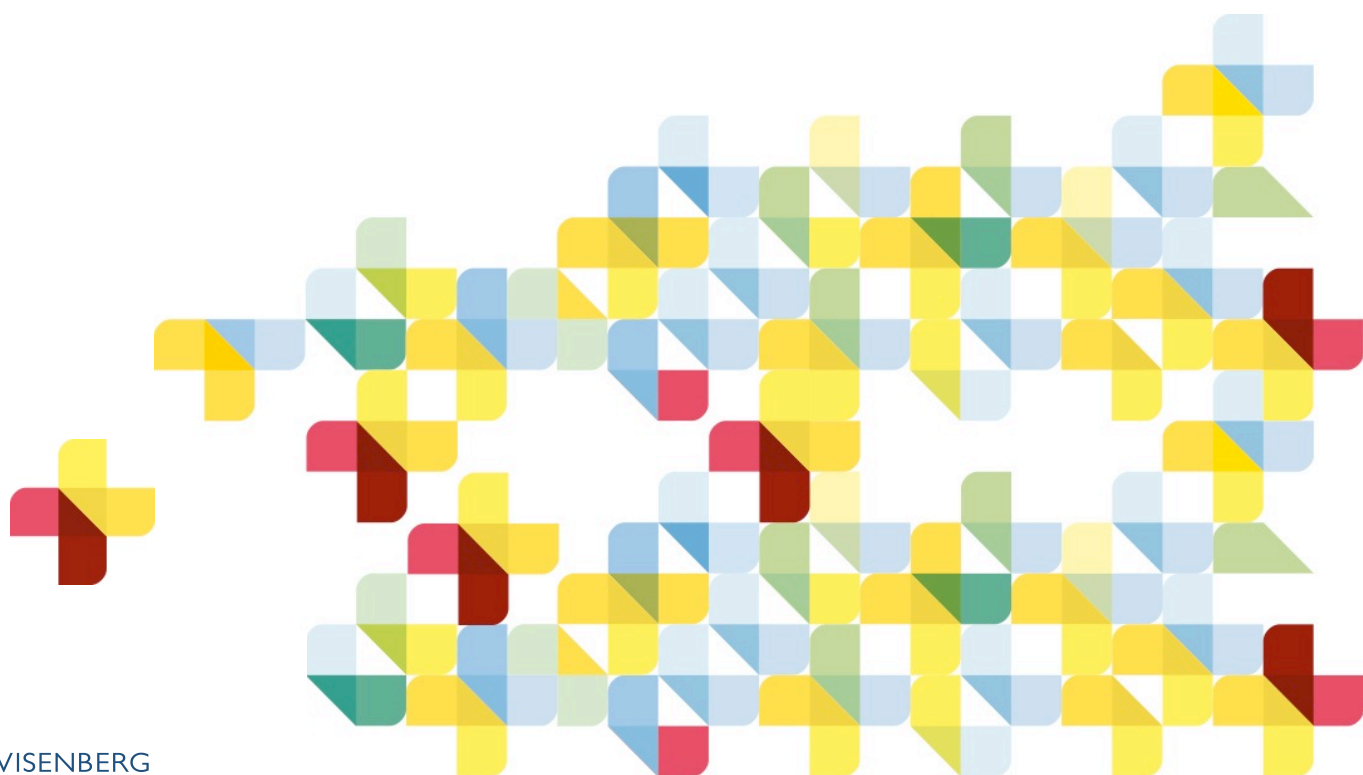
# Beskrivelser av sykepleierarbeid

Fokusgruppeintervjuer med sykepleiere i spesialisthelsetjenesten

Minna Haging  
Kandidatnummer: 103  
Lovisenberg diakonale høgskole

Masteroppgave i  
Avansert Klinisk Sykepleie

Antall ord: 15600  
Dato: 15. august 2015



Title: Descriptions of Nursing Work

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to contribute to knowledge of the role and responsibility taken upon by the nursing profession in hospital settings.

Research problem: How do nurses in hospital settings describe their work?

Method: Data was collected via 3 focus group interviews with the total of 13 nurses and intensive care nurses who are currently working at different hospitals and wards in Norway.

Theoretical basis: The study is based on theories of Advanced Practice Nursing (APN) which are interpreted in relation to Norwegian nursing education and health care services.

Results: Nursing work was described by the study participants as organizationally complex, with demands of specialized knowledge and competence in strategic communication. Three main categories of work were established from these descriptions, and a “Gear model” was developed to illustrate the interdependencies between the categories and the dynamic in nursing work.

Conclusion: The nature of nursing work in the hospital field is dynamic and complex. To meet standards of care, the demands for clinical judgement, communication skills and organizational knowledge are high. Master degrees after the APN – model are seen as a necessary next step for specialized nurses in order to formalize the responsibility, and contribute to an even higher quality and innovations in the hospital services.

**Key words:** Nursing work, nursing responsibility, nursing knowledge, Advanced Practice Nursing, focus groups

Tittel: Beskrivelser av sykepleierarbeid

## ABSTRAKT

Hensikt: Hensikten med denne studien er å bidra til oppdatert kunnskap om sykepleieres funksjon og ansvar i spesialisthelsetjenesten.

Forskningsspørsmål: Hvordan beskriver sykepleiere i spesialisthelsetjenesten sitt arbeid?

Metode: Data ble samlet inn via 3 fokusgruppeintervjuer med totalt 13 sykepleiere og intensivsykepleiere fra ulike sykehus og avdelinger i spesialisthelsetjenesten.

Teoretisk perspektiv: Studien er forankret i litteratur vedrørende avansert klinisk sykepleie (AKS) med fokus på norske forhold i spesialisthelsetjenesten.

Resultat: Informantene beskrev sykepleierarbeid som organisatorisk komplekst med krav til spesialisert kunnskap og formålsrettet kommunikasjon. De konkrete arbeidsbeskrivelsene ble delt inn i kategoriene *sviktkompensasjon*, *relasjonsivaretagelse* og *flytkoordinering*, og det ble utarbeidet en tannhjulsmodell som bilde på avhengighetsforholdet mellom disse kategoriene og dynamikken i sykepleierarbeidet.

Konklusjon: Sykepleie i spesialisthelsetjenesten er en dynamisk aktivitet med krav til kliniske vurderinger, kommunikasjonsferdigheter og organisatorisk handlingskompetanse. Det argumenteres for at mastergrader i henhold til en avansert klinisk sykepleiemodell er et nødvendig skritt videre for å formalisere ansvaret til spesialsykepleiere og samtidig bidra til ytterligere kvalitet og innovasjon i helsetjenestene.

**Nøkkelord:** Sykepleierarbeid, sykepleieansvar, sykepleiekunnskap, Avansert Klinisk Sykepleie, fokusgruppeintervju

# Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Hensikt og forskningsspørsmål .....	2
1.3. Oppgavens oppbygning .....	3
<b>2. Tidligere forskning om sykepleierarbeid i spesialisthelsetjenesten</b> .....	<b>4</b>
<b>3. Avansert klinisk sykepleie</b> .....	<b>7</b>
3.1. Avansert klinisk sykepleie og spesialsykepleie .....	9
3.2 AKS – betegnelsen i Norge.....	9
<b>4. Metode</b> .....	<b>10</b>
4.1 Bakgrunn for valg av kvalitativ metode og fokusgruppeintervju .....	10
4.2 Valg av forskningsfelt og rekruttering av informanter .....	10
4.2.1 Utvalg.....	11
4.2.2 Rekruttering .....	11
4.3 Innsamling av data.....	12
4.3.1 Gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene .....	13
4.3.2 Transkriberingen .....	14
4.4 Metode for analyse av data .....	15
4.5 Ethiske overveielser .....	19
4.5.1 Informert samtykke og personvern .....	20
4.6 Metoderefleksjoner .....	20
4.6.1 Reliabilitet .....	20
4.6.2. Validitet .....	21
4.6.3. Generaliserbarhet .....	22
<b>5. Presentasjon av funn – Beskrivelser av sykepleierarbeid</b> .....	<b>23</b>
Figur 1. Tannhjulsmodell.....	23
5.1 Sviktkompensasjon .....	24
5.1.1 Sviktidentifisering.....	24
5.1.2 I forkant av symptomforandring.....	26
5.1.3 "Smooth operator" - Kunnskap i hendene.....	27
5.2 Relasjonsivaretagelse.....	30
5.2.1. "Jeg ser deg" .....	30
5.2.2. Strategisk kommunikasjon - Oppnå det man vil i behandlingen.....	32
5.2.3. Rapportering av relevant informasjon .....	33
5.2.4. Kompetanseoverføring - "Å være lærer samtidig som sykepleier" .....	33
5.3 Flytkoordinering.....	34
5.3.1 Sikre kontinuitet i pasienters behandlingsforløp .....	34
5.3.2. Sikre kvalitet gjennom rutiner og prosedyrer .....	36
5.3.3. Drift og ressursforvaltning.....	36
<b>6. Diskusjon – Hvordan beskriver sykepleiere i spesialisthelsetjenesten sitt arbeid?</b> .....	<b>39</b>
6.1 Sykepleierarbeid i spesialisthelsetjenesten .....	39
6.1.1 Krav om spesialisert kunnskap .....	39
6.1.2 Formålsrettet kommunikasjon .....	41
6.1.3 Organisatorisk plikttoppfyllenhet .....	42
6.2 AKS: En formalisering og naturlig forlengelse av eksisterende arbeid .....	44
6.2.1 Bidrag til kvalitet og innovasjon i eget felt.....	45
<b>7. Avslutning</b> .....	<b>47</b>
Litteraturliste .....	49
Vedlegg 1 – Forespørsel om deltakelse .....	54
Vedlegg 2 - Intervjuguide.....	56

# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Sykepleieres bidrag til pasienters behandlingsresultat i helsetjenestene blir stadig underkommunisert (Aiken et al. 2014; Allen 2014a; Fagerström 2011; Gordon 2005; Olsvold 2010). Aiken et al. (2014) har funnet en direkte korrelasjon mellom antall sykepleiere, antall pasienter og antall dødsfall i sykehus. Sykepleiere bidrar til redusert morbiditet og mortalitet.

I Norge har nylig spesialsykepleierutdanningene blitt formalisert som mastergrader. Dette er i tråd med den internasjonale utviklingen mot den avanserte kliniske sykepleierrollen (Fagerström 2011; Hamric, Hanson, Tracy & O'Grady 2014). Utviklingen innen medisin, kirurgi og teknologi har ført til at arbeid knyttet til sykdomsbehandling stadig blir mer avansert og spesialisert – noe som gjelder for alle profesjoner involvert (Benner, Sutphen, Leonard & Day 2010; Hamric et al. 2014). Mastergradene i spesialsykepleie har mål om klinisk kompetanseheving for å møte nåværende og fremtidige behov hos pasientene. I forbindelse med omgjøringen har det imidlertid foregått en offentlig debatt rundt hvorvidt sykepleiere er ”mastersyke”; om det er nødvendig at spesialsykepleiere har mastergrad (Bergum 2014; Bratten 2014; Gjeilo, 2015; Hagir 2014; Heggen & Vøllestad 2015; Jacobsen 2015; Lerdal 2014a, 2014b, 2014c; Moser, Frafjord & Gjetrang, 2015; Torgersen 2015).

Debatten kan tyde på et behov for synliggjøring av sykepleieres kunnskap, kompetanse – og ansvarsområder. Sykepleieprofesjonen havner ofte under sekkebetegnelsen pleie - og omsorgsarbeid uten at dette arbeidet har et tydelig innhold i det offentlige bevissthet (Gordon, 2005). Hvis en yrkesgruppe kun oppfattes som nødvendig arbeidskraft og ikke som selvstendige påvirkningsdyktige fagpersoner kan argumentet om overutdanning virke legitimt. Personlig har jeg utviklet et engasjement for å bidra til at de krav til kompetanse som stilles i sykepleieprofesjonen blir synliggjort. Som en videreføring av min kronikk på NRK Ytring vedrørende en tydeligere profilering av sykepleieryrket (Hagring, 2014) ønsker jeg med denne studien å beskrive konkrete funksjoner sykepleiere ivaretar i helse –Norge.

## 1.2 Hensikt og forskningsspørsmål

Studiens hensikt er å bidra til oppdatert kunnskap om sykepleieres funksjon og ansvar i spesialisthelsetjenesten. Jeg ønsker å gi konkrete beskrivelser av hva sykepleierarbeid består av. På grunn av oppgavens begrensede omfang ble det valgt å kun inkludere sykepleiere fra spesialisthelsetjenesten i studien.

Studiens forskningsspørsmål er:

*Hvordan beskriver sykepleiere i spesialisthelsetjenesten sitt arbeid?*

NSF (2013-2016) sier at mange nyutdannede sykepleiere ikke føler seg godt nok forberedt på å ta ansvar i vanskelige pasientsituasjoner. I Meld. St. 18 (2014-2015) vektlegges betydningen av at utdanning skal være relevant for arbeidslivet og i Meld. St. 26 (2014-2015) tar nåværende regjeringen initiativ til en utredning av både grunnutdanningen og spesialistutdanningene i sykepleie. Økt kunnskap om hva sykepleierarbeid består av vil kunne bidra til utredningen om hvorvidt sykepleierutdanningen holder tilstrekkelig kvalitet og møter kompetansekrav i helsetjenestene. Synliggjøring av sykepleierarbeid er samtidig viktig for å rekruttere personer som har innsikt i krav til kunnskap i yrket. SSB melder at det fram mot 2030 vil være et stort underskudd av de med sykepleierutdanning, og det rapporteres om særskilt mangel på spesialsykepleiere (Analysesenteret 2015; Sandvik 2014). Sykefraværet i helse - og sosialtjenester er høyere enn i andre næringer (SSB, 2014). Forskning på sykepleierarbeid kan bidra til ytterligere forståelse for årsaker til dette.

(Olsvold, 2010) beskriver at sykepleiere fortsatt sliter med å etablere profesjonelle grenser i det kliniske arbeidet. Hun har funnet at skillet mellom lege - og sykepleieoppgaver til tider oppleves utydelige og at sykepleiere pålegges et skjult ansvar som ikke blir profilert i offentligheten og ofte heller ikke innad i helsevesenet. Slike gråsoner i ansvar kan føre til usikkerhet og redusert pasientsikkerhet. Det kan også føre til kronisk belastning og moralsk stress for profesjonene involvert. Forskning på sykepleieres faktiske funksjon vil kunne bidra til kunnskap om hvorvidt den juridiske ansvarsfordelingen i helsetjenestene er hensiktsmessige. Anerkjennelse fra sykehusadministrasjon og helsemyndighetene om at egen praksis er nødvendig og kompetansekrevene er viktig for å beholde sykepleiere i arbeid. Bevisstgjøring av egen påvirkningskraft kan samtidig føre til økt motivasjon og mening.

### **1.3. Oppgavens oppbygning**

Studien vil bli knyttet opp mot litteratur vedrørende den avanserte kliniske sykepleierrollen, AKS. Rollen er høyaktuell både i utdannings – og arbeidsfeltet i Norge og litteraturen er beskrivende for sykepleieprofesjonens utvikling, både historisk og fremtidig. Litteraturen vedrørende AKS er omfattende, så presentasjonen vil ikke være fullstendig. Jeg vil primært konsentrere meg om AKS i spesialisthelsetjenesten grunnet studiens forskningsfelt. Teorien blir presentert i kapittel 3, i etterkant av tidligere forskning om sykepleierarbeid i spesialisthelsetjenesten i kapittel 2. Studiens metode blir så gjennomgått i kapittel 4 før funn blir beskrevet i kapittel 5. I kapittel 6 vil studiens funn bli drøftet opp mot tidligere forskning samt satt i sammenheng med AKS.

## 2. Tidligere forskning om sykepleierarbeid i spesialisthelsetjenesten

Det ble utført søk i databasene CINAHL, PubMed og Ovid Nursing med bruk av søkeordene nursing work, nursing skills, nursing knowledge og nursing competence i kombinasjon med field studies / observational studies og hospital, fra år 2005 til 2015. Referanselistene til artiklene ble gjennomgått, og anbefalte artikler fra veileder ble brukt. Artiklene som blir referert til i oppgaven var publisert fra 2001 til 2014, er skrevet på norsk og engelsk og omhandler sykepleierarbeid i Norge, Sverige, Storbritannia, USA og Australia på akuttmottak, medisinske og kirurgiske avdelinger og intensiv - og operasjonsavdeling. Én studie er en litteraturgjennomgang av tidligere observasjonsstudier og er publisert i to artikler. Metodene som ble brukt i studiene var observasjon samt ulike typer selvregistreringsutstyr/ elektronisk dagbok, intervju og fokusgruppeintervjuer, ofte i kombinasjon. Størrelse i utvalg varierte fra 7 sykepleiere observert på en vakt (hver) + intervju, opp til 767 sykepleiere med selvregistreringsutstyr i 24 timer (for i tillegg å registrere stress og aktivitetsnivå på fritiden).

Artiklenes funn viser likheter i sykepleierarbeid både ved ulike avdelinger, sykehus og land. Studiene opererte imidlertid med ulike inndelinger av arbeid og tidsbruk på oppgavene varierte blant annet derfor noe. For eksempel inkluderte noen studier administrering av medisiner som direkte pasientarbeid, mens mange hadde dette som en egen kategori. Visse ulikheter var registrert mellom f.eks. et akuttmottak og en medisinsk sengepost. Medisinske diagnoser / ulike behandlinger ble ikke nevnt i noen av studiene, så det konkrete arbeidet er ikke detaljert beskrevet (for eksempel med hensyn til *hvilke* medikamenter som blir gitt eller *hvilke* vitale verdier som var ekstra viktig å følge med på for bestemte pasienter). Kun et par av studiene hadde som forskningsspørsmål å forstå sykepleieres kognitive resonnementer og avgjørelsesgrunnlag. Bakgrunn for studiene varierte fra et økonomisk perspektiv; hvordan få sykepleiere til å jobbe mer effektivt, til utdanning; om hvorvidt sykepleieutdanningen samsvarer med krav i klinikken.

Sykepleierne observerte /overvåket, registrerte og vurderte pasientens tilstand og behov. Jones & Cheek (2003) bruker begrepet "assessment is key" og beskriver viktigheten av sykepleierens kliniske blikk og evne til å forutse tilstandsending. Det praktiske pasientnære arbeidet besto i å assistere pasienten ved gjøremål som; vask, dusj, toalettbesøk, tannpuss, klesskift, sengeskift, mobilisering og matinntak, samt utføre prosedyrer som sårstell, innleggelse av urin/venekateter, prøvetakning av urin, spytt, blod og/eller sårsekret, forberede



undersøkelser /inngrep. Enkelte av sykepleierne fra akuttmottak deltok i ”rapid –respons team” som ble tilkalt ved akutte tilfeller rundt om på sykehuset (Hendrich, Chow, Skierczynski & Lu, 2008). Tidsbruk i nærkontakt med pasienten varierte fra 20 – 38% (Farquharson et al. 2013; Furåker, 2009; Hendrich et al., 2008). Administrering av medikamenter ble registrert å ta alt fra 11 - 21% av arbeidshverdagen til sykepleierne. Dette innebar å bestille medisiner, etterspørre medisiner, blande medisiner, dobbeltkontrollere medisiner, diskutere medisiner med kollegaer, dobbeltsjekke ordinerer, ringe lege og etterspørre /forespørre ordinerer, gi medisiner (intravenøst, som infusjon, injeksjon, i tablettform etc.), dokumentere at medisiner er gitt, håndtere ulike medikamentsett og infusjonspumper, monitorere pasientens respons på medisiner og informere pasient om medikamentet (Battisto, Pak, Wood & Pilcher 2009; Furåker 2009; Hendrich et al. 2008). Potter et al. (2005) registrerte at medisinerrommet på avdelingene ofte var et sted med stor aktivitet og at sykepleierne jevnlig ble avbrutt i forbindelse med medikamentadministrering.

Studiene registrerte at sykepleierne brukte fra 7 - 25% av tiden i løpet av en vakt på dokumentasjon; i form av kurveføring med vitale verdier, dagsnotat, pleieplaner, overflytningsnotater og sammendrag (Battisto et al. 2009; Westbrook, Duffield, Li & Creswick 2011). Én studie hadde delt inn registrering av vitale verdier som en egen kategori og målte at dette tok 7% av arbeidshverdagen (Hendrich et al., 2008). Allen (2014b) fant at rapportgiving, både muntlig og skriftlig, var essensielt for å overføre informasjon og ansvar fra én sykepleier til en annen. Sykepleierne brukte dessuten rapporten seg i mellom til å danne seg et komplett bilde av pasienten ved å utfylle hverandres kunnskap samt diskutere seg frem til videre tiltak (s.133). Ellefsen & Kim (2004) fant at det ”å kjenne pasienten” var viktig for optimal tilrettelegging. Olsvold (2010) fant at sykepleiere har en funksjon som informasjonsformidlere, både til leger og andre aktører innad i helsetjenestene. ”Profesjonell kommunikasjon” (Westbrook et al., 2011) i form av dialog med kollegaer (leger, kommunehelsetjenesten, fysio., etc.) ble registrert å ta alt fra 7 - 19% av tiden på en vakt. Studiene omtalte visse oppgaver som indirekte pleie, pleiekoordinasjon eller pasientrelatert administrasjon. Dette var oppgaver som ikke ble utført i fysisk nærkontakt med pasienten, men som var relatert til en konkret pasient. Dette innebar planlegging av pleie (f.eks. tidspunkt for stell. Ofte måtte det være to sykepleiere per pasient), henting / levering av utstyr som pasienter trengte (f.eks. gåstol), visitt med lege – både på kontor og rundt på avdelingen, ordinerer av ulike tester og sjekke resultater på prøver, telefonkontakt med f.eks. pårørende og/eller kommunehelsetjenesten, kopiering og/eller faxing av papirer til andre helsetjenester;

ofte til fastlege/kommunelegen, levere og hente henvisninger, planlegge overflytting eller utreise til andre avdelinger/ sykehus, følge/kjøre pasienten til røntgen, CT og/eller operasjon (Battisto et al. 2009; Farquharson et al. 2013; Hendrich et al. 2008; Westbrook et al. 2011).

Andre oppgaver av administreringsart var sengekoordinasjon; fordele pasienter på antall sengeplasser. Pga. stadig pågang av nye pasienter var sykepleierne opptatt av å ”sirkulere” pasientene for slik å få alle ”gjennom systemet” (Allen, 2004). Fordeling av riktig sykepleier til pasient (på bakgrunn av sykepleiers kompetanse og pasientens behandlingsbehov) var et element som tok tid i hvert vaktskiftet og ved turnusplanlegging. Oppdatering av pasienttavler, manuelt eller elektronisk, og sjekking av akuttutstyr var gjentakende registrerte oppgaver (Fitzgerald, Pearson, Walsh, Long & Heinrich 2003; Lundgren & Segesten 2001). Studiene registrerte også at sykepleiere bestilte generelle varer til avdelingen, f.eks. sprøyter, bandasjer og infusjonssett, fylte på skap og lager, vasket sengeplassen til en utskrevet pasient, tømte søppel eller utførte andre ”housekeeping tasks” som ryddet kopper eller tørket støv på avdelingen (Farquharson et al. 2013; Lundgren & Segesten 2001).

Flere studier beskrev at sykepleiere konstant blir avbrutt i sitt arbeid, for eksempel på grunn av telefonoppringning fra pårørende, ankomst av nye pasienter, forandring i medikamentordinasjon, kollegaer som trenger hjelp, leger som gir beskjeder osv. (Farquharson et al. 2013; Furåker 2009). Potter et al. (2005) fant at sykepleierne måtte ha høy hukommelse –kapasitet og evne til raskt å omstille seg. Hendrich et al. (2008) registrerte at sykepleierne var i konstant bevegelse, at de i gjennomsnitt gikk fra 1.5 til 8 km per vakt. Studiene vektla at sykepleie alltid befant seg i en kontekst, en kontekst styrt av ressurser i form av penger, personell og pasientbelegg. Allen (2004, 2007, 2014b) har funnet at sykepleiere ofte befinner seg ”mellom barken og veden” og bedriver en konstant øvelse i å tilfredsstillende motstridende behov. Sykepleierne veide hensynet til pasient og pårørende opp mot hensynet til ressursforvaltning, både i form av budsjett for helseforetaket og vedrørende oppfølging av det enkelte individ vs. den totale pasientgruppen på avdelingen. Olsvold (2010) sier at sykepleiere fortsatt sliter med å etablere profesjonelle grenser i sykehusfeltet og at varigheten av problemet kan tyde på at akademiseringen og profesjonaliseringen av sykepleieryrket verken har ført til større anerkjennelse eller økt bemyndigelse (s.8).

Med bakgrunn i hensikt presentert i kapittel 1.2, er min studie et supplement til dette forskningsfeltet i norsk setting.

### 3. Avansert klinisk sykepleie

Avansert klinisk sykepleie, AKS (engelsk: Advanced Practice Nursing), blir brukt som et internasjonalt paraplybegrep for å beskrive sykepleieres utvidete funksjoner pasientnært i klinikken, både i primær – og spesialisthelsetjenesten (Fagerström 2011; Hamric et al. 2014). En AKS blir definert av The International Council of Nurses (ICN) (2005) som:

En autorisert sykepleier som har tilegnet seg kunnskaper på et ekspertnivå, ferdigheter i kompleks beslutningstaking, samt klinisk kompetanse til en utvidet funksjon som utformes av konteksten og/eller autorisasjonskrav i det enkelte land (ldh.no., 2015)

Flere modeller for rollen eksisterer, men er i stor grad sammenfallende (Fagerström, 2011). Hamric et al. (2014) opererer med syv kompetanseområder. Det sentrale er direkte pasientkontakt og dette fungerer som fundamentet for: veiledning og undervisning, konsultasjoner, evidensbasert praksis og forskning, ledelse, tverrfaglig samarbeid og etiske beslutninger. Fagerström (2011) vektlegger at AKS skal bygge på de etiske verdier for sykepleie og med et utgangspunkt i en helhetsforståelse. AKS ikke noe annet enn sykepleie, men en utvidet funksjon i kunnskap, ledelse og selvstendighet (Hamric et al., 2014). Den kliniske undersøkelsen, patofysiologi og farmakologi blir identifisert som kunnskapsbase for den direkte pasientkontakten, men med signifikant ulikt fokus avhengig av spesialfeltet en AKS jobber i; for eksempel en anestesisykepleier vs. en jordmor. Det argumenteres for at utdanningen må være på et master – eller doktorgradsnivå for å sikre nødvendig kunnskap og kvalitet (s.70 -76). Rollen eksisterer med flere subrolle-betegnelser internasjonalt, i USA som: Nurse Practitioner (NP), Clinical Nurse Specialist (CNS), Nurse Anesthetists og Nurse Midwife. NP har hovedsakelig vært sykepleierarbeid rettet mot pasienter i primærhelsetjenesten, mens de andre subrollene oppsto i spesialisthelsetjenesten, først i felt som fødsel, psykiatri, kirurgi og hjerteovervåkninger. I USA har rollen eksistert i flere tiår, mens mange land offisielt startet utviklingen mot AKS først ved siste århundreskiftet. Norden har nylig begynt å ta begrepet i bruk (Fagerström, 2011). Det spesielle med AKS - rollen i forhold til en sykepleier med 3-årig bachelorgrad er grad av selvstendighet og autonomi, i form av jurisdiksjon til å ordinere medisiner og henvise til videre undersøkelser på selvstendig grunnlag. En AKS kan ha et ansvar for den udiagnostiserte pasienten og bestemme videre tiltak (Fagerström, 2011). Hamric et al. (2014) beskriver at en CNS (Clinical Nurse Specialist) i sykehusfeltet i USA blant annet ordinerer blodprøver, rekvirerer

røntgen og CT -undersøkelser, informerer pårørende, organiserer rehabiliteringstilbud, og veileder og underviser kollegaer (s. 359-362). Autonomien er imidlertid en funksjon som i mer eller mindre grad blir fylt i dagens AKS –roller internasjonalt (Fagerström 2011; Hamric et al. 2014; Jokinicmi, Pietilä, Kylmä & Haatainen 2012). Ulike stater i USA opererer for eksempel med ulik myndighet for samme rollebetegnelse (NCSBN, 2014). INP/APN Network (2015) beskriver at AKS i spesialisthelsetjenesten oftere er underlagt legeprofesjons tilsyn enn en AKS i primærhelsetjenesten, trolig pga. dette feltets mer komplekse pasientdiagnoser. De presiserer at rollen, både utdanning og funksjon, må tilpasses det aktuelle landets behov og forutsetninger. Litteraturen vektlegger allikevel nødvendigheten av ytterligere definisjoner og rollebeskrivelser for AKS, da full klarhet mangler (Fagerström 2011; Hamric et al. 2014).

Målet for AKS er et optimalisert tilbud til pasientene. AKS skal ikke sees på som en erstatning for legene, men en verdifull komplementær rolle i helsevesenet på slik måte at legene vil kunne bruke sin kompetanse på mer komplekse pasientdiagnoser. Litteraturen argumenterer for at AKS vil fylle, og allerede fyller, et behov i et felt i stadig utvikling hvor både leger og sykepleiere får mer avanserte og spesialiserte roller (Fagerström, 2011). En rekke hindringer for implementeringen av rollen er imidlertid tilstede. Disse omfatter nettopp blant annet rolleavklaring, anerkjennelse og mangel på ledelsesstøtte fra myndigheter og leger. Profesjonsinteresser har vist seg som en utfordring, og i en rekke land har både lege – og sykepleieprofesjonen uttalt seg kritiske til AKS (Jokinicmi et al., 2012). Legeforeningen i Norge (2013) uttaler i samsvar med Helsepersonelloven § 4 at ”overordnet plan for utredning, diagnostikk og opplegg for behandling er legenes ansvar”, men er åpne for oppgaveglidning der dette er hensiktsmessig for pasienten. De ønsker imidlertid ikke et mer fragmentert helsevesen og ønsker heller flere fastleger enn at helseoppgaver blir fordelt på flere profesjoner (Gjessing, 2015). Fagerström (2011) argumenterer for at ventetid kan reduseres gjennom f.eks. sykepleierdrevne poliklinikker med oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer som diabetes, KOLS eller psykiske lidelser. Legevakten kan bli delt opp i sykepleier - og legekonsultasjoner, hvor sykepleiere kan ta seg av enklere diagnoser som urinveisinfeksjoner, halsbetennelser, ørebetennelser hos barn, enkel syng etc., med mulighet for å henvise videre til lege ved behov (s. 45).

Undersøkelser har vist at pasienter er svært fornøyde med AKS. Omfattende sammenlikninger mellom sykepleie- og legekonsultasjoner er gjennomført og har ikke vist

ulikheter vedrørende medisinordnering, reinnleggelser eller pasientens helsetilstand. Sykepleiere har imidlertid brukt noe lengre tid og har henvist til flere videre undersøkelser enn legene. Til gjengjeld har pasienter uttalt at de har følt seg mer sett og hørt enn ved konsultasjon av lege, og lønnsutgifter til en sykepleier er lavere enn til en lege. Et annet element ved AKS er at økt selvstendighet vil kunne motivere erfarne sykepleiere til å bli i klinikken. AKS representerer en mulighet for karriereutvikling i en annen retning enn de tradisjonelle lærer og/eller administrasjon (Fagerström, 2011).

### **3.1. Avansert klinisk sykepleie og spesialsykepleie**

Diskusjonen vedrørende ulikheter mellom AKS og spesialsykepleie eksisterer i litteraturen. Hamric et al. (2014) sier at spesialsykepleiere har spisset kunnskap innen ett felt, men at de ikke har samme autonomi og ledelses-, undervisnings-, forsknings- og henvisningsfunksjon som en AKS. Spesialsykepleiere er fortsatt juridisk sett helt avhengig av legeprofesjonen og mangler dermed AKS' selvstendige funksjon (s.69). Det finnes imidlertid ulikheter fra land til land med hensyn til hva spesialsykepleiere har av formell utdanning og utfører av oppgaver, også innad i Norden. Fagerström (2011) sier at ut ifra internasjonal litteraturs definisjon fyller mange spesialsykepleiere i Norden i dag rollen som en AKS (s. 390). Grensene mellom lege – og sykepleierarbeid forskyves stadig i praksis samtidig som forskning viser at sykepleiere utfører og tar mer ansvar enn de juridisk sett har myndighet til (Allen 2014a; Olsvold 2010).

### **3.2 AKS – betegnelsen i Norge**

En rekke høyskoler i Norge har valgt å bruke betegnelsen ”master i avansert klinisk sykepleie” til sine fagspesifikke spesialutdanninger uten at disse foreløpig inneholder økt myndighet eller andre stillingsbeskrivelser enn tidligere (Skogaas & Karlsen, 2015). Andre høyskoler kaller studiet kun for ”master i” eksempelvis intensivsykepleie, spesialsykepleie eller jordmorfag, så her eksisterer det nå ulike betegnelser med eller uten bruk av ”avansert”. Primærhelsetjenestens utfordringer i Norge har blitt prioritert ved Meld. St. 26 (2014 – 2015) og AKS –rollen Nurse Practitioner har blitt fremhevet som potensielt forbilde for utvidet bruk av sykepleiere. Innføringen av mastergrad i avansert geriatrisk sykepleie og master i sykepleie med kommuneperspektiv (med fordyping i enten helsesøster eller hjemmesykepleie) ved ulike høyskoler i landet er et skritt i retning dette. Det er essensielt at utdanningene innen AKS bygger på solid kunnskap om hvilke funksjoner sykepleiere ivaretar i spesialist-og kommunehelsetjenesten for å sikre rett kompetanse og nivå på ferdighetene.

## **4. Metode**

### **4.1 Bakgrunn for valg av kvalitativ metode og fokusgruppeintervju**

Studiens tema og innfallsvinkel var avgjørende for valg av metodisk tilnærming. Jeg ønsket kunnskap om sykepleierarbeid i klinikken og jeg valgte derfor å benytte meg av kvalitativ metode med fokusgruppeintervju som datagenerering.

I kvalitativ forskning spør man gjerne hvordan noe gjøres, oppleves eller utvikles og man er ofte opptatt av å beskrive og å forstå menneskelige erfaringer (Brinkman & Tanggaard, 2012 s.11). Kvalitativ design er således kjennetegnet av en holistisk tankegang; man streber etter å forstå helheter, og forskningsprosessen er ofte fleksibel i den forstand at den tilpasser seg ny informasjon underveis. Forskingen krever dessuten ofte at forskeren blir sterkt kognitivt involvert og bruker seg selv som instrument og verktøy (Polit & Beck, 2012 s. 487).

Fortolkning er dermed en sentral del av den kvalitative forskningsprosessen. Ved hjelp av reflekterte og systematiske forskningsmetoder kan informantenes erfaringer i sin tur bli gyldig kunnskap (Malterud, 2011, 2012).

I et fokusgruppeintervju legges det til rette for dataskapning gjennom at deltakerne samtaler med hverandre om et gitt tema. Samtalen mellom informantene under intervjusituasjonen står sentralt og ved at informantene stimulerer hverandre kognitivt er det muligheter for å få fram flere aspekter og synspunkter. Det å høre på andres erfaringer kan generere nye tanker hos hverandre og skape flere assosiasjoner og refleksjoner. Generering av data fra mange deltakere på en gang synes derfor effektivt og ressursmessig gunstig (Polit & Beck 2012; Tjora 2012 s.123). Fokusgruppeintervju ble valgt da flere sykepleiere sammen nettopp trolig ville skape økt mengde data ved at de spiller på hverandres beskrivelser. Et annet viktig moment ved fokusgrupper er at de kan være aktiviserende utover selve intervjusituasjonen. Samtalen kan føre til ytterligere refleksjoner rundt temaet (Tjora, 2012, s.123). Det var ønskelig å skape økt bevissthet hos informantene vedrørende egen funksjon og betydning.

### **4.2 Valg av forskningsfelt og rekruttering av informanter**

#### **4.2.1 Utvalg**

Et *strategisk* utvalg er sammensatt ut i fra den målsetning å få belyst en studies problemstilling på en best mulig måte (Malterud, 2011). I denne studien ble det valgt å inkludere sykepleiere som jobber ”på gulvet” i spesialisthelsetjenesten. Grunnet oppgavens omfang ble det for omfattende å inkludere sykepleiere fra kommunehelsetjenesten i tillegg. Utover det var det ønskelig med bredde i type avdeling, arbeidserfaring, alder og kjønn da dette kunne bidra til nyanser i erfaringer.

Litteraturen vedrørende antall deltakere i en fokusgruppe varierer i sine anbefalinger (Polit & Beck, 2012), men Wibeck (2010) argumenter for å inkludere ikke færre en fire og ikke flere enn seks. Dette antallet vil mer sannsynlig sikre plass i form av taletid og synlighet for hver enkelt informant. I denne studien ble det derfor bestemt å rekruttere fem deltakere til hvert fokusgruppeintervju. På bakgrunn av oppgavens omfang var det realistisk å gjennomføre maksimalt tre fokusgruppeintervjuer.

#### **4.2.2 Rekruttering**

Informanter ble rekruttert via avdelingssykepleiere på medisinske og kirurgiske sengeposter, akuttmottak og anestesi –, operasjon- og intensivavdelinger på tre store sykehus på Østlandet. Ingen fra operasjon - eller anestesiavdelingene svarte på forespørselen, så kun sykepleiere med videreutdanning i intensivsykepleie ble inkludert, i tillegg til sykepleiere uten spesialisering. I forkant av henvendelsen utarbeidet jeg et informasjonsskriv og en forespørsel om deltakelse (se vedlegg 1). Dette ble delt ut av avdelingssykepleierne til aktuelle kandidater. For å få rekruttert et tilstrekkelig antall informanter møtte jeg også opp på de valgte avdelingene og tok kontakt med ansatte på vaktrommet. Slik ble det også benyttet et tilgjengelighetsutvalg. 4 av de opprinnelige 15 informantene avbud på samme dag som intervjuet skulle finne sted. Avdelingene var ved disse tilfellene behjelpelige med å finne erstatte, men studien endte allikevel med to færre informanter enn forespeilet.

Totalt 13 informanter deltok og det ble gjennomført 3 fokusgruppeintervjuer. Det var 5 informanter i en gruppe og 4 i de andre to. To av fokusgruppeintervjuene var med sykepleiere med bachelorgrad og ett fokusgruppeintervju var med sykepleiere med videreutdanning innen intensiv. Gruppen med intensivsykepleiere besto av informanter som jobbet på tre ulike intensivavdelinger. I de andre to gruppene var det sykepleiere som jobbet på seks ulike

medisinske – og kirurgiske sengeposter og akuttmottak. Aldersspennet på informantene var fra 23 til 48 år, og antall års arbeidserfaring som sykepleier varierte fra 1 til 21 år. 4 av informantene var menn, 9 var kvinner (se tabell 1). Litteraturen beskriver at det har vist seg at det ofte er gunstig med relativt homogene fokusgrupper, som for eksempel at deltakerne har samme yrke (Tjora, 2012). Dette vil kunne skape en samhörighet i fokusgruppen og en trygg situasjon for ytring av egne erfaringer (Polit & Beck, 2012). Jeg anså mine informanter som en homogen gruppe i den forstand at de alle var autoriserte sykepleiere, de hadde samme grunnutdanning og alle jobbet i spesialisthelsetjenesten. Gruppen med intensivsykepleiere hadde i tillegg samme spesialutdanning – noe som trolig økte fellesskapsfølelsen vedrørende arbeidsoppgaver ytterligere.

	Fokusgruppe I	Fokusgruppe II	Fokusgruppe III	Totalt
<b>Antall deltakere</b>	5	4	4	13
<b>Antall sykehus representert</b>	2	2	1	3
<b>Antall avdelinger representert</b>	3	3	3	9
<b>Intensivavdelinger</b>		3		3
<b>Akuttmottak</b>	1		1	2
<b>Medisinsk</b>	1		2	3
<b>Kirurgisk</b>	1			1
<b>Antall deltakere fra avdelinger:</b>				
<b>Fra intensiv</b>		4		4
<b>Fra akuttmottak</b>	2		1	3
<b>Fra medisinsk</b>	2		3	5
<b>Fra kirurgisk</b>	1			1
<b>Antall års arbeidserfaring</b>	3 – 19 år	8 - 21 år	1 – 21 år	1 – 21 år
<b>Alder</b>	25 – 47 år	30 – 48 år	23 – 47 år	23 – 48 år
<b>Antall kvinner</b>	3	4	2	9
<b>Antall menn</b>	2		2	4

Tabell 1

### 4.3 Innsamling av data



#### 4.3.1 Gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene

Polit & Beck (2012) vektlegger valg av intervjusted som essensielt. Ideelt sett bør det være et nøytralt sted som er lett å finne. I denne studien ble fokusgruppeintervjuene gjennomført ved et av sykehusene. Avdelingssykepleierne var behjelpelig med å sette av rom. Det var private og lukkede rom og vi opplevde ingen forstyrrelser underveis. Da informantene hadde sykehusmiljø som sitt arbeidssted fremsto dette som det mest nøytrale og naturlige møtepunkt, spesielt gitt forskningsprosjektets tema.

Det var ønskelig at informantene skulle beskrive arbeidet sitt med egne ord. Det ble derfor valgt å stille få, åpne spørsmål; et semistrukturert intervju hvor det i varierende grad ble gitt korte forklaringer og oppfølgingsspørsmål for utdypende svar på noe informantene hadde sagt (se vedlegg 2 for intervjuguide).

Brinkmann & Tanggaard (2012) omtaler intervjuintroduksjonen som essensiell – den legger retningslinjer for interaksjonen mellom deltakerne. Intervjueren / moderatoren, eller forskeren, skal også se til at situasjonen er uformell, avslappet og gir rom for samhandling; personen skal få deltakerne til å snakke sammen (s.141 -142). I forkant av intervjuoppstart ble det igjen informert om valgfri deltakelse og taushetsplikt samt hvordan det var ønskelig at intervjuet skulle foregå; det ble vektlagt at det var ønskelig med en samtale mellom informantene. Det ble benyttet co-moderator ved første intervju. Dette var en tidligere kollega innen sykehusfeltet. Det var god hjelp i forkant av intervjuet å prate om hvordan spørsmålene skulle stilles. Under intervjuet hadde co-moderator primært ansvar for den ene lydopptakeren. Intervjuene ble tatt opp på 2 stk. lydopptakere og det var ingen utfordringer knyttet til dette.

Alle intervjusamtalene fløt godt og alle informantene snakket og hadde ca. like lang taletid. De tok seg alle drikke og spiste kjeks/frukt underveis i intervjuet - noe som ble tolket dit at de var avslappet i situasjonen. Spesielt intervjuet med intensivsykepleierne var preget av mye latter og enighet i form av hodenikking, bekræftende ”ja” og ”ikke sant” og avslutning og utfylling av hverandres setninger med følgende bekræftende ”mmm” fra den som opprinnelig hadde ordet. Sykepleierne uten spesialisering jobbet på avdelinger med større medisinsk og kirurgisk spenn og under intervjuene var det flere ”oppamsinger” av pasientdiagnoser og arbeidsoppgaver på den enkeltes avdelinger med påfølgende oppfølgingsspørsmål fra de andre. Alle spørsmålene ble besvart ettertrykkelig og det var behov for få oppfølgingsspørsmål underveis. Intervjusamtalene endte på varighet fra 1.5 - 2 timer.

### 4.3.2 Transkriberingen

Den kvalitative analysen forutsetter at rådata først er omgjort til en begripelig tekst. Litteraturen beskriver imidlertid at transkribering på ingen måte er problemfritt og at i direkte omsetting fra tale til tekst kan meningen i det som ble sagt forringes. Muntlig språk kan oppfattes mindre presist og sammenhengende i tekstform og forskeren kan risikere å latterliggjøre informantens uttrykksform ved ordrett avskrift fra lyd materialet (Kvale & Brinkmann 2009; Malterud 2011). Kvale & Brinkmann (2009) vektlegger at transkriberingen innebærer en oversettning og en fortolkning og at tekstmaterialet er en abstraksjon og en svekket dekontekstualisert omskriving av den opprinnelige intervjusituasjonen (s.187).

Jeg transkriberte alle intervjusamtalene selv og hadde til slutt 47 sider med tekstmateriale (med skrifttype Times New Roman, skriftstørrelse 12 og enkel linjeavstand). Kvale & Brinkman (2009) sier at det ikke finnes en sann, objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig form (s.194), så det ble vurdert hvilket transkriberingsnivå som var mest nyttig for min forskning. Valget falt på, som beskrevet i Wibeck (2010) og Kvale & Brinkman (2009) å forandre dialekter og sosiolekter til norsk bokmål, men ellers skrive nøyaktig ordrett av det informantene sa. Småord som ”hm”, ”mmm” og ”ja” samt latter og stillhet ble inkludert. Det var til tider vanskelig å vite nøyaktig hvor jeg skulle sette komma og punktum i informantenes lange setningskjeder og de hadde dessuten mange løse ord og setninger som ga mindre mening på papiret enn på lydfilen. I denne prosessen økte jeg min kunnskap med hensyn til ulikheter ved muntlig og skriftlig uttrykksformer. Jeg trodde i utgangspunktet at jeg var mest lojal mot informantene hvis jeg valgte ordrette sitater, men det ble siden valgt å endre sitatene som blir brukt under funnpresentasjon til korrekt skriftlig bokmålsform med helsetninger og punktum samt at fyllord som ”ja” ble tatt vekk – noe som gjør teksten mer lettlest og får fram innholdet og meningen tydeligere. Dette er i tråd med Kvale & Brinkmann (2009) sine erfaringer (s.186-197).

Det var tidkrevende å transkribere alle samtalene, men som litteraturen (Braun & Clarke 2006; Malterud 2012) beskriver opplevde jeg å bli godt kjent med materialet mitt underveis, og transkriberingen ble slik et første steg i analyseprosessen – et helhetsinntrykk ble dannet samtidig som kategorier begynte å tre frem og enkeltsitater utpekte seg.

#### 4.4 Metode for analyse av data

Kvale & Brinkmann (2009) sier at det ikke finnes standardmetoder for tekstanalyse som tilsvarer teknikkene brukt i statistisk analyse i kvantitativ metode. Det finnes ingen *via regia* eller et magisk redskap for kvalitativ tekstanalyse (s.199) og heller ingen snarveier (Tjora, 2012). Imidlertid finnes det en rekke modeller for fremgangsmåte.

Det ble valgt å ta utgangspunkt i SDI; stegvis-deduktiv induktiv metode som beskrevet av Tjora (2012) samt bruke elementer fra den trinnvise tematiske analysen til Braun & Clarke (2006). Disse metodene var hensiktsmessige for sorteringen av studiens datamateriale og de var konkrete og logiske for meg å forstå.

I SDI – modellen utgjør *generering av empiriske data og bearbeiding av rådata* de to første stegene i en analyseprosess (Tjora, 2012) og Braun og Clarke (2006) beskriver også transkriberingsarbeidet som første del av analysen. Disse stegene er beskrevet i de tidligere delkapitlene.

Tjoras tredje steg innebærer *koding* av tekstmaterialet. En kode er en detaljert merkelapp, et nøkkelord eller uttrykk som beskriver en setning, et avsnitt eller utsnitt av datamaterialet (Tjora, 2012, s.179). Studiens totale tekstmaterialet ble her gjennomgått systematisk og koder ble utarbeidet. Flere av kodene ble tilnærmet like / handlet om det samme, så etterhvert kunne flere tekstutsnitt bli sortert under samme / liknende kode. Tjora (2012) vektlegger poenget med å skape tekstmære koder; koder som kun kan være utviklet fra empirien og ikke i forkant av kodingen eller datagenereringen (for eksempel fra intervjuguiden eller det teoretiske rammeverket). Koder som sier noe om *hva* informanten sier, ikke bare hva han snakker *om*, og gjerne med begreper som finnes i materialet (s.182 -184). Dette var jeg svært bevisst på, grunnet min egen bakgrunn (som støy) og ønsket om å være samvittighetsfull overfor informantenes stemmer. Den empirinære kodingen la så grunnlaget for å komme videre til neste steg i analysen, uten å måtte gå tilbake i tekstmaterialet hele tiden. Se tabell 2 for eksempler på koding.

Tekstutdrag	Koder
<p><i>Jeg tenker at for at vi skal kunne klare å gjøre dette på en faglig forsvarlig måte må vi inneha en del kunnskaper. Sette deg inn i pasienten før du tar i mot pasienten. Må vite hva de har gjort på operasjon og hvilke konkrete tiltak du må passe på til akkurat den pasienten, om han skal være tørr eller våt, eller hvordan medisinene virker, være i forkant hele tiden. Tenke, litt sånn erfaringsmessig. Hva kan skje, hvis at, om atte. Hele tiden vite at du har en bag i nærheten, har katastrofeadrenalin. Du holder på med en pasient, men du må hele tiden tenke hvis hva om skjer, hva gjør du da, være i forkant og ja..</i></p>	<p>Tilpasset kunnskap til hver enkelt pasient</p> <p>Mentalt forberedt / være i forkant på symptomforandringer</p> <p>Ha utstyret i orden</p>
<p><i>Også med-menneskelighet, når det gjelder kontakt med pasient og pårørende. At vi skal klare å snakke ordentlig, informere. Og ikke minst trekke fram hva vi synes, hva vi skal prioritere under visitten. Av og til være var på om legene har glemt å ta opp noe, komme med innspill.</i></p>	<p>Se pasient og pårørende</p> <p>Tilpasse informasjon</p> <p>Faglig refleksjon</p>
<p><i>Måten man er på. Flink til å kommunisere. Og at man skal utstråle en viss trygghet, overfor pasient og pårørende. Måten man oppfører seg på er veldig viktig.</i></p>	<p>Utstråle trygghet</p> <p>Være profesjonell</p>

Tabell 2

Tjoras (2012) neste steg innebærer *kategorisering* og målet er at man skal sitte igjen med *hovedkategorier*. Kategorisering i SDI – modellen brukes om det steget hvor man sorterer kodene i større kategorier. De beslektede kodene ble her samlet under samme kategori. Fem hovedkategorier formet seg; kunnskapskrav, praktisk arbeid, kommunikasjonsknyttet arbeid, logistikk og omsorgsbegrepet. Det ble så valgt å utelate kategorien som inneholdt kodet tekst vedrørende hvorvidt informantene mente begrepet omsorgsyrke er beskrivende for jobben de gjør. Til dette var oppgavens omfang for begrenset. Fokus videre ble derfor kun beskrivelser av faktisk sykepleierarbeid. Kunnskapskrav var så beslektet med evnen til å utføre arbeidet at teksten i denne kategorien ble sortert under de andre kategoriene. Begrepene sviktkompensasjon, relasjonsivaretagelse og flytkoordinering ble utarbeidet for å beskrive de gjenværende kategoriene. *Subkategoriene* ble formet etter antall beslektede koder. På grunn av sykepleierarbeidets komplekse karakter vil flere av arbeidsoppgavene i praksis foregå

under flere kategorier samtidig. Det komplekse systemet av sykepleierarbeid sto frem som et overordnet funn. Se tabell 3 og 4 for illustrasjon av analyseprosess.

Koder	Subkategori	Kategori
Se mennesket bak diagnosen	Jeg ser deg	Relasjonsivaretagelse
Lese pasienten		
Lirk og list	Strategisk kommunikasjon – oppnå det man vil i behandlingen	
Optimal spørsmålsformulering		
Forstå sammenhenger og formidle	Rapportering av relevant informasjon	
Formulere seg klart og tydelig		
Undervise studenter og nyansatte	Kompetanseoverføring – å være lærer samtidig som sykepleier	
Veilede pasienter		

Tabell 3

Subkategori	Hovedkategori
Identifikasjon av svikt  I forkant av symptomforandringer  ”Smooth operator” / Kunnskap i hendene	Sviktkompensasjon
Jeg ser deg  Strategisk kommunikasjon – oppnå det man vil i behandlingen  Rapportering av relevant informasjon  Kompetanseoverføring - å være lærer samtidig som sykepleier	Relasjonsivaretagelse
Sikre kontinuitet i pasientens og pårørendes sykehushverdag  Sikre kvalitet gjennom prosedyrer og rutiner  Daglig drift / Ressursforvaltning	Flytkoordinering

Tabell 4

Det ble laget en tekst for hver hovedkategori og subkategori hvor funn blir presentert og beskrevet. Braun & Clarke (2006) vektlegger viktigheten av en presis, konsekvent, logisk, non – repetitiv og interessant sammenfatning av data. Teksten skal også inneholde evidens for valgt kategori med relevante eksempler (s.93). ”Gullsitater”, både korte og lengre, blir presentert i hver subkategori; sitater som best mulig illustrerer fortolkningen.

Tjora (2012) beskriver *utvikling av konsepter eller modeller* som nest siste steg i SDI-metoden. Med utgangspunkt i hovedkategoriene fra forrige steg, samt med relevante teorier i mente, vil det her være ønskelig å utarbeide en mer generell fremstilling av det studerte

fenomenet (s.186). I håp om å forenkle fremstillingen av funn satt jeg opp en tannhjulsmodell (se figur 1 i kapittel 5) som et bilde på det komplekse systemet sykepleierarbeid er. Tennene i tannhjulene representerer alle de ulike oppgavene og størrelsen på hjulene sier noe om hovedfokuset ved den aktuelle avdeling. De ulike tennene kommer i kontakt med hverandre kontinuerlig og i varierende intervall. Selve tannhjulsystemet representerer avhengighetsforholdet mellom kategoriene og kan bidra til økt forståelse for dynamikken i sykepleierarbeid. (Tjoras siste steg i SDI –metoden, *teoriutvikling*, utelates da dette er for omfattende og ambisiøst for oppgavens omfang.)

Wibeck (2010) sier at målet med en kvalitativ analyse er å opplyse mennesker om noe de ikke visste tidligere og å løfte forståelsen til et nytt nivå (s.108). Dette er i tråd med Malterud (2011) som sier at en studies mål er å løfte fram og gi prioritet til funn som kan fortelle oss noe som vi ikke visste fra før, noe som kan bidra til nye refleksjoner.

Tjora (2012) presiserer at man i praksis ofte kan befinne seg på ulike stadier i SDI – modellen samtidig og litteraturen beskriver at et analyseprosjekt ofte er kjennetegnet av en frem – og tilbakeprosess mellom forskjellige trinn (Braun & Clarke 2006; Kvale & Brinkman 2009) – noe som var i tråd med min opplevelse. Analyseprosessen ble ikke erfart som lineær, men mer som en runddans med data. Jeg opplevde en tvil vedrørende min egen intellektuelle evne til å analysere ”riktig”. Det komplekse systemet av sykepleierarbeid kom klart til uttrykk gjennom et komplekst datamateriale som var vanskelig å sortere. Jeg opplevde at koder kunne passe inn i flere subkategorier og at subkategoriene kunne passe inn i flere kategorier. Det å skrive bidro til refleksjon og fokus. Dette er i tråd med Braun & Clarke (2006) som hevder at skriveprosessen er en integrert del av analysen (s. 86). Jeg benyttet meg i tillegg av prosjektlogg som notatblokk for tanker underveis, huskelister for poeng å diskutere og jeg lagde tabeller og oversikter med datopresisering. Slik kunne jeg gå tilbake og følge min egen tankerekke i prosessen. Veien ble til mens jeg gikk.

#### **4.5 Ethiske overveielser**

Studien krevde ikke godkjenning av regional etisk komite da den ikke inkluderer pasienter eller helseopplysninger. Det krevdes imidlertid godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig

Datatjeneste (NSD) da datainnsamling skulle gjennomføres via fokusgruppeintervju. Prosjektbeskrivelse ble skrevet og godkjent av NSD i mars 2014.

#### **4.5.1 Informert samtykke og personvern**

Informantene fikk informasjonsskriv og deltakerforespørsel hvor de ble informert om frivillig deltakelse, lydopptak under intervju situasjonen og anonymitet. De kunne når som helst trekke seg fra deltakelse, også etter intervjuopptak. Det ble informert om gjensidig taushetsplikt innad i gruppen. Lydfil, transkribert materiale og informasjon vedrørende studiens deltakere har blitt lagret, håndtert og oppbevart etter gjeldene retningslinjer fra Den nasjonale forskningsetiske komite for medisin og helsefag (NEM, 2009) og anonymiteten til informantene har blitt ivaretatt. Kun forsker og veileder har hatt tilgang til lydfil og transkribert tekst. Informantene fikk nye navn før transkriberingen og det ble deretter kun benyttet initialer. Setninger vedrørende konkrete pasienttilfeller, helt unike diagnoser og behandlingsmetoder, avdelingsnavn og sykehusnavn ble ikke transkribert. Jeg opplevde imidlertid at flere av informantene selv fortalte om sin deltakelse til venner og kollegaer.

#### **4.6 Metoderefleksjoner**

Reliabilitet, validitet, og generaliserbarhet fungerer som indikatorer på kvalitet i forskning (Polit & Beck 2012; Tjora, 2012).

##### **4.6.1 Reliabilitet**

Reliabilitet / troverdighet er forbundet med målsikkerhet og pålitelighet av data. Ved høy reliabilitet vil resultatene være reproduserbare ved bruk av samme premisser (Malterud 2011; Polit & Beck, 2012).

Det beskrives et ideal om nøytralitet og objektivitet i forskningsprosesser. Med hensyn til kvalitativ forskning vektlegges imidlertid forskerens påvirkning i alle ledd i forskningsprosessen (Kvale & Brinkman 2009; Polit & Beck 2012). Kvale og Brinkman (2009) hevder at forskeren påvirker informantenes svar i den grad at data kan sies å være forfattet i felleskapet mellom forskeren og informantene. Som intervju person samler man ikke bare inn data, men er med på å skape data (s. 200) og alle former for fremstilling, tekst eller



rapport er ladet med forskerens interesser og hensikter (s. 285). Ved å stille de spørsmålene jeg stilte var jeg med på å bestemme samtalens retning. Samtidig kan det tenkes at min bakgrunn ga informantene en følelse av at jeg var ”en av dem” og gjorde de i stand til å snakke fritt uten å måtte forklare ulike fagtermer og organisasjonsstrukturer eller var redd for å støte / fornærme meg. Tjora (2012) sier at det i en rekke kvalitative studier er en forutsetning at forskeren har en særlig kunnskap om det feltet som skal studeres. Forskerens kunnskap er en ressurs, men hvordan denne brukes i en analyse må redegjøres for. Bruk av direkte sitater vil styrke påliteligheten da informantenes egne stemmer gjøres synlig (s.203). Min bakgrunn som intensivsykepleier med kjennskap til sykehusmiljøet gjorde meg trolig i stand til trekke ut nyanser i datamaterialet som muligens hadde gått tapt hvis noen uten fagkompetanse hadde analysert teksten. Samtidig har jeg en nærhet til og en agenda med hensyn til synliggjøring av visse aspekter ved sykepleieryrket. Malterud (2011) sier at nærhet kan vanskeliggjøre kritisk refleksjon (s.11), men at fortolkning er uunngåelig i kvalitativ forskning. Jeg har vært svært bevisst på å jobbe empirinært med bruk av konkrete eksempler og sitater fra informantene. Jeg har underveis gått tilbake til både lydfil og transkribert tekst for å ”kontrollere” meg selv. Gjennom sitater og detaljert forklaring har jeg ønsket å gjøre analysen transparent for leser.

#### **4.6.2. Validitet**

Validitet / gyldighet handler om kvaliteten på forskningshåndverket, og er en betegnelse på hvor godt man klarer å måle det man har til hensikt å måle. Er svarene vi finner i vår forskning, faktisk svar på de spørsmålene vi forsøker å stille. Hva er dette gyldig om og under hvilke omstendigheter? (Kvale & Brinkman 2009 s. 246; Malterud 2012; Tjora 2012).

I min studie har jeg ikke nødvendigvis funnet hva sykepleiere gjør, men hva sykepleiere selv *sier* at de gjør. Et sett av verdier kan bli beskrevet, men ikke nødvendigvis bli fulgt i praksis. Med hensyn til sykepleie er dette fenomenet muligens spesielt relevant, da idealet ikke nødvendigvis korrelerer med arbeidet som utføres i klinikken (Allen, 2004, 2007, 2014a, 2014b), uavhengig av årsak. På bakgrunn av oppgavens omfang var det for omfattende å foreta en observasjonsstudie. Rene observasjonsstudier kan også være begrenset i den forstand at indre refleksjon og vurdering ikke synliggjøres for forsker. Fokusgruppeintervju

kan fungere som en sikkerhet ved at informantene ”arresterer” hverandre på aspekter ved temaet de selv ikke opplever som tilfelle (Polit & Beck, 2012).

Hvilke informanter som deltok vil påvirke studiens funn og det er mulig at funnene hadde variert fra nåværende hvis utvalget hadde vært annerledes. Avdelingssykepleierne som rekrutterte informantene plukket trolig ut ”flinke” sykepleiere – de som blir oppfattet som faglig dyktige, engasjerte og reflekterte. Det er heller ikke sikkert at informantene hadde svart det samme hvis de hadde blitt spurt individuelt; det er mulig at de ble påvirket av de andres beskrivelser (noe som for så vidt også var tilsiktet med hensyn til bredde og refleksjon). Polit & Beck (2012) beskriver ulike meninger med hensyn til hvorvidt man skal omtale informantene i et fokusgruppeintervju som én enhet eller som individuelle personer (s.574-576). I denne studien var det lite uenighet mellom informantene som kom til syne. Der diskusjon ble fremtredende under intervjuet var ved spørsmålet om hvorvidt begrepet ”omsorgsykke” var beskrivende for jobben de gjorde. Jeg valgte som tidligere nevnt å utelate refleksjonene og meningene rundt dette og kun fokusere på hva informantene sa de utførte av arbeid og ikke tanker om betegnelser. Alle tre fokusgruppeintervjuene genererte samsvarende data; spørsmålene ble i stor grad besvart med liknende beskrivelser i alle tre grupper.

#### **4.6.3. Generaliserbarhet**

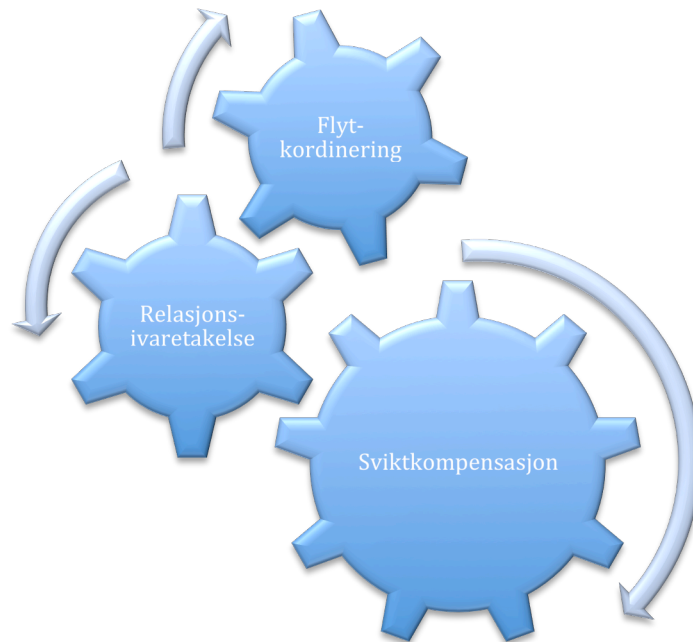
Generaliserbarhet /overførbarhet handler om hvorvidt funnene har gyldighet utover studiens utvalg. Forutsetningen for å vurdere overførbarhet er at studien har sterk reliabilitet og validitet. Litteraturen beskriver at overførbarhet ikke nødvendigvis er målet i kvalitativ forskning; ofte er målet å forstå noe konkret i dybden (Kvale & Brinkman 2009; Malterud 2011; Tjora, 2012). Det var ønskelig at denne studien skulle være et bidrag til forskningsfeltet om sykepleierarbeid i spesialisthelsetjenesten. I sammenheng med tidligere forskning kan studien øke forståelsen for sykepleieres funksjon og ansvarsoppgaver.

## 5. Presentasjon av funn – Beskrivelser av sykepleierarbeid

Ut i fra sykepleiernes beskrivelser ble det identifisert tre hovedkategorier av arbeid.

1. Sviktkompensasjon
2. Relasjonsivaretagelse
3. Flytkoordinering

Kompleksiteten i sykepleierarbeidet fremsto som et overordnet funn og de ulike hovedkategoriene hadde et avhengighetsforhold til hverandre. Det ble utarbeidet en tannhjulmodell som et bilde på denne dynamikken. Før de ulike hovedkategoriene blir utdypet presenteres forholdet mellom dem gjennom denne tannhjulmodellen.



**Figur 1. Tannhjulmodell**

Tennene i tannhjulene representerer alle de ulike konkrete sykepleieoppgavene. Som for eksempel blodprøvetaking, sårskift og håndtering av dialysemaskin (sviktkompensasjon), opplæring av sykepleierstudenter og rapportering av relevant informasjon til lege (relasjonsivaretagelse), og/eller bestilling av transport ved utreise (flytkoordinering). Størrelsen på hvert av hjulene sier noe om hovedfokuset ved den aktuelle avdeling. Ved

enkelte avdelinger vil sviktkompensasjonen ta mest ressurser, for eksempel på en intensivavdeling i form av håndtering av respirator og potente medikamenter, mens ved en poliklinikk for infeksjonssykdommer vil relasjonsivaretagelse i form av informasjon om medikamentbruk og forebygging av smitte ta mest plass. Kunnskapen og de praktiske ferdighetene som kreves varierer fra avdeling til avdeling. En sykepleier som jobber med hodeskadepasienter har andre krav til kunnskap enn en sykepleier som jobber med hjerteopererte pasienter. Oppgaver fra alle hovedkategorier vil kunne foregå på samme tid og tennene på hjulene kommer i kontakt med hverandre kontinuerlig og i varierende intervall som illustrert. I utførelse av stell vil relasjonsivaretagelsen bestå av interaksjonen med pasienten og sviktkompensasjonen av de praktiske hygienetiltakene. Ved transport av intensivpasient til CT-lab vil relasjonsivaretagelsen bestå av informasjon til pasient/pårørende, sviktkompensasjonen av håndtering av transportrespirator og flytkoordineringen av transport til/fra undersøkelse. Selve tannhjulssystemet representerer dette avhengighetsforholdet mellom kategoriene for å få arbeidet / pasientbehandlingen til å gå rundt. Jo mer kunnskap og praktiske ferdigheter (kunnskap i hendene) sykepleieren har, jo smidigere vil behandlingen foregå – og kvaliteten vil øke. Kunnskapen er oljesmøringen.

Hver hovedkategori blir utdypet i det følgende:

## **5.1 Sviktkompensasjon**

Sykepleierne kompenserte for svikten i pasienters egenressurs. Dette innebar først en identifisering av svikten, så kontinuerlig overvåkning og revurdering og deretter selve kompensasjonen i form av praktiske tiltak. Dette foregikk i en kontinuerlig sirkelprosess.

### **5.1.1 Sviktidentifisering**

Sykepleierne beskrev at de identifiserte svikt hos pasienten ved å registrere og bedømme tilstand og symptomer. De overvåket pasientene med hensyn til for eksempel respirasjonsfrekvens, puls, blodtrykk, temperatur, utseende på sår, eventuelle smerter og smertegrad, kognitive evner, behov for psykisk støtte, grad av behov for hjelp til hygienetiltak, matinntak og mobilisering. Sykepleierne brukte Glasgow coma scale for å vurdere pasientens bevissthetsnivå og var opptatt av å kartlegge mulige smittesykdommer,

som f.eks. MRSA (Methicillinresistente gule stafylokokker). Sykepleierne i akuttmottaket jobbet som triage-ansvarlige og satt hastegrad på pasienters tilstand ved ankomst til sykehuset; hvilke pasienter som kunne vente og hvilke som umiddelbart måtte ha hjelp.

Nærkontakten med pasienten var en informasjonskilde. En intensivsykepleier beskrev hvordan hun gikk gjennom pasienten fra topp til tå ved å både lytte og kjenne på pasienten. Hun lyttet på pasientens lunger og tarmlyder og kjente på pasientens hud. Dette bidro til identifisering av svikt i den forstand at det ga informasjon om blant annet pasientens lungekapasitet med eventuell slimproduksjon og pasientens sirkulasjonsstatus (svett, varm, kjølig, febril) eller pasientens hudstatus med eventuell sårutvikling. Mobilisering ga blant annet informasjon om pasientens muskel – og krafttilstand og/eller skade etter hodetraume – evne til bevegelse og finmotorikk og eventuelle smerter etter operasjon.

Sykepleierne fortalte at de brukte tid på å lese legejournal og å få rapport av hverandre. De vektla nødvendigheten for kunnskap om diagnose, behandling, forventet sykdomsforløp og prognose samt pasientens normaltilstand, for å kunne identifisere svikt og observere pasienten optimalt. Ordinasjons – og overvåkingskurver samt blodprøve- og røntgensvar var essensielt for å sette nåværende tilstand og behandling i sammenheng med sykdomshistorien. Kunnskap om anatomi, fysiologi, patofysiologi og farmakologi var nødvendig. For eksempel observerte sykepleierne en pasient med konstatert lungebetennelse med feber og høy puls høyere enn en pasient med normalverdier. Intensivsykepleierne beskrev at noen pasienter skulle holdes ”tørre” (hypovolem; minst mulig sirkulerende væskevolum i kroppen) og andre ”våte” – alt etter diagnose og behandling. For noen pasienter ville et blodtrykk være for lavt, mens for andre ville det være akkurat passe, spesielt sett i sammenheng med andre parametere som puls og/eller urinproduksjon. Ansvar for barnepasienter krevde ytterligere kunnskap da barn har andre normalverdier, symptomer og reaksjonsmønstre enn voksne.

Sykepleiernes evne til å identifisere ”riktig” besto av både teoretisk kunnskap og erfaring. Sykepleierne ble trent i å vurdere ulike tilstander etter hvilken avdeling de jobbet på og hyppigheten av møte med symptomer. En sa: *”Det er ulikt fokus avhengig av hvor du jobber”* og en annen sa: *”Man blir veldig spesialisert”*. Én sa *”Jeg jobber med hematologipasienter, så jeg kan blod og lymfer, men det er jo en snevert fagfelt”*. En annen sa *”Jeg kan hjertet og karene, men veldig lite om alt det andre.”* og en tredje: *”Da jeg begynte i akuttmottaket så ville jeg helst ha gastrokirurgiske pasienter. Det var de jeg kunne.”* Én beskrev det med

uttrykket *"If you don't use it, you'll lose it"* og siktet til nødvendigheten av hyppighet og repetisjon for å bli god. Et trent øye ville kjenne igjen relevant informasjon raskere.

Identifisering og kartlegging av svikt hos den enkelte pasient var en forutsetning for videre arbeid. Identifiseringen av svikt var dessuten en kontinuerlig pågående vurderingsoppgave. Pasientens tilstand var potensielt utsatt for forandring, både til det bedre og til det verre.

### **5.1.2 I forkant av symptomforandring**

Sykepleierne snakket om det å være i forkant av eventuelle symptomforandringer hos pasienten. En intensivsykepleier beskrev det med ordene: *"Tenke hva kan skje, hvis at, om at, være i forkant. Hele tiden tenke hvis hva om skjer, hva gjør du da"* og skildret dermed hvordan hun mentalt og praktisk forberedte seg på eventuelle endringer i pasientens tilstand. En annen sykepleier sa at hun alltid tenker ABC (Airway, Breathing, Circulation) i møte med en pasient: *"Tenke ABC. Tenke eventuelt holde frie luftveier, legge inn en svelgtube, tilkalle anestesi"*. Flere nevnte hvordan de alltid sjekker at de har "bagen" (ventilasjonsbag for oksygenering og ventilering av pasienten) og adrenalin (til bruk ved hjerrestans) klart. Sykepleierne beskrev beredskap i kunnskap; det å vite at en pasient som for eksempel har blodpropp i lungene potensielt er utsatt for at blodproppen flytter seg med blodstrømmen til blodkarene i hjertet eller hjernen – og med det forverre pasientens sykdomsbilde. Sykepleierne måtte forstå sammenhengen mellom ulike symptomer og kunne trekke ut hva som måtte prioriteres her og nå og hva som kunne vente. Én brukte begrepet *"Å være et hode foran"* (situasjonen). Dette gjaldt også i forbindelse med medisinerings, for eksempel det å vite at kortison øker blodsukkeret og at behovet for insulin da kan øke, at pasienter med nyresvikt står i fare for å ikke skille ut kalium i tilstrekkelig grad, forebygging av fall ved mobilisering og/eller det å vite hvilke tiltak man skal utføre ved blodtrykksfall. Sykepleierne hadde registreringsprosedyrer for å fange opp forverring av tilstand. For eksempel "sepsis (blodforgiftning) -regime"; hvor sykepleierne på infeksjonsavdelingen skrev ned pasientens blodtrykk, puls, temperatur, respirasjonsfrekvens osv. hver time for å fange opp tegn på en ytterligere forverring av sykdommen.

Sykepleierne beskrev at de satt i gang tiltak og / eller tilkalte lege for ytterligere konsultasjon ved behov. De måtte vite *når* de skulle kontakte legen. Vite hva og hvilke symptomer de

skulle ringe for. For å ivareta pasientsikkerheten måtte sykepleierne vite hvilke symptomer og tilstander som krevde handling - på et senere tidspunkt eller umiddelbart.

### 5.1.3 "Smooth operator" - Kunnskap i hendene

Sykepleierne utførte et håndverk for å kompensere for pasientens svikt. De fortalte at det konkrete arbeidet var pasientnært og praktisk og evnen til å handle var et kontinuerlig krav. Sykepleierne var konstante aktive aktører. Sykepleierne måtte vite hva som var riktig tiltak på bakgrunn av svikt og deretter gjennomføre de praktiske tiltakene på et forsvarlig og smidig vis. De praktiske oppgavene som ble utført var knyttet til diagnoser, behandlingsregimer, alvorlighetsgrad av sykdom, alder og pasientens helsetilstand i utgangspunktet. En grunnlærdom fra bachelorutdanningen var forventet, men kravene til ferdigheter ble spisset i den spesifikke klinikk. Én sa at *"den kunnskapen du trenger for å fungere godt i en avdeling i forhold til en annen vil variere veldig"*. Sykepleierne beskrev at de jobbet for å opprettholde pasientens normale funksjon og ivaretok behov pasienten selv ikke hadde kapasitet til. Kompensasjonen ble kontinuerlig tilpasset pasientens pleie – og behandlingsbehov. De praktiske tiltakene varierte derfor i svært stor grad fra avdeling til avdeling.

En hjerteoperert pasient ville trenge en annen sviktkompensasjon enn en pasient med kreftdiagnose; både vedrørende ulik medikamentell behandling (for eksempel adrenalin-infusjon eller cellegift), blodprøver (for eksempel trombocyttkontroll til pasientene med blodkreft, CRP på infeksjonspasientene), ulike ernærings- og mobiliseringsbehov eller isolasjonsregimer (pasientene som gjennomgikk cellegiftbehandling kunne ha nedsatt immunforsvar og måtte isoleres for egen beskyttelse). Noen av sykepleierne var gode på å håndtere Hickman (venekateter for langvarig intravenøs medikamentell behandling), andre på å legge venekateter eller håndtere dren i brysthulen. Noen pasienter var oppegående og selvhjulpne og skulle bare være på avdelingen til blodposen var ferdig eller fikk kun antibiotikabehandling. Andre pasienter trengte hjelp til alt – ivaretagelse av vask og skift, matinntak og stillingsendring. For intensivsykepleierne innebar de praktiske oppgavene ofte et fullstendig og totalt ansvar for alle pasientens funksjoner; som respirasjon, sirkulasjon, eliminasjon, elektrolyttbalanse, ernæring, pasientens bevissthetsnivå og sederings – og smertegrad. Intensivsykepleierne beskrev at de enkelte ganger ikke kunne snu en pasient pga. hemodynamisk labilitet (hjertets muskelkraft var så sensitivt for stillingsendring at

oksygentilbudet til kroppen hadde blitt for dårlig) eller at de måtte utsette munnstell på pasienten grunnet fare for blødning i munnhulen. I akuttmottaket var fokuset å identifisere svikt og stabilisere, for eksempel ta EKG og identifisere hjertearytmier, ta blodprøver eller starte intravenøs antibiotikabehandling før pasienten ble overflyttet til aktuell avdeling. Sykepleiere som jobbet med hodeskadepasienter beskrev mobilisering og leiring av pasienten som en viktig og essensiell arbeidsoppgave i forebygging og rehabiliteringen. De fleste av sykepleierne hadde jobbet ved andre avdelinger eller institusjoner tidligere og dro inn erfaring derfra. De beskrev at de ved tidligere arbeidsplasser hadde hatt ansvar for et bredere eller smalere spekter av svikt hos pasienten. Én nevnte at hun tidligere jobbet på en klinikk for testing og behandling av seksuelt overførbare sykdommer. Her hadde de praktiske oppgavene bestått av enkle urin- og blodprøvetester og hovedfunksjonen var undervisning og veiledning rundt smitte i forebyggende hensikt. Sykepleierne beskrev at de følte trygghet og mestring i møte med pasienter med diagnoser de hadde erfaring med fra før.

Sykepleierne hadde et særskilt ansvar med hensyn til gjennomføring av medikamentell behandling. Håndteringen gjaldt både potente legemidler med umiddelbar effekt på kontraksjon av blodårer (som for eksempel Adrenalin) og tabletter med lengre opptakstid og halveringstid samt for eksempel potensielt giftige preparater som cellegift, andre immunsuppressive (legemidler som brukes for å undertrykke eller hemme immunsystemet, til bruk på transplantasjonspasienter) og/ eller antibiotika. Sykepleierne beskrev at de måtte vite hastighetsgrad på for eksempel cellegift og kalium, og at hjertesviktpasienter har økt følsomhet for produkter intravenøst. Sykepleierne måtte vite hva som var vanlig dose av et medikament og hva som ikke var det, de måtte ha kunnskap om bivirkninger som kan oppstå; både akutt og senvirkning, de måtte ha kunnskap om effekt, kunnskap om påvirkning samt vite blandingsforhold til ulike medikamenter og kunne bruke Felleskatalogen. De fleste medisinene måtte dobbeltkontrolleres for å sikre riktig dose, styrke og mengde. Noen ordinasjoner var stående, altså gitt ved avdeling; at sykepleierne kunne vurdere på selvstendig grunnlag om pasienten skulle få for eksempel kvalmestillende eller smertestillende. Intensivsykepleierne beskrev at de har vide forordninger og frie tøyler til å gjøre mye. De ga for eksempel volum i form av blod, gikk opp / og ned på adrenalin, ga elektrolytter i konsentrert form og / eller vandrivende medikamenter vurdert etter pasientens respons.

*Vi står jo ved pasient-sengen hele tiden. Tisser ikke pasienten så gir vi Furix eller volum. Vi kan ringe å høre: Skal pasienten ha Adrenalin-infusjon? Vi gjør jo*



*mange vurderinger og iverksetter tiltak. Noen ganger kan ikke kirurgen svare fordi han står og opererer – så da står vi alene. Men da er det jo andre erfarne intensivsykepleiere vi kan spørre og vi kan ha en dialog med sykepleiekollegaer. Det er vi veldig avhengig av.*

Sykepleierne håndterte daglig ulike former for medisinsk teknisk utstyr og måtte ha kunnskap om bruk og virkning. Én sa at ”*Det er klart, det må vi ha kunnskap om. Kan ikke stå å trøble med det!*”. Dette gjaldt f.eks. ernæringspumper, overvåkningsscoop, blærescanner, EKG (elektrokardiogram) -maskin, elektriske varmeteppe og sprøytepumper. Intensivsykepleierne hadde et særlig kompetansebehov vedrørende dette da de jobbet med pasienter som var helt avhengig av maskiner for å overleve. Intensivsykepleierne håndterte utstyr som respiratorer, transportrespiratorer, dialysemaskiner og ECMO (Ekstra korporal membran oksygenering - Behandling til hjertesviktpasienter). Konkret kunne dette innebære å stille inn oksygenfraksjon i innåndet luft, pustefrekvens og overganger fra de ulike hovedinnstillingene på respiratoren eller ha ansvar for den praktiske dialysebehandlingen. Utstyret varierte fra avdeling til avdeling etter diagnose og behandlingsregimer. Sykepleierne beskrev sertifisering og simuleringstrening i ulike typer utstyr. Én jobbet på en avdeling som nylig hadde skiftet til nye dialysemaskiner - noe som krevde ytterligere opplæring. En annen avdeling øvde jevnlig på intubering sammen med legene. Sykepleierne var delegert i ”stansteam” og var aktive parter i hjertestans rundt på sykehuset. Kunnskap og handlekraft om AHLR (avansert hjerte - lunge - redning) var da påkrevd. Én sa: ”*Som sykepleier er du aldri ferdig utlært*”.

Sykepleierne beskrev håndlaget ved utføring av ulike prosedyrer; viktigheten av *hvordan* de utførte, *hvordan* de gjorde ting. Det krevdes kunnskap i hendene. Som f.eks. ved innleggelse av perifert venekateter, sårstell med korrekt hygiene, opptrekking av medikamenter raskt og effektiv, steril oppkobling av dialysemaskin, blanding av antibiotika uten søl, håndtere arteriekran eller sentralt venekateter, treffe blodåren ved blodprøvetaking, gjennomføre et stell på en skånsom og effektiv måte. Sykepleierne beskrev at de måtte være både rolige og raske. Dette krevde øvelse og hyppighet i utøvelse.

I det praktiske sykepleierarbeidet lå også estetikk og ivaretagelse av verdighet hos pasienten. Ryddighet og orden rundt pasienten var infeksjonsforebyggende, men også estetisk begrunnet. Én brukte et eksempel om at han ikke brukte kladd som spisebrikke. Hensyn til bluferdighet ble vektlagt. Sykepleierne skjermet og dekket til pasienten under stell; ”*Vi tar hensyn til pasientens bluferdighet ved å dekke til og skjerme pasienten ved stell*”.

Intensivsykepleierne visste at traumer og stress kunne ligge i kroppen til pasienten i etterkant av et opphold på intensivavdelingen og var svært bevisst på håndlaget ved berøring og utførelse av prosedyrer.

*Selv om pasienten er sedert, så vet vi at måten vi gjør ting på ligger i kroppen deres. Vi kan påføre de stress og traumer for resten av livet. Måten vi tar på de, måten vi snur de på. De kan slite med traumer i mange år uten å vite hvorfor. De kan jo ligge å drømme og oppleve dette som tortur. Det er kunnskap bak hvordan vi tar på de og hvordan vi snur de.*

## **5.2 Relasjonsivaretagelse**

Sykepleierne beskrev at en stor del av arbeidet handlet om kommunikasjon med pasienten og pasientens pårørende, med kollegaer i form av andre sykepleiere, leger eller annet helsepersonell og aktører innad i helseforetaket samt med lokalsykehus og kommunehelsetjenesten ved sykehjem og hjemmesykepleien. ”Hvordan du samtaler” ble vektlagt og taktisk retorikk ble brukt. Dette kommunikative sykepleierarbeidet ble sortert under kategorien relasjonsivaretagelse.

Sykepleierne brukte ulike ord og ulike stemmeleier i møte med ulike aktører, for eksempel i møte med pasient vs. lege. Det ble identifisert fire trekk og formål ved sykepleierkommunikasjon: 1. ”Jeg ser deg” 2. Strategisk kommunikasjon - oppnå det man vil i behandlingen. 3. Rapportering av relevant informasjon; verbalt og skriftlig. 4. Kompetanseoverføring - å være lærer samtidig som sykepleier. Disse måtene og formålene ved kommunikasjon kunne foregå samtidig på en og samme gang – eller hver for seg. Alle bidro til kvalitet i pasientbehandlingen.

### **5.2.1. ”Jeg ser deg”**

Sykepleierne beskrev at de prøvde å sette seg inn i pasientens sted. Empati ble vektlagt. De jobbet for å se hva mennesket bak diagnosen trengte og hadde et ønske om å få til personlig tilretteleggelse; å gi pasienten en opplevelse av å bli sett. Blikk-kontakt og aktiv lytting ble brukt som instrumenter. Én sa ”Vi har omsorg i ryggmargen” og forklarte at empatien var der som et grunnlag i arbeidet.

*Som sykepleier er du jo veldig privat. Du vasker folk nedentil, du holder på med de innerste tingene til et annet menneske. Du må være profesjonell. De pasientene som er sengeliggende er helt i vår makt. Da er det viktig å tenke på de små tingene. Ivareta det menneskelige. Sette seg inn i hva det mennesket trenger.*

Ved enkelte av intensivavdelingene skrev sykepleierne dagbok til pasientene. Pasientene kunne da i etterkant lese hvordan oppholdet hadde utartet seg da de lå sedert. Dette skulle hjelpe pasientene til å bearbeide opplevelsene sine og forebygge posttraumatisk stresslidelse. Sykepleierne måtte her uttrykke seg faglig, men forståelig, og ikke banalt.

Sykepleierne fortalte at de lærte seg å ”lese” mennesker. Dette gjaldt for eksempel hvilke pasienter de kunne ha humor med eller hvilke pasienter som ikke hadde den kapasiteten på for øyeblikket. En sykepleier sa at ”Noen pasienter trenger å bli snakket veldig forsiktig til, mens andre pasienter da hadde slått deg ned”. Sykepleierne tilpasset seg pasienten; – de lærte seg hvordan de kunne utføre behandlingen i møte med ulike mennesketyper.

Sykepleierne beskrev at de var opptatt av å utstråle trygghet og profesjonalitet overfor pasienten. På bakgrunn av utdanning og erfaring lærte de hvordan de kunne oppnå dette. ”Vi kan gjøre en pasient trygg eller utrygg ved måten vi er på, oppfører oss og kommuniserer”. Sykepleierne beskrev at læring om pedagogisk formidling, krisehåndtering og sorgreaksjoner bidro til at de fikk økt bevissthet rundt hvordan de kunne møte pasienters reaksjoner og dermed gi bedre behandling.

Sykepleierne beskrev at jo mer fagkunnskap de hadde i bunn jo lettere var det å kommunisere med pasient og pårørende. Når de hadde håndlagserfaring og kompetanse vedrørende sykdomsforløp så var det lettere å konsentrere seg ytterligere om relasjonen med pasienten.

*Særlig som nyutdannet er man veldig fokusert på den tekniske biten. Det tar tid før man lærer seg å se hele pasienten. Nå har jeg jobbet 5 år på samme avdeling og jeg er kjent og trygg med den tekniske biten. Så da blir det den biten med informasjon og hvordan du samtaler... Jeg har innsett mer og mer at hvis du har mye kunnskap der så kommer du veldig langt. Det er et felt som jeg synes er mer og mer spennende å lære mer om. Viktig å kunne kommunikasjon.*

Sykepleierne var samvittighetsfulle med hensyn til ivaretagelse av pasienters pårørende.

*Vi er opptatt av å informere pårørende hvis det er endring i pasientens tilstand. Pårørende er ofte stresset eller redde og kan bli veldig direkte eller irriterte eller sinte. Noen ganger trenger de veldig konkret direkte informasjon og klarer ikke å ta innover seg så mye, mens andre vil vite mange detaljer.*

I forbindelse med alvorlige ulykker og sykdomstilstander ble ivaretagelsen av pårørende beskrevet som ytterst krevende og et ansvar sykepleierne så på med stor respekt; *"Ved traumer så kommer familien og de er i sjokk"*. En av sykepleierne fortalte om opplevelser som å sitte med ektefeller av pasienter som hadde fått hjertestans og med foreldre som enda ikke visste at barnet deres var dødt (fordi legen som skulle informere var opptatt med å operere en annen alvorlig syk traumepasient). Enkelte av sykepleierne hadde etterlatte-samtaler etter død, hvor de ringte pårørende noen uker etter dødsfall for å gjøre bearbeidelsen av hendelsen lettere. Dette var sider ved sykepleierarbeidet som var meningsfylt, men som opplevdes eksistensielt og psykisk utfordrende; *"Arbeidet kan være psykisk belastende til tider. Vi er konfrontert med døden hver dag"*.

### **5.2.2. Strategisk kommunikasjon - Oppnå det man vil i behandlingen**

Sykepleierne beskrev at de brukte strategisk kommunikasjon for å oppnå noe i møte med pasienten. Kommunikasjon ga informasjon og var essensielt for identifisering av svikt og behov. Optimal spørsmålsformulering ble brukt som redskap. Kartleggingen av pasientens svikt var lettere hvis spørsmålsstillingen fra sykepleier var god. For å gi optimal behandling der hvor pasienten ikke nødvendigvis selv så sitt eget beste, for eksempel ved bandasjeskift på smertefulle sår, beskrev sykepleierne at de bevisst både dytter og begrenser pasienten med verbal overtalelse og konkret praktisk tilrettelegging. Sykepleierne brukte forklaringer med faglig forankring, sammen med "jeg ser deg" - strategi for dermed lettere å oppnå det de ville, ved å først trøste, forklare årsak til handling og dermed dytte eller sette grenser. Sykepleierne var bevisst på at pasientene skulle bruke sine egne ressurser der de hadde kapasitet, og lirke og list var en del av arbeidet for å sikre et optimalt behandlingsutfall.

*Det er viktig å ha kunnskap om hvordan man formulerer og uttrykker seg og man må være observant på hvordan man gjentar informasjon. Bruke kommunikasjon bevisst for å få gjennomført det du ønsker å gjennomføre. Vi må ha overtalelsesevne, både overfor pasienten og kollegaer. Noen pasienter tror at de er kjempedårlige, tenker; "jeg ble jo hjerteoperert i går", andre vil løpe ned gangen. Vi må begrense eller pushe.*

### 5.2.3. Rapportering av relevant informasjon

Sykepleierne rapporterte til lege og andre kollegaer om eventuelle relevante symptomer hos pasienten eller forhold rundt behandlingen. De måtte være både presise og detaljerte og klare å trekke frem det viktige under visitt og ved rapportgiving. Det essensielle var å gjenkjenne relevante symptomer og komplikasjoner og prioritere og vurdere hva som måtte vektlegges og i hvilken rekkefølge.

*Du kan ikke ringe til legen å si ”pasienten er dårlig” (Alle ler). Du må presisere!  
Hva er blodtrykket, hva er respirasjonsfrekvensen.*

Under øvelser på akutsituasjoner som hjertestans og intubering ble det fokusert på ”Close-the-loop” – kommunikasjon; hvordan man i gruppe gir tydelige beskjeder og tilbakemelding på at beskjed er mottatt.

Sykepleierne repeterte også informasjon til pasientene.

*Når legen har vært inne og fortalt pasientene hva som feiler de, så trenger de ofte å få det gjentatt på en annen måte og gjerne en gang til. Så vi må vite hvordan sykdommen fungerer, hvordan behandlingen virker og hva pasienten kan forvente seg når de kommer ut av sykehuset.*

Sykepleierne var ved anledning med på informasjonssamtale med lege og pasient, for eksempel for å gi beskjed om alvorlig kreftdiagnose.

Sykepleierne dokumenterte relevante observasjoner i elektronisk pasientjournal, og måtte være oppmerksom på stilen og filtrere bort unødvendige opplysninger og presisere nødvendige. Sykepleierne brukte tid på å skrive rapporter, dagsplaner og sammendrag for pasienten, samt dokumentasjon på overvåknings skjemaer.

### 5.2.4 Kompetanseoverføring - ”Å være lærer samtidig som sykepleier”

Sykepleierne fortalte at de hadde opplæring og veiledning av både studenter og nyansatte sykepleiere, samtidig som behandling av pasient skulle foregå som normalt. Sykepleierne var

opptatt av kompetanseoverføring og hvordan gjøre dette best mulig. Enkelte fikk rollen som kontaktsykepleier for en student som deretter skulle gå sammen med dem i flere uker.

*En kunnskap jeg skulle ønske jeg hadde mer av, er pedagogikk. Vi har mange studenter hos oss. Det kan være utfordrende noen ganger: Å være lærer samtidig som sykepleier. Det er vanskelig å ivareta både pasient og student samtidig. Det er alltid pasienten som "vinner" selvfølgelig. Men studentene blir jo fremtidige kollegaer, så vi har veldig lyst til å ivareta dem også.*

Enkelte av sykepleierne var med i ambulerende team hvor de underviste og fulgte opp andre avdelinger eller sykehjem og hjemmesykepleie i kommunehelsetjenesten.

### **5.3 Flytkoordinering**

#### **5.3.1 Sikre kontinuitet i pasienters behandlingsforløp**

Sykepleierne opplevde å ha ansvar for å løse pasientene gjennom dagen. De fordelte pasientene seg i mellom i begynnelsen av vekten og brukte uttrykk for eieforhold som "jeg har den pasienten" og "det er min pasient". De så det som sin oppgave å ha oversikt og sørge for at alt som skulle gjøres ble gjort. Det ble registrert primærsykepleier over lengre perioder det det var mulig /ønskelig; da kunne samme sykepleier ha ansvar for samme pasienten den uka i de skiftene sykepleieren var på jobb. Det var forventet at sykepleier skulle vite pasientens sykehistorie, forløp og diagnose og ha oversikt over videre behandlingsplan, i tillegg til å utføre de praktiske tiltakene og observere tilstand og virkning. Sykepleierne forklarte at de planla dagen etter hvilke undersøkelser som skulle foretas, hvilke prosedyrer som skulle gjennomføres i tillegg til vask og skift og mat og medisiner. Sykepleierne skrev dagsplaner og sammendrag for å sikre at beskjeder ble gitt og planer ble gjennomført. Intensivsykepleierne jobbet en-til-en, det var én sykepleier per pasient og noen ganger to sykepleiere per pasient for å få gjennomført behandlingen. I mottakssituasjoner ved akuttmottakene og intensivavdelingene krevde det enkelte ganger tre sykepleiere per pasient. Sykepleierne beskrev at de måtte kontinuerlig prioritere hva som var viktigst å utføre først for å få dagen til å flyte godt for den enkelte pasient og hele avdelingen. Sykepleierne avtalte tidspunkt for ulike undersøkelser, når det passet med fysioterapi eller innleggelse av for eksempel CVK. De passet på at pasienten fikk fysioterapi; som oftest måtte det sendes

henvisning til fysioterapeutene. Sykepleierne tok ansvar for å bestille nødvendige medisiner til avdelingene, slik at behandlingen kunne bli gjennomført. Enkelte av avdelingene hadde farmasøyter på dagtid i ukedagene, men på kvelder, netter, helger og helligdager var det sykepleierne som passet på dette. Oversikt over pasienters behandling- og pleiebehov, ”*hvor arbeidskrevende pasienten er*”, var derfor essensielt for å sikre kvalitet både på pasientnivå og avdelingsnivå med hensyn til den enkelte sykepleierens kompetanse, bemanning og utstysbruk.

Sykepleierne følte et ansvar for den praktiske ivaretagelsen av pårørende. I forbindelse med traumer og intensivopphold fulgte sykepleierne pårørende fra akuttmottak opp til intensivavdelingen og så til at de fikk oppfølging fra sykepleiere der. Pårørende trengte ofte informasjon med hensyn til praktiske gjøremål i forbindelse med traume og/eller død. Sykepleierne på intensivavdelingen tok ansvar for å informere om og tilrettelegge for pårønderom eller hotell. De forsikret seg om at informasjon fra lege var gitt eller de spurte pårørende om de hadde behov for dette. De spurte om behov for sykehusprest og ordnet formidlingen av dette. Sykepleierne formidlet informasjon om forsikring og trygderettigheter og var opptatt av lovverket rundt dette.

Sykepleierne var opptatt av de ulike avdelingenes ”*behandlingssløyer*”; hvor de fikk pasienter fra; om det var fra akuttmottaket, poliklinikken, operasjon eller intensivavdelinger. Hvor pasientene så ble sendt videre; om det var hjem – med eller uten hjemmesykepleie, eller til sykehjem, til andre avdelinger innad sykehuset, til lokalsykehus eller til rehabiliteringsopphold. Etter at pasienten var ferdigbehandlet ved den aktuelle avdeling var det ofte sykepleierne som overtok det praktiske ansvaret med hensyn til utskriving til hjem eller sykehjem eller overflytting til annen avdeling. Det var ofte sykepleierne som hadde detaljert kunnskap om pasientens behov for praktisk hjelp i hverdagen og det var derfor naturlig at sykepleierne fylte ut søknadsskjemaer til kommunehelsetjenesten for hjemmesykepleie eller opphold på sykehjem og snakket med de ulike aktører. Ved hjemreiser var det ofte sykepleierne som bestilte transport ut fra avdelingen. Sekretærer var bare på jobb i ukedagene, på dagtid, samtidig som taxiservice og ambulanser hadde behov for å vite detaljer om pasientens tilstand. Sykepleierkoordinatorerne på hver avdeling hadde ansvar for å snakke med hverandre vedrørende passende tidspunkt for overflytting. I akuttmottakene var det sykepleierne som kjørte pasienter til røntgenundersøkelser. Intensivsykepleierne kjørte

pasienter til for eksempel CT da pasientens tilstand og behov for eksempel transportrespirator gjorde at portør ikke hadde kompetanse nok til det.

### **5.3.2. Sikre kvalitet gjennom rutiner og prosedyrer**

Sykepleierne hadde rutiner og prosedyrer for gjennomføringen av ulike tiltak; for eksempel prosedyrer ved stell av sentralt venekateter (for å sikre korrekt hygiene og forebygging av infeksjon). Sykepleierne var opptatt av kompetansesikring og pasientsikkerhet. Dette kunne være alt fra å vite hvilke typer rengjøringsmidler som dreper hvilke bakterier, til dobbeltkontrollering av medikamenter. De fleste avdelingene hadde rutiner på at all medisin som ble gitt til pasienter ble kontrollert av to sykepleiere for å sikre at rett medisin og rett styrke, dose og mengde ble gitt til rett pasient. Sykepleierne var opptatt av hvordan faglig oppdatering foregikk; hvor ofte de hadde fagdager og hvor ofte de hadde simuleringstrening. Avdelingene hadde egne fagutviklingssykepleiere som kun jobbet med kompetansesikring og sykepleierne snakket om fagmiljøet på avdelingen som stimulerende og motiverende, eventuelt det motsatte. Sykepleierne var bevisst eget ansvar for å tilegne seg ny kunnskap og brukte elektronisk kvalitets prosedyrer og Felleskatalogen aktivt. Sykepleierne beskrev nødvendigheten av å være ryddig, grundig og nøyaktig. De måtte ha system for å sikre forsvarlighet. Det ble nevnt at vikarer ofte manglet den spesifikke avdelingskunnskapen, for eksempel smittevernsrutiner; noe som kunne gå utover både tid og kvalitet.

### **5.3.3. Drift og ressursforvaltning**

Sykepleierne hadde ulike funksjoner innad i avdelingene utover det pasientnære arbeidet. Disse funksjonene rullerte etter kompetansenivå. Som koordinator, ”*de hadde avdelingen*” hadde de et overordnet blikk på pasientbelegg på avdeling, andre avdelinger og andre sykehus i tillegg til sykepleiebemanningen. Avdelingene kunne ha elektive operasjoner eller øyeblikkelig hjelp – pasienter; dette påvirket sykepleiernes krav om fleksibilitet. I akuttmottakene så var det sykepleierkoordinator som kommuniserte med AMK (akuttmedisinsk kommunikasjonssentral) og med ambulansene ute med hensyn til hva som var ventet inn til sykehuset. Koordinator sendte blant annet ut traumealarmen – hvor ulike leger og sykepleiere da ble kalt ned til akuttmottaket for å ta i mot en alvorlig skadet pasient. Noen avdelinger hadde ”*gruppeleder-system*” hvor én sykepleier da hadde ansvar for all



medisinering samt visitt med leger. Andre avdelinger hadde ”primær” hvor én sykepleier hadde ansvar for alt som skulle utføres med en pasient. Sykepleierne kunne også ha en rolle som ble omtalt som ”å være løs” – en funksjon hvor de ikke var knyttet til bestemte pasienter, men hjalp de andre i avdelingen, - i pasientstell, ved mobilisering, med medikamentadministrering og/eller bestille og hente blodprodukter. Sykepleierne beskrev at de så til at sengeplasser ble gjort klar, at rom og eventuell seng ble vasket, bestilte/hentet nye senger og fylte på utstyr (som for eksempel sprøyter, kanyler, oksygenmasker).

Sykepleierne sa at de var bevisst på avdelingens og sykehusets økonomi, både med hensyn til bemanning og vikarbruk og antall liggedøgn for pasientene. Antall sykehjems plasser i kommunen berørte sykepleierne konkret grunnet pasienters utreisemulighet. Selv om pasientene var ferdigbehandlet kunne de oppta sengeplasser på grunn av manglende sykehjems plasser i kommunen.

Sykepleierne beskrev den konstante prioriteringsvurderingen; de måtte hele tiden vurdere hvilke arbeidsoppgaver som måtte prioriteres fremfor andre. De var forberedt på at uforutsette ting kunne skje, som for eksempel at en pasient ble akutt dårlig med hjertestans. Da måtte prioriteringen foretas på nytt. Sykepleierne brukte begrepet ”brannsløkking” om prioriteringene de foretok på travle vakter. Én beskrev at ”man går inn og gjør det man må. Så går man ut igjen og går til neste (pasient)”. Én annen sa ”vi har ofte travle perioder hos oss. Så får vi tilbakemelding på at ”det gikk bra”. Det føles da som en definisjon på at ingen døde, så derfor gikk det bra”. Sykepleierne vektla viktigheten av å prioritere; ”å ta det mest prekære først”. Bemanning og pasientbelegg gikk direkte utover sykepleierarbeidet og sykepleierne beskrev høyt arbeidspress. ”vi må gjøre de viktige prioriteringene ut i fra den tiden vi har til rådighet”, ”sykepleie på sykehus handler først og fremst om overlevelse”.

*Det blir jo lang liggetid i akuttmottaket og da går det utover arbeidsoppgavene våre. Det strømmer på med nye pasienter hele tiden og vi har en jobb å gjøre med alle. Når vi har 40-50 pasienter i akuttmottaket og halvparten har ligget i over 8 timer. Da begynner det å bli på tide med do og faste medisiner, samtidig som tre leger står og stresser bak deg og det er to uavklarte pasienter der borte.*

”Tidstyver” var et begrep sykepleierne brukte om nødvendige oppgaver å utføre på avdelingen, men som ikke opplevdes som sykepleierarbeid. Oppgavene inkluderte renhold,

støvtørking og søppelhåndtering på avdelingen. Enkelte avdelinger hadde annet personell som gjorde dette på dagtid på ukedagene, men på kvelder, netter og helger var disse oppgavene overlatt til ingen og dermed ble det sykepleierne som utførte de. Sykepleierne opplevde disse oppgavene som forstyrrende elementer som tok tid vekk fra pasientene. Én sa: *”Det kuttet mye på sykehus i vask. .. Jo mer spesialiserte vi blir, jo mer oppleves det som misbruk av ressurser”*. Én annen sa: *”Det er klart at disse oppgavene må utføres, men da får vi ikke skrevet dagbok til intensivpasienten den dagen”*.

## **6. Diskusjon av funn – Hvordan beskriver sykepleiere i spesialisthelsetjenesten sitt arbeid?**

Jeg vil først drøfte studiens funn i sammenheng med tidligere forskning og deretter funn sett i lys av rollen som avansert klinisk sykepleier.

### **6.1 Sykepleierarbeid i spesialisthelsetjenesten**

Studiens funn beskriver sykepleierarbeid som organisatorisk komplekst med krav til spesialisert kunnskap, evne til praktisk utførelse og strategisk kommunikasjon.

#### **6.1.1 Krav om spesialisert kunnskap**

Sykepleierne i denne studien beskrev at de hadde ulike kunnskapskrav ut i fra hvilken avdeling og pasientgruppe de jobbet med. De opparbeidet seg spesialkunnskap på forskjellige diagnoser og tilhørende medikamentelle administreringer og behandlingsforløp. Noen hadde spesialisert kunnskap innenfor hematologi, andre kardiologi, en tredje nevrologi. Kravene vedrørende praktiske ferdigheter varierte tilsvarende. Ulike diagnoser krevde ulik oppfølging. Sykepleien var tilpasset diagnosen så vel som pasienten. Øvelse og hyppighet i utførelse av praktiske tiltak var en forutsetning for å bli god og et trent øye kjente igjen relevante symptomer raskere. F.eks. hadde barnepasienter andre normalverdier, symptomer og reaksjonsmønstre enn voksne og enkelte pasienter hadde behov for spesiell sårbehandling pga. dype infeksjoner. Håndtering av dialysemaskin eller forflytning av en pasient med lammelser krevde spesiell kunnskap og håndlag. Nærkontakten med pasienten var en informasjonskilde. F.eks. bidro hygieniltak og mobilisering til informasjon om oksygenering og sirkulasjon gjennom pust og hudstatus, i tillegg til kraft og kognitiv forståelse hos pasienten.

Sykepleierne beskrev behovet for vurderingskompetanse med hensyn til pasienters tilstand, sykdomsutvikling og respons på behandlingen. Refleksjonsnivået vedrørende å være i forkant av symptomforandring ble vektlagt. Sykepleierne beskrev at de var mentalt forberedt på ulike situasjoner som kunne oppstå. Dette er i tråd med tidligere litteratur. Olsvold (2010) beskriver

hvordan sykepleiere kontinuerlig tenker ”Hva gjør jeg hvis?” (s. 113). Litteraturen vektlegger at en vesentlig del av sykepleie er å kunne identifisere ulike symptomer, deres alvorlighetsgrad samt å ha handlekraft til å vite når og hvordan man skal reagere (Potter et al. 2005). Clarke & Aiken (2003) sier at sykepleieres årvåkenhet er essensiell for å fange opp mulige komplikasjoner. Benner et al. (2010) bruker begrepet *klinisk resonnement* (s.57). For eksempel må sykepleiere på en kardiologisk overvåkning kunne skille mellom ulike hjerterytmer og vite hvilke rytmeforstyrrelser som krever øyeblikkelig handling. Potter et al. (2005) beskriver sykepleie som en løsningsorientert aktivitet som forutsetter gjenkjenning og definering av pasientproblemer og valg av passende intervensjon. De sier at sykepleieren er den som først initierer handling når en pasients tilstand forandres. Sykepleieren er den som bestemmer om tilstanden er av slik alvorlighetsgrad at lege må tilkalles eller om dette ikke er nødvendig. Potter et al. (2005) vektlegger at dette krever nøye resonnement slik at alternativet som velges gir det beste resultatet for pasienten (s.328). Jones & Cheek (2003) konkluderte med at et sentralt kompetansebehov for sykepleiere lå i det å ha evne til å foreta kliniske vurderinger av pasienten, formulere tydelige beskjeder til alle involverte aktører og kontinuerlig oppdatere sin egen kunnskap. Clarke & Aiken (2003) beskriver eksempler på dødsfall og alvorlige komplikasjoner etter at symptomer hos pasienter ikke har blitt fanget opp. De stresser viktigheten av fagkunnskap hos den enkelte sykepleier og tilstrekkelig bemanning på avdelingen slik at den kompetente sykepleier har tid til å se til alle pasientene.

Funnene viser at kunnskapskravene som stilles til sykepleiere er omfattende. Utviklingen innen medisin, kirurgi og teknologi har ført til en betydelig overføring av ansvar fra leger til sykepleiere på alle behandlingsnivåer (Benner et al, 2010; Fagerström 2011) samtidig som sykepleierutdanningen i Norge har vært 3-årig siden 1948 (Lund, 2012). Det tilbys per i dag svært mange 1-års studier i ulike spesialiseringer; f.eks. innen kardiologisk sykepleie, kreftsykepleie, nyresykepleie, infeksjonssykepleie og smittevern og nevrologisk sykepleie. Ingen av disse utdanningene fører til utvidet stillingsbeskrivelse eller økt lønn, men representerer et behov for spesialisert kunnskap innen ulike felt og er av kvalitativ betydning for pasienter og helseforetak.

Olsvold (2010) fant at sykepleiere ikke krediteres for å være medansvarlig i den medisinske behandlingen (s. 272). Potter et al. (2005) påstår at det foregår en undervalidering av sykepleieres kognitive refleksjon. De sier at sykepleie er komplekst med kontinuerlige krav til fleksibilitet og kontinuerlige kritiske vurderinger (s334). Allen (2007) hevder at leger ofte

bruker informasjon fra sykepleiere til å stille diagnoser uten å være bevisst sykepleieres bidrag i diagnoseavgjørelser. Hun sier at dette gjør at sykepleiere har en nøkkelrolle i å påvirke behandlingstiltak og forløp uten at dette blir gjort synlig (s.45).

### **6.1.2 Formålsrettet kommunikasjon**

Kommunikasjonen til sykepleierne i denne studien hadde som oftest et *formål*. Sykepleierne beskrev at de brukte ulike ord og ulike stemmeleier i dialog med ulike aktører, for eksempel med pasient, pårørende, andre sykepleiere, leger eller kommunehelsetjenesten. I dialog med kollegaer var det nødvendig med bruk av fagspråk og å gi tydelige opplysninger og beskjeder for å oppnå ønsket effekt. Olsvold (2010) beskriver at leger blant annet bruker sykepleiere som informasjonskilder vedrørende pasienters tilstand (s.113). Sykepleiere må derfor kunne forstå, formidle og formulere relevant informasjon. Benner et al. (2010) vektlegger også dette. De sier dessuten at sykepleiere må artikulere tankene som leder til handling og forsvare intervensjoner som er utført (s.25). Potter et al. (2005) fant at sykepleiere forhandler om medisinske ordninger og må begrunne sine vurderinger for å bli hørt.

Sykepleierne i denne studien beskrev videre at de lærte seg å *lese* pasientene og tilrettela pleie og behandlingen etter dette. Jones & Cheek (2003) fant det samme; sykepleiere må kunne forstå non-verbale tegn og atferd, å skape allianser der hindringer har oppstått, og kunne gi oppfordringer på en hensiktsmessig og hensynsfull måte for å oppnå det de vil (s.123). Sykepleierne i denne studien beskrev at de både dyttet og begrenset pasientene. De tok ansvar for å motivere pasienten til å gjennomføre tiltak som kunne være ubehagelige i øyeblikket, men som var nødvendige for å oppnå ønsket behandlingsresultat, f.eks. et smertefullt bandasjeskift. Optimal spørsmålsformulering ble vektlagt som et sentralt virkemiddel i å oppnå relevant informasjon fra pasient og/eller pårørende. Ellefsen og Kim (2004) beskriver at sykepleiere bruker kommunikasjonen med pasienten som informasjon til å vurdere pasientens kognitive status og evne til å forstå egen situasjon – for slik å kunne tilrettelegge for best pleie og behandling av den aktuelle pasient (s. 124).

Sykepleierne uttrykte et ønske om at pasienten skulle føle seg sett og de opplevde at ivaretagelse av mennesket ”bak” pasienten var viktig for kvalitet i tjenesten. Selve kommunikasjonen ble beskrevet som et middel for å oppnå dette. Et middel som ble brukt for

å samle informasjon, for å gjøre pasienten trygg og avslappet og for å utstråle profesjonalitet. Sykepleierne beskrev at de følte at det var lettere å kommunisere jo mer fagkunnskap og erfaring de hadde. For å møte pasient, pårørende og kollegaer i helseinstitusjoner med den kvalitet som forventes beskrev sykepleierne at det krevdes kunnskap om krisehåndtering, mestringsstrategier, organisasjonsstrukturer (f.eks. hvilke rehabiliteringsmuligheter som tilbys), lovverket (f.eks. trygderettigheter), i tillegg til forståelse av diagnose og behandling for å forklare og informere.

Denne profesjonelle *formålsrettede kommunikasjonen* kan sees på som en kontrast til idealet om den emosjonelt intime relasjonen med pasienten som har preget sykepleieryrket (Allen 2014b). Omsorg har blitt fremhevet som sykepleiers unike ekspertise og som grunnlag for å hevde egen profesjonsstatus (Lund, 2012). Allen (2014b) hevder at dette idealet fører til en undervurdering av sykepleiers bidrag i helsetjenestene til kun å handle om ”føleri” og påstår samtidig at de fleste sykepleier – pasient forhold søker en felles profesjonell distanse (s.42). Samtidig er omsorgsbegrepet omstridt. Ulike betydninger av begrepet preger diskusjonen; hvorvidt det er empati eller praktikk (Lyngfoss & Hauge, 2013). Dysthe (2013) har stilt spørsmål om hvorvidt ikke leger skal gi omsorg i like stor grad som sykepleiere og sier at sykepleievitenskapen bidro til å skape et skille mellom behandling og omsorg (s.1). Heggen (2000) kaller fenomenet ”romantiseringen av sykepleiefaget” og er kritisk til forståelsen av følelser som yrkeskompetanse (s.48). Idealet om psykisk, sosial og åndelig ivaretagelse i tillegg til krevende fysisk behandling kan føre til en kronisk utilfredshet hos yrkesutøverne, noe både Olsvold (2010) og Allen (2007) problematiserer. Allen (2007) sier at sykepleiere pålegger seg funksjoner så store at de aldri kan fullbyrdes, uforenelig med både ressurser og faktiske behov hos pasienten. Det kamuflerer samtidig andre ansvarsområder. Ved å ha et profileringsfokus på den mellommenneskelige relasjonen som kjernen i sykepleie, vil sykepleierens teknologiske kompetanse, medikamentansvar, selvstendige vurderingsevne og logistikkfunksjon kunne bli underkommunisert. Det skaper samtidig et kunstig skille mellom omsorg /pleie og behandling.

### **6.1.3 Organisatorisk pliktoppfyllenhet**

Sykepleierne i denne studien beskrev en organisatorisk pliktoppfyllenhet, både vedrørende den enkelte pasients behandlingskontinuitet og avdelingens drift.

Sykepleierne brukte mye tid på arbeid som ikke var i direkte nærkontakt med pasienten, men som var relatert til pasientens behandling. Dette var for eksempel medikamentadministrering, dokumentasjon i form av pleieplaner og sammendrag, utfylling av søknadskjemaer til sykehjemsplass, telefonkontakt med kommunen vedrørende pasientens behov ved hjemreise, informasjon til pårørende, klargjøring til ulike undersøkelser, etterspørre og levere røntgen og CT – henvisninger, tilse at ønskete blodprøver er bestilt og tatt, kopiering og faxing av papirer til f.eks. fastleger, kommunikasjon med lege og/eller andre aktører. Arbeid som var essensielt for pasienters behandlingsresultat og rehabilitering. Olsvold (2015) beskriver dette som å ha ”omsorg for helheten”. Forskning viser at sykepleiere kun tilbringer 20 -38 % av tiden sin i direkte kontakt med pasienten (Battisto et al. 2009; Farquharson et al. 2013; Furåker 2009; Hendrich et al. 2008). Det kan sies at sykepleieres oppfølging av pasienter er helhetlig i organisatorisk forstand, men / og ikke nødvendigvis alltid pasientnær. Allen (2004, 2007, 2014b) hevder at sykepleieres bidrag til administrasjon og organisering innad i helseforetakene ser ut til å bli spesielt underkommunisert og usynliggjort.

Olsvold (2010) beskriver at sykepleiere ”alltid er ute og kompenserer”. De kompenserer for utilstrekkelige ressurser, tar ansvar for oppgaver som er plassert både over og under i jobbhierarkiet og viser en stor grad av fleksibilitet som gagnar både pasienter, kollegaer og helseforetakene. Olsvold (2010) fant at sykepleiere ofte går utover sine juridiske ansvarsområder og overtar deler av legers ansvar på grunn av behovet for fleksible grenser i klinikken. I tillegg utfører sykepleiere oppgaver som vask og støvtørring, søppeltømming og lagerarbeid (Farquharson et al., 2013). Uklarheter i profesjonsgrensene mellom sykepleiere og annet personell kan ha bakgrunn i at sykepleiere tradisjonelt har hatt problemer med å definere eget fagfelt, at husholdningsarbeid ble antatt å falle så naturlig for kvinner (Lund, 2012), i tillegg til helseforetakenes økonomiske fokus.

Helseforetakene foretrekker muligens kortsiktig økonomisk gevinst på bakgrunn av manglende kunnskap om sykepleierarbeid og kvalitetsredueringen som kan følge av sykepleiemangel.

## 6.2 Avansert Klinisk Sykepleie: En formalisering og naturlig forlengelse av eksisterende arbeid

Intensivsykepleierne i denne studien utførte oppgaver som i stor grad sammenfaller med de Hamric et al. (2014) og Fagerström (2011) omtaler som en del av avansert klinisk sykepleie. Intensivsykepleierne beskrev at de kontinuerlig vurderte og justerte medikamentell behandling etter pasienters respons. De hadde vide forordninger fra lege, ofte med kun referanseområder å forholde seg til, både for vitale verdier og medikamenter - noe som krevde et selvstendig refleksjonsnivå og høy vurderingskompetanse. De vurderte medikamentdoser eller avslutning av medikamenter, for eksempel adrenalin, diuretika, smertestillende eller elektrolytter, på bakgrunn av pasienters fysiske og psykiske respons. De vurderte når lege måtte kontaktes for konsultasjon eller når dette ikke var nødvendig. Håndteringen av medisinsk teknisk utstyr var også mer avansert blant intensivsykepleierne, da de ivaretok pasienter som var helt avhengig av teknisk utstyr for overlevelse. Dette gjaldt for eksempel respiratorer og dialysemaskiner. Intensivsykepleierne justerte respiratorinnstillingene med hensyn til oksygenfraksjon, trykk og frekvens etter selvstendig blodgassanalyser med kun en overordnet ordinerings fra lege om for eksempel respiratoravvenning. Intensivsykepleierne assisterte legene ved intubering / trakeostomi og håndterte dialysemaskiner med innstilling av mengde blodfortynnende eller hastighet på behandlingen etter pasientens blodtrykk, væskebalanse og elektrolyttnivåer. Dette er oppgaver Hamric et al. (2014) spesifikt beskriver som del av en Clinical Nurse Specialist (CNS) – funksjon (s. 381). Spesielt tre komponenter i utøvelse av avansert klinisk sykepleie blir vektlagt av Hamric et al. (2014): den kliniske undersøkelsen av pasienten og kunnskap om patofysiologi og farmakologi (s. 76) – de tre områdene som ble hyppigst beskrevet av intensivsykepleierne i denne studien, i tillegg til håndtering av medisinsk teknisk utstyr. Hamric et al. (2014) beskriver også spesifikke oppgaver som kjennetegner Nurse Anesthetists; f.eks. oppstart/avslutning av bedøvelsesmidler (sovemedisiner, sterke smertestillende og muskelblokader) (s.482) – noe intensivsykepleierne i denne studien også gjorde. Intensivsykepleierne beskrev at de var delt i ressursgrupper, med fokus på for eksempel infeksjonsforebygging og smittevern, sårbehandling, ernæring, forflytning og eliminering. Sykepleierne beskrev at disse fagområdene primært var overlatt til sykepleierne; men selvfølgelig med mulighet for legekonsultasjon. Personene i gruppen hadde så undervisning og fungerte som kontaktpersoner for kollegaer. Alle intensivavdelingene hadde flere fagutviklingssykepleier som kun jobbet med fag; undervisningsdager, prosedyrer og rutiner. Flere avdelinger så til at



pasienten fikk oppfølging fra de samme sykepleierne under oppholdet for å sikre kvalitet og flyt. Flere sykepleiere i spesialisthelsetjenesten jobber i dag som nasjonale koordinatorene for utvelgelse og oppfølging av pasienter med spesielle behandlingsforløp, som for eksempel mekanisk hjertepumpe, samt undervisning av både sykepleier og leger (Bollingmoe, 2015). Fra 1.januar 2015 fikk jordmødre og helsesøstre rekvireringsrett på korttidsvirkende hormonell prevensjon for kvinner i alderen 16-19 år (Helsedirektoratet, 2015). I tilknytning til dette fant Olsvold (2010) at den tradisjonelle forståelsen av legers og sykepleiers arbeid som henholdsvis bestående av behandling og pleie er lite beskrivende. Tvert i mot fant hun at arbeidet er sammenfiltret og at arbeidsfordelingen mellom profesjonsgruppene ikke er en statisk tilstand (s.17). Olsvold (2014) beskriver at oppgaveglidning mellom spesialiserte profesjoner stadig skjer. Et eksempel er en intensivavdeling der intensivsykepleierne nå har utvidet maskinansvar for ECMO – behandling (hjertesviktbehandling hvor alt blod blir pumpet gjennom en oksygenator utenfor kroppen) etter at det ble besluttet at perfusjonister skal ha hjemmevakt på natt. Fagerström (2011) sier at en utvikling mot avansert klinisk sykepleie muligens egentlig handler om å synliggjøre det arbeidet som allerede utføres (s.14). Hun hevder at det i Norden eksisterer en konservatisme vedrørende ”gamle” profesjongrensener og at helsetjenestene preges av et hierarki som bremser utvikling og innovasjoner (s.23). Hun sier at det er behov for nytt tankesett og ny organisering for å møte fremtidens behov. Hun vektlegger at vi ikke starter på ”null”, nettopp ved at mange sykepleiere i dag allerede har et praktisk ansvar utover egne juridiske grenser (s.14).

### **6.2.1 Bidrag til kvalitet og innovasjon i eget felt**

Sykepleierutdanningen ble i 1999 med resten av Norges høyere utdanninger, knyttet til Bologna-prosessen; et europeisk kvalifikasjonsrammeverk der all høyere utdanning følger stigen bachelor, master og PhD. (NOKUT, 2015). Norsk Sykepleierforbund argumenterer derfor for at det er selvfølgelig at sykepleierutdanningen skal følge denne strukturen med overgang til mastergrad (Jacobsen, 2015; NSF 2013-2016). Mastergradene som nå tilbys innen de ulike sykepleiespesialiseringene er kliniske og praktiske, men gir i tillegg ytterligere kunnskap om forskningskvalitet og kunnskapsutvikling. Dette er et nødvendig supplement for å sikre kvalitetsutøvelse, i tillegg til at det gir sykepleierne verktøy til å utvikle bedre løsninger innen eget fagfelt. Moser et al. (2015) vektlegger at utdanning er en sterk pådriver for fornyelse. Utdanning gir perspektiv og nye refleksjoner som kan bidra til ytterligere

kvalitet og nyvinninger. Dypere innsikt gir ytterligere motivasjon (s.2). Sykepleiere med mastergrad må ikke nødvendig forske selv, men de må kunne bruke forskning for å sikre kvalitet i sykepleien de gir. Sykepleiere som jobber i klinikken ser hvor skoen trykker og vil kunne bidra til et kontinuerlig kvalitetsarbeid. Både Fagerström (2011), Gjeilo (2015), Kvangarsnes (2014) og Tyrholm & Kvangarsnes (2014) presiserer at mastergrad er for pasientens beste. Helseforetakene ønsker at forskning og vitenskapelig dokumentasjon skal ligge til grunn for deres virksomhet. Gjeilo (2015) sier at en forutsetning for å oppnå dette er at den største profesjonsgruppen, sykepleierne, tar i bruk oppdatert forskning, identifiserer kunnskapshull og tar initiativ til relevante forskningsprosjekter. Aiken (2015) og Kim (2015) presiserer viktigheten av at sykepleiere publiserer forskning i andre tidsskrifter enn kun sykepleiertidsskrifter. Dette er viktig for at helseledelse og offentligheten skal gjøres bevisst på sykepleieres påvirkningskraft.

## 7. Avslutning

Med bakgrunn i ”mastersyke”- debatten var denne studiens hensikt å bidra til oppdatert kunnskap om sykepleieres funksjon og ansvar i spesialisthelsetjenesten. Det var ønskelig å gi detaljerte beskrivelser av arbeidet sykepleiere utfører. Forskningsspørsmålet var ”*Hvordan beskriver sykepleiere i spesialisthelsetjenesten sitt arbeid?*” og datainnsamling foregikk i form av tre fokusgruppeintervjuer med sykepleiere og intensivsykepleiere. Informantene beskrev sykepleierarbeid som organisatorisk komplekst med krav til spesialisert kunnskap og formålsrettet kommunikasjon. De konkrete arbeidsbeskrivelsene ble delt inn i kategoriene *sviktkompensasjon, relasjonsivaretagelse og flytkoordinering*, og det ble utarbeidet en tannhjulsmodell som bilde på avhengighetsforholdet mellom kategoriene og dynamikken i sykepleierarbeidet. Kunnskapen, både den teoretiske og den praktiske, blir illustrert som oljesmøringen. Studien har teoretisk forankring i litteratur vedørende den avanserte kliniske sykepleiemodellen samt tidligere forskning om sykepleierarbeid i spesialisthelsetjenesten.

Forskning på sykepleierarbeid er nødvendig for å tilse at utdanning korrelerer med kompetansekrav i klinikken. Tydeliggjøring av funksjon og ansvar vil i tillegg kunne sikre rekruttering av studenter som vet hva som venter i arbeidslivet, samtidig som det kan bidra til at erfarne sykepleiere blir i arbeidet. Arbeidstakere som blir sett for sitt bidrag får ofte økt motivasjon og arbeidslyst. Det er viktig å formalisere ansvaret for oppgaver og funksjoner sykepleiere allerede ivaretar. Uklare ansvarslinjer skaper usikkerhet og kan gå utover pasientsikkerheten. I tillegg kan kunnskap om ansvar bidra til å sikre at vi har rett ”mann” på rett sted med hensyn til ressursforvaltning. Litteraturen beskriver at ansvaret sykepleiere har ofte blir underkommunisert og at de fortsatt sliter med å etablere profesjonelle grenser i det kliniske arbeidet (Olsvold, 2010), i tillegg til å etablere en oppfattelse av selvstendig betydning i det offentlige bevissthet (Gordon, 2005). Dette kan være årsak til ”mastersyke” – diskusjonen. Hvis en yrkesaktivitet kun blir oppfattet som arbeidskraft i form av hender, kan det virke legitimt og unødvendig med ytterligere utdanning.

Det ser ut til å eksistere et kunstig skille mellom pleie og behandling i det offentlige bevissthet. Sykepleiere driver med begge deler, på en gang. For eksempel innebærer stillingsendring av pasienter forbedret / forverret oksygenering av visse lungeavsnitt. Sykepleiere må kunne fange opp symptomer på forverring av pasienters tilstand for å kunne varsle lege. Dette gjelder for eksempel identifisering av alvorlige hjerterytmeforstyrrelser

eller blod i avføringen. Sykepleiere har samtidig et praktisk administreringsansvar vedrørende medikamentell behandling og for eksempel gjennomføring av dialyse. Dette arbeidet krever nøyaktighet og selvstendige kliniske vurderinger. En formålsrettet kommunikasjon er nødvendig for å innhente og formidle informasjon og for å utøve profesjonalitet overfor pasienten. Sykepleie er ingen statisk aktivitet. Sykepleie bidrar til et godt eller dårlig behandlingsresultat. Som Aiken et al. (2014) har funnet er det en direkte korrelasjon mellom antall sykepleiere og antall dødsfall i sykehus. Færre sykepleiere fører til økt antall dødsfall.

I takt med utviklingen innen medisin, kirurgi og teknologi blir arbeid knyttet til sykdomsbehandling stadig mer avansert for alle profesjoner involvert. Sykepleierarbeid er intet unntak fra dette. Spesialsykepleiere har selvstendig påvirkningskraft vedrørende pasientbehandling og må kunne vurdere kvaliteten i arbeidet sitt. Det praktiske arbeidet må være basert på kunnskap. Praksis og teori er integrert. Mastergradene som nå tilbys er fortsatt praktiske og pasientnære, men gir i tillegg kunnskap om forskningskvalitet og forskningsverktøy. Det er innholdet i mastergradene som må diskuteres, ikke hvorvidt det skal være master eller ikke. Sykepleiere vet hvor skoen trykker og med riktig verktøy kan de bidra til utvikling og nyutvinninger. Spesialsykepleiere utfører allerede mange av de oppgavene som er en del av den avansert kliniske sykepleiemodellen. Sett i lys av mine funn anser jeg mastergrad til spesialsykepleiere som et nødvendig skritt videre for å bidra til formalisering av dette arbeidet og samtidig oppnå den kvalitet og kompetanse som er forventet i fremtidens helsevesenet.

Mastergradene og den avanserte kliniske sykepleierollen har vokst fram som et resultat av økte kunnskapskrav og utviklingsbehov i pasientbehandlingen. Da er det et paradoks at enkelte av brukerne og tilbydere av disse tjenestene stiller spørsmål ved behovet. Arbeidsgiverforeninger og helseforetak gir inntrykk av å velge kvantitet fremfor kvalitet og fremtidsvisjon.

## Litteraturliste

- Aiken, L., Sloane, 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. *Lancet*. 383: 1824-30.
- Aiken, L. (2015, 7.juni). "Improving health care outcomes through nursing research". Foredrag pre-konferanse *Improving clinical nursing through research*, Arrangert av NSF & UiO. (Muntlig kilde)
- Allen, D. (2004). Re-reading nursing and re-writing practice: towards an empirically based reformulation of nursing mandate. *Nursing Inquiry*; 11 (4): 271-283.
- Allen, D. (2007). What do you do at work? Profession building and doing nursing. *International Nursing Review*, 54, 1. 41- 48.
- Allen, D. (2014a) *The Invisible Work of Nurses. Hospital, Organisation and Healthcare*. Routledge Taylor & Francis Group. London and New York.
- Allen, D. (2014b) Re-conceptualising holism in the contemporary nursing mandate: From individual to organisational relationships. *Social Science & Medicine*, 119 131-138
- Analysesenteret. (2015). Rapport ABIO ressurs. Hentet fra [www.nsf.no](http://www.nsf.no)
- Battisto, D., Pak, R., Wood, M.A.V., & Pilcher, J.J. (2009). Using a Task Analysis to Describe Nursing Work in Acute Care Patient Environments. *The Journal of Nursing Administration*, 39, 12, 537-547.
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V. & Day, L. (2010) *Educating Nurses – A Call for Radical Transformation*. The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Kap 1 –13.
- Bergum., I. (2014, 4. desember). På vei mot et mastergradssamfunn. *Sykepleien, Meninger, Innspill*. Hentet fra [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)
- Berland, A. (2005). Ivaretagelse av pasientsikkerhet. *Vård i Norden*. 3, 77, 25, 33-38.
- Bollingmo, T. (2015, 12.mai). Ekspert på hjertepumpe. Hentet fra [www.nsf.no](http://www.nsf.no)
- Bratten, A.K. (2014, 7.juli). Akademisk arroganse fra Lerdal. *Dagsavisen, Nye Meninger*. Hentet [www.nyemeninger.no](http://www.nyemeninger.no)
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2012). *Kvalitative metoder. Datainnsamling og analyse*. Gyldendal akademisk.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 3: 77 - 101.
- Clarke, S.P. & Aiken, L. (2003). Failure to rescue. *AJN*, 103, 1, 42-47.

- Den norske legeforening. (2013). *Oppgaveglidning*. Policynotat nr. 5.
- Dysthe, K. (2013). Skal leger gi omsorg? *Tidsskr Nor Legeforen.* 9, 133, 936
- Ellefsen, B. & Kim, H.S. (2004). Nurses' Construction of Clinical Situations: A Study Conducted in an Acute-Care Setting in Norway. *CJNR.* 36, 2, 114-131.
- Farquharson, B., Bell, C., Johnston, D., Jones, M., Schofield, P., Allan, J. .... & Johnston, M. (2013). Frequency of nursing tasks in medical and surgical wards. *Journal of Nursing Management.* 21, 860 - 866.
- Fagerström, L. (red.). (2011). *Avancerad klinisk sjuksköterska. Avancerad klinisk omvårdnad i teori og praksis.* Lund: Studentlitteratur. Kap. 1-7 og 17 -20.
- Fitzgerald, M., Pearson, A., Walsh, K., Long, L.Y. & Heinrich, N. (2003). Patterns of nursing: a review of nursing in a large metropolitan hospital. *Journal of Clinical Nursing.* 12: 326 -332
- Furåker, C. (2009). Nurses' everyday activities in hospital care. *Journal of Nursing Management.* 17, 269 – 277.
- Gjeilo, K.H. (2015, 30. juni). Master til pasientens beste. *Sykepleien, Meninger, Innspill.*  
Hentet fra [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)
- Gjessing, H. (2015). Pasientens eller helsepersonellens helsetjeneste? *Tidsskr Nor Legeforen.* 11. 135: 1091
- Gordon, S. (2005). *Nursing Against The Odds. How Health Care Cost Cutting, Media Stereotypes, and Medical Hubris Undermine Nurses and Patient Care.* Cornwell University Press.
- Hagir, L.A. (2014, 11.mars). Starter mastergrad som bare noen få trenger. *NRK, Rogaland.*  
Hentet fra [www.nrk.no](http://www.nrk.no).
- Hagring, M. (2014, 30 mai). Sykepleiere med et PR- problem. *NRK Ytring.* Hentet fra [www.nrk.no](http://www.nrk.no)
- Hamric, A.B., Hanson, C.M, Tracy, M.F. & O'Grady, E.T. (2014). *Advanced Practice Nursing. An Integrative Approach.* 5th. Edition. Elsevier Saunders. Kap.1- 6,14,16 &18
- Helsedirektoratet. (2015). Rekvireringsrett for jordmødre og helsesøstre – refusjonsordning for prevensjon. Hentet fra [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no) Sist oppdatert 10.februar 2015.
- Heggen, K. (2000). Romantiseringen av sykepleiefaget. *Tidsskiftet Sykepleien,* 1. 48-50.
- Heggen, K.M & Vøllestad, H.N. (2015, 7.mai). Overutdanningsmyten. *UiO, Studier.* Hentet fra [www.med.uio.no](http://www.med.uio.no)
- Hendrich, A., Chow, M.P., Skierczynski, B.A. & Lu, Z. (2008). A 36-Hospital and Motion

- Study: How Do Medical-Surgical Nurses Spend Their Time? *The Permanente Journal* Summer, 1, 3, 25 -34.
- International Council of Nurses (ICN). (2005). [www.icn.ch](http://www.icn.ch).
- INP/ANP Network (ICN Nurse Practitioner / Advanced Practice Nursing Network). (2015). <http://international.aanp.org/Home/FAQ>
- Jacobsen, S.E. (2015, 12.mars). Mastergrader ingen trenger. Hentet fra [www.forskning.no](http://www.forskning.no)
- Jones, J. & Cheek, J. (2003). The scope of nursing in Australia: a snapshot of the challenges and skills needed. *Journal of Nursing Management*, 11, 121-129.
- Jokinicmi, K., Pietilä, A.-M., Kylmä, J. & Haatainen, K. (2012). Advanced nursing roles: A systematic review. *Nursing and Health Science*, 14., 421-431.
- Kim, H.S. (2015, 7.juni). ”Challenges in and prospects for clinical nursing research”. Foredrag pre-konferanse *Improving clinical nursing through research*, Arrangert av NSF & UiO. (Muntlig kilde).
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2.utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. Kap. 6, 10, 12-14.
- Kvangarsnes, M. (2015, 9.februar). Faget som kan utgjøre en skilnad. *Dagens medisin, debatt og kronikk*. Hentet fra [www.dagensmedisin.no](http://www.dagensmedisin.no)
- Lerdal, A. (2014a, 19.juni). Vi trenger funksjonsorienterte mastergrader. *Sykepleien forskning, Leder*. Hentet fra [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)
- Lerdal, A. (2014b, 4.juli). Arbeidsgivere uten ambisjoner for helse Norge. *Dagsavisen, Nye meninger*. Hentet fra [www.nyemeninger.no](http://www.nyemeninger.no)
- Lerdal, A. (2014c, 10.juli). Helsenorge trenger personell med nye kompetanseområder. *Dagsavisen, Nye meninger*. Hentet fra [www.nyemeninger.no](http://www.nyemeninger.no)
- Lund, E.C. (2012). *Virke og profesjon. Norsk sykepleierforbunds historie gjennom 100 år. (1912 -2012)*. Bind 2. Oslo: Akribe.
- ldh.no. (2015). [www.ldh.no](http://www.ldh.no)
- Lundgren, S. & Segesten, K. (2001). Nurses' use of time in medical-surgical ward with all RN-staffing. *Journal of Nursing Management*, 9, 13-20.
- Lyngfoss, S. & Hauge, S. (2013). Omsorg – handling eller føleri? En kritisk analyse av Kari Martinsens omsorgsteori. *Nordisk sykepleieforskning*, 3, 4. 213 – 226.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - En innføring*. 3.utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Oslo: Universitetsforlaget.

- Meld. St. 18 (2014-2015) Konsentrasjon for kvalitet – Strukturform i universitets og høyskolesektoren. Hentet fra [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)
- Meld. St. 26 (2014-2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Hentet fra [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)
- Moser, I., Frafjord, A. & Gjetrang, H.D. (2015, 22.april). Hvorfor er master i helse – og sosialfag noe negativt? *Forskning.no, Meninger, Kronikk*. Hentet fra <http://www.forskning.no>
- National Council of States Board Nursing. (2014). [www.ncsbn.org](http://www.ncsbn.org)
- NOKUT. (2015). De europeiske utdanningsministernes felleserklæring, Bologna. 19.juni 1999. Hentet fra [www.nokut.no](http://www.nokut.no)
- NSF. (2013 - 2016). *Politisk plattform for sykepleierutdanning 2013-2016*.
- Olsvold, N. (2010). *Ansvar og yrkesrolle. Om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus*. Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo.
- Olsvold, N. (2014). (Upublisert artikkel.) Redistributing expert tasks – responsabilisation without jurisdiction. Paper presented at BSA medical sociology group annual conference, Birmingham.
- Olsvold, N. (2015). (Upublisert artikkel.) Omsorg for helheten – en sosiologisk analyse av arbeid, omsorg og kompetanse i tjenesteytende organisasjoner.
- Polit, D.F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9th. Edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health – Lippincott Williams & Wilkins. Kap. 3, 8, 20-24.
- Potter, P., Wolf, L., Boxerman, S., Grayson, D., Sledge, J., Dunagan, C. & Evanoff, B. (2005). Understanding the Cognitive Work of Nursing in the Acute Care Environment. *JONA*, 35, 7/8, 327 -335.
- Sandvik, S. (2014). Den mest brennbare utfordringen i vår tid. Hentet fra [www.nrk.no](http://www.nrk.no)
- Skogaas, B. & Karlsen, M.M.W. (2015). Fra videreutdanning til mastergrad. *Sykepleien*. 03/ 56-59.
- SSB. (2014). Sykefravær, 4. kvartal 2014. Hentet fra [www.ssb.no](http://www.ssb.no)
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 2.utgave. Gyldendal akademiske.
- Torgersen, A.I. (2015, 22.januar). Mastersyke blant sykepleiere. *Sykepleien, Meninger, Innspill*. Hentet fra [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)
- Tyrholm, B. & Kvangarsnes, M. (2014, 9.mars). Sykepleierkompetanse som innovasjon. *Tidens krav, Leserinnlegg*. Hentet fra [www.tk.no](http://www.tk.no)
- Østy, B. (2014, 12.mars). – Mastergrad ikke nødvendig. *Sykepleien*, Hentet fra



[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

Wibeck, V. (2010). *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod.*

Forlag: Studentlitteratur.

Westbrook, J., Duffield, C., Li., L. & Creswick, N. (2011). How much time do nurses have for the patients? A longitudinal study quantifying hospital nurses' patterns of task time distribution and interactions with health professionals. *MBC Health Services Research*, 11, 319.

## Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

### ”Sykepleie – et omsorgsyrke?”

#### **Bakgrunn og formål**

Jeg er intensivsykepleier og student på Master i avansert klinisk sykepleie ved Lovisenberg diakonale høgskole. Jeg ønsker å utføre fokusgruppeintervju med sykepleiere i spesialisthelsetjenesten for å undersøke hvordan de selv beskriver sine arbeidsoppgaver og kunnskapen de trenger for å utføre den jobben. Gjennom dette ønsker jeg å bidra til en bevisstgjøring av sykepleiernes ansvarsområder samt en tydeligere profilering av sykepleieyrket.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Som deltaker vil du være med på et fokusgruppeintervju sammen med 4 andre sykepleiere fra ulike avdelinger. Intervjuet vil vare i ca. 1-2 timer og vil bli tatt opp på digitalt lydbånd. Spørsmålene vil blant annet omhandle hva dine konkrete arbeidsoppgaver består av, hvilken kunnskap du trenger for å utføre jobben din samt dine tanker rundt beskrivelsen av sykepleie som et omsorgsyrke. Jeg vil rette min forespørsel om deltakelse via avdelingssykepleier. Hvis du bestemmer deg for å si ja til å være med ber jeg deg om å signere samtykkeerklæringen nederst i dette skrevet.

#### **Hva skjer med de innsamlede opplysningene?**

Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt gjennom hele forskningsperioden. Intervjuene vil bli tatt opp på lydfil og senere transkribert og anonymisert slik at utsagn ikke kan spores tilbake til deg eller de andre deltakerne personlig. Personopplysninger, lydfiler, intervjuutskriften og notater vil bli oppbevart i låst leilighet og vil være utilgjengelig for andre. Jeg vil benytte meg av opplysningene i min masteroppgave som skal leveres i juni 2015 og i eventuelle publikasjoner som vil bli utgitt senere. Personopplysningene og lydfilene vil bli slettet etter at studien er avsluttet.

#### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og det vil ikke ha konsekvenser i forhold til arbeidsgiver eller arbeidsforhold om du velger å delta eller ikke. Dersom du ønsker å trekke ditt samtykke kan du gjøre dette når som helst uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Som forsker har jeg en uavhengig rolle. Det innebærer at jeg ikke er representant for høgskolen, ledelsen eller for noen interessegrupper, som for eksempel en pasientorganisasjon.

Dersom du vil si ja til å delta ber jeg deg samtykke til at jeg kan kontakte deg på mobil eller epost.

Har du spørsmål til studien, ta kontakt med meg, Minna Haging, på telefon 48606509 eller e-post [haging@yahoo.com](mailto:haging@yahoo.com). Veileder fra Lovisenberg diakonale høgskole er Nina Olsvold og er tilgjengelig på e-post [nina.olsvold@ldh.no](mailto:nina.olsvold@ldh.no) eller telefon 47011072.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

### **Samtykke til deltakelse i studien: ”Sykepleie – et omsorgsyrke?”**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta i fokusgruppeintervju. Jeg samtykker til at Minna Haging kontakter meg om deltakelse i studien.

.....  
(Signatur og dato)

.....  
(Kontaktinformasjon; telefonnummer og/eller e-postadresse)

## Intervjuguide

1. Hvilke konkrete arbeidsoppgaver har du som sykepleier på din avdeling?
2. Hvilken kunnskap trenger du for å utføre jobben din?
3. Sykepleie blir ofte beskrevet som et omsorgsyrke. Hvordan beskriver det jobben du utfører?
4. Opplever du glidende overganger i ansvar med andre yrkesgrupper?
- 5: Beskriv jobben din med noen adjektiver.